

Epilepsia - Niños

U. N. A. M.

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

RASGOS DE PERSONALIDAD
ENCONTRADOS EN UN GRUPO
DE MADRES DE NIÑOS EPILEPTICOS

67
FSI

T E S I S

Para obtener el título de
Licenciado en Psicología que
presenta

GLORIA ROMERO AGUIRRE

1968



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADEZCO AL C. SENADOR DR. JUAN
PEREZ VELA. LA EDICION DE ESTA
TESIS PROFESIONAL. AYUDA SIN LA
CUAL NO HUBIERA SIDO POSIBLE SU
PRESENTACION.

DEDICO ESTA TESIS
AL DR. JOSE CUELI
Y A TODAS AQUELLAS
PERSONAS QUE ME
AYUDARON PARA SU
REALIZACION.

I N D I C E

	<u>Pág.</u>
INTRODUCCION	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
OBJETO DE LA TESIS	7
HIPOTESIS	7
<u>CAPITULO I</u>	
DEFINICION DE EPILEPSIA	10
HISTORIA DE LA EPILEPSIA	
CLASIFICACION POR DIVERSOS AUTORES	
<u>CAPITULO II</u>	
DEFINICION DE TERMINOS Y SU USO	17
<u>CAPITULO III</u>	
METODO DE INVESTIGACION ESTADISTICO	20
SUJETOS, SUS CARACTERISTICAS	20
MATERIAL, SUS CARACTERISTICAS	22
PROCEDIMIENTO	21
<u>CAPITULO IV</u>	
ELABORACION ESTADISTICA DE LOS DATOS OBTENIDOS	32
FORMULAS	33
GRAFICAS	34
<u>CAPITULO V</u>	
CONCLUSIONES	35
<u>CAPITULO VI</u>	
BIBLIOGRAFIA	40
APENDICE	42

INTRODUCCION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

OBJETO DE ESTA TESIS

HIPOTESIS

INTRODUCCION

Se puede decir que la epilepsia constituye la enfermedad mental más impactante y dramática, debido a que se manifiesta en forma explosiva y espectacular; resultando brutal por su violencia sorpresiva. La idea popular que se tiene de la epilepsia se limita a las crisis de gran mal, las que se pueden definir como acceso de epilepsia; después de un aura inconstante y variable, dependiendo del sitio del foco epileptógeno, la crisis se inicia con un grito violento, producido por la contracción de la musculatura del tórax, al mismo tiempo que los músculos de la laringe, expulsando fuertemente el aire y produciendo el sonido conocido como grito epiléptico, estas contracciones producen el cese de la aereación de la sangre, aumentando la cianosis en la cara que es posterior a la palidez y a la pérdida de la conciencia repentina y completamente, presentando una fase tónica que dura de diez a veinte segundos y que trae como consecuencia la contracción de toda la musculatura voluntaria. Luego, aparecen generalizadas, contracciones musculares tónicas y después clónicas. La mordedura de la lengua y la pérdida de orina son habituales; la crisis termina en un coma estertórico,

y al despertar el enfermo, no recuerda nada de lo que ha pasado. Quien presencia éste drama relaciona la enfermedad con la creencia en que sus causas-generadoras se hallan en la herencia degenerativa de los padres.

Un interés muy particular fue el que me impulsó a tratar de averiguar algo más respecto a esta enfermedad, deseando aclarar mis conceptos mediante el estudio. Haciendo a un lado los prejuicios que de la misma he tenido.

El presente trabajo se enfoca a la investigación de las deficiencias en la relación madre-hijo, que dan por resultado el desencadenamiento de la enfermedad, para algunos autores.

PRESENTACION DEL PROBLEMA. -

No se ha concluído realmente una base sólida que venga a aclarar las causas que precipitan la epilepsia en un niño con problema orgánico. - Para autores como Rascovski, (15) "La organización familiar de donde surgen los niños epilépticos tiene una profunda constitución neurótica, cuyo factor estimulante más habitual está constituido por la madre, quien racionaliza desde diversas formas su actitud no cooperadora".

El mismo autor afirma que la epilepsia es una enfermedad cuyos orígenes se basan en la psiconeurosis de los progenitores así como en las perturbaciones de la armonía sexual entre ambos: " El acceso epiléptico constituye la resultante de una situación actual neurótica, en la cual, ante una sumatoria de estímulo, fracasan todos los mecanismos de defensa del yo, produciéndose una derivación instintiva masiva hacia el nivel más primitivo de integración total".

Las investigaciones de Rascovski, dieron por resultado un factor preponderante que se refiere a la repercusión de la vida sexual de los padres sobre el niño, (escena primaria, seducciones, colecho etc.), él usó como única terapia la eliminación del colecho y con ello cesaron las crisis convulsivas de los niños epilépticos.

El objeto principal de esta investigación ha sido enfocado hacia las madres con niños epilépticos. Con el fin de investigar sus principales rasgos de personalidad y si éstos se inclinan patológicamente a la neurosis, convirtiendo en un medio hostil el medio familiar, propiciando así la enfermedad.

HIPOTESIS. -

Nuestra hipótesis podría formularse de la siguiente manera; que existe una correlación positiva en la forma de contestar a las frases del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) en un grupo de madres con niños epilépticos al que denominaremos grupo (I), y otro grupo de madres de niños con trastornos de la conducta, al que llamaremos grupo (II), tales trastornos como: agresividad, rebeldía, hiperkinesia, impulsividad, destructividad y bajo rendimiento escolar; pero cuyo electroencefalograma tenía un trazo dentro de los límites normales en todos los casos.

Si ambos grupos son semejantes en su forma de contestar a las frases del cuestionario MMPI, cabe formularnos la siguiente interrogante, ¿encaja esta forma de contestar al cuestionario dentro de algún patrón patológico, y, se inclina esta patología hacia la psiconeurosis?

Si en nuestra investigación el resultado es afirmativo sería corroborada la teoría de Rascovski, en lo referente a que la patología existente

en las madres influye directamente en la frecuencia de las crisis convulsivas,
asi como en la intensidad de las mismas.

CAPITULO I

DEFINICION DE EPILEPSIA

HISTORIA

CLASIFICACION POR DIVERSOS AU-
TORES

La epilepsia es una enfermedad conocida y descrita desde las -- más remotas civilizaciones. La palabra epilepsia; proviene de las raíces --- griegas (epi, lambánein), que significan "asir, agarrar bruscamente, caer so bre, etc." ataque en una connotación pasiva como la de ser atacado o poseído por: dioses, demonios o espíritus.

Considerada en otros tiempos como una enfermedad incurable, - es ahora controlada exitosamente por la terapia a base de medicamentos. No obstante los conceptos erróneos y los prejuicios acerca de la epilepsia, conti- núan propagándose más que en relación a otras enfermedades comunes. Los - adelantos médicos y científicos así como los sociales presentan un futuro más prometedor para las víctimas de la enfermedad. Aunque existen todavía obs- táculos para su buen funcionamiento y el ajuste social necesario.

En algunas épocas estos enfermos fueron considerados como; i- luminados, enviados con poderes sobrenaturales, pero por lo regular el pre- juicio y la vergüenza son más comunes a ellos. Provocando el aislamiento y la incomunicación del enfermo.

La medicina llegó a considerarla hasta hace relativamente poco- tiempo como una enfermedad causada por hechicerías. Era definida como un

mal crónico incurable, apoyando esta idea no sólo el médico sino el propio paciente, que se caracteriza por su personalidad depresiva, autodevaluadora y masoquista.

Se ha difundido la idea errónea de que el enfermo de epilepsia es incapaz de llevar adelante una profesión, propagando el falso concepto de su ineptitud y pobreza intelectual. El ataque de Gran Mal es un hecho que va cargado de sensacionalismo y horror. Las emociones que se apoderan del espectador de un ataque epiléptico, son de miedo y desagrado profundos, que están muy lejos de la conmiseración o lástima sentida hacia otro tipo de enfermos. Del epiléptico por lo regular se piensa que es consecuencia degenerativa transmitida por herencia de los padres.

El prejuicio, los falsos conceptos y errores en contra del epiléptico, constituyen probablemente el más serio de los problemas para el enfermo, más aún que la misma enfermedad. En la familia, entre el vecindario, en la escuela, en el trabajo y ante la ley, se le prejuzga y mal interpreta creando un serio problema no solamente psicológico sino de una trascendencia social y económica aún para el sujeto cuyas crisis están controladas medicamente.

IMPORTANCIA DE LAS RELACIONES FAMILIARES.

"Es imposible la evaluación, diagnóstico y la terapia de las perturbaciones emocionales de un niño si se le considera como un ser separado de su medio ambiente familiar. La unidad adecuada para estudio y tratamiento es el niño considerado como parte de la familia, y la familia como parte del niño".
Ackerman. (1)

La mayoría de pacientes epilépticos iniciaron su padecimiento - desde la infancia, ésto viene a ser sumamente importante entre las relaciones Madre-hijo, porque el paciente podrá resolver más fácilmente el problema de su enfermedad así como las consecuencias de éste dependiendo de la actitud de los padres hacia él y hacia la enfermedad.

Respecto a los alcances y magnitud de importancia de estas relaciones, Ackerman, (1) opina en su libro "Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares", que: La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud. En todo momento el individuo es el depositario de una experiencia de grupo. Su identidad es al mismo tiempo individual y social. Es un microcosmos de su grupo familiar, en un momento dado de la vida, compendia toda una escala de configuraciones familiares, cada una de las cuales corresponde a su personalidad individual en un estadio particular del desarrollo. El enfoque histórico sobre el individuo ha procurado gran riqueza de conocimientos sobre los procesos mentales internos, pero también ha impuesto cierta ceguera a la urgencia de evaluar la enfermedad también como un proceso familiar.

Los criterios para la salud emocional no pueden restringirse al individuo dentro del grupo sino también al grupo. Los males del individuo, la familia y la sociedad forman un continuo. El resultado final para la adaptación yace no sólo en la naturaleza de los conflictos y síntomas del individuo, sino en sus recursos totales para manejarlos; ésto es, en el potencial de integración de su personalidad y en el carácter psicológico familiar del que for--

ma parte. La rehabilitación de personas emocionalmente perturbadas o incapacitadas reposa en nuestra habilidad para utilizar al máximo lo que queda de sano en esos individuos y en sus familias.

El equilibrio dinámico del individuo y el grupo familiar influye en la precipitación de la enfermedad, su curso, la posibilidad de recuperación y el riesgo de recaída". Al médico concierne la responsabilidad del juicio psicológico al emitir el diagnóstico de epilepsia y la influencia de éste sobre los padres, a los que debe instruirse respecto a la naturaleza de la enfermedad contestando a las preguntas que éstos hagan y de ser posible destruir sus creencias incorrectas.

No es extraño que tenga que intervenir directamente dando entereza de ánimo a éstos en cuestión tan importante como lo es la prescripción del medicamento que controlará los ataques.

Al médico corresponde la observación de la actitud de los padres respecto a los problemas de la aceptación o rechazo del niño y su enfermedad, desgraciadamente la ayuda que se puede prestar es poca en relación a problema tan complejo sin embargo es de vital importancia para el niño enfermo y su grupo familiar.

La aceptación madura de comprensión y aceptación de un niño en estas condiciones, no resulta común a los padres de los niños epilépticos, debido probablemente a una tendencia emocional desproporcionada y anormal no sólo respecto a la enfermedad sino muy probablemente a todo lo referente con el medio ambiente que los rodea.

Lo más importante como un obstáculo a vencer con los padres -

del niño enfermo, es el sentimiento de culpa por tener un hijo epiléptico, sentimiento que viene a ser generador de agresividad y rechazo hacia el niño.

Lo anterior podría deberse a una condición propiamente psíquica es decir, a cierta tendencia patológica de los padres, aunque no hay que olvidar que en nuestro medio es común y corriente la ignorancia total respecto a una enfermedad que se encuentra de antemano rodeada de un profundo misterio desde siempre.

CLASIFICACION DE LA EPILEPSIA. -

Desde el punto de vista Etiológico (9) se divide la epilepsia en:-

1. - Epilepsia Ideopática o Criptogenética
2. - Epilepsia Sintomática o Secundaria.

Desde el punto de vista de su sintomatología se divide en:

1. - Epilepsia Pequeño Mal (Petit Mal)
2. - " El Gran Mal o Mal Comicial.
3. - " Jacksoniana.
4. - " Psicomotora o Epilepsia Temporal.
5. - " Refleja (Musicógena y Psosogénica, Fotogénica etc.)
6. - " Estado de Mal -Status Epilepticus.

La Epilepsia ha sido clasificada, a través de su historia y evolución por diferentes autores, haciendo una lista enorme de nomenclatura -- que en realidad queda comprendida en la clasificación anterior. Así vemos que L. Marchand y Ajuriaguerra, hacen una división de la epilepsia de la siguiente manera:

1. - Epilepsia Convulsiva, Acceso convulsivo o Gran Mal.

2. - Estado de Mal.

3. - Epilepsia Psíquica.

4. - " Especiales se subdividen en: a). - Epilepsia Subcortical; b). - Epilepsia Narcolépticas; c). - Picnoléticas; d). - Catalépticas; e). - Migrañosa; f). - Psicasténica; g). - Refleja; h). - Mioclónia; i). - Bravais-Jacksoniana; j). - Accesos de Risa; k). - Problema de Esquema Corporal; l). - Problemas de hambre y sed.

Según la edad se dividen en:

1. - Convulsiones Infantiles;

2. - Epilepsias Infantiles;

3. - Epilepsias Tardías o Seniles.

Según la Evolución se dividen en:

1. - Epilepsia Regresiva;

2. - " Progresiva

3. - Demencia Epiléptica.

Según Penfield; se clasifica a la epilepsia de la siguiente manera: a). - Epilepsia Sensorial; b). - Epilepsia Motora y c). - Epilepsia Psíquica.

CAPITULO I I

DEFINICION DE TERMINOS

Y SU USO.

EPILEPSIA IDIOPATICA O CRIPTOGENETICA: Es aquella en que la variabilidad de síntomas no tiene factores etiológicos conocidos, ni procesos anatómo-patológicos definidos, (se le llama también E. ESENCIAL)(16)

EPILEPSIA SINTOMATICA. - Es aquella que se encuentra ligada a causas conocidas como lesiones o enfermedades.

EPILEPSIA PEQUEÑO MAL (Petit Mal). - También llamada "Ausencias" Consiste en la pérdida brusca y momentánea de la conciencia, en la cual hay una relajación de los músculos de las extremidades superiores -- (el sujeto por lo regular suelta lo que trae en las manos). A veces se acompaña de un movimiento repetitivo de los músculos del párpado superior; el sujeto no llega a perder el conocimiento, estas crisis suelen tener una mayor frecuencia que las que se presentan en el gran mal.

EL GRAN MAL. - Mal comicial, se define por las crisis o acceso de epilepsia; después de un aura inconstante, la crisis se inicia por un grito brusco, ronco seguido inmediatamente de caída y pérdida de conocimiento. Luego aparecen generalizadas, contracciones tónicas precedidas de contracciones musculares clónicas. La mordedura de la lengua y pérdida de orinas habituales. La crisis termina en un coma estertórico, y al despertar el

enfermo no recuerda nada de lo que ha pasado. (El nombre de Mal Comicial, - proviene de los Comicios Romanos, que eran interrumpidos debido a las crisis de uno de los senadores).

EPILEPSIA JACKSONIANA. - Es una forma de epilepsia generalmente acompañada de pérdida de la conciencia, y caracterizada por el espasmo localizado, que suele localizarse en una parte del cuerpo principalmente - o en un miembro. Indica irritación del area de la corteza. Fue descrita por HUGHLINGS JACKSON.

EPILEPSIA PSICOMOTORA O TEMPORAL. - Según SCHWAB, en este tipo de epilepsia hay un común denominador formado por un patrón de fenómenos que suponen aprendizaje o experiencia; viene a ser la repetición de fenómenos, adquiridos y aprendidos.

COLECHO. - acción de compartir el lecho de los padres o de alguno de éstos. (15)

PSICONEUROSIS. - Afección nerviosa caracterizada por trastornos funcionales, que se consideran de origen psíquico. Ejem. la histeria y la psicastenia (12)

HIPERKINESIA. - Exageración o aumento en la actividad motriz (12)

CAPITULO III

METODO DE INVESTIGACION.

SUJETOS, SUS CARACTERISTICAS.

CARACTERISTICAS DEL MATERIAL.

PROCEDIMIENTO.

CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS. - El objeto esencial de esta investigación, ha sido enfocado hacia las madres con niños epilépticos. - Con el fin de averiguar sus principales rasgos de personalidad y si ésta se inclina patologicamente hacia la NEUROSIS, convirtiendo en un medio hostil el medio ambiente familiar.

Para este estudio inicialmente se efectuó la selección de un grupo de madres con niños diagnosticados de epilepsia; los casos estudiados están constituidos por madres de niños que asisten para su atención médica, al Instituto Nacional de Neurología y a la Clínica de la Conducta dependencia de la Secretaría de Educación Pública.

Nuestra muestra, consta de veintitrés casos. Se tomó el número veintitrés considerando la población infantil con diagnóstico de epilepsia - del Instituto Nacional de Neurología. Este número corresponde aproximadamente al 10% de la población anual infantil.

La población del Instituto Nacional de Neurología fue tomada como base debido a que es la Institución que recibe mayor número de pacientes neurológicos en toda la República.

El tipo de epilepsia varía desde Gran Mal, Petit Mal, hasta la-

llamada epilepsia psicológica, consistente en estados de automatismo. Aunque la mayoría estuvo constituida por niños con crisis convulsivas del tipo Gran Mal con una frecuencia variante desde un control absoluto de las crisis hasta quince convulsiones diarias.

La edad de los pacientes fue de tres años a catorce años, el lugar que ocupan en la familia es el siguiente:

LUGAR	N	%
Hijo-Unico		
" Mayor	8	34.70
" Menor	6	26.3
" 2o.	2	8.6
" 3o.	3	13.04
" 4o.	1	4.34
" 5o.	1	4.34
" 7o.	1	4.34
" 9o.	1	4.34
TOTAL	23	100.00

Las madres de los niños del grupo anterior, pertenecientes a diversos medios socio-económicos, fueron seleccionados de acuerdo al salario percibido por el padre de familia y en otros casos por el sueldo obtenido por ellas mismas, el que varió de \$600.00 a \$3000.00. Otra variante encon

trada en este grupo de señoras es el grado de escolaridad y cultura que varió desde nula escolaridad, hasta el grado de bachiller; y otros casos como que habían cursado carreras comerciales que fue en un mínimo porcentaje localizado.

A todas ellas se les aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI, así como al grupo control constituido por 23 madres de niños con problemas de conducta; este grupo de madres fue seleccionado de los expedientes de la Clínica de la Conducta dependencia de la Secretaría de Educación Pública, Institución a la cual asisten niños con alteraciones conductuales cuyos síntomas principales son: agresividad, hiperkinesia, impulsividad, destructividad, rebeldía, falta de atención y problemas de aprendizaje para - nuestro estudio seleccionamos aquellos cuyo registro electro-encefalográfico, así como del resultado de la batería psicométrica aplicada en esta Institución a los mismos, descartaba toda posibilidad de daño orgánico-cerebral.

Esperando encontrar semejanza entre un grupo de madres con niños epilépticos grupo I y el grupo II compuesto de madres con niños con problema de conducta, en su forma de contestar a las frases del Cuestionario -- MMPI, para corroborar la hipótesis basada en los estudios de Rascovski, que dice: "Las madres que tienen niños epilépticos, poseen una personalidad psineurótica".

CARACTERISTICAS DEL MATERIAL. - Se empleó el Inventario multifásico de la personalidad (MMPI) (20), en su forma de aplicación individual, usando el folleto, de la forma colectiva, por ser el más práctico y sencillo. Así como para facilitar la calificación de las respuestas. Este cues-

tionario consta de 550 frases, de las cuales 16 vienen repetidas. El inventario multifásico de la personalidad, es un instrumento psicométrico que nos dá objetivamente en forma de puntajes una visión de las fases más importantes de la personalidad del sujeto. En la prueba se incluyen diversos temas, abarcando desde condiciones físicas hasta condiciones morales y actitudes sociales del sujeto.

En el desarrollo de la prueba se pide al sujeto que clasifique las frases en tres categorías: CIERTO, FALSO, Y NO PUEDO DECIR, relacionándolas de acuerdo a su propia persona. (en la presente investigación se procuró que los sujetos contestaran el cuestionario completamente, evitando así, que dejaran frases sin contestar, motivo por el cual la escala de validez "NO PUEDO DECIR", quedó en éste caso eliminada).

Originalmente el Inventario consta de CUATRO ESCALAS DE VALIDEZ, y NUEVE escalas clínicas. (10, y 20)

RELACION DE LAS AREAS QUE EXPLORA, EN FORMA DE FRASES EL INVENTARIO MMPI.

1. - Salud en general (9 frases)
2. - Neurología general (19 frases)
3. - Nervios Craneales. (11 frases)
4. - Acción y Coordinación (6 frases)
5. - Sensibilidad (5 frases)
6. - Sistema Vaso-motor, Alimenticio, Lenguaje, Secretorio
(10 frases)
7. - Sistema Cardiorespiratorio (5 frases)

8. - Sistema Genitourinario (5 frases)
9. - Sistema Gastro-intestinal (11 frases)
10. - Familia y Matrimonio (26 frases)
11. - Hábitos (19 frases)
12. - Ocupaciones (18 frases)
13. - Educativas (12 frases)
14. - Afecto Depresivo (32 frases)
15. - Actitudes sexuales (16 frases)
16. - Actitudes Religiosas (19 frases)
17. - Actitudes Políticas de Ley u Orden (46 frases)
18. - Actitudes Sociales (72 frases)
19. - Afecto Maniaco (24 frases)
20. - Estados Obsesivos y Compulsivos (15 frases)
21. - Ideas de referencia Alucinaciones Ilusiones, Ideas Falsas (31-
frases)
22. - Fobias (29 frases)
23. - Tendencias Sado-Masoquistas (7 frases)
24. - Moralidad (33 frases)
25. - Temas Relacionados con Masculinidad y Femenidad (55 fra-
ses)
26. - Temas para indicar si el sujeto trata de colocarse en un ni
vel poco aceptable (15 frases)

Estas frases se agrupan en nueve escalas clínicas que son: 1. - -
Hipocondriasis, 2. - Depresión, 3. - Histeria, 4. - Personalidad psicopática, -
5. - Masculinidad-Femenidad, 6. - Paranoia, 7. - Psicastenia, 8. - Esquizofre
nia, 9. - Hipomanía.

Las características de personalidad pueden ser obtenidas mediante el puntaje dado por las nueve escalas clínicas que forman el Inventario Multifásico; (20, 10) y son las siguientes: 1. - Escala de Hipocondriasis (Hs), es una revisión mejorada de la escala original de hipocondriasis, la cual mide cuantitativamente el grado de preocupación respecto del estado de salud personal. Los sujetos con un alto puntaje en esta escala se quejan frecuentemente de dolores y malestares los cuales no tienen una base orgánica esclarecida.

2. - Escala de Depresión (D), llamada también la escala del estado de ánimo, ya que se pueden detectar estados emocionales transitorios con ella. Su origen se basó en el propósito de medir el grado de depresión, el cual se manifiesta con sentimientos de inutilidad e incapacidad de adoptar una conducta normalmente optimista, debido principalmente a la falta de confianza en sí mismo, por la que atraviesa el sujeto, esta escala es variable de acuerdo con los diferentes estados de ánimo por los que atraviesa el sujeto.

3. - Escala de Histeria, o escala (Hi). - Esta escala nos permite medir el grado de semejanza de un sujeto a los pacientes que han desarrollado síntomas de histeria de conversión los cuales pueden ser quejas generales o parálisis, contracturas musculares, malestares gástricos o síntomas cardiacos, los sujetos que tienen un alto puntaje en esta escala son propensos a ataques episódicos, desmayos o convulsiones epileptiformes.

4. - Escala de desviación psicopática (DP). - Esta escala mide la similitud que tiene un sujeto con un grupo de personas con una incapacidad de respuesta emocional profunda, siendo esta incapacidad su problema fundamental, unida a la falta de provecho aprendido en las experiencias pasadas,

así como irresponsabilidad y despreocupación ante la Sociedad y la Ley.

5. - Escala de intereses masculinos o femeninos (Mf). - Esta escala mide la tendencia del sujeto hacia alguno de estos dos patrones de intereses. -Esta escala no tiene con seguridad significado clínico y su interpretación se limita a la medición del rasgo general, ya que un alto puntaje indica desviación del patrón de intereses básicos en dirección al sexo opuesto.

6. - Escala de paranoia. - La escala (Pa), mide la semejanza de un sujeto en su forma de contestar a las frases del cuestionario con un grupo de pacientes caracterizados por delirio de persecución, suspicacia, hipersensibilidad en las relaciones interpersonales, ideas megalomaniacas. Con diagnóstico de Paranoia, esquizofrenia paranoide o estados paranoides.

Los puntajes superiores a t 80, deben ser interpretados como un indicio de perturbación mental.

7. - Escala de psicastenia denominada también de obsesión-Compulsión, es una medida de diferenciación de sujetos que sufren dudas exageradas, obsesiones y fobias. El pensamiento obsesivo se encuentra acompañado de angustia y tensión; el concepto de psicastenia deriva de una debilidad de la voluntad que hace al sujeto impotente para impedir el tipo de conducta que se ve obligado a realizar.

8. - Escala de Esquizofrenia, la escala (Es), ha sido la más elaborada de las escalas clínicas del MMPI, debido a que la esquizofrenia es demasiado compleja y heterogenea. No obstante su complejidad esta escala nos ayuda a medir la semejanza de las respuestas de un sujeto con las de aquellos pacientes que se caracterizan por su incongruencia de afecto, el fracciona---

miento en el proceso del pensamiento, la separación entre la vida subjetiva y la realidad.

Esta escala distingue el 60% de los casos observados diagnosticados como esquizofrenicos; algunos tipos de esquizofrenia solo son detectados, con una o dos escalas adicionales mismas que resultan necesarias para identificar estos casos lo que se apoya en la opinión psiquiatrica que expresa que la esquizofrenia no es una entidad clínica sino un grupo de condiciones heterogeneas.

Es recomendable tener cautela en la aplicación de la escala como del término esquizofrenia dada la complejidad de ambos. Un puntaje T superior a 85, es indicador de conflictos internos graves en personas aisladas y solitarias.

Escala (Ma). - Esta escala nos permite medir los estados de ánimo de las personas con características maniaco-depresivas tipo maniaco. - Cuadro Clínico que se caracteriza por una intensa actividad, distracción, insomnio incansable actividad, actitud de sospecha y megalomanía.

El lenguaje generalmente rápido de estos sujetos refleja gran tensión; algunos clínicos piensan que este estado es una defensa contra la depresión. La hipomanía se refiere a un estado menor de manía cuyas características son; transformadas en entusiasmo, hiperactividad y optimismo contrastando con las del depresivo.

10. - Escala social, (Si), tiende a medir la tendencia a la introversión o la extroversión social, no sólo es del uso clínico sino también aplicable en sujetos normales enfocado hacia la orientación. Las personas con -

una puntuación elevada en la escala cero, carecen de prestancia social, ya -- que se muestran incómodos en reuniones sociales debido a lo cual se mues--- tran frías y distanciadas; sin embargo cuando están aisladas se sienten libres de pretensiones. Son sujetos incapaces de enfrentarse a situaciones desagradables.

PROCEDIMIENTO. - La selección de los sujetos se llevó a cabo en base al criterio siguiente: Madres de niños que hubiesen sido diagnosticados de epilepsia, confirmando la existencia de disritmia cerebral, por el trazo anormal -- del electroencefalograma, así como la batería de pruebas psicológicas aplicada a los mismos con un resultado de problema orgánico cerebral.

Es de hacer notar que aunque las madres en sí tienen muchas diferencias o características no similares, siendo la única característica co-- mún a todas ellas tener un hijo epiléptico, no se pueden uniformar todas las - demás variables, como son: edad, escolaridad etc. Se tomó no obstante como muestra pese a sus diferencias por ser este factor el común denominador del grupo.

La segunda fase del procedimiento consistió en la administra -- ción y análisis del material utilizado, que en este caso estuvo constituido por la aplicación del cuestionario MMPI en forma de frases afirmativas. Llevándose a cabo en forma individual con un promedio de tres sesiones necesarias para cada uno de los sujetos.

El grupo II fue seleccionado de los numerosos expedientes que - se localizan en la Clínica de la Conducta, Dependencia de la Secretaría de Educación Pública; Institución oficial creada para prestar atención especializada

da a los niños con problemas de comportamiento detectados en el medio escolar; fundada en el año de 1948. Centro donde se nos brindaron todas las facilidades necesarias para llevar a efecto la selección de nuestra muestra.

Para el grupo II se tomó en cuenta la variable siguiente: que las señoras fueran madres de niños asistentes a la Clínica de la Conducta debido exclusivamente a problemas de comportamiento, descartando la existencia de problema orgánico cerebral por medio de la aplicación de electroencefalograma, así como por la batería de pruebas psicológicas indispensables para emitir cualquier diagnóstico, y aplicados rutinariamente en esa Clínica de la Conducta. Originalmente se escogió un grupo integrado por treinta personas quedando el grupo control definitivo formado por el mismo número de sujetos del grupo experimental.

Durante el desarrollo de nuestra investigación nos encontramos con diversos problemas para llevarla a cabo mismas que no sería posible enumerar en este trabajo dado su carácter; pero nos ha parecido importante mencionar que la principal dificultad en la administración de la prueba fue la falta de asistencia a la hora y día de la cita; pues las madres de familia suelen ser personas con múltiples ocupaciones de trabajo, debido a que no todas cuentan con el apoyo económico del esposo. Todo lo anterior resultó en demora de nuestra investigación, quizá de haberse aplicado el inventario en forma colectiva se habría llevado a cabo la misma en un período de tiempo considerablemente menor. Aunque de haberse aplicado en forma colectiva dicho cuestionario, nos hubiera faltado información respecto a la actitud individual ante la situación de prueba, así como de la relación que se estableció duran-

te las entrevistas personales, situación que permitió que las señoras nos hablaran en muchos casos de su problemática familiar. Lo cual resulta de suma importancia para la interpretación del perfil proporcionado por las escalas del Inventario, así como para completar el contenido de cada una de las historias clínicas; todo lo anterior nos permitió darnos cuenta si realmente la relación madre-hijo, es determinante en el desencadenamiento de la enfermedad o si en algunos casos la causa eficiente de la misma es de otra naturaleza. En opinión del Doctor S. Toscano, dedicado a la aplicación de psicoterapia de grupo a las madres de los niños hospitalizados en el Departamento de pediatría del Instituto Nacional de Neurología "la falta de cooperación por parte de las madres de los pacientes es debida a grandes resistencias originadas en su conflictiva personal".

Posteriormente se llevó a cabo la administración y análisis del material utilizado para el grupo control siendo necesarias tres sesiones también para la aplicación del cuestionario en este grupo como promedio; se dedicó la primera entrevista a la explicación de la forma de resolver el cuestionario así como a la recolección de datos personales de las señoras; investigando la hora adecuada para que pudieran dedicarse a la resolución de 566 frases que constituyen el MMPI, sin la preocupación causada por los problemas de haber dejado la casa y los niños sin el cuidado de alguna persona de su confianza.

CAPITULO IV

ELABORACION ESTADISTICA DE

LOS DATOS OBTENIDOS.

GRAFICAS Y FORMULAS.

Se procedió a organizar los datos obtenidos para llevar a efecto su análisis e interpretación de acuerdo con la distribución frecuencia para la elaboración de gráficas que nos proporcionaran una visión estadística de los resultados.

Para el esclarecimiento de las diferencias encontradas en los resultados de ambos grupos, experimental y de control recurrimos a nuestra PRUEBA DE HIPOTESIS, (11) para inferir estadísticamente, por medio del cálculo de probabilidades si existían diferencias en la forma de contestar el cuestionario MMPI, por parte del grupo de madres con niños epilépticos, en contraste con el grupo de madres cuya característica era tener niños con problemas de conducta.

Para dicha prueba de hipótesis, se calcularon: la media aritmética y sus variancias para cada una de las escalas formadas para el perfil dado por el psicograma de la prueba así como el error Standard, de la diferencia obtenida de los dos grupos.

Nuestras fórmulas fueron las siguientes: (11)

Para la media aritmética: $X = \frac{\sum f \cdot x}{n}$

Prueba de Hipótesis:



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

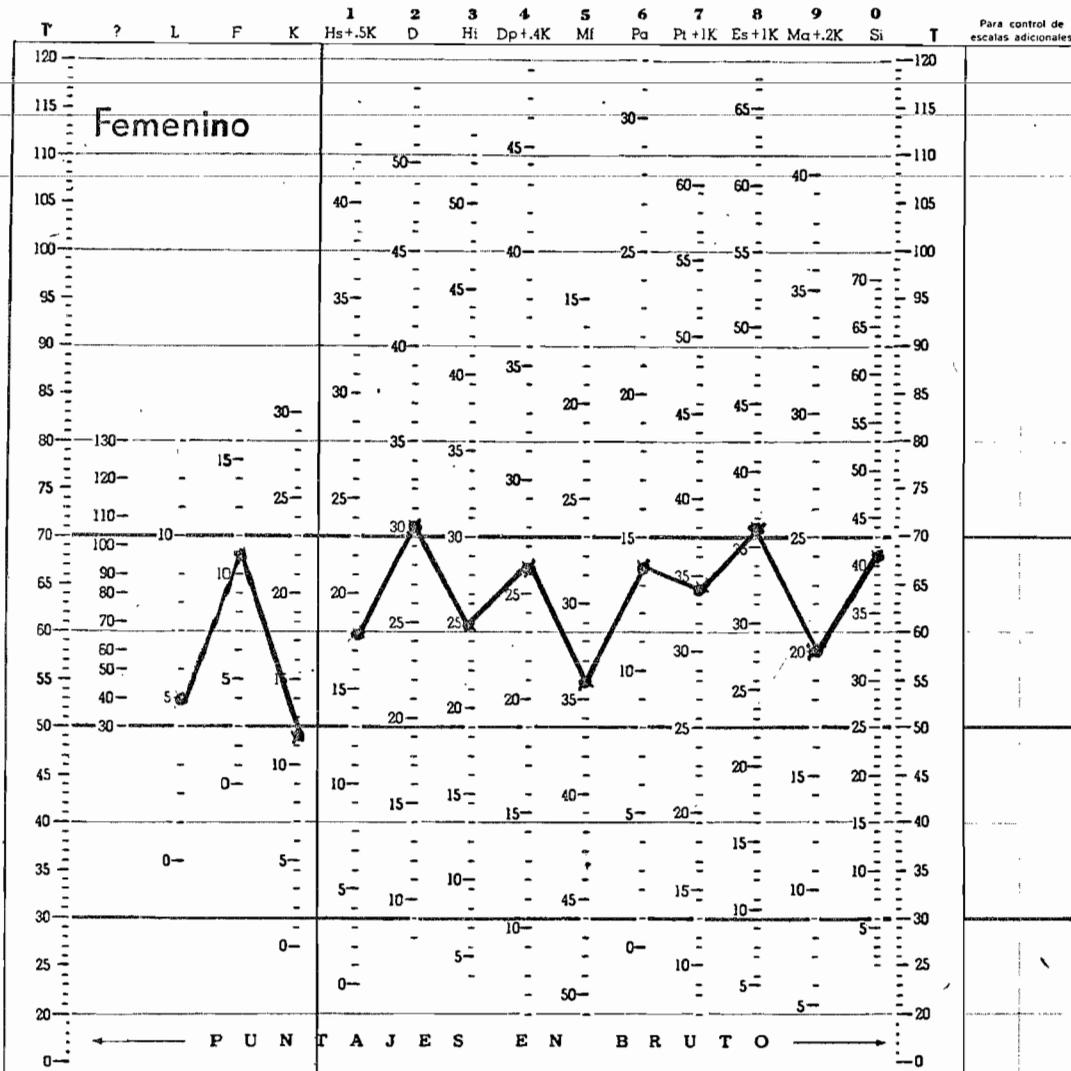
Nombre clave del Sgo I
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

F
Femenino



	T	?	L	F	K	1 Hs+.5K	2 D	3 Hi	4 Dp+.4K	5 Mf	6 Pa	7 Pt+1K	8 Es+1K	9 Ma+.2K	0 Si	T
Puntaje en bruto	<u>5</u>	<u>11</u>	<u>12</u>	<u>12</u>	<u>12</u>	<u>30</u>	<u>25</u>	<u>21</u>	<u>34</u>	<u>14</u>	<u>22</u>	<u>24</u>	<u>18</u>	<u>41</u>		
Agregar factor K					<u>6</u>			<u>5</u>			<u>12</u>	<u>12</u>	<u>2</u>			
Puntaje corregido					<u>18</u>			<u>26</u>			<u>34</u>	<u>36</u>	<u>20</u>			

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____

K	Fracciones K		
	.5	.4	.2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

28'046 7319(55)^o

5:11:12



MMPI

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre Clave del Sgo II
(letra de molde)

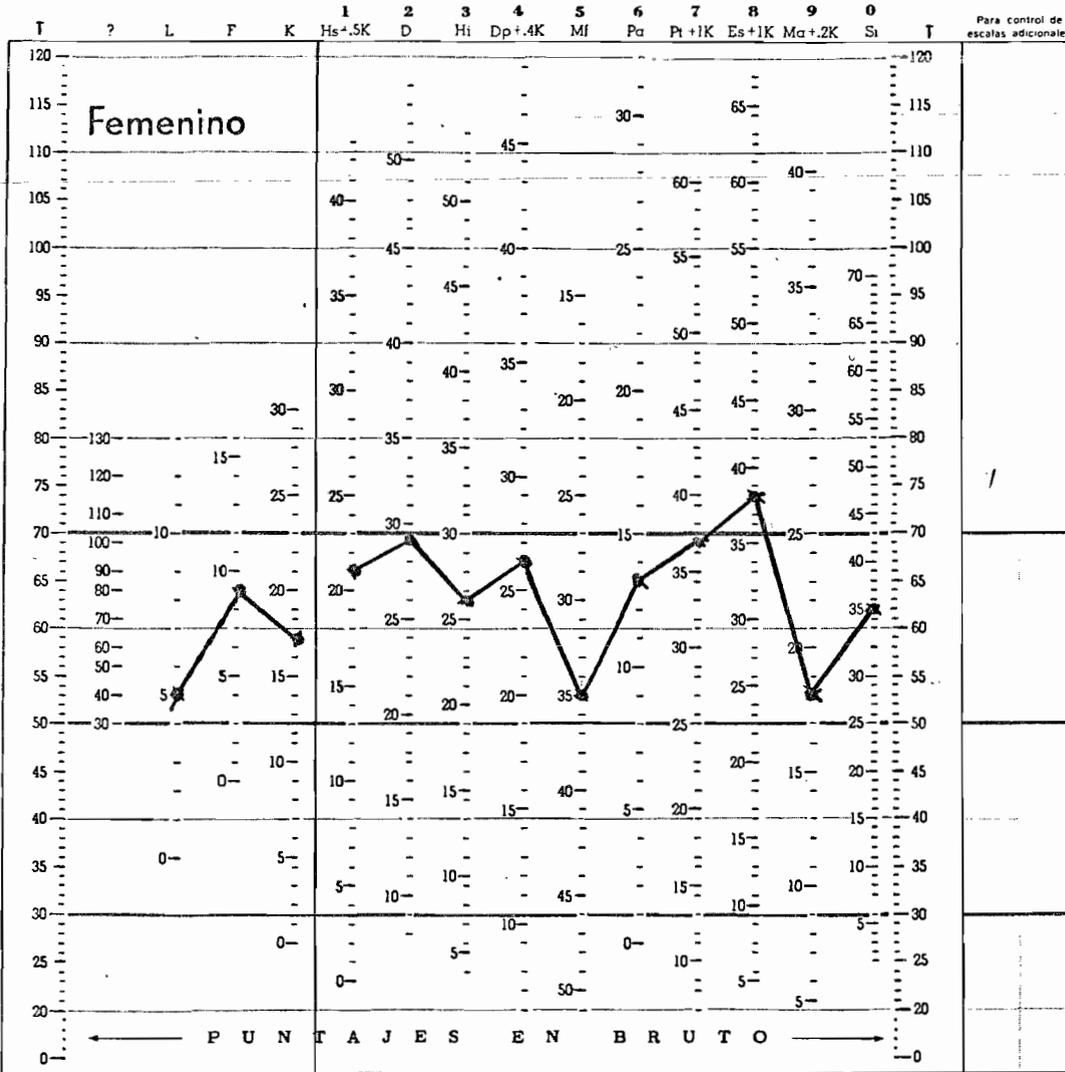
F. Femenin

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K			
K	.5	.4	.2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

8'27 416309(53)^o 5:9:17

Puntaje en bruto	5	9	17	12	29	26	19	35	13	20	21	15	35	
Agregar factor K			9				7			17	17	3		
Puntaje corregido			21				26			37	38	18		



$$\text{Media Aritmética: } \bar{X} = \sum \frac{f \cdot X}{n}$$

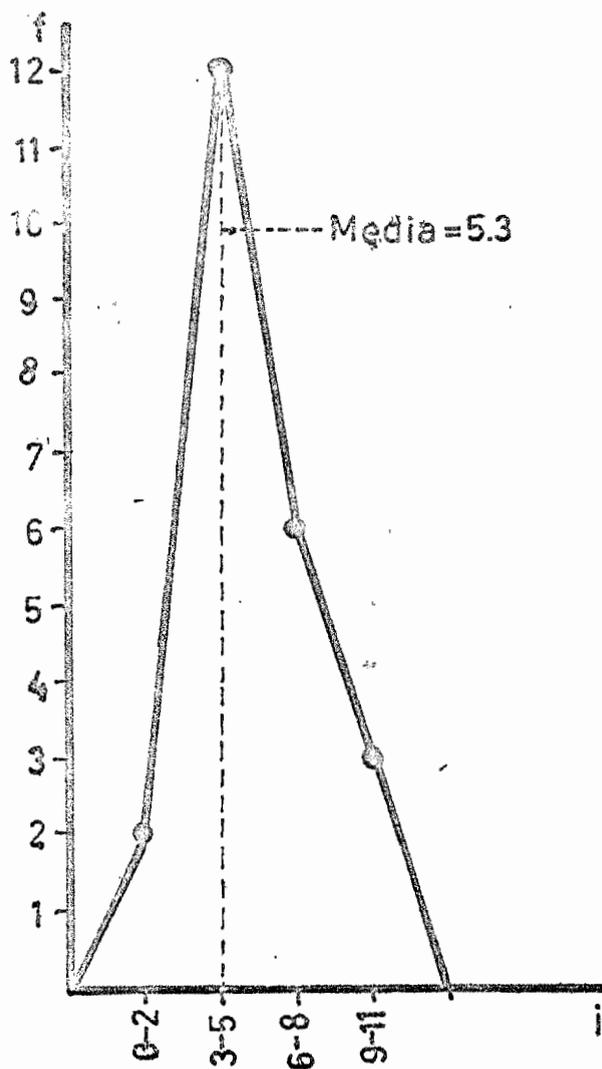
PRUEBA DE HIPOTESIS

$$S = \sqrt{\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

$$s = \sum \frac{f(X - \bar{X})}{n_1 - 1}$$

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{S}$$

Esc. "L" Gpo. I

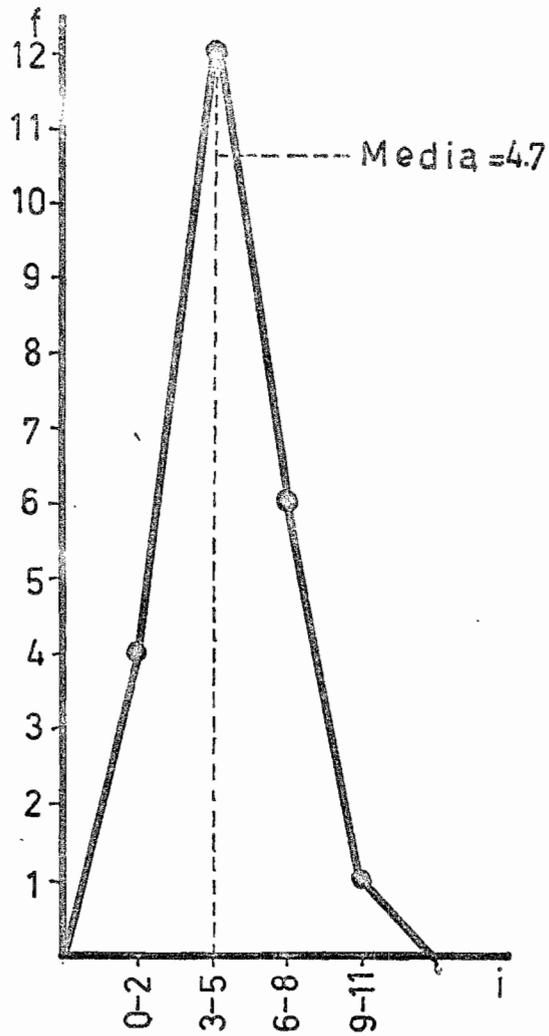


X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
1	0	0			
2	2	4	- 3.3	10.89	21.78
3	4	12	- 2.3	5.29	21.16
4	5	20	- 1.3	1.69	8.45
5	3	15	.3	.09	.27
6	2	12	.7	.49	.98
7	2	14	1.7	2.89	5.78
8	2	16	2.7	7.29	14.58
9	2	18	3.7	13.69	27.38
10	0	0			
11	1	11	5.7	32.49	32.49
		<u>122</u>			<u>132.87</u>

$$v = 6.04$$

$$t = .69$$

Esc. "L" Gpo II

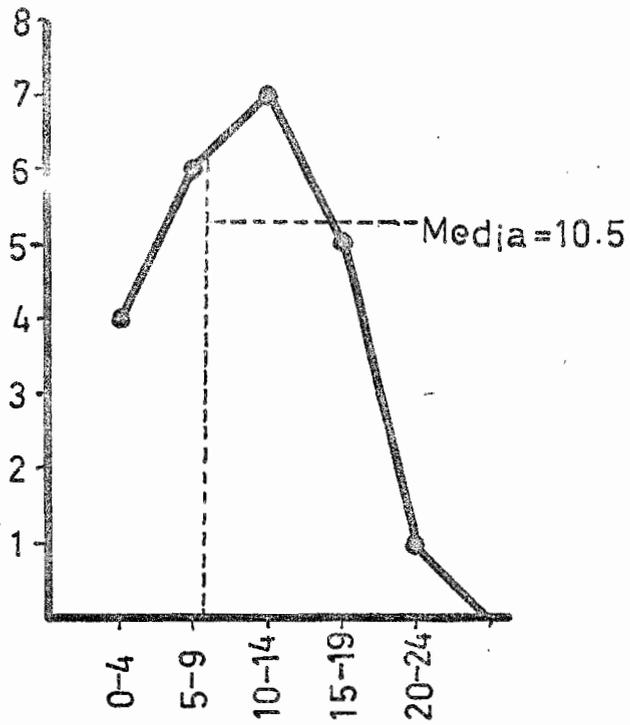


X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f (X - \bar{X}) ²
1	1	1	- 3.7	13.69	13.69
2	3	6	- 2.7	7.29	21.87
3	1	3	- 1.7	2.89	2.89
4	8	32	- .7	.49	3.92
5	3	15	.3	.09	.27
6	1	6	1.3	1.69	1.69
7	5	35	2.3	5.29	26.45
8	0				
9	0				
10	1	10	5.3	28.09	28.09
					<u>98.87</u>

$v = 4.5$

$t = .69$

Esc. "F" Gpo. I

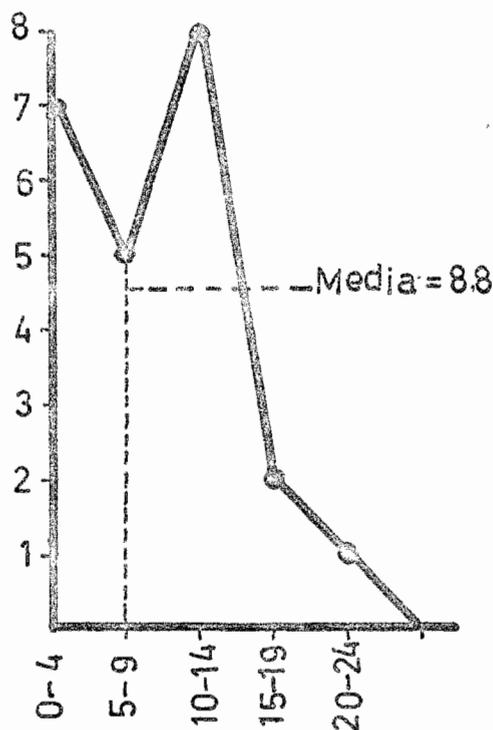


X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
1	0	0	0	0	0
2	1	2	- 8.5	72.25	72.25
3	2	6	- 7.5	56.25	112.50
4	1	4	- 6.5	42.25	42.25
5	0	0	0	0	0
6	1	6	- 4.5	20.25	20.25
7	3	21	- 3.5	12.25	36.75
8	1	8	- 2.5	6.25	6.25
9	1	9	- 1.5	2.25	2.25
10	3	30	- .5	.25	.75
11	0	0	0	0	0
12	1	12	1.5	2.25	2.25
13	2	26	2.5	6.25	12.50
14	1	14	3.5	12.25	12.25
15	2	30	4.5	20.25	40.25
16	0	0	0	0	0
17	2	34	6.5	42.25	84.50
18	0	0	0	0	0
19	1	19	8.5	72.25	72.25
20	0	0	0	0	0
21	1	21	10.5	110.25	110.25
	Σ 242				Σ 627.75

$\bar{X} = 105$

$V = 2808$

E sc. "F" Gpo. II

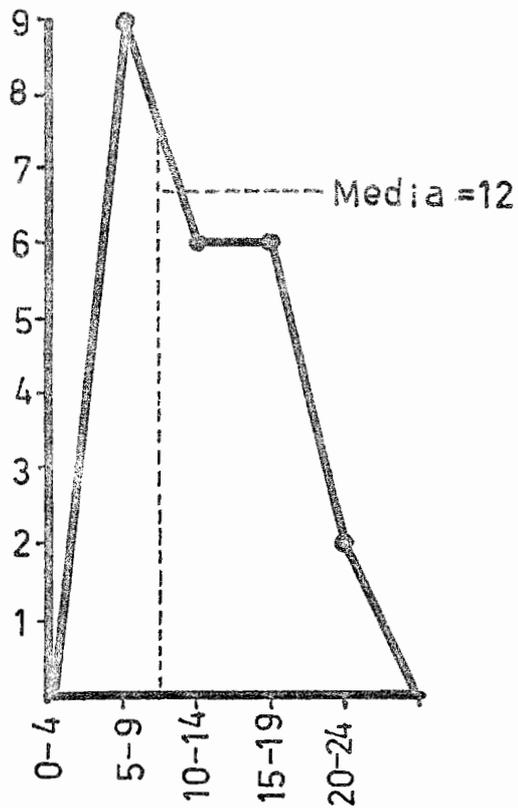


X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
1	1	1	- 7.8	61.84	61.84
2	1	2	- 6.8	46.24	46.24
3	4	12	- 5.8	33.64	134.56
4	1	4	- 4.8	23.04	23.04
5	1	5	- 3.8	14.44	14.44
6	1	6	- 2.8	7.24	7.24
7	1	7	- 1.8	3.24	3.24
8	1	8	- .8	.64	.64
9	1	9	.2	.04	.04
10	3	30	1.2	2.54	7.52
11	1	11	2.2	4.84	4.84
12	1	12	3.2	10.24	10.24
13	1	13	4.2	17.64	17.64
14	2	28	5.2	27.04	54.08
15	1	15	6.2	38.44	38.44
16	0	0	0	0	0
17	1	17	8.2	67.24	67.24
18	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	0
22	0	0	0	0	0
23	0	0	0	0	0
24	1	24	15.24	231.04	231.04
				\approx 722.32	

V = 32.83

f = - .30

Esc. "K" Gpo I

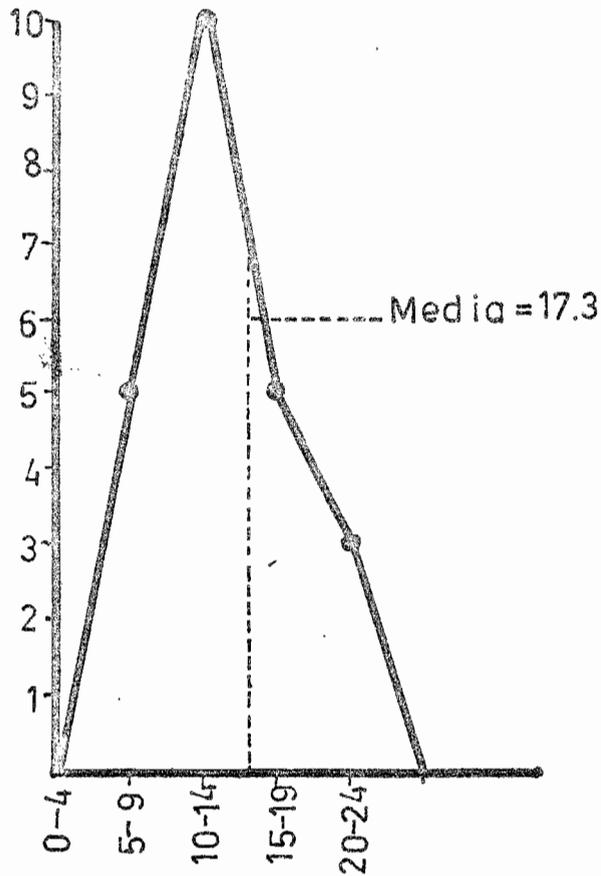


X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
5	1	5	- 7	49	49
6	2	12	- 6	36	72
8	3	24	- 4	16	48
9	3	27	- 3	9	27
11	1	11	- 1	1	1
12	3	36			
13	2	26	1	1	2
15	4	60	3	9	36
17	2	34	5	25	50
20	1	20	8	64	64
21	1	21	9	81	81
		≈ 276			≈ 430

$$V = 19.55$$

$$f = -1.00$$

Esc. 'K' Gpo II

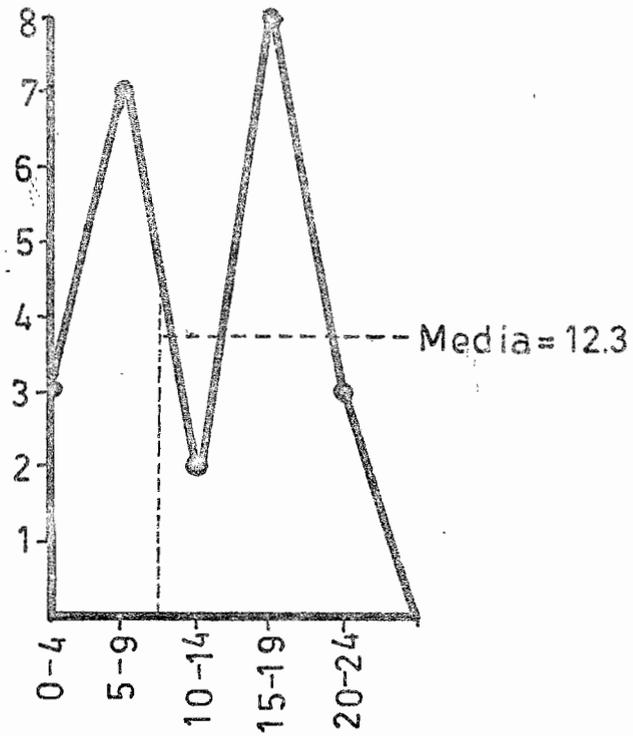


X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
5	1	5	-12.3	151.25	151.29
6	1	6	-11.3	127.69	127.69
7	1	7	-10.3	106.09	106.09
9	2	18	-8.3	68.89	136.38
10	1	10	-7.3	53.29	53.29
11	2	22	-6.3	39.69	79.38
12	5	60	-5.3	28.09	140.45
13	1	13	-4.3	18.49	18.49
14	1	14	-3.3	10.89	10.89
15	1	15	-2.3	5.29	5.29
16	1	16	-1.3	1.69	1.69
17	1	17	-.3	.09	.09
18	2	36	.7	.49	.98
20	2	40	2.7	7.29	14.58
21	1	21	3.7	13.69	13.69
	≈ 300				≈ 850.17

$$V = 38.66$$

$$f = -1.00$$

Esc. "Hs"(1) Gpo.I

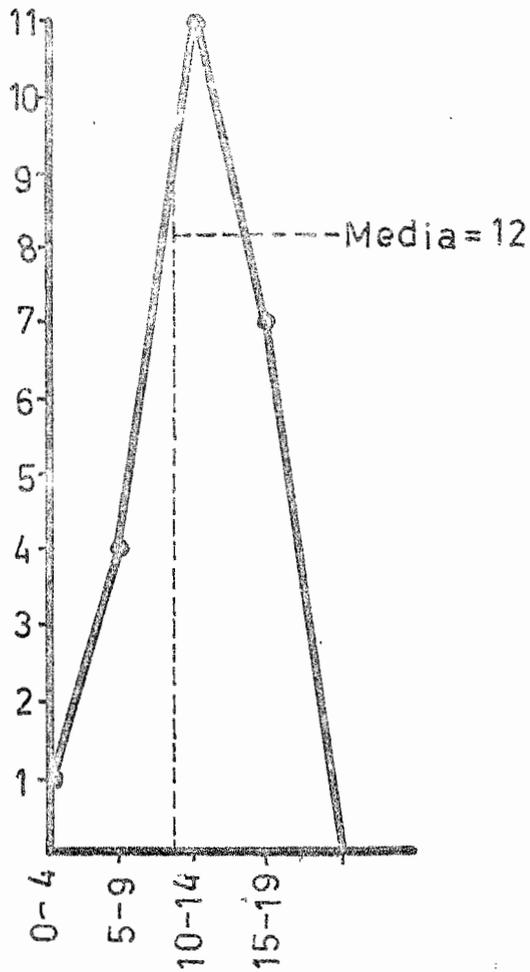


X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
2	2	4	-10.3	103.09	206.18
4	1	4	- 8.3	68.89	68.89
5	3	15	- 7.3	53.29	159.87
6	2	12	- 6.3	39.69	79.38
8	1	8	- 4.3	18.49	18.49
9	1	9	- 3.3	10.89	10.89
12	2	24	- .3	.09	.18
17	3	51	4.7	22.09	66.27
18	2	36	5.7	32.49	64.98
19	3	57	6.7	44.89	134.67
20	1	20	7.7	59.29	59.29
21	1	21	8.7	77.69	77.69
22	1	22	9.7	94.09	94.09
					Σ 1040.87

$V = 49.73$

$f = .050$

Esc. "Hs" (1) Gpo II

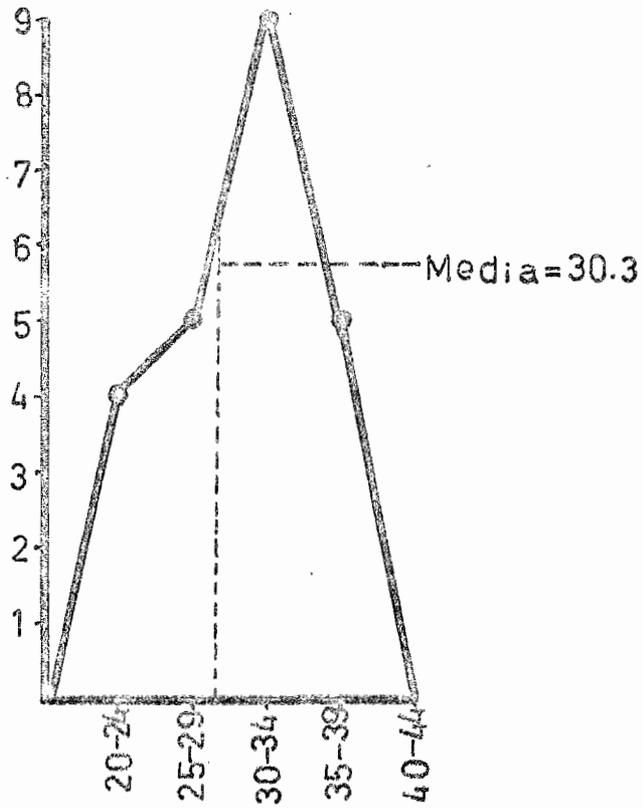


X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f (X - \bar{X}) ²
2	1	2	-10	100	100
5	1	5	-7	49	49
7	1	7	-5	25	25
8	2	16	-4	16	32
10	2	20	-2	4	8
12	4	48			-
13	2	26	1	1	2
14	3	42	2	4	12
15	4	60	3	9	36
16	1	16	4	16	16
17	1	17	5	25	25
19	1	19	7	49	49
		<u>278</u>			<u>≈354</u>

$v = 16$

$t = .050$

Esc. "D" (2) Gpa. I

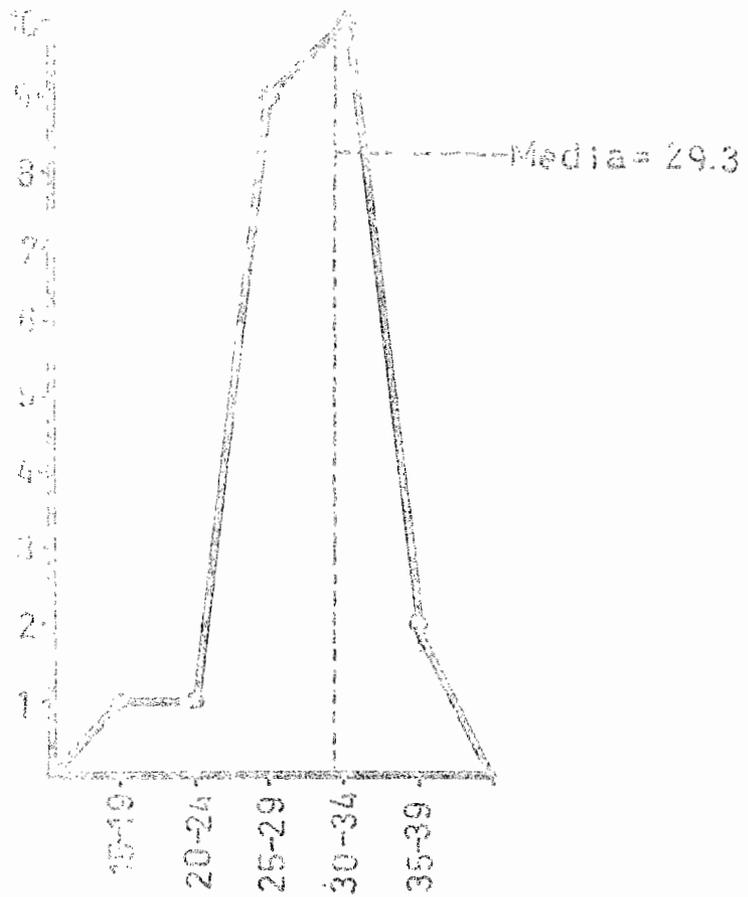


X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
23	2	46	-7.3	53.29	106.58
24	2	48	-6.3	39.69	79.38
25	1	25	-5.3	29.09	27.09
27	2	54	-3.3	10.89	21.78
28	1	28	-2.3	5.29	5.29
29	1	29	-1.3	1.69	1.69
30	5	150	-.3	.09	.45
31	1	31	.7	.49	.49
32	1	32	1.7	2.89	2.89
34	2	68	3.7	13.69	27.38
36	2	72	5.7	32.49	64.98
37	1	37	6.7	44.89	44.89
38	1	38	7.7	59.29	59.29
39	1	39	8.7	75.69	75.69
		697			≈ 517.87

$v = 23.54$

$t = .178$

kon. D₍₂₎ Gpo II

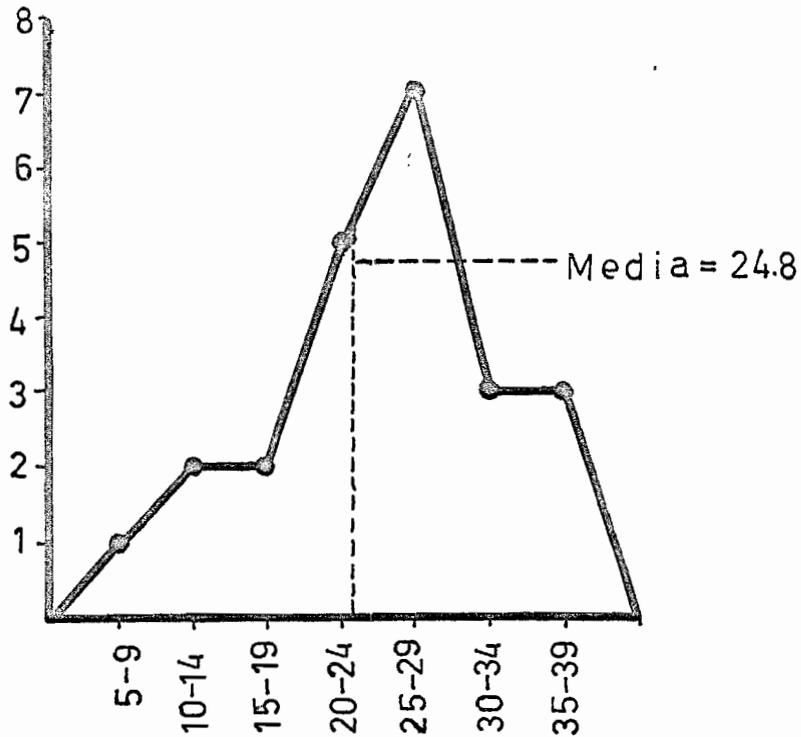


X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
18	1	18	-11.3	127.69	127.69
22	1	22	-7.3	53.29	53.29
25	1	25	-4.3	18.49	18.49
26	1	26	-3.3	10.89	10.89
27	2	54	-2.3	5.29	10.58
28	1	28	-1.3	1.69	3.38
29	3	87	-.3	.09	.27
30	2	60	.7	2.89	8.67
31	1	31	1.7	2.89	8.67
32	3	96	2.7	7.29	21.87
33	2	66	3.7	13.69	27.38
35	1	35	5.7	5.7	32.49
36	1	36	6.7	44.89	44.89
					Σ 350.87

$\sigma = 16.85$

$\rho = .178$

Esc. "H" (3) Gpo I



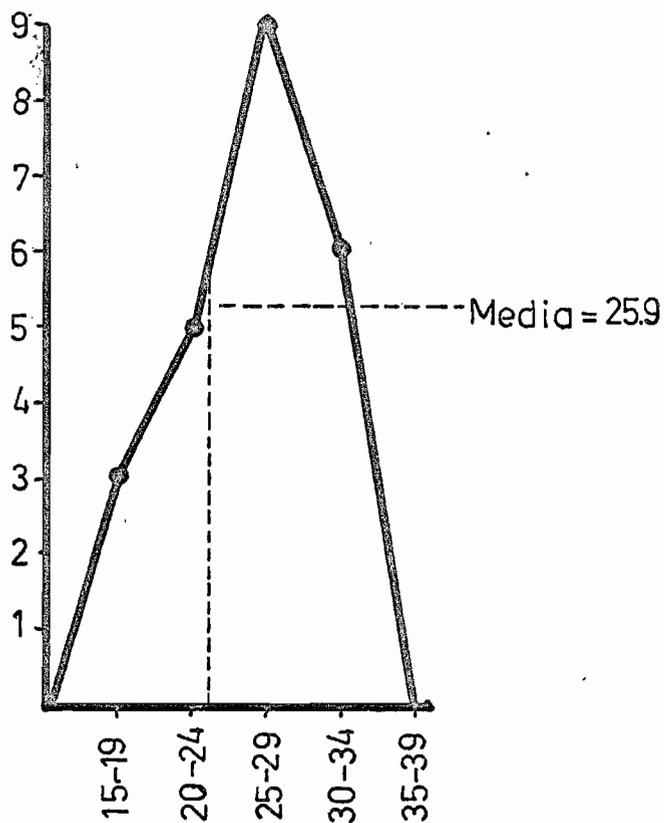
X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
9	1	9	-15.8	249.64	249.64
14	2	28	-10.8	116.64	233.28
15	1	15	-9.8	96.04	96.04
17	1	17	-7.8	60.84	60.84
20	2	40	-4.8	23.04	46.08
22	2	44	-2.8	7.84	15.68
24	1	24	-.8	.64	.64
26	3	78	1.2	1.44	4.32
27	1	27	2.2	4.84	4.84
28	2	56	3.2	10.24	20.48
29	1	29	4.2	17.64	17.64
32	2	64	7.2	51.84	103.78
33	1	33	8.2	68.24	67.24
35	1	35	10.2	110.24	104.24
36	2	72	11.2	125.44	250.88

Σ 1275.32

$v = 57.97$

$t = -.177$

Esc. $H_{(3)}$ Gpo II

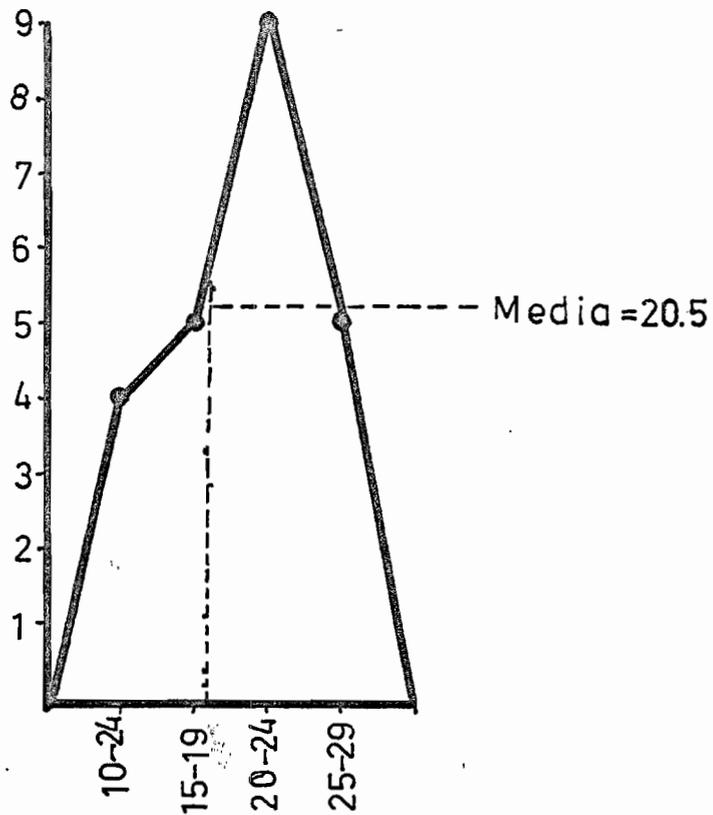


X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
18	2	36	- 7.9	62.41	124.82
19	1	19	- 6.9	47.61	47.61
21	2	42	- 4.9	24.01	48.02
22	2	44	- 3.9	14.58	29.16
24	1	24	- 1.9	2.98	2.98
26	3	78	.1	.01	.03
27	2	54	1.1	1.21	2.42
28	2	56	2.1	4.41	8.82
29	2	58	3.1	9.61	19.22
30	3	90	4.1	16.81	30.43
31	2	62	5.1	26.01	58.02
33	1	33	7.1	50.41	50.41
					Σ 421.94

$v = 19.17$

$t = -.117$

Esc. "Dp(4)" Gpo. I



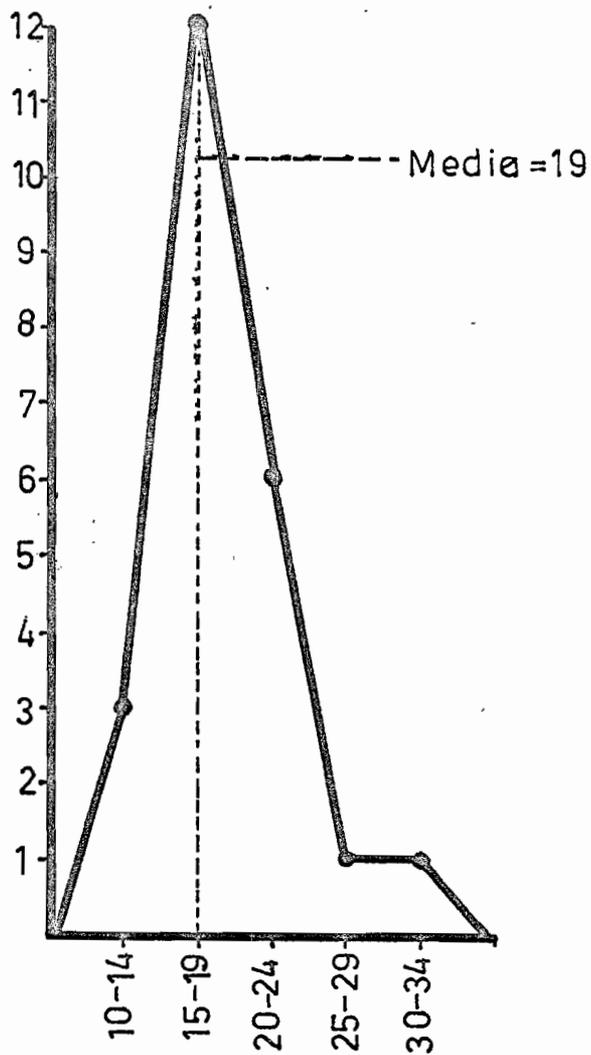
X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
11	1	11	- 9.5	90.25	90.25
12	1	12	- 8.5	72.25	72.25
13	2	26	- 7.5	56.25	112.50
15	1	15	- 5.5	30.25	30.25
16	2	32	- 4.5	20.25	40.50
17	1	17	- 3.5	12.25	12.25
18	1	18	- 2.5	6.25	6.25
21	2	42	.5	.25	.50
22	3	66	1.5	2.25	6.75
23	1	23	2.5	6.25	6.25
24	3	72	3.5	12.25	36.75
26	2	72	5.5	30.25	60.25
27	1	27	6.5	42.25	42.25
28	2	58	8.5	72.25	144.50
					≈ 661.75

$v = 3007$

$t = .384$

14

Esc. "Dp" (4) Gpo II



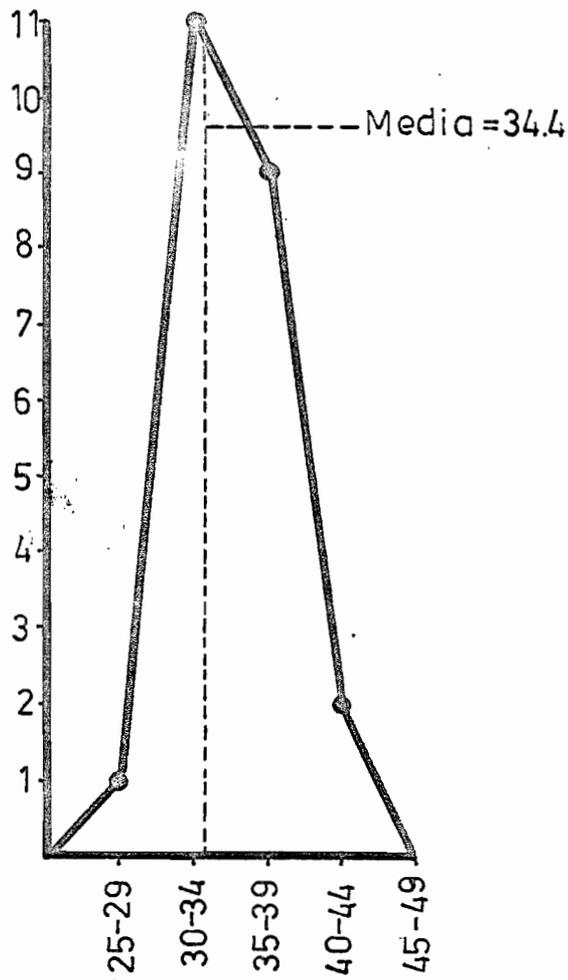
X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
12	1	12	- 7	49	49
13	1	13	- 6	36	36
14	1	14	- 5	25	25
15	2	30	- 4	16	32
16	1	16	- 3	9	9
17	3	51	- 2	4	12
18	4	72	- 1	1	4
19	2	38	0	0	0
20	1	20	1	1	1
21	1	21	2	4	4
23	2	46	4	16	32
24	2	48	5	25	50
26	1	26	7	35	35
30	1	30	11	121	121
					Σ 410

$v = 18.6$

$t = .384$

15

Esc. "Mf" (5) Gpo I

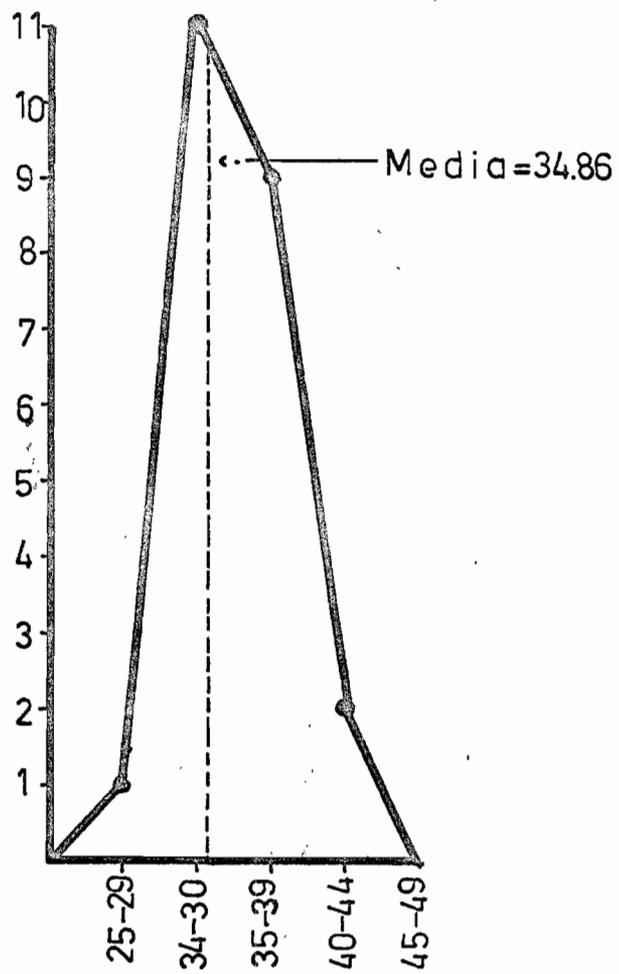


X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
29	1	29	-5.3	27.09	27.09
30	3	90	-4.3	18.49	55.47
31	1	31	-3.3	10.89	10.89
32	1	32	-2.3	5.29	5.29
33	3	99	-1.3	1.69	5.07
34	3	102	-0.3	0.09	0.27
35	4	140	0.7	0.49	1.96
36	3	108	1.7	2.89	8.67
37	1	37	2.7	7.29	7.29
38	1	38	3.7	13.69	13.69
40	1	40	5.7	32.49	32.49
43	1	43	8.7	75.69	75.69
					Σ 243.87

$v = 11.09$

$t = .155$

Esc. "M_f"₍₅₎ Gpo II

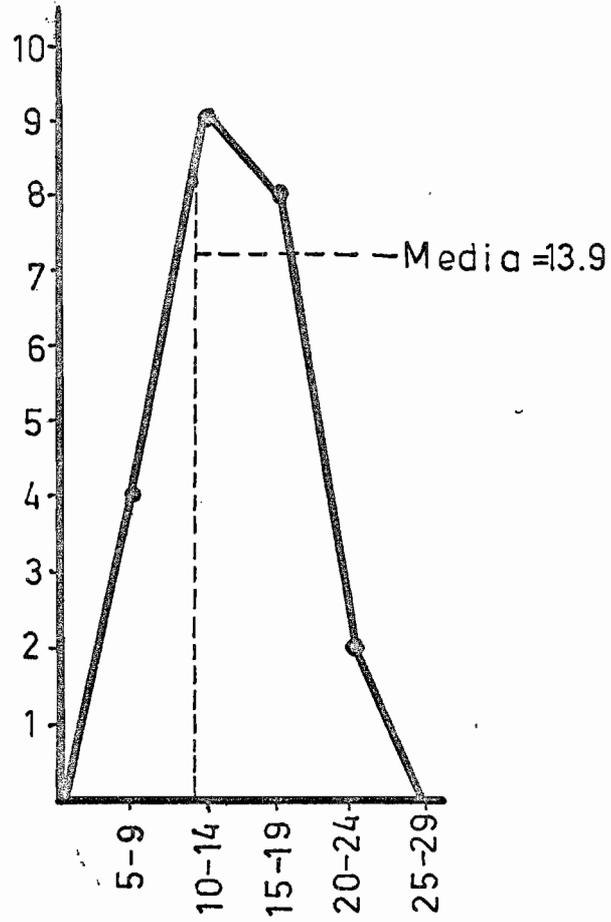


X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
27	1	27	-7.86	61.92	61.92
30	1	30	-4.86	23.62	23.62
31	3	93	-3.86	15	45
32	3	96	-2.86	8.18	24.54
33	1	33	-1.86	3.46	3.46
34	3	102	-.86	.74	2.22
35	1	35	.14	.02	.02
37	5	185	2.14	4.58	22.90
38	2	76	3.14	9.86	19.7
43	2	86	8.14	66.26	132.52
		Σ 802			Σ 354.02

$v = 16.09$

$t = .155$

Esc. "Pa"₍₆₎ Gpo I



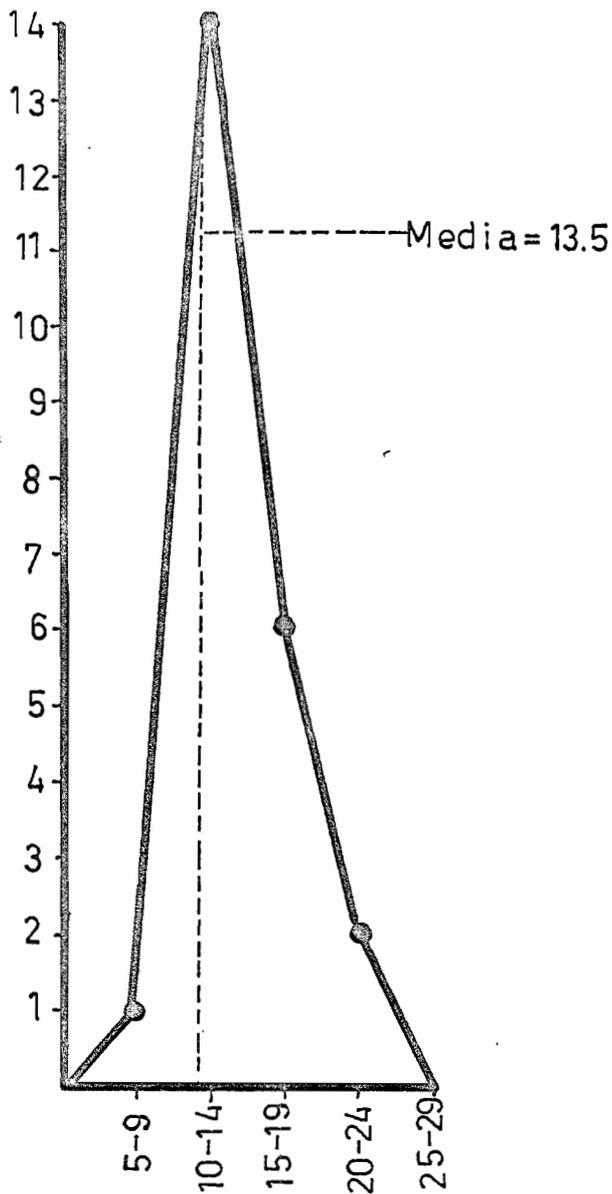
X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
7	2	14	- 6.9	47.61	95.22
9	2	18	- 4.9	24.01	48.02
10	2	20	- 3.9	14.58	29.16
11	2	22	- 2.9	8.41	16.82
13	3	39	- .9	.81	1.62
14	2	28	.1	.01	.02
15	1	15	1.1	1.21	1.21
16	1	16	2.1	4.41	4.41
17	3	51	3.1	9.61	28.83
18	2	36	4.1	16.81	33.62
19	1	19	5.1	26.01	26.01
20	1	20	6.1	37.21	37.21
22	1	22	8.1	65.61	65.61
	≈ 320				≈ 387.62

$v = 17.61$

$t = .103$

18

Esc. "Pa"₍₆₎ Gpo II



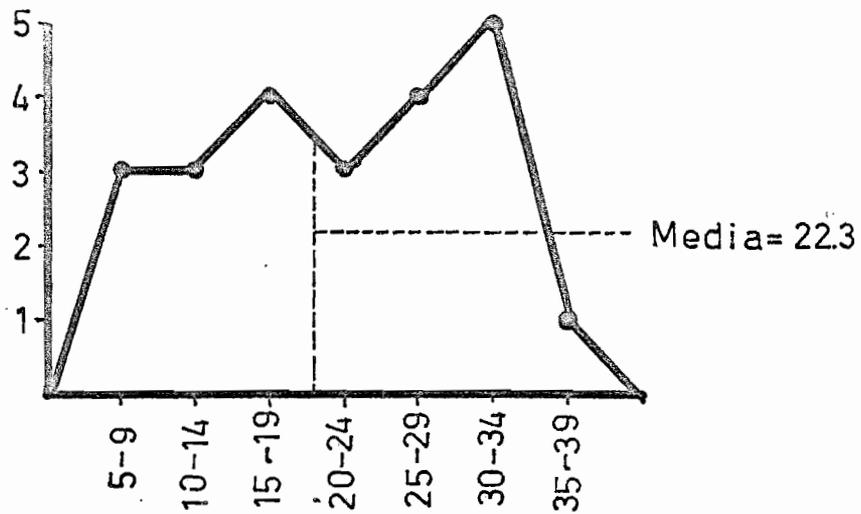
X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
8	1	8	-5,5	30,25	30,25
10	5	50	-3,5	12,25	61,25
11	2	22	-2,5	6,25	12,50
12	3	36	-1,5	2,25	6,75
13	3	39	-0,5	,25	,75
14	1	14	,5	,25	,25
15	3	45	1,5	2,25	6,75
17	1	17	3,5	12,25	12,25
18	1	18	4,5	20,25	20,25
19	1	19	5,5	30,25	30,25
20	1	20	6,5	40,25	40,25
23	1	23	9,5	90,25	90,25
		Σ 311		Σ 313,75	

$v = 14,22$

$t = .103$

19

Esc. "Pt"₍₇₎ Gpo I

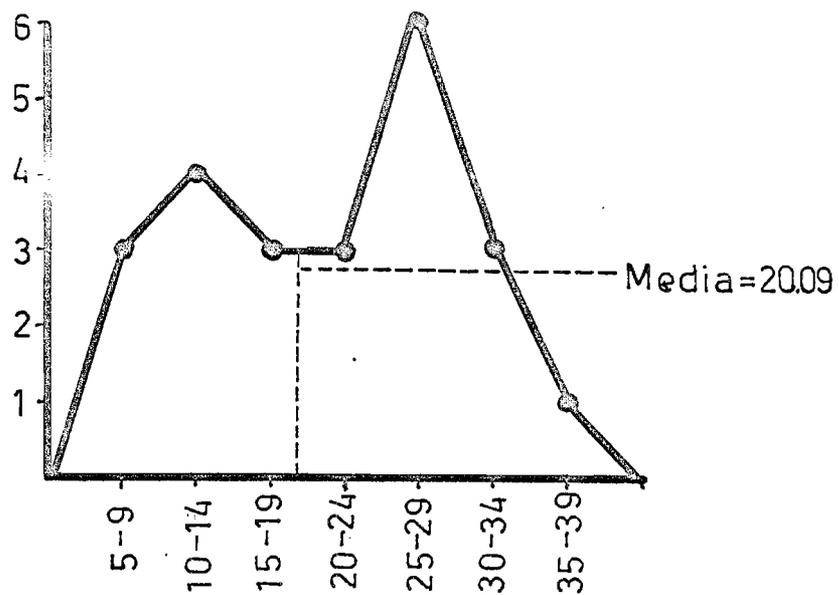


X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
8	1	8	-14.3	204.49	204.49
9	2	18	-13.3	176.89	353.58
12	1	12	-10.3	103.09	103.09
14	2	28	-8.3	68.89	137.78
16	1	16	-6.3	39.69	39.69
17	1	17	-5.3	27.09	27.09
19	2	38	-3.3	10.89	21.78
20	1	20	-2.3	5.29	5.29
21	1	21	-1.3	1.69	1.69
24	1	24	1.7	2.89	2.89
28	2	56	5.7	32.49	64.98
29	2	58	6.7	44.89	89.78
30	1	30	7.7	59.29	59.29
31	2	62	8.7	75.69	151.38
32	1	32	9.7	94.09	94.09
34	1	34	11.7	136.89	136.89
38	1	38	15.7	246.49	246.49
	\sum 512			\sum 1738.07	

$v = 79$

$t = .157$

Esc. "Pt₍₇₎" Gpo. II

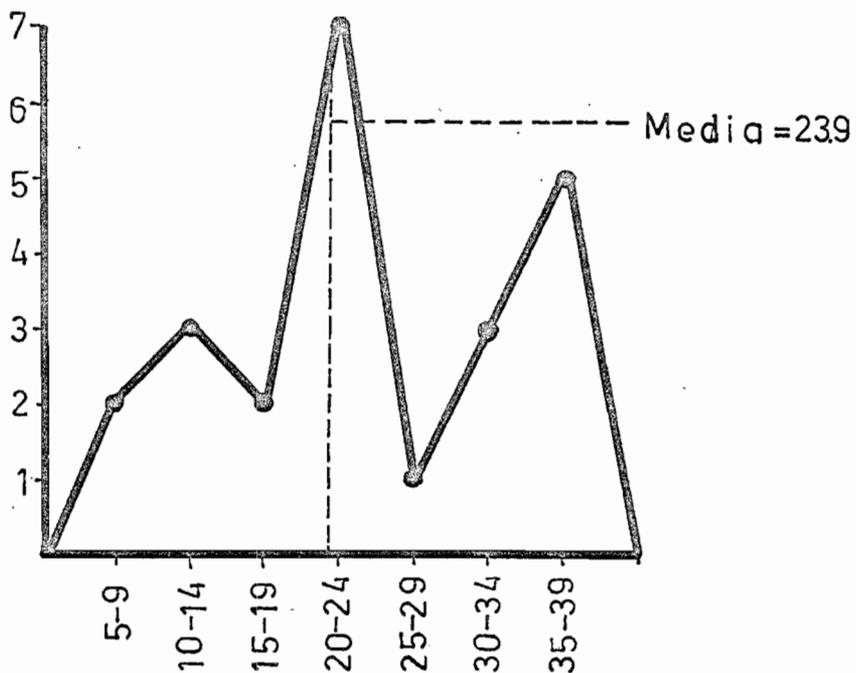


X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	(X - \bar{X}) ²
6	1	6	-14.9	222.01	222.01
7	1	7	-13.9	193.21	193.21
9	1	9	-11.9	141.61	141.61
12	3	36	- 8.9	79.21	237.63
13	1	13	- 7.9	62.41	62.41
17	2	34	- 3.9	15.21	30.42
19	1	19	- 1.9	3.61	3.61
20	2	40	- .9	.81	1.62
24	1	24	3.1	9.61	9.61
25	3	75	4.1	16.81	50.43
27	1	27	6.1	37.21	37.21
29	2	58	8.1	65.61	131.22
30	1	30	9.1	82.81	82.81
32	1	32	11.1	123.21	123.21
34	1	34	13.1	171.61	171.61
38	1	38	17.1	292.41	292.41
Σ 482				Σ 1791.03	

$v = 81.86$

$t = .157$

Esc. "Es"₍₈₎ Gpo.I

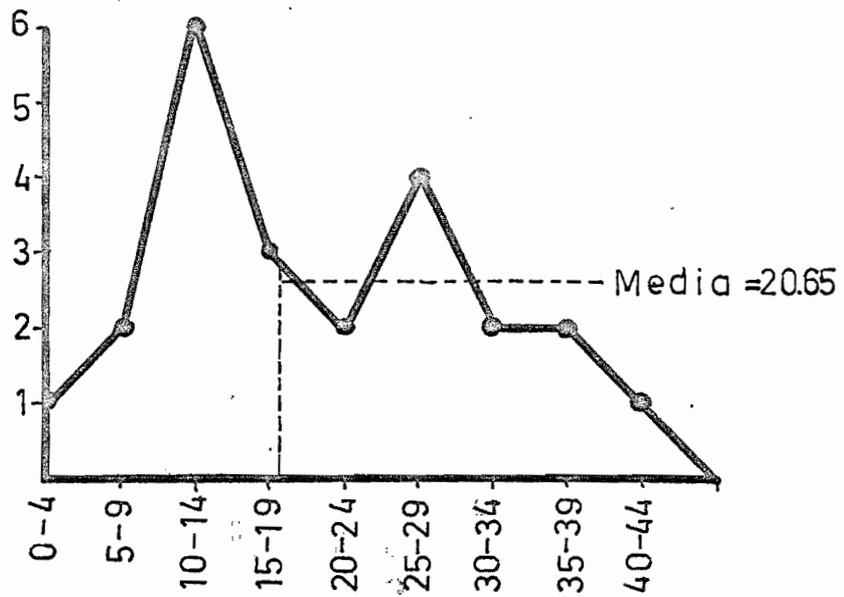


X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
9	2	18	-14.9	222.01	444.02
10	1	10	-13.9	193.21	193.21
12	2	24	-11.9	141.61	283.22
16	1	16	-7.9	62.41	62.41
17	1	17	-6.9	47.61	47.61
20	2	40	-3.9	14.58	29.16
22	1	22	-1.9	2.98	2.98
23	3	69	-.9	.81	2.43
24	1	24	.1	.01	.01
29	1	29	5.1	26.01	26.01
32	1	32	8.1	65.61	65.61
33	2	66	9.1	82.81	165.62
35	1	35	11.1	123.21	123.21
36	1	36	12.1	146.41	146.41
37	1	37	13.1	171.61	171.61
38	2	76	14.1	198.81	397.62
		≈ 551			≈ 2161.14

$v = 98.24$

$t = .316$

Esc. "Es" (8) Gpo. II

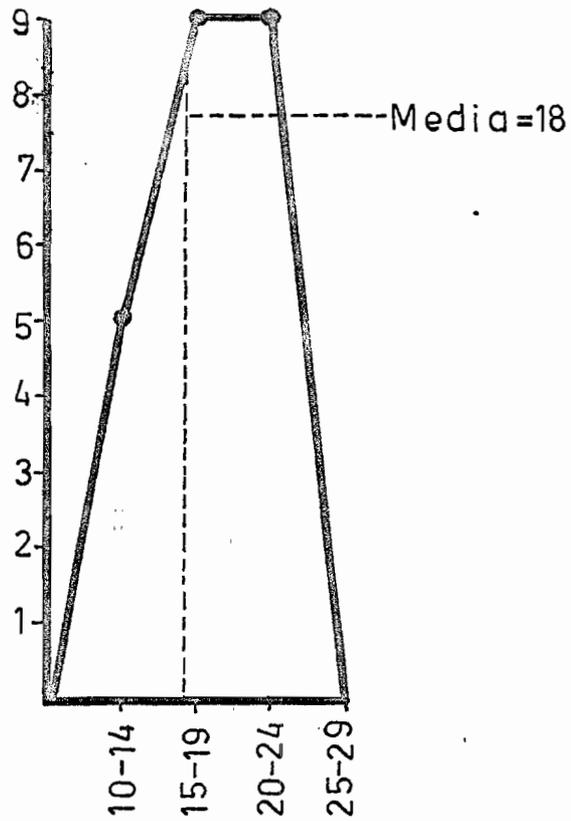


X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
2	1	2	-18.65	347.82	347.82
8	1	8	-12.65	160.02	160.02
9	1	9	-11.65	135.72	135.72
11	1	11	-9.65	94.22	94.22
12	2	24	-8.65	74.82	149.64
13	2	26	-7.65	58.52	117.04
14	1	14	-6.25	44.22	44.22
15	1	15	-5.65	31.92	31.92
17	1	17	-3.65	13.32	13.32
19	1	19	-1.65	2.72	2.72
22	2	44	1.35	1.82	3.64
25	2	50	4.35	18.91	37.82
27	1	27	6.35	40.32	40.32
28	1	28	7.35	7.35	54.02
31	1	31	10.35	107.12	107.12
32	1	32	11.35	128.82	128.82
38	1	38	17.35	301.02	301.02
39	1	39	18.35	336.72	336.72
41	1	41	20.35	414.12	414.12
		$\Sigma 475$			$\Sigma 2250.24$

$v = 114.6$

$t = .316$

Esc. Ma_(g) Gpo I



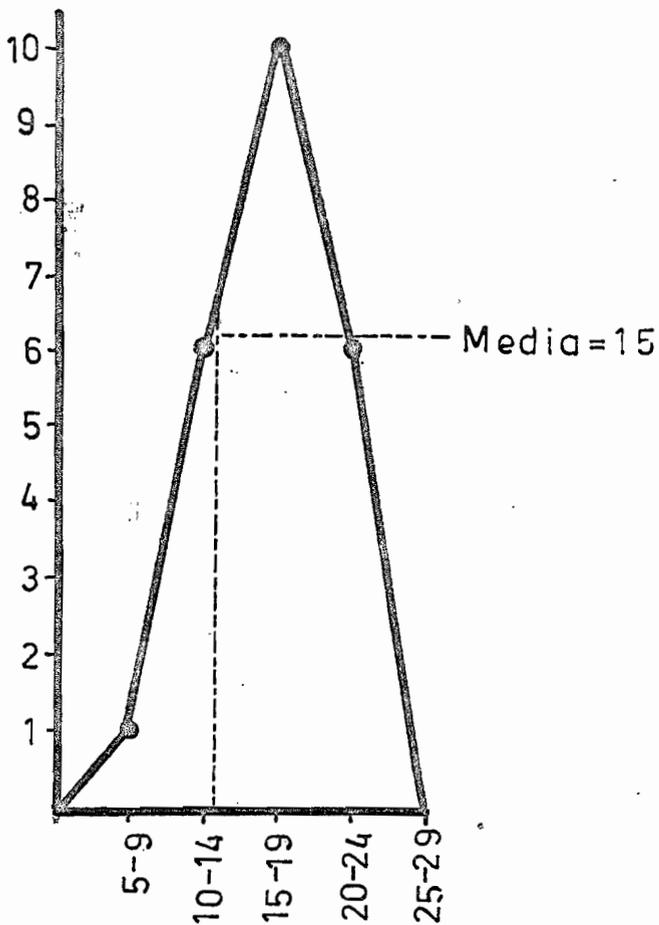
X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
12	2	24	6	72	72
13	2	26	5	50	50
14	1	14	4	16	16
15	3	45	3	27	27
16	1	16	2	4	4
19	5	95	1	5	5
20	1	20	2	4	4
21	2	42	3	18	18
22	2	44	4	32	32
23	4	92	5	100	100
	≈ 418			≈ 328	

$v = 14.91$

$t = -.716$

24

Esc. "Ma" Gpo II
(9)



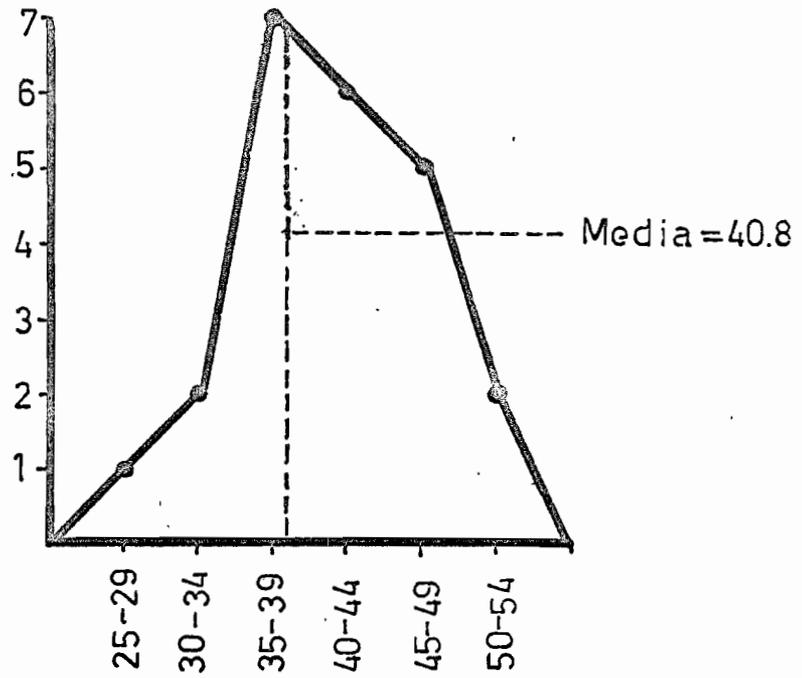
X	f	f·X	X-X̄	(X-X̄)	f(X-X̄)
9	1	9	-6	36	36
10	1	10	-5	25	25
13	2	26	-2	4	8
14	3	42	-1	1	3
15	3	45	0	0	0
16	1	16	1	1	1
17	1	17	2	4	4
18	1	18	3	9	9
19	4	76	4	16	64
20	1	20	5	25	25
21	1	21	6	36	36
22	2	44	7	49	98
23	1	23	8	64	64
24	1	24	9	81	81
	$\Sigma 41$				$\Sigma 454$

$v = 206$

$t = -.716$

25

Esc. "Si" (0) Gpo I



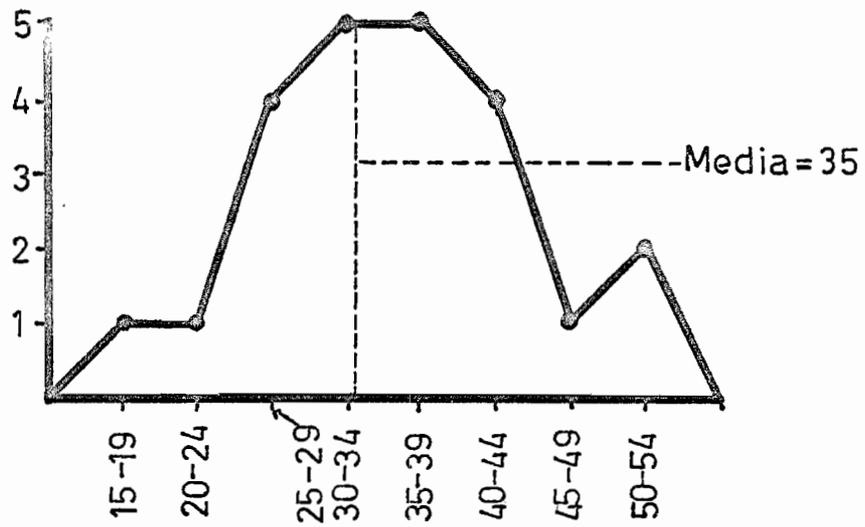
X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
27	1	27	-13.8	190.44	190.44
32	1	32	-8.8	77.44	77.44
34	1	34	-6.8	46.24	46.24
35	2	70	-5.8	33.64	67.28
36	3	108	-4.8	21.04	63.12
38	2	76	-2.8	7.04	14.08
40	1	40	.8	.64	.64
41	1	41	.2	.04	.04
42	2	84	1.2	1.44	2.88
44	2	88	3.2	10.24	20.48
45	1	45	4.2	17.64	17.64
46	1	46	5.2	27.04	27.04
47	1	47	6.2	38.44	38.44
49	2	98	8.2	67.24	134.48
52	2	104	11.2	125.44	250.88
	Σ 840				Σ 951.12

$$v = 43.23$$

$$t = 744$$

26

Esc. "Si"(0) Gpo II



X	f	f · X	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
17	1	17	-18	324	324
23	1	23	-12	144	144
27	2	54	- 8	64	128
28	1	28	- 7	49	49
29	1	29	- 6	36	36
30	1	30	- 5	25	25
32	2	64	- 7	49	98
33	2	66	- 8	64	128
36	1	36	- 1	1	1
37	1	37	2	4	4
38	1	38	3	9	9
39	2	78	4	16	32
40	1	40	5	25	25
41	1	41	6	36	36
42	1	42	7	49	49
44	1	44	9	81	81
47	1	47	12	144	144
50	2	100	15	225	450
	\approx 100	\approx 814	15	225	\approx 1763

$v = 80$

$t = .744$

CAPITULO V

CONCLUSIONES.

Analizando los resultados obtenidos a través del procedimiento estadístico utilizado, llegamos a determinar que en la mayoría de los casos, para nuestros dos grupos de estudio, o sea en un 95%, de los mismos, no hay diferencias significativas en la forma de contestar al cuestionario MMPI, aplicado a ambos grupos; a un grupo de madres con niños epilépticos contrastando con un grupo de madres de niños con problemas de conducta.

Aunque en un 5% sí puede haber diferencia en la forma de contestar. Resulta muy interesante la apreciación de la semejanza entre las gráficas obtenidas para cada una de las escalas como son las dos gráficas de la escala Hs, la primera para el grupo I y la otra para el grupo II. Este fenómeno de semejanza fue también encontrado en todas las escalas clínicas.

Por los resultados obtenidos en la media aritmética de cada una de las escalas podemos concluir que los rasgos de personalidad encontrados en las pruebas de los dos grupos nos ofrecen un perfil cuyas escalas más altas son: la 8 y la 2 esta combinación 82¹ corresponde a un patrón que las hace semejantes a un grupo de personas que manifiestan depresión y ansiedad como característica principal, a lo que se suman en algunos casos otros desordenes.

(10, 20,)

Estas señoras son poco sociables, dadas a distanciarse de la -- gente evitando relaciones interpersonales por temor a involucrarse emocionalmente, son desconfiadas y presentan una resistencia pasiva al medio ambiente. Son poco originales, y defensivas, con rasgos obsesivo-compulsivos.

Debido a la combinación obtenida por las calificaciones de los -- psicogramas de ambos grupos de señoras, se puede pensar que en la mayoría de ellas existen signos de psiconeurosis de tipo mixto. De acuerdo con las -- conclusiones anteriores encontramos el pensamiento de la Doctora Helene -- Deutsch (4) quien dice: " Las madres neuróticas fácilmente engloban a sus -- hijos en el proceso patológico. El conflicto afectivo neurótico ataca lo más -- sagrado de la tendencia maternal. El niño pierde su significación original y -- es sometido a impulsos afectivos que no se refieren a él. Como nieto de un -- abuelo odiado, como hijo de un padre rechazado, como recuerdo de una ac--- ción no deseada, "quizá pecaminosa", y muchas veces como parte de su pro- pia madre, que dirige hacia su hijo su furia masoquista contra sí misma, el -- niño es odiado o rechazado, descuidado o maltratado".

"La sobreprotección maternal, en sus numerosas formas y va-- riaciones, sirve en definitiva al propósito de conservar la dependencia del hi-- jo evitando a la madre el trauma de la separación. El medio más directo pa-- ra este fin es la infantilización, es decir la tendencia a mantener el mayor -- tiempo posible la impotencia infantil del hijo".

Podemos concluir relacionando los resultados de nuestra inves-- tigación con la opinión de Helene Deutsch, es evidente que tanto el grupo con-- trol, así como el grupo experimental de madres, se unifican en un grupo ho--

mogéneo dándonos un patrón característico tendiendo patologicamente hacia la psiconeurosis. Si se toma en cuenta que la madre resulta ser la figura --- más significativa dentro del seno del hogar, éste tipo de madres crearán dentro del hogar un medio ambiente que será campo propicio para desarrollar la enfermedad mental de los hijos.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO. - Posiblemente en una investigación llevada a cabo con un grupo mayor de sujetos, los resultados que se obtengan difieran de los nuestros, pero es indudable que una investigación de tal naturaleza, requeriría lógicamente de un mayor equipo de investigadores así como más --- tiempo y dedicación debido a los problemas propios de toda investigación a -- los que en este caso van aunados los problemas personales de los sujetos que en este caso son madres de familia, con un hijo enfermo a los que debemos -- sumar la falta de cooperación de las mismas.

Considero de suma importancia hacer hincapié en que para seleccionar a los sujetos de nuestra investigación, lo hicimos basándonos en los -- resultados del electroencefalograma aplicado a cada uno de los niños, tanto -- del grupo I como a los del grupo II, a los que en algunos casos se les había -- practicado en dos ocasiones dicho electro como es costumbre en la Clínica de la Conducta con objeto de corroborar el diagnóstico médico. J

También se tomó en cuenta la amplia batería de pruebas mentales que son necesarias a cada niño para su ingreso en dicha Institución; así como el estudio socioeconómico reportado por la trabajadora social de dicho centro.

Todo lo anteriormente expuesto fue posible gracias a la amable--

y amplia cooperación recibida de parte del Director de la Clínica de la Conducta Doctor Velasco Fernández, así como del Administrador de la mencionada - Institución Señor L. Lozano y en general de todo el personal que labora en la Clínica haciendo mención especial de la trabajadora social.

Asimismo debo agradecer al Doctor Toscano, Director del Departamento de Pediatría en el Instituto Nacional de Neurología, la atención y ayuda que se sirvió prestarme, al iniciar esta investigación encausando y orientándome.

CAPITULO VI

BIBLIOGRAFIA

Y APENDICE .

1. - Ackerman N. - Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Edit. Paidós, Buenos Aires 1960.
2. - Blalock Estadística Social, Edit. F. C. E. 1964.
3. - Castro, Sacristán, Sanabra, Síndromes Epilépticos. Edit. Científica -- Médica, Madrid 1960.
4. - Deutsch, H. La Psicología de la Mujer, Edit. Lozada, S.A. Buenos Aires, 1960
5. - Drake y Oetting. MMPI Codebook For Counselors Edit. University Minnesota Press. Minneapolis. 1967.
6. - Griffin C. Social Factors in Epilepsy. Rev. Canadian Nurse Vol. 61 No. 3 Marzo 1965.
7. - Kohashi M. Aplicación del MMPI en un grupo de pacientes psiquiátricos, Tesis UNAM 1968.
8. - Mayer-Grosso, Slater. Psiquiatría Clínica. Edit. Biblio Psiquiatría Psicopática y Psicósomática. 1963.
9. - Noyes. Psiquiatría Clínica Moderna. Edit.
10. - Núñez R. Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad a la Psicopatología. Edit. M. Moderna. 1968. México.
11. - Pause y Sukhatne. Métodos Estadísticos para Investigadores. Edit. Fondo Cultura Económica. México. 1965.
12. - Pierón H. Lexicón Kapeluz Psicología Edit. Kapeluz S.A. Buenos Aires. 1964.
13. - Porot A. Diccionario de Psiquiatría Clínica y Terapéutica. - Edit. Labor, S.A. 1962.
14. - Ramírez R. Esterilidad y Fruto. Edit. Pax México. 1966.
15. - Rascovski. Consideraciones Psicoanalíticas sobre la situación estimulante en ciento dieciséis casos de Epilepsia. Rev. de Psicoanálisis. -- Buenos Aires. 196
16. - Suárez M. La Epilepsia en México. Tesis UNAM 1957.
17. - Swerdlin G. Algunas Modificaciones del Funcionamiento del Yo en Crisis Inducidas. Tesis UNAM. 1960.

18. - Vázquez G. Equivalencias Psiquiatricas en la Epilepsia. Tesis UNAM - 1963.
19. - Velasco S. Epilepsia Temporal. Simposium Internacional. 19
20. - S.R. HATHAWAY DR. McKINLEY. Manual del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI- Español. Edit. M. Moderno, S.A. 1967.

HISTORIA CLINICA.

FICHA DE IDENT.

NOMBRE: G. CH. M. CH.
EXP. 21325
Sexo: M
Esc. 3o. Prim.
Ocup. Estudiante.
Resid. D.F.
Fecha Ingr. 20-enero-68
Fecha Est. 28-Mar-68

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

Se trata de un niño de complexión delgada, y muy pálido que aparenta menos edad de la que tiene, es enviado a la Clínica por su Maestra, del Tercer año que cursa. Debido a que sufre frecuentes crisis en el salón de clases, causando el desorden y el miedo a sus compañeros. La frecuencia de sus ataques ha ido en aumento, a partir de la iniciación del año escolar en que sufría uno o dos al mes; teniendo oportunidad de ponerse al corriente en sus clases y tareas, pues no es un niño que tenga problemas de aprendizaje ni un bajo rendimiento escolar, pero a partir de febrero sus crisis han llegado a ser hasta de cinco por día. Y, a pesar de la ayuda que su maestra le ha brindado admitiéndolo ha tenido que suspenderlo, por considerar indispensable su tratamiento Médico y Psicológico. Presionando a sus familiares para que lo trajeran a esta Institución.

El paciente nació de parto aparentemente normal es producto del segundo embarazo de la madre y el mayor del segundo matrimonio de ésta. Ha sufrido las enfermedades propias de la infancia, inició su padecimiento a los dos años aproximadamente; cuando su madre cayó desde un autobús en marcha cuando le llevaba a él en brazos. Durante dos días estuvo en estado de coma,

y convulsionó ocho días después.

HISTORIA DEL PADRE.

Se trata de un hombre de veinticinco años de edad muy delgado y de baja estatura, viste un overol y muy sucio. Se presenta acompañando a la señora y diciendo que están muy alarmados, por el citatorio que se les envió, pero que si su presencia no es necesaria se retira a su trabajo, cosa que en seguida lleva a cabo, despidiéndose de mano.

La señora nos cuenta que el señor tenía 18 años cuando se "juntaron", "que es un muchacho muy bueno" "porque nunca falta a su casa y cuando tiene un rato desocupado, porque se apura en el trabajo, procura pasarlo en la casa viendo la televisión con los niños o jugando con ellos" "dice que lo malo es que como también es malgenioso, cuando los niños son cargados les pega; y si la hija mayor de la señora se mete a defenderlos casi siempre terminan de pleito porque ella no lo respeta, diciendo que el no es su papá", y que se porta como un niño. El también se enoja con ella, y le grita que debería cuidarse y no andar con hombres porque es una coqueta y la van a engañar. Los frecuentes disgustos entre el padre, los menores y la hija de la señora, tienen un efecto impactante ante los niños, que lloran del miedo cuando su papá se enoja y le pega a la muchacha la que tiene 18 años.

HISTORIA DE LA MADRE.

Se trata de una señora de baja estatura, complexión delgada y ca bello destefido, con tintes. Representa ser casi una anciana a pesar de que dice tener treinta y cinco años de edad; su rostro muestra profundas arrugas, bajo el exceso de polvos y pintura, viste una falda y sweter muy gastados, ..

calza tenis de color rosa. Su apariencia es de la clase baja, habla despacio y en voz baja. Nos cuenta que ella en realidad nunca se ha casado, cuando era joven el padre de su primera hija la abandonó, por lo que pasó mucho tiempo viviendo al lado de su familia, sin volver "a fijarse en otro hombre", hasta que conoció a su actual marido, con quien decidió juntarse por ser muy buen muchacho, pues nunca tomaba ni fumaba, y de los nueve años que llevan juntos, nunca habían tenido tantos disgustos, hasta hace tres meses en que su hija la mayor empezó a tener relaciones de noviazgo con un señor con el que se piensa casar. Cosa que ha sido la causa de tantos problemas y pleitos familiares.

El enfermo es el mayor de la nueva familia formada por otros dos niños, mas que son: una niña de ocho años y el más "chiquito" de 18 meses. Cuando sufrió el accidente que vino a causar el padecimiento de su hijo, tenía unas semanas de embarazada y al caer abortó viéndose muy enferma, siéndole llevada al Hospital Juárez, donde estuvo algunos meses y, solo hasta 1966, volvió a tener otro niño durante su enfermedad, su hija mayor se hizo cargo del niño enfermo y de la hermanita; que ésta la ha ayudado siempre pues ahora le da dinero del que gana como empleada de una tienda de abarrotes, y que tiene miedo que se vaya con el hombre que dice, por temor de verse en apuros económicos, sin su ayuda, pues es muy poco lo que gana su marido como mecánico. Además teme que su hija se vea en las mismas circunstancias que ella por el abandono sufrido por el padre de la muchacha.

La señora opina que el enfermo es un niño miedoso, y asustadizo, pues teme mucho al padre, y constantemente le pregunta a ella si su pa

pá le irá a pegar. Sus ataques suceden a raíz de que en la casa suceden más-frecuentes pleitos. A ella le da mucha lástima según nos cuenta, pues, el niño pierde el conocimiento, y cae repentinamente al suelo convulsionándose, y al comienzo lanza un grito horrible.

PAUTAS DE AJUSTE.

La señora se relaciona pobremente con el medio ambiente, - pues se limita a depender de quienes le rodean, como su hija la mayor, impidiéndoles así su libre desarrollo, psicológico y social, importándole únicamente la satisfacción propia, (de actuar callado y sin decir las cosas); introvertido y asocial, carece de amistades por su carácter, hermético y su falta de afectividad y de cariño a los hijos.

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO UNO (15)

SRA: MA. CH.

EDAD: 35 años.

ESCOL: 2o. Prim.

OCUP: Lavandera

Edo. Civil: Amasiato

Fecha Exámen: 28-Mar-68

Resid: D.F.

CLAVE: 8" ' 46" 0721' 3 (66)^o 9: 19: 12

La señora Ma. Chávez, de 35 años de edad, contestó a todas las frases del MMPI, dando un perfil "flotante" debido a que varias escalas de éste son superiores al puntaje T 70. Incluso las escalas de validez con una puntuación alta en todas, muestran una persona con un grado de perturbación severo. La escala F. con una puntuación superior a T. 70, no invalida por éste hecho la prueba en virtud de que las escalas 846, (pertenecientes a la téttrada psicótica), confirman con su puntuación la confiabilidad.

La baja puntuación de la escala K, cercana a la línea media, - en comparación con la escala F, con un puntaje de T 85, y L, de 65 T, nos -- muestran a una persona cuyos mecanismos de defensa debilmente elaborados - resultan inútiles, por inadecuados.

La puntuación alta en las escalas 2468, muestran un perfil en forma de "sierra dentada", que es una variante de la téttrada psicótica. Dando las características semejantes a un grupo de pacientes diagnosticados de reacción esquizofrénica tipo paranoide. Esta reacción se presenta con autismo, i deas de persecución, pensamiento omnipotente.

Estas personas tienen poca confianza en sí mismas debido a - que de niños no tuvieron una autoestima adecuada. Son demasiado dependientes a pesar de su rebeldía en contra de las normas establecidas; (revelando - un problema con la autoridad, que se manifiesta en conducta de tipo sociopática), mienten y roban con una marcada ausencia de respuesta emocional. - Frecuentemente llevan a cabo actos delictuosos sin prever las consecuencias ni pensar en el valor de lo que obtienen. En el matrimonio tienen graves problemas interpersonales, por lo que no llegan a establecer un hogar; siendo - por lo regular sus hijos nacidos de uniones ilegítimas.

HISTORIA CLINICA.

FICHA IDENT.

EXP: 21342
NOMBRE: A. M. G.
EDAD: 7 años 11 meses
SEXO: Masculino
ESCOL: 1o. Primaria
OCUP: Estudiante.
RESID: D. F.

FECHA ING: 2-Feb-68
FECHA EST: 27-Mar-68

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

Este niño de cerca de 8 años, aparenta más edad de la que -- tiene pues muy alto y robusto, su forma de vestir aseada pero pobremente -- nos indica que se trata de un niño de la clase humilde. Es traído a la Clínica de la Conducta por su mamá que a su vez es enviada por el profesor del niño, quien no desea que por su enfermedad deje de estudiar, pues no es mal alumno a pesar de que la frecuencia de sus crisis ha sido de 2 y hasta de 3 por semana habiendo convulsionado incluso en horas de clase. El paciente nació de parto normal, y su mamá opina que ha sufrido numerosos golpes tanto que ella no recuerda a alguno en especial, pues el muchacho es sumamente travieso y por lo mismo frecuentemente se cae y golpea. Su padecimiento empezó cuando tenía 3 o 4 años, y nunca antes ha recibido atención médica. Es el -- menor de 5 hermanos varones de los cuales los dos mayores se han casado -- permaneciendo en la casa solamente tres. Todos ellos aparentemente sanos.

HISTORIA FAMILIAR.

^Sin antecedentes de ataques epilépticos en la familia del padre, ignorándose todo lo referente a la familia de la madre, por haber sido -- ésta huérfana.

HISTORIA DEL PADRE.

Según descripción de su esposa, se trata de un señor "ya muy viejito", pues ha de tener unos 65 años de edad, trabaja como peón de obras -- de las 7 A. M. a las 6 de la tarde, aproximadamente. La señora nos cuenta -- que regresa muy cansado del trabajo; es un alcohólico ocasional pues toma por

lo regular los fines de semana, pero en opinión de su esposa, "nunca ha exag^{er}ado, porque al beber no se pierde", "en otros tiempos si discutiamos mucho por los vicios de él, pero ahora ya no".

HISTORIA DE LA MADRE.

Esta señora de 50 años aparenta su edad, es de pelo muy claro, y grandes ojos azules. Es sumamente alta y robusta, viste delantal y vestido de algodón adecuándose a la clase baja.

Nos relata que no tuvo padres, criándose en un horfanatorio "de monjitas", en la ciudad de Guadalajara, las que eran muy buenas gentes con ella, y las quiso mucho.

Cuando cumplió los 17 años, salió del horfanatorio en donde aprendió a leer y escribir así como algunos trabajos manuales. Las madres del convento le buscaron un trabajo en casa de unas "señoritas quedadas", como sirvienta, donde permaneció por más de 10 años, "hasta que pensé que me estaba "aviejando", como ellas sin casarme, por lo que me dí mi tiempo para buscar un hombre bueno y sin vicios; cuando conocí a mi marido ví que era un hombre pobre pero buena gente, a los cuatro meses de haberlo tratado acordamos casarnos. Antes de contraer matrimonio, la señora padecía "ataques de risa", que no podía controlar; ella se considera de extremado temperamento ardiente, al paso del tiempo estos ataques de risa han ido disminuyendo. Aunque nos cuenta que todavía cuando se pone muy nerviosa le llega a dar. La señora siempre ha ayudado en los gastos familiares, trabajando como lavandera; su ideal de siempre fue comprarse un terreno y luego fincar pero después de haber invertido en la compra de dicho terreno todos sus aho---

rros, resultó que había otro dueño motivo por el cual se vieron despojados de lo que ya consideraban suyo. Después de esta desgracia, ella se vuelve una persona desconfiada de todo el mundo, incluso cree en que la "persiguen para que no vaya a demandarlos".

La señora nos dice, que por dedicarse a su trabajo ha descuidado al chamaco, y que considera que la enfermedad de éste ha sido culpa suya, por lo que se siente con gran preocupación de lo que pueda pasarle y está dispuesta a seguir las indicaciones que le den los doctores.

INTERPRETACION MMPI

GRUPO: UNO (14)
SRA: E.G. de MTZ.
EDAD: 50 años.
OCUP: Lavandera. CLAVE: 86" 1407923 (49)^o 3:14:8
ESCOL: Ninguna
EDO. CIVIL: Casada
RESID:: D.F.

La señora G. de Martínez, contestó a todas las frases del -- cuestionario MMPI, mostrando un perfil de "forma"sierra dentada", que es una variante de la tetrada psicótica, y que presenta las escalas 86, como predominantes del perfil, con un puntaje T de 83, para ambas.

Las escalas de validez, L con una puntuación de 3 y F, de 14, K de 8 indican que se trata de una persona con un yo débil y unos mecanismos de defensa mal elaborados, resultan ineficaces. Por lo regular había de sus faltas no aceptadas socialmente, con gran facilidad tendiente a ocultar sus -- deficiencias psicológicas.

La escala, con una puntuación de T 70, está indicando que -- esta persona expresa sus conflictos psicológicos y emocionales por medio de

una canalización somática, manifestando extremadamente sus preocupaciones relacionadas con su salud física.

Se trata de una persona egocéntrica, que se queja mucho de sus síntomas, mostrándose cansada e insatisfecha, caracterizándose por su egoísmo y narcisismo basados en una personalidad esquizoide. Este perfil se asemeja al dado por un grupo de pacientes diagnosticados de reacción esquizofrénica tipo paranoide, los cuales son de una conducta impredecible y su actitud constante es agresiva y hostil.

HISTORIA CLINICA

FICHA IDENT.

No. EXP.
NOMBRE: R. J. R.
EDAD: 13 años.
SEXO: Femenino.
ESCOL: 6o. año de Prim.
RESID: D. F.
OCUP: Estudiante.
FECHA ING. 20-agosto-67.
FECHA EST. 4-abr-68.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

Paciente del sexo femenino que aparenta más edad de la que tiene que es de (13 años), de compleción robusta y alta estatura, de tez blanca, ojos claros, pelo largo y lacio; es enviada a la Clínica de la Conducta con una carta de la profesora del grupo en el que estudia solicitando se le haga un estudio a fin de determinar su enfermedad y si ésta no es un obstáculo para que ella continúe sus estudios, pues hasta la fecha es una estudiante responsable y estudiosa, y callada que se había hecho merecedora al cargo de "tesore

ra del grupo". Es una jovencita que aparenta de 14 a 16 años, de rostro apacible y cuyas contestaciones son breves y un tanto cortantes. Su padecimiento comenzó cuando en su escuela se iniciaban los exámenes finales, y ocho días antes de su menarquía época en que sufrió una crisis convulsiva tipo gran mal, que sorprendió grandemente a la madre de la paciente, quien a pesar de haber tenido once hijos ninguno había presentado problemas de este tipo, creyendo en un principio que se trataba de un ataque cardíaco por lo que se llamó a un Cardiólogo, quien negó que su padecimiento fuera algo relacionado con el corazón; recomendando sin embargo fuera llevada a una Clínica especialista en estos casos. Con motivo del ataque sufrido un día al otro no se presenta a la escuela, cosa que altera a la maestra, pues ella era la tesorera y tenía en su poder el dinero de la cooperativa escolar, manda buscarla a su casa y por lo mismo se entera que le había sucedido en la noche anterior, haciendo de inmediato una carta para que fuera llevada a la Clínica de la Conducta. Lugar donde se le practicó un enelectroencefalograma de lo que resulta daño cerebral, con foco epileptógeno; así como la aplicación de la batería de test psicológicos corroborando el diagnóstico anterior. Nació de parto normal y de pequeña sufría amigdalitis frecuentes que le ocasionaban breves convulsiones debidas a la fiebre muy alta. No ha padecido las enfermedades propias de la infancia como son el sarampión y la varicela. En lo general ha sido una niña sana después de los tres años en que disminuyó la frecuencia con que sufría de amigdalitis.

A los ocho días después de su primera crisis convulsiva a los doce años empezó a menstruar, a la fecha no se han vuelto a repetir sus crisis convulsivas debido a que toma con regularidad el medicamento GAMIBE--

TAL COMPLEX, que se le recetó en la clínica.

HISTORIA FAMILIAR.

Sin antecedentes de crisis convulsivas en la familia del padre ni en la familia de la madre.

HISTORIA DEL PADRE.

Es un señor de 53 años de edad, dedicado al comercio, por lo que generalmente viaja al interior de la república, es un hombre severo y poco amistoso con la esposa y los hijos a los que ha dejado de ver por largas -- temporadas cercanas a un año. Procurando proporcionarles el suficiente dinero para vivir como una familia de la clase media regular; su apariencia es la de un hombre físicamente sano.

HISTORIA DE LA MADRE.

Se trata de una señora de 45 años de edad, que aparenta su edad, viste regularmente como la clase media, su actitud es cooperadora ante la situación de la entrevista en la que se mantiene extrovertida y conversadora cayendo con facilidad en estados depresivos pues nos cuenta que la enfermedad de su hija le ha angustiado mucho.

Nos cuenta que contrajo nupcias a los 16 años de edad, habiendo sido huerfana de madre, por lo que su infancia la pasó en diferentes casas de sus parientes, por lo que al ofrecerle matrimonio su esposo aceptó de inmediato pensando en tener su casa la cual nunca había tenido, pero debido a las desavenencias con su marido pues ella "lo sentía demasiado encimoso y libidinoso", quien en algunas noches no la dejaba dormir tranquila. Considera que se fueron distanciando uno del otro, haciendo de su matrimonio --

una desgracia, pues sabe que él tiene "otra familia que le interesa más".

Nos dice que tuvo once hijos de diez embarazos pues el sexto-parto, "había encargado genelos". La señora no se considera separada de su esposo, al que "quiere mucho, a pesar de ser tan mujeriego", porque nos dice que otros vicios no los tenía. Ella se ha dedicado a sus hijos totalmente, - sin embargo con lágrimas en los ojos nos dice que ya no tiene energías para educar a sus últimos hijos entre los que se encuentran sus hijos que es la antepenúltima, a la paciente la censura frecuentemente debido a que duerme mucho. Cuando la señora se disgusta porque la paciente la desobedece la amenaza con enfermarse por su culpa, pues dice estar muy enferma del hígado y -- los corajes le pueden causar la muerte.

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO UNO (23)
SRA: R. A. de Jasso.
EDAD: 46 años.
EDO. CIVIL: Casada.
ESCOL: 2o. Prim. CLAVE: 23" 710' 6849 (43)^o 3: 17: 11
OCUP: Hogar.
FECHA EXAMEN: 4-Abr. -68
RESID: D. F.

Esta señora de 46 años de edad, respondió al cuestionario - MMPI, en la totalidad de sus frases; ofreciéndonos una "curva difásica", por presentar una elevada puntuación en las escalas de la tríada neurótica (231), - y otra puntuación alta en las escalas (768), pertenecientes a la tét^{ra}da psicótica.

Las escalas de validez, muestran a una persona con gran necesidad de comunicar sus padecimientos y faltas no aceptadas socialmente, -

con tendencia hacia la negación de otras limitaciones psicológicas, pues niega la existencia de problemas psíquicos ya que es poco introspectiva.

Sus mecanismos de defensa son inadecuados sugiriéndonos un índice de patología severa. En este perfil se encuentran las escalas de la tríada psicótica, situadas en un lugar inferior a la tríada neurótica, combinación que refleja los estados llamados de "borderline"; etapa en que el sujeto presenta defensas neuróticas que controlan la manifestación de un cuadro psicótico franco.

La combinación de las escalas 2371, corresponden a una reacción psico-fisiológica con ansiedad, en una personalidad pasiva dependiente, lo cual es dado por las escalas 23, combinadas caracterizando a ésta persona por su inmadurez y dependencia las cuales suelen funcionar tolerando su inadecuación por largo tiempo, dando mucha importancia a los malestares físicos cuya sintomatología crónica es originada en el sistema nervioso autónomo, debido a una fijación hipocondriaca. Es débil e intenta perpetuar su papel de inútil cuando encuentra a una persona fuerte y protectora.

La escala 7, sugiere ansiedad y tensión, su actitud pasiva dependiente se caracteriza por indecisión e inutilidad, con tendencia a buscar protección de los demás. Estas actitudes son obtenidas a través de experiencias traumáticas en épocas tempranas de la vida.

HISTORIA CLINICA.

FICHA DE IDENTIF.

NOMBRE: Juan Manuel V. T.

EXP: 21417
EDAD: 12 años
SEXO: Masc.
ESCOLAR: 2o. Sec.
OCUPACION: Estudiante.
RESID: D.F.
FECHA INGR: 14-Feb-68
FECHA DE ESTUDIO: 23-Marzo-68

DESCRIPCION GENERAL DEL SUJETO Y DEL PROBLEMA.

Se trata de un joven que aparenta más edad de la que tiene debido a su complexión robusta, carácter serio, y bastante alto, es muy bien parecido, usa anteojos, habla poco y cuando lo hace se nota nervioso con cierto tartamudeo a más de notarse sudoroso. Es enviado a la Clínica de la Conducta por la Psicóloga de la Secundaria donde estudia debido a la crueldad que ha manifestado con sus compañeros, maestros, y demás personal de la misma; su apariencia personal es la siguiente: un niño muy limpio y elegante, pues viste de pantalón de casimir y camisa blanca y un sweter azul marino, de tez muy blanca y cabello castaño claro, ojos café claro, muy grandes y tristes, trae un libro de Biología, en las manos que estruja cuando habla, nos dice que su mamá se lo dió para que leyera en el camión, pues desde que se dió cuenta que lleva esa materia reprobada insiste mucho en que la estudie.

La carta enviada por la Psicóloga de la escuela lo describe como un niño inteligente que sólo estudia las materias que le gustan, y en las que lleva buenas calificaciones, pero también se caracteriza por ser quien implanta el desorden en el grupo; ya que es el más indisciplinado. Nos describe la agresividad del muchacho, en los siguientes términos: Ha gol--

peado a un niño de primer año hasta el grado de abrirle peligrosamente la --
ceja, lastimándole el ojo izquierdo. En otra ocasión tiró a un compañero de
su grupo cuando subían las escaleras, causándole la fractura de un brazo; a-
rroja piedras a los salones de clase, cuando los niños están en clase, o cuan-
do juegan futbol, también lo hace en forma muy agresiva pues lanza la pelota
contra los niños pequeños que no juegan sino solo lo miran.

Su padecimiento ha sido detectado por el E. E. G. , que arro-
ja foco epileptógeno, y las pruebas psicométricas que se le han practicado, -
detectan organicidad. Sin haber presentado convulsiones en ninguna ocasión,
en cambio se queja de cefalea por las tardes y de sentir unos terribles de---
seos de dormir (a pesar de que el oculista, la había pronosticado que tales -
malestares desaparecerían con el uso de los anteojos, lo cual no resultó a--
sí),

HISTORIA DEL PADRE.

Se trata de un señor de cuarenta años, según descripción de
su esposa, es un hombre bien parecido, que fue el hijo menor de una familia,
de seis hermanos, estudió solamente la primaria pero por recomendaciones
de un pariente, logró encontrar trabajo en las oficinas de Gobierno, como ar-
chivista.

A los veintidos años contrajo matrimonio con la madre del-
paciente, quien tenía en ese entonces la edad de treinta y cuatro años, o sea
que era mayor por doce años. Y, trabajaba en las mismas oficinas sólo que
con categoría diferente, pues ella terminó la preparatoria y una carrera co-
mercial. La señora se refiere a su ex marido, con las siguientes palabras:

"era un joven demasiado simpático y atractivo, me sentía profundamente atraída por él" "al grado de sentirme enamorada a pesar de que era terriblemente celoso y absurdo; se comportaba como un niño", "dejó únicamente el trabajo para espiarme, entraba y salía de la casa en el momento menos esperado, se compraba mascararas horribles y me asustaba, luego se escondía en el closet, o tras de las puertas para después salir repentinamente, esto por lo regular lo hacía cuando yo me encontraba embarazada".

"La situación era insoportable, cuando me pidió el divorcio hace cuatro años, yo acepté con gusto porque era una boca menos que alimentar, pues no trabajaba para la familia entera".

HISTORIA DE LA MADRE.

Se trata de una señora de cincuenta y dos años, que aparenta cuarenta y ocho a lo sumo, es alta, delgada, blanca de pelo regular y teñido de obscuro, viste muy elegante, clase media alta habla rápido y con voz suave, haciendo uso de un lenguaje extenso y estudiado. Dando la impresión de que piensa mucho las cosas antes de hablar.

En la primera entrevista se presenta extremadamente deprimida, y llora constantemente, mientras que a intervalos alcanza a decir que su vida ha sido un infierno, que es una fracasada, como mujer y como madre, en la segunda entrevista se presenta mucho más calmada, y tan pulcra como las veces anteriores, su aspecto ya no es depresivo, sino más bien cooperadora y amable. Empieza hablando de su hijo, nos dice que es un chico insoportable que le ha causado más dolores de cabeza, y problemas juntos que sus tres hijas le hayan ocasionado. Se refiere a su hijo con és--

tos términos: "probablemente debido a que es el último, y varón para colmo - de males, debe ser mi artículo discontinuado, y por lo mismo salió tan defectuoso". La señora llega a ser chispeante e ingeniosa en su lenguaje, pues -- nos habla de su ex marido satirizando sus propios pensamientos de "otro --- tiempo hacia él", " como es posible que me haya dejado influenciar por el -- miedo de que llagara a cometer una locura, si la verdad es que es un hombre de los que no hacen ni siquiera locuras", " ahora no me duele tanto el fracaso en mi matrimonio, como el de la educación de mi hijo, le doy lo necesario para que sea un buen alumno y ya usted ve... dos materias reprobadas; yo - que jamás lo golpeo y ya ve el golpea a sus compañeros de escuela. Pero e-- so sí tiene que hacer una carrera de eso me encargo porque todavía soy su madre me tiene que obedecer; el es hombre y el día de mañana ha de ser cabeza de familia, no puede ser un desobligado".

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO UNO (9)
SRA: P. de T. V.
EDAD: 52 años.
ESCOL: Bachillerato. CLAVE: '247380619 (51)^o 4: 3: 15
EDO. CIVIL: Separada.
FECHA EXAMEN: 23-Mar. -68
RESID: D. F.

La señora, respondió totalmente las frases del cuestiona-- rio, que contiene el MMPI, el cual en sus escalas de validez, nos indica -- que esta señora se caracteriza por mostrar una sinceridad y honradez, lo-- que la hace confiable.

Es una mujer emprendedora, dinámica y racional. La es-

cala 1, tiene una puntuación de 13, con la K agregada cayendo en la línea media exactamente, lo que indica que ésta señora no tiene un marcado interés por su salud física.

La escala 3, con un puntaje de T 62, indica que existen tendencias de malestar somático cuya naturaleza puede ser histérica. La asociación de las escalas 2 y 4 pertenecen al patrón de un grupo de personas caracterizadas porque se preocupan demasiado y son muy sensibles; son entusiastas individualistas. Pero también tienen grandes dificultades matrimoniales debido a la insatisfacción de sus relaciones interpersonales y a que son personas que se enojan con facilidad, actuando impulsivamente.

Frecuentemente son de una inteligencia brillante pero que no se benefician de las experiencias de la vida. Cuando caen en un cuadro de neurosis son diagnosticadas, como psiconeuróticos depresivos cuyo conflicto principal radica en la figura paterna, (autoridad).

HISTORIA CLINICA.

FICHA INDET.

NUM. EXP. 313
NOMBRE: V. T. M. A.
EDAD: 8 años.
SEXO: Masc.
ESCOL: Ninguna
RESID: D. F.
OCUP: Ninguna
FECHA ING: 2-Ene. -68
FECHA EST: 11-Feb. -68

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

Paciente del sexo masculino que aparenta tener de 3 a 4 a

ños de edad, a lo sumo. Es un niño pálido y debil que no camina ni habla y - solo gime constantemente pero sin llorar; es notable su retraso en todos los sentidos, por lo que se le alimenta y se le cambia en la cuna, este niño desagrada profundamente a las enfermeras por su inutilidad para todas las cosas incluso comer.

Su padecimiento empezó a raíz de haber cumplido los cuatro años, con una frecuencia de seis crisis por día. El niño duerme con su madre desde que nació y ésta nos cuenta que no recuerda que el niño haya sufrido algún golpe pues ella tiene mucho cuidado con él.

El objeto de su hospitalización es el de tenerlo en observa--ción para que le sea cambiado el medicamento evitando una reacción violenta ante el cambio. Se han tomado precauciones tomando en consideración su constitución física.

El paciente es producto del segundo matrimonio de la madre quien tiene cuatro hijos mayores de edad de su primer matrimonio y quienes no estuvieron de acuerdo en que la señora volviera a contraer matrimonio, - responsabilizándola ahora por tener un hijo enfermo mental. Pues ellos suponen que la enfermedad es resultado de la edad avanzada de la madre. Viven solos en una casa rentada por el hijo menor del primer matrimonio, pues el padre del paciente los abandonó al saber de la enfermedad de su hijo desde hace aproximadamente cuatro años.

HISTORIA FAMILIAR.

Sin antecedentes de crisis convulsivas en la familia de la madre, no se sabe si haya en la del padre.

HISTORIA DEL PADRE.

Es un hombre de 30 años de edad, obrero en una fábrica textil lugar donde labora ocho horas diarias ganando el sueldo mínimo. Cursó hasta el sexto año de primaria, en opinión de su esposa es un hombre muy impulsivo e irresponsable indudablemente porque es un muchacho de poca edad. Cuando contrajeron matrimonio, él tenía 18 años y ella pasaba de los treinta años de edad.

HISTORIA DE LA MADRE.

Es una mujer de cuarenta y cinco años de edad, que se presenta sumamente sucia a la entrevista dando una mala impresión. De compleción gruesa y cuya instrucción se limita a cuatro años de enseñanza primaria; durante la entrevista la señora nos cuenta que su niño está muy enfermo por eso lo trae siempre en brazos, "porque además no sabe caminar el pobrecito", nos dice que por lo regular cuando tiene necesidad de conseguir dinero, tiene que recurrir al buen corazón de las actrices a Televisión, pues ella no puede trabajar porque se dedica a cuidar a su niño. Las artistas son muy buenas gentes con ella, porque le ayudan algunas veces con dinero, como cuando necesitaba hospitalizar al niño de urgencia.

Otras veces le han ayudado con ropa, víveres, o aparatos domésticos, los cuales lleva a su domicilio, en donde los vecinos de la vecindad donde vive, la envidian mucho por que ellos no pueden conseguir lo mismo ni trabajando. También sus hijas y su nuera la envidian terriblemente por la misma causa; lo cual se demuestra cuando "le reprochan el andar pidiendo en las casas". Ella enseña, cuando pide, a su hijo en brazos para-

que se den cuenta que pide para él y no para su beneficio propio. Nos dice -- que siente a su niño muy enfermo puesto que es más inútil que otros niños a-- los que también sufren ataques, y sin embargo comen solos, caminan y ha-- blan. El niño se enoja cuando ella no le dá lo que quiere como un dulce o -- cuando ella sale a lavar, entonces llora demasiado y es cuando le llega a -- dar el ataque, cosa que hace sufrir mucho a la señora, según palabras de la misma. Quien nos dice que se pone muy nerviosa y no sabe que hacer.

Los hijos de la señora, en su primer matrimonio, son tres -- mujeres y un varón de 28, 26, 25 y 24 respectivamente. Las hijas de la se-- ñora no la visitan y procuran no tratarla pero ella las visita. Nos cuenta que cuando las ve, la culpan de haberse casado nuevamente. Dando origen a un -- hijo enfermo, sin ninguna necesidad, puesto que a ella no le faltaba nada -- cuando vivía con ellas.

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO UNO (5)
SRA: R. T. R.
EDAD: 48 años.
ESCOL: 4o. Primaria. CLAVE: 4" 8629'70 (57)^o 31 11: 17: 15
EDO. CIVIL: Abandonada.
FECHA EXAMEN: 18-Feb. -68.
RESID: D. F.

La señora, R. T. R. de 48 años de edad, contestó a todas -- las frases de la prueba, las escalas de validez L y F, se encuentran eleva-- das con puntajes superiores a 7 y 16 que nos muestran una actitud defensiva ante la situación de examen, lo cual es característico de las personas de inteligencia limitada, pasivas e inseguras de sí mismas, rígidas y carentes -- de comprensión de sus propios problemas.

Sus respuestas pueden ser con fines de presentar una posición favorable ante los demás, o fundamentalmente estas personas creen firmemente en sus propias virtudes indicando con ello su falta de adaptación y poco nivel de tolerancia ante la frustración.

Este patrón de 4, 8, caracteriza personas desconfiadas que evitan las relaciones interpersonales por temor a involucrarse emocionalmente, manifestando inseguridad y necesidad de atención, cuya conducta es imprescindible. Sus mecanismos de defensa son las manifestaciones sintomáticas y la racionalización, emocionalmente son personas dependientes y de conducta manipuladora con dificultades sexuales, inmaduras y hostilidad. Sus reacciones son de tipo esquizofrénico-paranoide.

HISTORIA CLINICA.

FICHA IDENT.

EXP: 380
NOMBRE: Ma. L. M. B.
EDAD: 14 años.
SEXO: Femenino
OCUP: Hogar.
ESCOL: 6o. Prim.
RESID: Edo. México.
FECHA ING: Sep-65
FECHA EST: 18-Nov. -67

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

Esta paciente del sexo femenino, de 14 años de edad, es de complejión delgada y baja estatura, se presenta con su madre, a la consulta externa, del Instituto Nacional de Neurología para la regulación del medicamento que actualmente toma.

La enferma empezó su padecimiento a los 9 años, con una frecuencia de 1 a 2 crisis por mes, tipo Gran Mal, ha sido atendida desde principios de (los ataques), su padecimiento, y sus crisis han llegado a ser controladas a presentarse unicamente 2 o 3 por año.

Es una adolescente, tímida y poco comunicativa al principio dando una impresión de que quiere pasar desapercibida, terminó sus estudios correspondientes a la enseñanza primaria hace dos años y no ha querido seguir estudiando porque no desea que la gente la vea, viste modestamente dando la impresión de pertenecer a la clase media baja; nació del primer embarazo de la madre la que le ha contado "que nació asfixiada".

Su electro-encefalograma, arroja lesión cerebral por probable anoxia, caminó y habló a los 12 meses. Ha padecido las enfermedades propias de la infancia; a los 6 años; ingresó a la escuela en la que su aprovechamiento y conducta fueron semejantes a las de los demás niños.

HISTORIA FAMILIAR.

Sin antecedentes de crisis convulsivas, en la familia de la madre, ni en la familia del padre.

HISTORIA DEL PADRE.

Es un señor de 50 años de edad, que trabaja en el Depto. de Limpia, del Depto. del D.F., labor que desempeña por las mañanas aunque a su hogar llega a las 7 u 8 de la noche. Es alcohólico ocasional pues toma en los días de quincena, siendo motivo de fuertes discusiones con su esposa, quien le recrimina por no llevarle lo suficiente para solventar las necesidades del hogar. Los domingos le gusta pasear con sus hijos, después de a-

sistir a la misa.

HISTORIA DE LA MADRE.

Es una señora de la clase baja que viste pobremente, y que habla con un lenguaje muy pobre, dando la impresión no obstante de querer quedar bien.

Se crió huérfana en un convento de madres "carmelitas" pretendió tomar los hábitos, pero se arrepintió decidiendo casarse a los 36 años de edad, con un hombre más o menos de su edad y de su condición económica, aunque no ignoraba que le gustara tomar, por haberlo visto en algunas ocasiones, aceptó la proposición de su esposo contrayendo matrimonio hace 15 años; desde entonces han vivido aparentemente sin mayores complicaciones matrimoniales, en opinión de la señora. Pues dice que todos los hombres toman y además tienen otra mujer, por lo que a ella le parece que su marido "no es lo peor". Ella le ayuda con el gasto de la casa, lavando ropa ajena. — Mientras la paciente le ayuda cuidando a los cuatro hermanos menores y hace la comida y el aseo de la casa. La señora aparenta ser una persona tranquila, pasiva que tiene una gran fe en los "milagros de la Virgen", pues lo poco que tienen se lo deben a la Virgen. Ella piensa que todas las mujeres que se casan deben cargar con "el problema de soportar al marido por las noches" desprecia todo lo relacionado con el sexo.

Sus metas en la vida son únicamente dedicarse a trabajar para alimentar a sus hijos. Expresa que no le interesaría morir en este mismo instante, "sino fuera porque tengo a mis hijos".

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO UNO (1)
SRA: A. B. de Mtz.
EDAD: 52 años.
EDO. CIVIL: Casada. CLAVE: '3862047 (59)^o 5: 3: 21
ESCOL: Ninguna
OCUP: Lavandera.
FECHA EXAMEN: 18-Nov. 67.
RESID: D.F.

Esta señora, respondió a todas las frases del inventario, ofreciendo un perfil en el MMPI, ligeramente más elevado que los ofrecidos por sujetos normales tendiendo a las características de un tipo de perfil "limitrofe". Ya que la mayoría de sus escalas se encuentran entre la puntuación de T 60 y T 70.

Las escalas de validez, en su configuración indican que esta persona se muestra cooperadora en la situación de examen, pues contesta con sinceridad y rapidez. Es una mujer dinámica, emprendedora. Su actitud al presentar un cuadro de sí misma es defensivo tendiente a favorecerlo.

La escala 1, con una puntuación de T 56, nos indica que en esta persona hay cierta preocupación por su salud física. La escala 2, con un puntaje de 25, la muestra medianamente pesimista. Las escalas 3 y 8, son las más elevadas del perfil ofreciéndonos a una persona con malestares somáticos de origen histérico, caracterizándola como una persona dependiente e inmadura con gran preocupación religiosa en un deseo de establecer relación simbólica, con una figura omnipotente.

HISTORIA CLINICA.

FICHA DE IDENT.

EXP: 21496
NOMBRE: O. R. Delgado.
EDAD: 6 años.
SEXO: F.
OCUP: Est.;
ESCOL: 1o. Prim.
RESID: D. F.
FECHA DE ING. 22-Feb. 268
FECHA DE EST. 23-Mar. -68

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA, Y DEL SUJETO.

El paciente en estudio es una niña pequeña y delgada que por su complejón representa una menor edad de la que en verdad tiene. Es traida a la Clínica de la Conducta, por su madre quien sospecha que la niña sufre "ausencias", ya que en algunas ocasiones, suelta lo que trae en las manos y "levanta la mirada como si viera hacia el cielo". La señora hace una perfecta descripción del ataque, y dice que ella ha leído algo acerca de las enfermedades mentales, y cuando la niña se pone así no reconoce a nadie ni contesta al llamado que se le hace, ni por su nombre. La trae por iniciativa propia y pide que se le practique estudio psicológico y electroencefalograma. Estudios que después de habersele practicado arrojan foco epileptógeno.

La señora, nos cuenta que antes de presentar las "ausencias", ya que la niña mostraba ciertos problemas de aprendizaje, y como ésta estudia, en un Colegio de Religiosas, desde que tenía 3 años, su maestra ha sido la misma desde entonces, la cual ha tenido una constante observación para con ella. Ayudando en esta forma a la madre de la niña en el

cuidado de la misma, la paciente ocupa el tercer lugar entre sus hermanos, -- que son todos del sexo masculino, los cuales son respectivamente de 9, 7, -- (6, la paciente), y el último de 18 meses.

HISTORIA DEL PADRE.

El señor, estudió hasta el cuarto año de medicina, pero no -- terminó la carrera a decir de su esposa por los compromisos que le sobrevinieron cuando se casó. Actualmente su trabajo, es en los Laboratorios Farmacéuticos, como Visitador Médico, con un sueldo que le permite dar a su familia un nivel de clase media superior. Su esposa lo describe como un hombre hogareño, sumamente amistoso, para con ella y sus hijos, inclusive como él es muy aficionado al futbol, le pide que lo acompañe a los partidos, pues -- prefiere su compañía a la de sus amigos. Frecuentemente salen de paseo todos juntos, es un hombre jovial y optimista, de 30 años de edad, "sin vicios y muy trabajador" según opinión de su esposa.

HISTORIA DE LA MADRE.

La madre, de la paciente, es una señora que tiene 29 años -- de edad, y representa unos cinco años menos, de complexión delgada y estatura regular, sus facciones son finas, y agradables, de hablar rápido y buena expresión, de tez morena clara, pelo negro y viste como la gente de clase media alta. Inteligente, y cooperadora, en las entrevistas, como que sabe la enfermedad de su hija.

La señora empieza por contarnos que su mayor preocupación son sus hijos y su esposo, a quienes se dedica totalmente, desde que -- se casó. Hizo la carrera de secretaria, pero se retiró de trabajar porque--

ella misma consideró que no era posible seguir trabajando estando casada. - Ha sabido adaptarse a los grupos de su marido, ya que pasan largas horas - platicando o ella lo acompaña por lo regular, a donde él acostumbra ir co-- mo es el cine, futbol, etc. cuando él tiene boletos y ella no puede acompañar lo prefiere quedarse en casa a salir con algún amigo. Ella nos dice que casi no tiene amigas, aunque si saluda y tiene buenas relaciones con sus vecinas. A la señora le agrada mucho la conducta de esposo, con el trabajo de su casa, el arreglo de sus hijos y el suyo propio, no tiene tiempo ni de ver tele-- visión.

Respecto a la enfermedad de su hija que de solo pensar que fuera epilepsia, "se le iba el sueño", pero ahora que le han dado su medicamento se siente más tranquila, cosa que también se debe a las platicas que ha sostenido con el Psiquiatra, que atendió a su hija explicándole que ésta en fermedad, no necesariamente va acompañada de debilidad mental, sino que su hija puede seguir estudiando, incluso llevar a cabo una carrera, si así lo desea.

La madre se ha fijado como meta el que sus hijos logren ha cer una carrera profesional. Pues le parece una lástima que su esposo no se hubiera recibido, así como que ella no aprovechara las "oportunidades de su oportunidad". Por eso cuida mucho los estudios, y el aprovechamiento de sus hijos, a quienes no permite que vayan con bajas calificaciones, "pues to que no son unos anormales". Su preocupación por lo que consideraba "flo jera", de la niña en la escuela, ha disminuído porque considera que con la medicina, podrá despejarse más facilmente. Por lo demás ella dice ser --

muy feliz, pues sus otros hijos no le dan preocupaciones sino por el contrario reciben premios por ser aplicados en la escuela.

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO UNO (10)
SRA: O.D. de Reyes.
EDAD: 29 años.
ESCOL: Sec. y Comercio.
EDO, CIVIL: Casada. CLAVE: 218¹904376 (51)⁰ 3: 2: 15
OCUPACION: Hogar.
FECHA EXAMEN: 23-Mar. -68
RESID: D.F.

La señora O.D. de R. respondió al cuestionario del MMPI, en todas sus frases; el cual en sus escalas de validez muestran a una persona, sincera, comunicativa y espontánea que admite con franqueza sus faltas sociales, con una tendencia a negar sus "debilidades" psicológicas.

Esta señora, es una persona emprendedora e ingeniosa y -- sus defensas son racionales, y no admite sus propias fallas. Las escalas - 218, en su perfil pertenecen a un patrón de diagnóstico de psiconeurosis, tipo somático perteneciente a personas que enfatizan sus desgracias y dolencias teniendo poca comprensión de sus problemas emocionales y de su adaptación personal.

Parece que han aprendido a utilizar sus malestares físicos, (cefaleas constantes, irritación, depresión, dolencias viscerales, etc.), to do ello con el fin de que se sienta una lástima por ellas.

HISTORIA CLINICA

FICHA INDET.

NOMBRE: E. T. F.
EXP: 21317
EDAD: 6 años
SEXO: Masc.
OCUP: Estudiante.
ESCOL: lo. de Prim.
RESID: D.F.
FECHA ING: 10- Mar. - 68
FECHA EST: 2-Abr. -68.

DESCRIPCION GENERAL DEL SUJETO Y DEL PROBLEMA.

Este niño de seis años de edad, aparenta menos edad de la que tiene debido a su complexión delgada y a su baja estatura; de tez moreno-pálido, y de pelo negro rizado, es de carácter docil y cooperador es enviado por tercera vez a la clínica de la conducta por su maestra, quien en dos ocasiones anteriores ya lo había enviado sin que su madre lo llevara -- sin mayor explicación, por lo que en esta ocasión ha tenido que advertir a la madre del niño que lo expulsará definitivamente de la escuela si no es sometido a tratamiento médico, pues sufre de uno a dos ataques diarios, en la escuela causando miedo a sus pequeños compañeros y a la maestra, --- quien manifiesta que los gritos del niño, son súbitos y tremendamente im--presionantes así como sus convulsiones, la maestra en la carta enviada a la Clínica dice que este niño es buen alumno a pesar de su enfermedad pues aprende en un tiempo igual al de los demás niños.

El paciente es el mayor de tres hermanos, y sus crisis -- convulsivas comenzaron a la edad de 18 meses aproximadamente, fecha en que sufrió una caída al ser llevado en brazos por su tía, quien cayó al tro-

pezar en un empedrado, sus ataques se presentan con una frecuencia de tres a cuatro por día, y son del tipo Gran Mal, sin haber recibido atención médica alguna a pesar de los cuatro años transcurridos desde las primeras manifestaciones de su enfermedad.

HISTORIA FAMILIAR:

Sin antecedentes familiares, referentes a: crisis convulsivas.

HISTORIA DEL PADRE.

Es un señor de 32 años de edad, que trabaja como empleado repartidor de refrescos, sale de su casa a las 8 de la mañana y regresa a las 7 de la noche aproximadamente. Su salario es escaso permitiéndole dar a su familia un nivel de vida inferior a la clase media, es alcohólico ocasional -- pues los sábados se va con sus amigos a tomar, su esposa nos lo describe como un hombre pacífico que no arma escandalo a pesar de venir tomado. Por tándose con sus hijos tolerante y cariñoso.

HISTORIA DE LA MADRE:

Es una mujer de 30 años de edad, quien representa una edad mayor de la que nos dice tener, es delgada y de tez morena, poco cooperadora en la entrevista, tomando una actitud defensiva constante al pensar que la entrevistadora es una inspectora del Centro de Asistencia, en un principio niega ser la persona indicada como madre del niño, aceptando poco después que ella es la persona que se busca, no obstante fué necesario que en tres ocasiones habláramos con ella para convencerla que debía llenar el cuestionario MMPI, y habiendo pasado su temor acerca de la persona entrevistadora, accedió a resolverlo cosa que llevó a efecto en forma total, con nuestra

ayuda, pues fue necesario que le leyeramos las frases del cuestionario. Debido a su poca escolaridad.

Nos cuenta que no le gustan los quehaceres domésticos y que de pequeña rechazó las muñecas por las canicas o el trompo y prefiriendo la compañía de los niños a la de las niñas rehusa completamente hablar de su problemática sexual, afirmando no tener problemas "de esos".

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO UNO (18)
SRA: G.F. de T.
EDAD: 30 años
EDO. CIVIL: Casada CLAVE: '028697 -341 (63)^o 5: 9: 8
ESCOL: 4o. año Prim.
FECHA EXAMEN: 2-Abr. -68
RESIDENCIA: D.F.

La señora G.F. de T. respondió el cuestionario MMPI, en todas sus frases ofreciendo en las escalas de validez una puntuación semejante a la ofrecida en los perfiles de sujetos normales con adecuada adaptación psicológica. Sus mecanismos de defensa son pobremente elaborados, haciéndole aparecer como una persona muy accesible que comunica sus problemas con demasiada facilidad.

La combinación de las escalas 0 y 5, este perfil muestran una mujer cuyos rasgos psicológicos son: la ambición y el atrevimiento, así como la acentuación de intereses y gustos masculinos unidos a un carácter dominante e independiente. Pero fundamentalmente la agresividad manifiesta, con tendencia al aislamiento social.

La baja puntuación de las escalas 1 y 3 indican que esta persona no hay mayor interés, por su salud física, así como tampoco hay pre-

sencia de malestares somáticos de índole histérica. Es ella quien señala que no se deprime fácilmente ni participa en situaciones sociales.

HISTORIA CLINICA.

FICHA IDENT.

EXP: 21509
NOMBRE: M. de J. V. A.
EDAD: 14 años 2 meses.
SEXO: Femenino.
OCUP: Estudiante.
RESID: D. F.
ESCOL: 5o. año de Prim.
FECHA ING: Octubre - 1966.
FECHA EST: 3-Abr. --68

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

Se trata de una paciente del sexo femenino de catorce años de edad, que aparenta uno o dos años más. Es de complexión robusta muy blanca, de pelo castaño claro, y ojos verdes y grandes es tímida y de "poco hablar con la gente", al decir de su mamá pues la niña no es conversadora, actualmente cursa el quinto año de primaria, pues dejó de estudiar tres años consecutivos a raíz de su enfermedad.

La paciente nació de parto aparentemente normal, sufrió -- las enfermedades propias de la infancia, (sarampión, varicela, etc.), su madre no recuerda que haya sufrido algún traumatismo de cuidado, caminó a los dieciocho meses y habló aproximadamente a la misma edad, a los seis años ingresó a la escuela primaria donde es una alumna regular, sin problemas de aprendizaje ni de conducta; a los doce años sufrió un status epilepticus, que fue la primera manifestación de su enfermedad y le hizo --

perder el año escolar, así como en los dos años siguientes, durante los cuales la frecuencia de sus crisis alcanzó un promedio de siete diarias, motivo por el cual no podía ir a la escuela; su madre consideró que por lo tanto los médicos del Hospital, así como el medicamento que le era suministrado por éstos, "no servían para nada" por lo que decidió llevarla con otro doctor, actualmente ha podido seguir estudiando y sus crisis se limitan a uno o dos días antes de cada menstruación.

HISTORIA FAMILIAR.

HISTORIA DEL PADRE.

La señora se niega a hablar de él, en un principio, argumentando que le molesta mencionarlo. Nos cuenta que fue un hombre incomprensivo y exigente, con quien le fue imposible la vida porque no la respetaba tenía otras mujeres con las que se gastaba el dinero, dejándola a ella y a sus hijas, sin lo indispensable. Por este motivo, la señora tuvo que volver a trabajar en la oficina después de dos años de casada. El señor trabaja en una compañía vendedora de discos, donde a decir de la señora gana muy bien. Aproximadamente de cuarenta años de edad, estudió los dos primeros años la carrera de Leyes pero no siguió estudiando debido a que se casó cuando cursaba el segundo año, y la señora cuenta que sus ingresos eran muy bajos y se vió obligado a conseguir más dinero, por lo que no pudo continuar sus estudios y además, no permitió que la señora siguiera trabajando en la oficina donde ella trabajaba antes de su matrimonio. La señora no se explica el porqué su marido dió un radical cambio pues aproximadamente a los dos años de casados se volvió parrandero y desobligado, al grado de llegar al di-

vorcio, quedándose ella con sus hijas.

HISTORIA DE LA MADRE.

Se trata de una señora de cuarenta y cuatro años de edad, que aparentemente tiene menos edad, de la que dice tener, es una mujer alta, de complexión robusta y tez muy blanca, de ojos grandes y verdes, cabello negro, largo, ligeramente ondulado. Viste traje sastre y zapatos altos, perteneciente a la clase media alta.

Habla con voz fuerte y dominante, se acompaña con gesticulaciones enarcando una ceja, frunciendo el ceño. Empieza por decirnos que su hija no recibió los cuidados debidos en el Hospital en el que fue atendida y -- que no se explica como es que tiene fama de ser una buena Institución de Asistencia, cuando a ella le consta que es un fraude lo que hacen con los pacientes, porque los médicos recetan sin hacer ningún examen exhaustivo al enfermo, sino que se guían por las apariencias. Esto motivó que ella se disgustara muchísimo, yendo a reclamar al Director de la Institución y a pesar de que éste le garantizó que tendrían un cuidado especial a la niña, ésta no tuvo ninguna mejoría.

La señora dice que adora a su hija, porque es lo último que le queda en la vida, y aunque tuvo otra hija, ésta se casó muy joven yendo a vivir con su marido, a los Estados Unidos de Norteamérica. Ahora trabaja para su hija menor, a la cual le tiene mucha vigilancia, pues no le permite salir más que a la escuela, adonde la pasa a dejar por la mañana y la recoge al mediodía.

La señora trabaja en una Oficina Federal de Hacienda, de -

la cual es Jefe, y en la que ha demostrado una gran capacidad como ella misma nos cuenta, que su comportamiento es intachable, y tiene habilidad para manejar al personal, por lo que considera que es merecedora del cargo que ocupa, nos dice que cuando se da cuenta que su hija está o va a sufrir un ataque, inmediatamente trata de llamar al Doctor o irlo a ver, y también en darle medicina, recetada por éste. Aunque para evitarse todos estos problemas, vigila estrechamente que la niña tome su medicamento, y así ha notado que aunque le dan las crisis éstas son menos intensas, que cuando no tomaba medicina.

PAUTAS DE AJUSTE.

La señora se relaciona como autoridad, mostrando una actitud competitiva y rechazante hacia lo masculino. Con su hija tiene un comportamiento de excesivo cuidado y protección, de velada agresividad, prolongando así el infantilismo de ésta al no desarrollar sus capacidades individuales, tanto de relación psíquica y social, como afectivas, haciendo de ella una criatura tímida que resulta antagónica a la figura de la madre.

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO UNO	(19)	
EDAD:	44 años	
SRA:	M. E. A.	
ESCOL:	Prim. y Com.	CLAVE: 2" 860371' 4 (53) ⁰ 7: 10: 9
OCUPACION:	Emp. Fed.	
EDO. CIVIL:	Divorciada.	
FECHA EX:	3-Abr. -68	
RESID:	D. F.	

La señora M. E. de 44 años, respondió a todas las frases del MMPI, dando una puntuación en las escalas de validez, que muestran a -

una persona insegura y rígida. Mal adaptada al medio ambiente y con poco nivel de tolerancia ante la frustración. La configuración de las escalas donde la F, es más alta y la escala K, la más baja la hace semejante a las personas cuyos mecanismos de defensa son pobres e inadecuados.

El perfil que se nos ofrece en estas circunstancias tiene una doble tendencia: hacia las escalas que integran la tétrada psicótica (867), las cuales se encuentran elevadas así como las de la triada neurótica (231), siendo la combinación 28, la más elevada es asemejada a la que se encuentra en pacientes deprimidos con desordenes de tipo histérico relacionados a procesos esquizofrénicos.

Estas personas por lo general se aíslan de la gente, asumiendo una actitud defensiva y desconfiada, con rasgos paranoides cuya conducta es constantemente agresiva y hostil.

HISTORIA CLINICA.

FICHA IDENT.

NUM. EXP: 314
NOMBRE: De la H.R.V.
EDAD: 12 años.
SEXO: Masc.
OCUP: Estudiante.
ESCOL: 6o. año Prim.
RESID: D.F.
FECHA ING: 2-Ene.-68
FECHA EST: 20-Mar.68

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

Se trata de un paciente de 12 años de edad, del sexo masculino, de complexión delgada y tez morena, un niño taciturno y callado que casi

no establece relaciones de ninguna especie con los demás niños del centro; in gresa a éste hospital, a consecuencia de haber sufrido una repentina intensi- dad en la frecuencia de sus crisis las cuales se hallaban aparentemente con- troladas desde los 6 años en que inició su padecimiento. Estos se presenta- ban cada tres o cuatro meses, pero a partir de las vacaciones escolares, el- paciente dejó de asistir al colegio, pasando la mayor parte del tiempo en su- hogar, motivando el cambio de vida, un aumento considerable de sus crisis, - las cuales llegaron a ser hasta de 15 por día por ésta razón es llevado y hos- pitalizado en el Instituto Nacional de Neurología; nació de parto anormal pues fue muy prolongado, caminó a los 12 meses, habló a los 18 meses.

Este niño al decir de su madre terminó su instrucción sin -- problemas en cuanto a su aprovechamiento, pues no reprobó ni un año, y sus maestros nunca tuvieron queja alguna, los ataques del paciente se presentan a raíz de presenciar alguno de los disgustos(que son frecuentes entre sus pa- dres), o cuando es objeto de las descargas de ira por parte de su madre, --- quien se culpa a sí misma de la anterior situación diciendo que no se puede - controlar, en el tiempo que lleva hospitalizado la frecuencia de sus crisis han disminuído hasta un promedio de una o dos diarias las cuales ocurren por la- noche, es el mayor de 5 hermanos quien ayuda a su madre en el cuidado de - éstos.

HISTORIA FAMILIAR.

No hay antecedentes de crisis convulsivas por parte de la ma dre del sujeto, la cual dice ignorar si en la familia del padre del niño haya ha- bido algún familiar que sufriera ataques.

HISTORIA DEL PADRE.

Hace 15 meses falleció de infarto cardíaco a la edad de 42 años, era un señor dedicado al comercio, pasando largas temporadas fuera de su casa, y cuando regresaba le molestaba permanecer mucho tiempo en su casa, motivo por el cual discutía con su esposa quien le reclamaba el abandono en que los tenía, llegando inclusive a callarla a golpes.

HISTORIA DE LA MADRE.

Se trata de una señora, de 32 años de edad, que aparenta ser mayor, viste falda y blusa, con apariencia de una persona de la clase media-regular; es una señora comunicativa, quien nos relata que siempre le ha parecido que es más severa con el paciente porque es el mayor y tiene que ayudarle a cuidar a sus hermanos menores, principalmente ahora que no va a la escuela, argumenta que el cansancio producido en un taller familiar de ropa instalado en su casa, le produce algunas crisis de ira y "siente ganas de desquitar su coraje con lo primero que encuentra".

Sintiendo algunas veces remordimiento, al darse cuenta de que la emprende muy facilmente con el paciente, a pesar de que sabe que la crisis puede sobrevenir al golpearlo.

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO UNO	(8)	
SRA:	I. R. de la H.	
EDAD:	32 años	
ESCOL:	3o. Prim.	CLAVE: 'O8926 3741 (50) ^o 4: 10: 9
FECHA EX:	20-Mar.-68	
OCUPACION:	Hogar.	
RESID:	D. F.	

La señora, respondió al cuestionario en su totalidad, con --

gran sinceridad, y una actitud cooperadora la escala F, con una puntuación de 10, señala a ésta persona como adaptada psicológicamente, con algunas -- reacciones emotivas, mostrando poca rigidez en su conducta.

El perfil de esta señora, muestra una elevación normal debido a que el nivel de sus escalas no sobrepasa la puntuación de T 63, excepto en la escala 0, con una puntuación de T 65, mostrando una tendencia introvertiva y poco talento social.

Esta señora es bondadosa afectuosa y sentimental. Tiende a aislarse de las situaciones sociales mostrándose adecuada y consciente en -- sus responsabilidades hogareñas, derivando satisfacciones personales de su trabajo y dando gran valor a sus logros.

HISTORIA CLINICA

FICHA DE IDENT.

EXP: 351
NOMBRE: M. R. N.
EDAD: 14 años
SEXO: Femenino
ESCOL: 3o. Prim.
OCUP: Ninguna
RESID: Villa Hermosa, Tab.
RECHA ING: 14-Ene. -68
FECHA EST: 14-Feb. -68

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

Paciente del sexo femenino que aparenta menos edad de la -- que tiene, camina lentamente y su rostro carece de expresión. Es una niña silenciosa y aislada, con una atrofia marcada de los miembros del lado derecho, su padecimiento empezó a los dos años después de un trauma encefáli-

co. "Su madre ha notado un retraso en sus facultades mentales". Es hospitalizada para observación de sus reacciones al cambio de medicamento. Pues sus crisis han seguido la misma frecuencia de 1 a 2 diarias a pesar del "epamin". Caminó a los 18 meses y habló a los 2 años, ha sufrido las enfermedades propias de la infancia (varicela, sarampión), ha dejado de estudiar por haber sido recluída en el Instituto Nacional de Neurología. Cursando actualmente el tercer año de la enseñanza primaria. Actualmente se le trata con "Gamibetal complex".

HISTORIA FAMILIAR.

Sin antecedentes de crisis convulsivas en la familia del padre ni de la madre.

HISTORIA DEL PADRE:

Se trata de un señor de 44 años de edad, sumamente trabajador que ha hecho una fortuna estableciendo una cadena de tiendas comerciales, no descansa ni los domingos, en los que atiende los almacenes de su propiedad, de profesión Ingeniero, no ejerce, es un hombre muy exigente, con la gente con la que trabaja, y asimismo con su esposa, que es una cajera de uno de los almacenes. La que lo espera hasta que cierran y después marchan rumbo a su casa como a las 10 de la noche diariamente.

HISTORIA DE LA MADRE.

La madre de la paciente es una señora de 38 años de edad, que aparenta tener un poco menos. Es bien parecida y viste elegantemente y su arreglo personal es cuidadoso. Estudió la primaria; contrajo matrimonio a la edad de 20 años, y de su primer embarazo nació la paciente, de par-

to sin complicaciones.

Debido a que ella se ocupaba de los quehaceres del hogar, tenía la niña al cuidado de una criada, la cual sufrió una caída en las escaleras de la casa, llevando a la niña en los brazos, a partir de ese accidente la niña empezó a convulsionar, produciéndole horro, a la madre quien se dedicó por es pacio de 12 años a cuidarla de día y de noche sin perder por ello el miedo y - la repulsión a las crisis convulsivas. La niña demandaba de una manera per manente la presencia de su madre, quien no podía alejarse por mucho tiempo pues temía no presenciar las crisis de su hija, considerando que podía mo-- rir en alguna de ellas, por lo que siempre quería estar presente.

Después de la "horrible enfermedad", de su hija, decidió no vol-- ver a tener jamás otro hijo, por lo que se controló la natalidad. Su médico - ginecólogo, le explicó que ella no tenía culpa alguna en la enfermedad de su - hija, y que si deseaba podía tener otros hijos perfectamente sanos y sin com plicaciones. Por ese motivo decidió tener otro niño el cual tiene cerca de -- dos años de edad, y ahora es el principal foco de su atención, pues no ha per dido el temor de que sufra algún accidente o vea desencadenada la enferme-- dad mental en él.

Su médico le aconsejó que se alejara un poco del niño para evitar - que su sobreprotección lo perjudicara así como a la paciente, por lo que de-- cidió trabajar en uno de los almacenes de su esposo, poniendo al cuidado de - una enfermera a la paciente.

Los días de visita al Hospital, la paciente que por lo regular observa una conducta indiferente y pasiva en el hospital, se torna escandalosa y --

sumamente agresiva con el personal y niños del Hospital. Por el solo hecho de que su madre se encuentra presente.

Aunque en general sus convulsiones han disminuído ha sufrido algunas crisis cuando ve llegar a su mamá. Pues se coloca enfrente del elevador para ver quién llega, en estas circunstancias su comportamiento es irritable y tenso. La señora se muestra muy abatida e impotente para reprimir los excesos de agresión de su hija, (diciéndonos que tiembla cuando la niña se pone así, su sola voz le da miedo, cuando grita se imagina que le va a dar el ataque).

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO I

SRA. : A.M. de R.

EDAD: 38 años.

Edo. Civil: Casada.

Ocupación: Cajera.

Escol: 6o. Primaria.

Fecha Examen: 14-II-68.

Resid. : Villa Hermosa, Tab.

La señora A.M. de R., de 38 años de edad respondió en forma completa a las frases del cuestionario del MMPI, en su totalidad ofreciendo un perfil que se asemeja al tipollamado "sumergido", pues la puntuación de la escala 2, que viene siendo la más alta del perfil sólo alcanza una puntuación T de 59. Las escalas de validez L.F y N, con una puntuación que cae dentro de los límites observados en los sujetos normales indica que nos encontramos con una persona cuya capacidad mental le permite la comprensión de las frases del cuestionario, sin mayores problemas.

Ella tiende a ofrecer respuestas socialmente aprobadas en relación a la moral y su autocontrol. Sus mecanismos de defensa son ingenuos con

tendencia al infantilismo mostrándose una persona indefensa que comunica -- sus problemas con suma facilidad.

La moderada elevación de la escala 2, acompañada de la escala 6 muestran una gran sensibilidad en sus relaciones interpersonales, con tendencia a preocuparse por lo que se pueda pensar de ella, son personas tensas y preocupadas.

HISTORIA CLINICA.

FICHA DE IDENTIF.

NOMBRE: J. R. R.

EXP: 21194

EDAD: 7 años once meses.

SEXO: Masc.

Esc. lo. Primaria.

Ocupación: escolar.

Residencia: D. F.

Fecha de Ingreso: 19-Feb.-68.

Fecha de estudio: 19-Mar-68.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

Este niño de casi ocho años de edad, es de complexión delgada, y bajito de estatura representando una edad menor de la que tiene, viste conforme a la clase media regular y es muy difícil que responda a las preguntas, resultando por lo tanto un niño muy poco cooperador. El profesor de la escuela donde estudia mandó llamar a la madre del niño, con el fin de que ésta le proporcionara mayores datos sobre la extraña conducta seguida por el niño, pues no habla con ninguno de sus compañeros de clase, no juega y no contesta a su maestro, cuando éste le hace alguna pregunta; a la hora del recreo se aísla de los demás niños. Pero como la madre del niño le contó a --

su vez que éste padece ataques desde hace cuatro años sin haber recibido -- nunca atención médica, su Profesor consideró indispensable entonces que -- fuera atendido lo más pronto posible, por algún médico, pero después le dió una carta dirigida a la Clínica de la Conducta, en donde lo llevó en la fecha indicada. El paciente ocupa el cuarto lugar entre sus cinco hermanos.

HISTORIA DEL PADRE:

La señora no sabe con certeza, la edad de su marido, aunque le -- calcula treinta y cinco años, tampoco sabe el trabajo a que se dedica, pues -- aunque tiene un coche de alquiler, él no es chofer; lo describe como una per-- sona "buena gente", porque les compró una casa a ella y a sus hijos, en la -- Unidad Legaria. Tiene muy buen carácter pues nunca se enoja, y procura -- estar en la casa los domingos, aunque no siempre puede, pues él le ha dicho que tiene "que atender unos negocios".

HISTORIA DE LA MADRE.

Es una señora joven de treinta años, que viste, como la clase me-- dia regular, es delgada y de baja estatura, muy blanca y bien parecida. Nos cuenta que se casó a los 17 años, porque quería salir de su pueblo y conocer México. Cuando conoció al que ahora es su esposo, éste le propuso casarse con ella y traerla a vivir al D.F., cosa que aceptó sin pensarlo. Pero poco después se arrepintió porque "tenía miedo de ser mamá", pues se consideraba a sí misma incapaz de soportar los dolores del parto; nos cuenta que --- siempre ha tenido miedo, y que ni siquiera puede decírselo a su esposo cuando está en la casa, pues éste le dice que no sea exagerada y que tome en --- cuenta que él está cansado, o si lo que ella desea es que él se vaya a la casa

de su mamá, donde le tienen más consideraciones que ella, pues es muy infantil, y siempre lo está molestando con sus tonterías. Esta ha sido la causa de que ella se haya distanciado de su marido.

Llevan catorce años de casados en los que han procreado cinco hijos, siendo el cuarto en edad, el que les ha causado mayores problemas por tener que llevarlo al Doctor. La señora nos dice que no tiene amistades, a parte solo de una comadre suya, que por no tener hijos la visita frecuentemente, y le insiste a ella para que salgan a pasear ya que ella no le dan ganas casi nunca por salir, únicamente por el mandado y las cosas para la casa. El marido nunca la lleva a ningún lugar, y si conoce México, es porque su comadra la ha llevado en varias ocasiones a distintos lugares de la capital. Cuando esto sucede deja encargados a los niños con una vecina, y por lo regular no se deja de preocupar de lo que pudiera sucederles en su ausencia, por lo que sus paseos son rápidos a donde vayan.

La señora, dice que en su casa se encuentra constantemente ocupada en los quehaceres del hogar, así como la limpieza de ropa de sus hijos, pues no le gusta que vayan sucios y desaseados a la escuela, motivo por el cual tiene un especial cuidado en que siempre anden limpios, le da mucho coraje que se ensucien la ropa por andar jugando y batalla mucho con los tres hijos mayores, pues son muy desobedientes y latosos. En cambio el paciente es un niño obediente incapaz de hacer lo que hacen sus hermanos, "es el mejor de mis hijos", por eso me duele tanto verlo tan enfermo, cuando le dan los ataques, siempre son por la noche y me doy cuenta porque duerme conmigo, desde antes de que naciera el último de mis hijos que tiene dos a--

ños duerme con sus demás hermanos, con el fin de que yo pueda cuidar a mi hijo enfermo. Los ataques le dan uno o dos diariamente. Porque me da mucho miedo de que le den los ataques a el solo, cuando comienza a ponerse -- mal prendo la luz y lo enderezo para que no se vaya a ahogar, con la espuma y saliva que le sale abundantemente. Me había dicho mi comadre que --- era mejor que no lo llevara al doctor, porque "le iban a dar medicina que -- luego los vuelve idiotas" y yo no queria que por mi culpa mi hijo luego queda ra hecho un tonto que no sirviera para nada, y usted ve que en la escuela no ha reprobado en los exámenes que le han hecho.

Su padre, me dijo que él no quería meterse en eso, que son mis - cosas y que sólo yo se, si lo curan o lo empeoran. Pero su maestro me re- gañó porque no lo había traído con un médico.

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO NUMERO UNO (7)

SRA.: S. R. DE R.

EDAD: 30 años.

Escol.: 5o. año Prim.

Edo. Civil: Casada.

Fecha examen: 19-Mar. -68.

Resid.: D.F.

Ocupación: Hogar.

La señora S.R. de R., de treinta años de edad, contestó a todas las frases de que consta el MMPI, presentando un perfil cuyas escalas de validez indican que la prueba es confiable, así como la actitud de la señora, ante la - situación de prueba a la que se presenta, con deseos de cooperar y sincera - en sus contestaciones.

La escala F, con un puntaje de 13, viene a mostrar en este perfil - una orientación hacia la tetrada psicótica; la escala 2, con un puntaje supe--

rior a T 70, se asocia en este caso con las escalas 8, 6 y 7; que vienen a -- ser un índice de patología severa.

La escala 1, con una baja puntuación indica que esta señora no tiene ningún problema de preocupación por lo que se refiere a su salud física; - la baja puntuación de la escala 3, nos hace inferir que la señora no padece de malestares somáticos de origen histérico.

La asociación de las escalas 8, 6 con una puntuación superior a T 85, en la escala 8 (la cual viene a ser la más elevada del perfil), muestra un patrón semejante al encontrado en pacientes diagnosticados con reacción esquizofrénica de tipo paranoide. Estas personas presentan memoria distorsionada y algunas veces sufren alucinaciones, su contenido mental está integrado por ideas persecutorias, tienen gran dificultad en el proceso de socialización heterosexual y se casan con alcohólicos o sujetos con diversos tipos de problemas de conducta.

HISTORIA CLINICA.

FICHA IDENT.

EXP: 373.

NOMBRE: M. A.

EDAD: 12 años

SEXO: Masc.

OCUP.: Estudiante.

ESCOL: 4o. año prim.

RESID.: D. F.

FECHA ING.: 15-Ene-68.

FECHA EST.: 20-Feb-68.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

Paciente de doce años de edad, del sexo masculino, de comple---

xión robusta, de tez blanca, ha sido tratado con anterioridad por sordera, - que venía manifestándose por una incapacidad para hablar, actualmente todavía se le dificulta la pronunciación de la r y la s.

El niño, fue producto de un parto aparentemente normal al decir de la madre, quien no recuerda haber sufrido ninguna complicación durante el alumbramiento; también nos cuenta que aparentemente ha sido sano, camina a los doce meses y a esa edad también empezó a hablar, pero que a los 2 años cuando sufrió el sarampión le quedó como consecuencia del sarampión, la infección de los oídos que poco a poco le fue haciendo perder la capacidad de audición afectándole asimismo la capacidad de hablar; después de tan larga enfermedad tuvo que volver a aprender a caminar, con mucha más dificultad que cuando por primera vez, ya que perdía el equilibrio con gran facilidad.

La madre se preocupó por el niño, al ver que no podía hablar, y lo llevó al Instituto de Ortolalia, en donde recibió entrenamiento especial para que fuera aceptado en la escuela primaria, donde no lo querían recibir -- por este motivo. A los ocho años, ingresa a la escuela primaria, donde sus maestros, han considerado que su capacidad de aprendizaje, es semejante a la de un niño normal, por lo que no han tenido queja alguna de él. El 15 de enero sufre una crisis convulsiva, tipo grannal, razón por la que se le practicó un electroencefalograma, el cual arrojó la presencia de foco epileptógeno a nivel de lóbulo temporal.

HISTORIA FAMILIAR.

HISTORIA DEL PADRE.

Es un señor de 56 años de edad, que aparenta un poco más de edad, debido a que ha encanecido totalmente, de baja estatura y muy dinámico, contrastando esto último con su apariencia; el señor tiene un taller mecánico el cual le permite dar a su familia un nivel de vida de clase media alta; todos los días sale temprano y atiende sus negocios, regresando aproximadamente a las ocho de la noche al hogar, es cariñoso con sus hijos, los cuales lo quieren mucho aunque su esposa considera que es un hombre gruñón, pero de buen corazón; que sobre todo es un hombre cumplidor de sus obligaciones económicas de la casa, "donde nunca les falta nada gracias a Dios."

HISTORIA DE LA MADRE.

Es una señora de 32 años de edad, muy guapa, y cuyo arreglo la hace aparecer menor de la edad que nos dice tener. Durante la entrevista se muestra tensa y preocupada, haciendo hincapié en que las manos le sudan mucho y "le da pena, pues se considera una persona muy nerviosa", habla con fluidez dando la apariencia de que piensa las palabras que va a usar, dándonos la impresión de una persona dominante y un poco pedante, nos cuenta que solamente cursó la educación primaria pero que ella sola se ha encargado de leer mucho.

Nos dice que ella se siente culpable de la enfermedad de su hijo "por proceder de una madre epiléptica"; le pedimos que nos cuente en que consistían los ataques de su madre y nos dice que en primer lugar su madre sabía cuándo iba a sufrir el ataque y que lo podría neutralizar al introducirse una cuchara en la boca y apretándola fuertemente con los dientes"; la narración de la señora, nos hace pensar en que los ataques de su madre, no

eran de tipo epiléptico, sino más bien tipo histérico.

Después nos relata que contrajo nupcias a la edad de 20 años, con un hombre mucho mayor que ella, debido a que deseaba cambiar su situación económica, sin tomar en cuenta que en el matrimonio cuentan mucho otras cosas, como son: el placer sexual, el que jamás ha tenido oportunidad de experimentar a pesar de tener cuatro hijos de los cuales el paciente ocupa el primer lugar, por ser el mayor. Tampoco ha tenido oportunidad de encontrar satisfacción en amor de madre, pues desde que el paciente tenía dos años de edad, ha tenido que ir de Institución en Institución, tratando de que lo curen y solamente ha visto en pequeño grado el mejoramiento de su hijo. La señora nos manifiesta que siente profunda desconfianza hacia el medicamento denominado "Epamin", pues un primo suyo que es Médico Urólogo, le ha dicho que tal medicamento es peligroso porque trae como consecuencia el deterioro mental. "si tu hijo lo toma, se va a volver un idiota, y ya ves que de por sí está bastante mal".

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO UNO (20)

SRA.: M.S. de A.

EDAD: 32 años.

EDO. CIVIL: CASADA.

ESCOL.: 6o. Prim.

OCUP: HOGAR.

Fecha de Examen: 3-Abr-.68

Residencia: D.F.

La señora M.S. de A., contestó a las frases del cuestionario MMPI, en su totalidad, ofreciendo un perfil con franca tendencia hacia la tetrada psicótica. Las escalas de validez muestran a una persona cuya actitud ante la prueba es defensiva y desconfiada. Sus mecanismos de defensa resul

tan insuficientes por serle inadecuados. Se encuentran en ella desórdenes -- del carácter y una mala adaptación al medio ambiente.

La asociación de las escalas 86, son las más elevadas del perfil, y relacionan con un grupo de pacientes estudiados cuyo diagnóstico fue de reacción esquizofrénica tipo paranoide. La conducta de estas personas es impredecible y su actitud es agresiva y hostil, tienen ideas de grandeza, ideas de referencia y algunas veces alucinaciones de tipo auditivo y visual.

Estas personas suelen tener problemas en el proceso de relación interpersonal, con personas del sexo opuesto; cuando se casan lo hacen con personas neuróticas, alcohólicas o con problemas de conducta. No necesariamente sufren el desencadenamiento esquizofrénico, pues suelen vivir estas personas, en aparente normalidad, cuando sus defensas y el medio ambiente les prestan un apoyo.

HISTORIA CLINICA.

FICHA DE IDENTIF.

EXP. : 315
NOMBRE: L.A.O.
EDAD: 12 años.
SEXO: Fem.
OCUP. : Estudiante.
ESCOL. : 6o. Prim.
RESID: México, D.F.
FECHA ING. : 15-Nov. -67.
FECHA EST. : 5-Abr. 68.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

Se trata de una niña de 12 años de edad, de estatura regular y facciones de tipo oriental, de complexión robusta, y expresión triste, es la ter-

cera de cuatro hermanos en orden descendente; actualmente se encuentra -- cursando el sexto año de la enseñanza primaria.

La iniciación de su padecimiento, fue pocos días antes de su me-- narquía. En un principio la frecuencia de sus crisis eran de una a tres du-- rante la semana anterior a su menstruación, pero en este mes sus crisis se han visto aumentadas de dos a tres por día, a pesar del medicamento recetado para su debido control; hace quince días tuvo una crisis de gran mal, sus crisis anteriores se limitaban generalmente a la pérdida de la memoria en forma absoluta, (amnesia general o total), durante las cuales la paciente preguntaba "quién soy yo, qué hago aquí, quiénes son ustedes" dirigiéndose a -- su familia, quedando en este estado por espacio de una hora o un poco menos, después caía en un sueño profundo, y al despertar no recordaba los sucesos-- anteriores, poco antes de los cuales decía sentir un miedo terrible.

La paciente nació de parto aparentemente normal, y la madre de -- ella, no recuerda que haya tenido algún padecimiento o traumatismo en el -- cráneo anterior a la aparición del padecimiento actual. Durante su infancia padeció las enfermedades propias de los niños como son: El sarampión y la varicela; empezó a caminar a los doce meses, y habló a los 18 meses aproximadamente.

HISTORIA DEL PADRE.

Es un señor de 40 años de edad que trabaja como representante de una compañía de artículos para el hogar; estudió hasta el tercero de secundaria y es un vendedor muy hábil, por lo que es estimado en la empresa donde presta sus servicios; la compañía lo envía con frecuencia al interior de la --

República, por lo que se ausenta de su hogar durante varios meses estando en su casa solamente unos días entre viaje y viaje. Su trabajo le permite dar a su familia un nivel de vida clase media superior, el trato con sus hijos y esposa es muy breve limitándose a una relación de índole económica.

HISTORIA DE LA MADRE.

Es una señora de marcadas facciones orientales, originaria del Estado de Sinaloa, de padres japoneses; se trata de una señora conversadora cuya conducta durante la entrevista es cooperadora a pesar de su estado emocional, pues se muestra preocupada y tensa.

Nos cuenta que la enfermedad de su hija le preocupa pero no tanto como otras cosas, pues por ahora considera tener problemas más graves (como el temor de que su hija mayor, vaya a hacer caso a las pretensiones amorosas de un sujeto mayor que ella y casado), "quien podría ser su padre de mi hija", también le preocupan las consecuencias que puedan ocasionarle físicamente las pastillas anticonceptivas, que toma para controlarse la natalidad, pues en su opinión "ellas son las que le han venido a descomponer el hígado", "además de provocarle dolores intensos de cabeza y cansancio general", la señora se siente incapaz de asumir la responsabilidad de la educación de sus hijos manifestando su inutilidad ante la angustia producida por el peligro que corre su hija mayor.

Así, como el temor a volver a embarazarse y al mismo tiempo el miedo producido por la píldora, "que siente que la está cancerando", además de no aceptar su religión el uso de la misma, lo que ha venido a complicar su estado, pues actualmente sufre de insomnio y cuando duerme lo hace in-

tranquilamente y solamente durante tres o cuatro horas. A pesar de haberlo negado en varias ocasiones termina diciéndonos que la asalta el presentimiento de que la paciente sufra otra crisis convulsiva durante la noche, (insistiendo en que la paciente duerma con ella), las crisis de ésta son por lo regular en las noches.

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO I (22)

SRA: R.O. De A.

EDAD: 37 años.

ESCOL.: 5o. Prim.

OCUP: Hogar.

Edo. Civil: Casada.

Fecha Examen: 5-Abr. -1968.

Resid.: D.F.

La señora P.O. de A., nos ofrece un perfil cuyas características más relevantes son: "perfil flotante", pues la escala más baja tiene una puntuación de T 58, y por presentar una elevación en las escalas 1 y 4 de T 82 y T 81, respectivamente; y otra elevación en forma de punta en la escala 7, - de T 85, dándole una configuración semejante a las llamadas "curvas difásicas".

Las escalas de validez muestran a una persona con un yo débil cuyos mecanismos de defensa pobremente elaborados indican falta de adaptación y poca capacidad de demora ante la frustración. La asociación de las escalas 714 es semejante a la ofrecida en los casos de reacciones de ansiedad, producidas en una personalidad pasivo agresiva.

Las características de estas personas debidas a la presencia de la escala 7 elevada, son: ataques severos de pánico o un elevado grado de ansiedad, exigencias constantes de ayuda moral y económica, sus matrimo-

nios son duraderos debido a la angustia sentida ante la idea de separación, - lo que viene a relacionarse con sentimientos de abandono temprano y auto--- desprecio, con sentimientos de culpa.

La escala 1, indica gran cantidad de padecimientos somáticos y fa tica. La escala 4, ofrece características de desórdenes de la personalidad, la que combinada a las escalas 7 y 2 que también son elevadas, muestran una reacción de ansiedad en una personalidad pasivo-agresiva. En este tipo de reacción la agresividad se expresa haciendo uso de recursos pasivos, como la obstinación, la ineficiencia, el sabotaje, etc. Son personas hostiles, - dependientes y extremadamente inmaduras.

HISTORIA CLINICA.

NOMBRE: S. H. M.

EDAD: 3 años 10 meses.

SEXO: Masculino.

ESC. : Ninguna.

RESID. : D. F.

Fecha Ingr. : 11-Dic. -67.

Fecha de estudio: 15-II-68.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

El paciente es un niño del sexo masculino, de tres años y diez me ses de edad, empezó su padecimiento, hace cuatro meses, tres días des--- pués de sufrir un trauma cráneo-encefálico presentando crisis convulsivas - tónico-clónicas, cuya frecuencia llegó a ser hasta de veinticinco crisis al -- día.

Se trata de un niño físicamente agradable, que es el preferido de - las enfermeras, que constantemente lo traen en brazos acariciándolo. Es -

inteligente, travieso y sólo se nota en él un leve retraso para hablar, puesto que no pronuncia la "rr", a pesar de que el paciente ocupa el segundo lugar en la familia, la madre nos cuenta que siente una especial predilección por él, desde que nació, pues le da "lástima" porque siempre ha sido el más enfermizo de sus hijos. Por eso mismo lo hace dormir con ella.

A pesar de que este paciente fue internado con una frecuencia bastante alta de crisis por día, durante su estancia y cuidado en el hospital, no ha convulsionado una sola vez, motivo por el cual, se prolongó un mes más su estancia en esta institución, para tenerlo en observación.

HISTORIA FAMILIAR.

HISTORIA DEL PADRE.

Señor M. S. G., de veintiocho años de edad; es alcohólico desde -- los dieciocho años, y teniendo una diferencia de once años con respecto a su esposa, es un irresponsable, (actualmente no trabaja) en opinión de la señora, pues actualmente no trabaja desde hace dos años y sus trabajos anteriores habían sido esporádicos, pues debido a su inasistencia e impuntualidad en los mismos, hacía que fuera despedido. Antecedente enfermedad, - Abuela paterna diabética.

HISTORIA DE LA MADRE.

Señora A. H. de S., de treinta y nueve años de edad, trabaja como secretaria, para el sostenimiento de su hogar, o sea de su familia que consta de cuatro hijos y su esposo. Teniendo que trabajar más de ocho horas -- diarias, para conseguir dinero suficiente para sufragar los gastos de su casa. Debido a esta situación, la señora no pudo acudir a varias de las citas -

que se le hicieron con objeto de entrevistarla, por lo que decidimos citarla - en día domingo, aprovechando el tiempo de visita a su hijo.

La señora viste como una persona de la clase media regular, de - compleción delgada, tez morena clara, bajita de estatura, y usa muy poco -- maquillaje, de pelo lacio y corto. De voz un tanto apagada y hablar lento, de mirada huidiza y aparentemente tímida, resuelve el cuestionario con rapidez y en silencio. Después de terminar toma cierta confianza con la entrevista-
dora, y empieza a contarnos cómo es su vida conyugal; nos dice que su mari-
do es mucho más joven que ella, "no se por qué me casé con él", "siempre -
había ganado menos que yo", y no ignoraba el hecho de que era un borracho, -
al principio lo quería, porque me daba lástima, ahora me parece insoporta--
ble porque ya no se esfuerza como antes por hacer algo; fíjese que le doy di-
nero para que haga algo para comer, para los niños y el que se queda en la -
casa, y cuando regreso de mi trabajo me doy cuenta que todo se lo emborra-
cha, y luego todavía quiere gritar o que yo lo respete; los niños lloran de --
hambre, mientras él se duerme, se enoja porque lo despierto para preguntar
le qué hizo con lo que le di, "me ha dicho que si lo sigo molestando se va a -
largar con su mamá", "pero yo sé bien que no se va porque ella y sus herma-
nas siempre lo han corrido por borracho, no le toleran nada, yo se bien, se-
ñorita, que no lo quieren".

También nos cuenta que su vida está llena de problemas, y para --
colmo de males, Dios la castigó dándole un hijo epiléptico, y aunque había si-
do enfermizo desde pequeño, nunca se imaginó que le fueran a dar ataques, y
por lo que ella se pone muy nerviosa cuando sufre los ataques, y no sabe qué

hacer, y ella preferiría dejarlo para siempre en el hospital, donde todos lo quieren mucho a mi hijo, (el cual fue entregado a los padres, mediante orden judicial, en virtud de que los padres del niño no respondían a los avisos del hospital, dándolo de alta). La señora teme que su hijo sufra de ataques durante la noche, y por eso lo lleva a dormir con ella.

PAUTAS DE AJUSTE.

Se trata de una persona masoquista, que propicia situaciones dolorosas en todos los aspectos de su vida, pues ella misma le proporciona al marido los medios, para que siga tomando, y por lo mismo se desentienda de sus obligaciones y contrayendo una responsabilidad mayor cada día ella. Por otra parte, al paciente le ha fomentado la enfermedad por medio del co-lecho, pues fue muy claro, el hecho que no haya convulsionado una sola vez en su estancia en el hospital. Destacando a su vez la conducta sobreprotectora de la madre hacia el hijo enfermo.

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO I (17)

SRA.: A.H. de S.

EDAD: 50 años.

OCUP.: Hogar.

ESCOL.: 3o. primaria.

EDO. CIVIL.: casada.

RESID.: México, D.F.

1o. Abril 1968.

CLAVE: '684027913 (61o.) 9:10:20.

La Sra. A.H. de S., nos ofrece un perfil semejante a los encontrados en sujetos normales. Procuró contestar a todas las preguntas del cuestionario, ofreciendo en las escalas de validez L y F, de T-66, indicando que esta persona tiende a presentar un cuadro favorable en cuanto a valores mo-

rales. Se encuentra adecuadamente adaptada a su medio ambiente aunque sus mecanismos de defensa son más bien de forma ingenua.

La asociación de las escalas 6 y 8 con una elevación moderada de T-65 y T-66, se refieren a personas que se caracterizan por su astucia y por abusivas. Esta asociación también indica que el tipo de personalidad del sujeto es infantil.

HISTORIA CLINICA.

EXPEDIENTE No. 343.
NOMBRE: V. G. S.
EDAD: 7 años 10 meses.
SEXO: M.
OCUP.: EST.
RESID.: D.F.
FECHA DE ING. 3-Ene-68.
FECHA DE EST. 16-Feb.-68.
ESCOL.: 1o. Prim.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

Es el caso de un niño, de 7 años de edad, que aparenta tener más edad, debido a que es de complexión robusta, de tez morena, sano físicamente, muy travieso, nunca se está quieto y rebelde su carácter, con los demás niños del Hospital, es muy impaciente y le gusta pegarles a sus compañeros. Cursó el primer año de primaria y dejó de estudiar el 2o. año debido a que las crisis de que sufría iban en aumento; el padecimiento empezó a los cuatro años, con convulsiones, poco después de haber sufrido un accidente, un golpe en la cabeza, al caer de los juegos mecánicos de una feria. Durando dos días inconsciente y a las dos semanas, comenzó a convulsionar del tipo Gran Mal, con una frecuencia de dos a cinco diarias, en un principio, des---

pués disminuyeron pero a principios de este año sus crisis aumentaron. Sus crisis hasta ser de quince diarias, motivo por el cual es hospitalizado, para administrarle el medicamento adecuado.

El paciente ocupa el 5o. lugar de ocho hermanos, nació de parto normal, ha padecido las enfermedades propias de la infancia (sarampión, varicela, etc.), caminó a los 11 meses, y habló a los 18 meses; es traído al hospital por su madre, quien dice que lo encuentra muy enfermo.

HISTORIA DEL PADRE.

Es un señor de 45 años de edad, que trabaja como encargado de una cerrajería, la cual atiende desde las siete de la mañana hasta las seis de la tarde. El producto de su trabajo solo le permite darle a su familia, una condición de vida de clase baja. Los domingos que descansa, sale con sus amigos, y está muy poco tiempo en su casa, por lo que su mujer cuenta que el peso de la casa en lo referente a educación de los hijos, así como su comportamiento en general está dejado a ella; cuando sale con sus amigos, llega tomado y haciendo escándalo y la amenaza con pegarle si se sigue metiendo con él.

HISTORIA DE LA MADRE.

Es una señora que aparenta más edad de la que dice tener, viste un vestido de algodón y delantal, calzado sin medias, muy limpia, con peinado permanente un poco largo, es muy blanca y de pelo negro, de complexión gruesa sin ser obesa, de estatura regular; fue muy difícil que esta señora se presentara a las entrevistas, pues después de mandarle citatorios, durante una semana sólo se presentó para decirnos que no tenía tiempo. Con-

siderando necesario, ponernos de acuerdo con ella, convinimos en que ella - vendría veinte minutos por las mañanas; en las seis entrevistas que duró el estudio, la señora fue muy puntual, no faltó a ninguna de ellas.

En la primera ocasión nos contó el exceso de trabajo que lleva a - cabo, pues ella arregla la ropa de seis de sus hijos: lavado y planchado, y - hace la comida para ellos además de atender al niño de seis meses de nacido, por lo que dice que es una mujer muy ocupada en los quehaceres familiares.

El mayor de sus hijos de 21 años, es varón y no vive con ellos; se fue de la casa desde los 18 años, y sabe que trabaja como mecánico. La hija que sigue en el orden, quien tiene 19 años de edad, se casó a los 17 años y -- tampoco vive con ellos. El tercero de sus hijos también es varón y trabaja - y estudia, y no le ayuda económicamente porque lo gasta en sus estudios y ca - miones. La cuarta trabaja como escretaria, y estudia por las noches la Se - cundaria, y tampoco le ayuda económicamente porque todo se lo gasta en li - bros, camiones y diversiones y ropa para su uso.

La señora nos cuenta que en la casa, sólo queda el paciente, su -- hermanita de cinco años, y el niño pequeño de seis meses, por lo que el pa -- ciente, cuida a los dos chicos cuando ella sube a lavar o va al mandado. Pe - ro que a pesar de ser el mayor de los tres, es el que hace peores travesuras que los otros, y por eso tenía que pegarle mucho.

A pregunta nuestra si le pegaba únicamente a él, nos contestó que - nó, que también a los demás; cuando los mayores se encuentran en la casa - y que la hacen desesperar, hasta al niño de meses le pega cuando no se quie - re callar. Nos dice que se siente "muy nerviosa", y que le dan miedo tantos

problemas,, porque el "remordimiento" de conciencia, causado por el hecho de desquitar su rabia contra sus hijos, no la deja en paz; siente un particular temor "por volverse loca", ya que cuenta que tiene momentos frecuentes de incontrolable violencia "Cuando les pego a mis chamacos", "lo hago hasta que mi alma descanse".

La señora visita a su hijo, a las tres de la tarde invariablemente, y los domingos lleva a los demás hermanos a la visita después de haber terminado nuestras entrevistas, la señora insistió en que se le atendiera a ella dándole tratamiento, pues sabe que el Hospital imparte terapia a las madres de los niños enfermos internados en el mismo. Y, ella se considera muy necesitada de ayuda. De las crisis del paciente nos cuenta que le dan miedo -- porque se imagina que se le muere, y que últimamente ya no podía dejarlo -- cuidando al pequeño, porque temía que le diera el ataque cuando lo cargara, como a él le gustaba hacerlo. Le extraña que el paciente haya durado cerca de cuatro años, con las crisis muy distantes una de otra, en su frecuencia, -- pues pasaban hasta cuatro meses sin que le repitieran y en cambio en este -- año se haya puesto tan grave,

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO UNO (4)
SRA. : A.G. de V.
EDAD: 38 años.
ESCOL. : 6o. año Prim.
EDO. CIVIL: CASADA.
FECHA EXAMEN: 16-II-68.
OCUPACION: HOGAR.
RESID. : D.F.

CLAVE: 2 7 8" 60 1 9' 43 (62)^o 4:15:6

Esta señora, A.G. de V., es madre de siete hijos, de los cuales -

el que ocupa el número cinco, sufre de epilepsia. Contestó a todas las partes del cuestionario del MMPI, presentando un perfil cuyas escalas de diez "L" y "K", cercanas a la línea media, e inferiores a la "F", con un puntaje ligeramente menor de 80, muestran a una persona con un cuadro de perturbación emocional, problemas en el ajuste de la personalidad y Ego débil.

El patrón de este perfil, se encuentra orientado hacia la tetra psicótica (escalas 2, 7, 8 y 6), cuya elevada puntuación nos permite inferir lo anterior,

La escala 1, con un puntaje de 19, muestra cierta preocupación por la salud física, en esta señora. La escala 2, con una puntuación de 26, se asocia con la escala 7, del mismo puntaje, pero con la agregación de la escala 3, que corresponde a T 84, mostrando una persona crónicamente ansiosa, que constantemente se encuentra luchando porque todo le salga bien y que ante la posibilidad de no lograr sus propósitos recurre a cuadros de ansiedad y de tensión, sentimientos de autodesprecio y falta de confianza en sí misma.

La escala 3, con un puntaje de 26, se encuentra ligeramente elevada que la línea media al igual que las escalas 4 y 5. La escala 6 con un puntaje de 26, elevación moderada, es resultado de una sensibilidad que causa en esta persona reacciones depresivas, sin indicar, sentimientos de persecución sino de mayor patología. La escala 7, es la más elevada, en este perfil lo cual señala, que esta señora es una persona rígida y meticulosa, preocupada porque piensa que algo malo le va a suceder.

Sus relaciones sociales, e interpersonales, no son satisfactorias.

se encuentra preocupada por temas religiosos y morales, con sentimientos de culpa. La escala 8, con una puntuación cercana a T-80, se encuentra correlacionando con la escala 7.

HISTORIA CLINICA.

FICHA IDENT.

EXP.: 381.

NOMBRE: C. Ma. L.

EDAD: 12 años.

SEXO: Femenino.

ESCOL.: 1o. Sec.

RESID.: D.F.

FECHA ING: 3-ene-66.

FECHA EST: 5-Abr-68.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

Paciente del sexo femenino de 12 años de edad, aparenta menos edad, es de complexión delgada y baja de estatura. Empezó su padecimiento a los cuatro años de edad, quince días después de sufrir una caída desde la altura de un piso. Es la mayor de 3 hermanos que sólo tienen el apellido de la madre, (ya que sus hijos son el producto de diversas uniones).

Sus crisis estan controladas actualmente a una o dos, tres días antes de la menstruación. Ella es el producto de un parto aparentemente normal, la paciente caminó a los 12 meses aproximadamente y comenzó a hablar a los dos años de edad. A los cuatro años sufre un trauma craneo-encefálico y posteriormente crisis convulsivas, con una frecuencia de 8 a 10 diarias, durante el primer mes, pero rápidamente logró controlársele a una frecuencia de 2 a 3 por mes.

A los cinco años ingresa a la escuela primaria, sin reprobado un --

solo año; a los doce ya cursa el primer año de secundaria, habiendo obtenido buenas calificaciones. En virtud de que la madre sale a trabajar casi todo el día, ella se hace cargo de la casa y de cuidar a sus hermanos menores, -- haciéndose tiempo para cumplir con sus tareas y trabajos que le dejan en la escuela, ya que es una alumna cumplida.

HISTORIA FAMILIAR.

Se ignora todo lo referente a la familia del padre, debido a que la señora, se niega rotundamente a proporcionar datos referentes al padre y a todo lo que se relacione con él. Sin antecedentes de crisis epilépticas en la familia de la madre.

HISTORIA DE LA MADRE.

Es una señora que pertenece a la clase baja; estudió lo más elemental, es decir, no llegó a terminar el primer año de la primaria, de 38 años de edad, aunque aparenta tener unos años más, es de complexión regular y estatura regular. Su actitud hacia nosotros de llegada, es de rechazo. Trata de eludir el cuestionario que le presentamos argumentando dificultades en su horario de trabajo como lavandera, decidimos convencerla por todos los medios para que cooperara con nosotros, quedamos de acuerdo en verla un domingo por la mañana antes de que saliera a trabajar, cosa que -- aceptó a pesar de sus evasivas.

En la segunda entrevista nos abre la puerta que había dejado entre abierta en la ocasión anterior, pero esta vez nos invita a pasar a su hogar, de una sola pieza. Carece de luz eléctrica y únicamente posee lo indispensable para vivir. Empieza por decirnos que su hija mayor (la paciente), es --

muy inteligente, por eso a su edad ya está cursando estudios de comercio -- (secretaria), y que ella no reparará en esfuerzos a fin de darle una carrera. Aparentemente no le da mucha importancia a la enfermedad de la paciente, -- pero se preocupa de que el medicamento no le haga falta, así como que lo tome a la hora indicada por el doctor. Es una mujer dominante, de mirada es crutadora y penetrante, es parca en su manera de hablar, aparenta una gran serenidad de ánimo, y es cuidadosa en sus respuestas. Comenta con noso-- tros que le extraña el hecho de practicársele a ella un cuestionario cuyas frases investigan hechos muy personales, cuando debíamos preocuparnos por su hija que es la persona enferma. Le molesta que nos fijemos en ella, haciéndonos ver que nada en particular de su persona es importante.

Su breve plática nos dejó entrever que ha tenido varios hombres -- con quienes ha vivido, pero ninguno en su opinión sabe amar realmente. Sus ideales y esperanzas están cifrados en que sus hijos sean profesionistas.

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO UNO (21)

SRA: M. T. P. C.

EDAD: 38 años.

ESCOL.: lo. Prim.

OCUP.: Lavandera.

EDO. CIVIL: Unión Libre.

Fecha Examen: 5-Abr-68.

Resid.: D.F.

La señora en estudio, contestó a las frases del cuestionario MMPI, totalmente ofreciendo una prueba confiable cuyo perfil guarda las características de los llamados "sierra dentada", variante de la tetrada psicótica, cuya elevación máxima se encuentra en las escalas 6482; las escalas de validez, -- con una F de T 59, son indicio de patologíá en esta persona, cuyos mecanis--

mos de defensa están en su caso resultando inadecuados, "como, el acting - Out".

La combinación de las escalas 648, se asemeja a la encontrada en un grupo de sujetos con desorden de la conducta, los que en su mayoría se - encontraban diagnosticados de Esquizofrenia-Paranoia, cuya principal característica es la agresividad reprimida. También son sujetos irritables, introvertidos, desconfiados y evasivos; no aceptan sus conflictos psicológicos y - su personalidad es profundamente egocéntrica y manipuladora. Su inmadurez viene aunada a los problemas sexuales e intramatrimoniales; este tipo - de mujeres suelen tener hijos de padre desconocido.

HISTORIA CLINICA.

FICHA IDENT.

EXP.: 21509.

NOMBRE: J. V. M.

EDAD: 11 años, 10 meses.

SEXO: Masculino.

ESCOL.: 5o. año prim.

RESID.: D.F.

OCUP.: Estudiante.

FECHA ING.: 28-dic-67.

FECHA EST.: 18-mar-68.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

Este niño se presenta en la Clínica de la Conducta, acompañado de su madre, quien trae una carta de la dirección de la escuela, exponiendo el - problema del paciente; que es un niño profundamente agresivo e inquieto, su rebeldía sobrepasa la de cualquiera de los otros niños, tomando una actitud - de burla y desafío ante su maestro, quien le reprende por ser quien constan - temente busca la oportunidad de golpear o quitar los útiles escolares a los -

demás compañeros de clase, dando origen a mayores desórdenes en el salón de clases.

En diversas ocasiones el profesor ha tratado de hacer comprender a la madre del muchacho que debe intervenir para mejorar su comportamiento, pero la señora que en un principio se mostraba apenada después ha cambiado su actitud, pues ha llegado a discutir con el maestro, a quien culpa de haberle tomado ojeriza a su hijo.

El paciente es un niño que casi ha cumplido los doce años, pero que aparenta ser mayor, su aspecto es corpulento y se presenta acalorado y sudoroso a la primera entrevista en la Clínica, pues desde que llegó ha corrido y jugado por los pasillos. Su pelo corto a rape, su ropa desaliñada así como su inquietud constante y la poca atención que presta a nuestras preguntas le hacen profundamente desagradable.

Este niño es el producto de un parto normal, pues la señora nos relata, que no tuvo mayores complicaciones en el alumbramiento. Caminó a los 11 meses aproximadamente y habló después de los dos años; sufrió las enfermedades propias de los niños antes de cumplir los cuatro años, como son: el sarampión y la varicela. Entre los cuatro y los cinco años de edad, ya era un niño sumamente travieso, por lo que sufrió accidentes de diversa índole, siendo el más grave la caída sufrida de una "canastilla voladora de una feria", habiéndose visto muy grave a consecuencia del golpe; tres semanas después aproximadamente empezó a convulsionar, por lo que su madre acudió a un doctor quien es el que siempre la ha visto, quien le recetó "Epamin", para controlar las crisis, que al parecer se presentan aisladamente -

siendo de tipo Gran Mal, ya que en seis meses sólo una vez ha convulsionado.

El enfermo es el mayor de 5 hermanos, todos varones y aparentemente sanos, en vista de que ninguno ha tenido problemas de salud.

HISTORIA FAMILIAR.

En la familia del padre no se encuentran antecedentes de crisis -- convulsivas, ni alcoholismo consuetudinario. En la familia de la madre tampoco hay antecedentes de crisis convulsivas.

HISTORIA DEL PADRE.

Es un hombre de 42 años de edad, que trabaja como Agente de --- Tránsito, todo el día, pues desde las nueve de la mañana en que sale, hasta las 10 de la noche, por lo que siempre pasa el día fuera del hogar; es el menor de dos hijos de su familia, su madre quedó viuda siendo aún joven y al -- casarse él, quien es el menor de sus hijos, ésta pidió a su hijo que fueran a vivir con ella, por lo que viven actualmente en casa de su madre, con sus -- hijos y esposa, su trabajo le permite dar a su familia un nivel de vida clase media regular. Es un señor que no le gusta tomar.

HISTORIA DE LA MADRE.

Es una señora obesa, de pelo rubio muy corto, de mirada huidiza y poco comunicativa; después de la tercera entrevista se muestra menos -- evasiva, y nos narra que al casarse pensaba salir de su casa donde había -- mucho trabajo, por ser muchos de familia. Pero al casarse fueron a vivir con su suegra a la que tenía que ayudar en los quehaceres domésticos, guardando la impresión de "que ha sido la sirvienta de la casa por todos estos - años", pero que su suegra no la quiere ni siquiera le tiene un poco de con--

sideración, pues procura ponerla en mal con su marido para que se enoje -- con ella.

Las discusiones han llegado a ser tan grandes que los vecinos se enteran y después se burlan de ella. La madre del paciente ha llegado a pensar que su suegra se ha puesto de acuerdo con los vecinos para criticar todas las acciones de sus hijos, pues siempre están quejándose de lo que hacen, ahora hasta "el profesor lo trae de encargo", le cae muy mal el muchacho, pero no le voy a permitir que me lo maltrate injustamente.

INTERPRETACION MMPI.

Grupo Uno (11)
Sra.: Ma. F. M. de V.
Edad: 42 años.
Escol.: 3o. Prim.
Ocup.: Hogar.
Fecha Examen: 29-Mar-68.
Resid.: D.F.

La señora, contestó a todas las frases del cuestionario cuyas escalas de validez muestran a una persona con un índice de patología severa, --- pues la elevación de la escala F, asociada a las escalas L y K, inferiores a la media, indican que a esta persona le resultan inútiles sus mecanismos de defensa ofreciendo un cuadro clínico de personalidad desorganizada.

La presencia de patología severa aunado a una puntuación de F de 17, nos viene a confirmar este perfil en lugar de invalidarlo. La asociación de las escalas 628, inclina este perfil hacia la tetra de psicótica con énfasis en la escala 6, cuya puntuación T, es de 85, caracterizando a esta persona como resentida y suspicaz al grado de llegar a establecer ideas de las demás personas.

Su actitud es constantemente agresiva y hostil, correspondiendo a un grupo patrón diagnosticado de reacción esquizofrénica tipo paranoide, el cual se caracteriza por su autismo y las ideas de persecución, ideas de gran deza, excesiva religiosidad, pensamiento omnipotente, etc.

HISTORIA CLINICA.

FICHA IDENT.
EXP. : 21315.
NOMBRE: L. S. E.
SEXO: FEM.
EDAD: 12 años.
ESCOL. : 1o. Prim.
OCUP. : Est.
RESID. : D. F.
FECHA ING. : 30-ene-68.
FECHA EST. : 26-mar-68.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

Esta niña es enviada a la Clínica de la Conducta por la dirección de la escuela donde estudia, al considerar que lo mejor es canalizarla hacia una escuela de especialización, pues con el presente son 5 años de cursar el primer año, y no lograr pasarlo en forma aprobatoria.

Se trata de una niña de pequeña estatura y complexión delgada que da la impresión de ser menor de la edad que tiene, viste ropa muy gastada y sucia, motivo por el cual ha sido reprendida constantemente en la escuela --- donde se le considera una niña descuidada, cuya presentación en sus trabajos también es sucia.

La señora nos cuenta que nació de parto prolongado; empezó su padecimiento alrededor de los 4 o 5 años, habiendo recibido muy escasa atención médica debido a que vive con sus abuelos que tienen fe en las hierbas --

y no en los médicos; por lo tanto es más frecuente que visiten a estas. En la Clínica de la Conducta, donde es llevada por su madre, después de habérselo dicho en la misma dirección de la escuela; se le practicó electro-encefalograma, el cual arroja Disritmia cerebral, y una batería de pruebas psicológicas que muestran debilidad mental media. La frecuencia de sus crisis ha llegado a ser de tres por semana, habiendo disminuído actualmente -- debido al uso del medicamento indicado.

HISTORIA FAMILIAR.

Sin antecedentes de crisis convulsivas en la familia de la madre.

HISTORIA DEL PADRE.

La señora lo conoció hace aproximadamente 15 años, tiempo en -- que él era empleado en una Reparadora de Llantas, sosteniendo relaciones -- amorosas con él por espacio de 3 años, en contra de la voluntad de los pa-- dres de ésta, quienes no lo querían, pues lo consideraban un hombre que no merecía el cariño de su única hija. Quien a los 24 años no había tenido otro novio, se fueron a vivir juntos por espacio de un año, durante el cual ella -- quedó embarazada, viéndose obligada a regresar a su casa, donde nació la -- niña. Antes de regresar se vió abandonada por el padre de su hija habiendo sabido que ella se encontraba encinta.

HISTORIA DE LA MADRE.

Es una señora de 39 años de edad, de estatura regular, comple-- xión delgada, con el pelo no muy corto y mal teñido, pues en partes es oscuro y en otras rubio. Usa maquillaje en exceso, haciendo más pronunciadas las arrugas del rostro, su aspecto es desagradable y un tanto vulgar; nos --

cuenta que estudió hasta el 2o. año de primaria y la escuela no le gustaba, -
portándose mal la mayor parte del tiempo que permanecía en ella, por lo --
que los maestros la reportaban frecuentemente. Como sus padres recibían
constantes quejas de su comportamiento, decidieron sacarla de la escuela y
aprovechar que le ayudara a su padre, quien era un comerciante ambulante.
Como no tiene un negocio establecido viaja semana a semana y por muchos -
años lo hacían juntos la madre de la paciente y su abuelo, estrechando así --
más sus relaciones que se rompieron totalmente cuando la señora volvió a -
juntarse con otro hombre, con el que vive actualmente, y con el que ha pro--
creado 3 hijos más. Dejando a la paciente al lado de los abuelos maternos. -
Casi no visita a la niña, quien vive en un estado de pobreza grave.

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO UNO (12)

SRA.: P.E. de S.

EDAD: 39 años.

ESCOL.: 2o. Prim.

OCUP.: Comerciante.

Edo. Civil: Separada.

Fecha Examen: 26-Mar-68.

Resid.: D.F.

La señora en estudio, contestó a todas las frases del cuestionario,
MMPI, dando una puntuación de las escalas de validez que hacen confiable su
prueba. Se trata de una persona sincera y moderada, con buena capacidad -
intelectual, pues no tuvo mayores dificultades en la comprensión de las fra--
ses que constituyen el cuestionario.

Sus mecanismos de defensa, son apropiados, presentando un per--
fil cuya elevación es semejante a la que ofrecen los sujetos normales, pues -
la puntuación más elevada en las escalas clínicas no sobrepasa el puntaje de

T 60, excepto las escalas 2 y 0, cuyas puntuaciones T, son de 65 y 63, respectivamente, indicando que en este caso hay una tendencia a la introversión y a la preocupación fomentada probablemente por una gran sensibilidad hacia lo que otros puedan pensar o decir de ella.

En las situaciones sociales se inhibe debido a la carencia de presencia social, motivo por el cual tiende a aislarse. Sin embargo, cuando se siente cómoda es una persona consciente de sus responsabilidades, evitando enfrentarse a situaciones desagradables, procurando mantener una actitud excesivamente respetuosa, cuya postura es más bien apática y convencional.

HISTORIA CLINICA.

FIGHA IDENT.
EXP.: 21151.
NOMBRE: R. M. C.
EDAD: 12 años.
SEXO: Masc.
ESCOL.: 2o. Sec.
RESID.: D. F.
OCUP.: Estudiante.
FECHA ING.: 8-Ene-68.
FECHA EST.: 1-Abr-68.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

Este niño de 12 años de edad, se encuentra relativamente aventajado en sus estudios, pues cursa el segundo de secundaria. Su complexión es regular y luce aparentemente saludable.

Su padecimiento empezó a principios de este año, en que sufrió una crisis convulsiva estando en el salón de clase y produciendo en una de sus maestras tal repugnancia que durante el resto del año ha hecho todo lo posible porque sea expulsado de la escuela aduciendo que se trata de un alumno -

que debe ser remitido a una escuela de especialización, a pesar de que su aprovechamiento escolar es regular.

Ella se basa en que la conducta del paciente es a veces desordenada uniéndose a un grupo de muchachos que juegan y gritan interrumpiendo la clase. Enviándolo a la Clínica de la Conducta para que se le practique un estudio psicológico y de preferencia se le canalice a otra escuela.

El paciente nació de parto sin complicaciones, aparentemente normal, ocupando el segundo lugar de cuatro hermanos, siendo la mayor y la penúltima niñas de 14 y 5 años, respectivamente, y el menor varón como el paciente. Este último ha sido el preferido de la madre hasta que nació el más pequeño que también fue niño.

Padeció las enfermedades propias de la infancia, como son: el sarampión y la varicela. Antes de los cinco años.

Su madre lo describe como un niño muy celoso que ha llegado incluso a enfermar cuando han nacido sus dos hermanitos menores, presentando una conducta sumamente agresiva hacia ellos, a los que hacía travesuras y golpeaba. Mostrando también gran hostilidad hacia su madre a la que no se acercaba cuando traía en brazos a sus hermanitos.

HISTORIA FAMILIAR.

Sin antecedentes de crisis convulsivas en la familia del padre ni de la madre. Abuelo materno alcohólico ocasional, quien tomaba por lo regular cuando se veía con dinero en la mano.

HISTORIA DEL PADRE.

Es un señor de 48 años de edad, que había sido casado anteriormen

te, divorciándose de su primera esposa, para casarse con la madre del paciente, quien le preocupa por su salud, pues la considera "una mujer nerviosa". El señor trabaja en una Librería como encargado, permitiéndole dar a su familia un nivel de vida de clase media superior. Estudió hasta el tercero de secundaria; en opinión de su esposa es un hombre muy trabajador y responsable.

HISTORIA DE LA MADRE.

Es una señora de 53 años de edad, que viste muy llamativamente, y se maquilla cuidadosamente, representando menos edad de la que dice tener.

Nos cuenta que desde que se embarazó por primera vez, esperaba un niño y se desilusionó grandemente al saber que había sido una niña. Sus esperanzas se vieron nuevamente frustradas cuando abortó por dos veces consecutivas cayendo en un estado de depresión que se prolongó debido a que creía no volver a tener otro hijo varón. Cuando el paciente nació nos cuenta, que decidió darle todo lo que él quisiera.

Cuando el paciente tenía 7 años, aproximadamente, la señora tuvo otra hija, por lo que se separó un poco del paciente, pero al poco tiempo éste volvió a ser su preferido hasta que tuvo al cuarto hijo, que también es varón y ahora "ese es su consentido porque es el más chiquito".

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO UNO (16)
SRA.: P.C. de M.
EDAD: 53 años.
OCUP.: Hogar.
ESCOL.: 4o. Año. Prim.

Edo. Civil: Casada.
Resid.: D.F.

CLAVE: 48 072'1693 (57)° 2:21:9.

La señora P.C. de M., de 53 años de edad, responde al cuestionario MMPI, en su totalidad, ofreciendo un perfil elevado en la escala F, -- con marcada disminución de las escalas L y K, lo cual indica que sufre una perturbación emocional severa, pues las escalas de validez con elevada puntuación van acompañadas de varias escalas clínicas, también elevadas.

Es una persona que habla fácilmente de sus padecimientos y faltas para negar otras limitaciones psicológicas, la escala K, inferior a la línea -- media muestra una estructuración pobre en sus mecanismos de defensa (acting out), que incluso le resultan inútiles en la actualidad. Su accesibilidad, así como la facilidad para comunicar sus problemas personales, ofrecen una personalidad desorganizada y pobre concepto de sí misma.

Este perfil nos muestra una curva difásica, cuya doble punta está integrada por las escalas 48, presentando dificultades de personalidad muy intensas, son sujetos con relaciones interpersonales insatisfactorias; se enojan con facilidad, actúan impulsivamente y aunque se comportan como personas normales, padecen breves períodos de excitación psicopática o una serie de actos antisociales (mienten, roban, hacen uso de drogas, tienen embarazos ilegítimos y dificultades matrimoniales constantes, sus problemas interpersonales la obligan a aislarse de la gente, por temor de involucrarse emocionalmente, manifestando su inseguridad y desconfianza.

HISTORIA CLINICA.

FICHA IDENT.

EXP.: 341.

EDAD: 14 años.

NOMBRE: B. P. J. L.

SEXO: Masc.

OCUP.: Ninguna.

ESCOL.: Ninguna.

RESID.: D.F.

FECHA ING.: 20-Dic-67

FECHA EST.: 12-Feb-68.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

Paciente que aparenta 10 u 11 años, de complexión delgada y extremadamente pálido. Es hospitalizado en estatus epilepticus; el paciente nació de parto aparentemente normal ocupando el 7o. lugar en nueve hermanos, empezó su padecimiento cuando no cumplía un año de edad, su madre notó que sufría ausencias (soltaba violentamente lo que traía en las manos fijando la mirada hacia arriba). Caminó a los 18 meses y a los 6 años aún no hablaba; cerca de los 7 años desarrolló crisis de Gran Mal con una frecuencia de una o dos crisis por semana.

Se había logrado a base de medicamentos controlar dichas crisis, pero hace poco más de un mes que sufrió un súbito empeoramiento, llegando al Status epilepticus, del que no ha logrado salir realmente, pues sigue siendo alimentado con una sonda, debido a que no ha alcanzado un estado de conciencia positivo.

HISTORIA DE LA FAMILIA.

El padre del paciente es un señor aparentemente sano de 53 años de edad, quien terminó sus estudios de la primaria y trabaja en un negocio de su propiedad, dedicado a la soldaduría, obteniendo unas ganancias que le per

miten dar a su familia un nivel de vida clase media alta. Pertenece a la religión bautista, no recuerda que en su familia haya habido antecedentes epilépticos.

HISTORIA DE LA MADRE.

La madre del paciente es una señora de 43 años de edad, tendiendo ligeramente a la obesidad, se presenta puntualmente a nuestra cita, su comportamiento es cooperador y solícito. Su conversación es fluída, haciendo uso de un lenguaje poco común, con tendencia a filosofar; nos explica que "pertenece a un grupo de Evangelizadores" de su religión. Y que está acostumbrada al rechazo de la gente, pero está convencida de que "posee" la verdad, y se encuentra dispuesta a superar los obstáculos que se le presenten con tal de hacer llegar la palabra de Dios hasta donde sea necesario. Piensa que la enfermedad de su hijo, es voluntad de Dios, y que ella debe soportar con resignación, poniendo todo lo que está de su parte para aliviar tan grande problema.

La señora nos dice que cuando le confirmaron que la enfermedad de su hijo era incurable, ella sufrió parálisis, quedando paralizado totalmente el lado derecho, así como dificultades en el habla; en otras dos ocasiones ha sufrido ataques en que queda paralizada totalmente, y se recupera poco a poco el movimiento de su cuerpo, "desde que es predicadora no ha vuelto a tener ataques de esta índole".

Sus demás hijos no le dan problemas, pues ellos ya son mayores y son muy inteligentes, cuatro de ellos son profesionistas, los otros cuatro -- son alumnos adelantados en la escuela; ellos han visto al paciente como un -

inválido al que hay que ayudar a incorporarse, a vestirse y a comer.

INTERPRETACION DEL MMPI.

GRUPO UNO (2)

SRA.: Ma. C.P. de B.

EDAD: 49 años.

ESCOL.: 6o. Primaria.

EDO. CIVIL: CASADA.

FECHA EXAMEN: 12-Feb.-68.

RESID.: D.F.

CLAVE: 1' 32 0' 78 4 (53)^o 96 8:4:17.

Las escalas de este perfil, nos muestran una persona confiable, - que tiende a ofrecer respuestas socialmente aceptables en relación a valores morales y control de sí misma.

Esta combinación corresponde a los diagnósticos de reacción conversiva con depresión, reacción de ansiedad con las características principales de: una persona histeroide, con un carácter pasivo, dependiente, extrovertida, sociable y conformista, pero bajo "stress", desencadenando perturbaciones psicósomáticas y síntomas conversivos.

Los síntomas familiares de este tipo de depresión reactiva en un carácter histeroide son: Lentitud, Pasividad, irritabilidad, disgusto, falta de ánimo, falta de interés en la vida. Además de su evidente represión -- muestran marcada actitud de negación, sienten que todas sus dificultades -- son de origen somático, rechazando la idea de probable etiología psicológica.

Las características de la personalidad histeroide son: egoísmo, - vanidad, egocentrismo; exhibicionismo, dramatización, exageración, conducta histriónica, disimulo, falsedad, busca ser el centro de la atención; --

afectividadad lábil, manifestaciones irracionales, emocionales, excitabilidad,-
inconsistencia de reacciones, control emocional deficiente, profusión de afec-
tos; superficialidad emocional, afectividad falsa y superficial, imitación de -
sentimientos emotivos.

HISTORIA CLINICA.

FICHA IDENT. :
EXP. : 21379.
NOMBRE: J. R. L.
SEXO: Masc.
EDAD: 11 años.
ESCOL. : 4o. Prim.
OCUP. : Estudiante.
RESID. : D. F.
FECHA ING. : 10-Feb-68.
FECHA EST. : 27-Mar-68.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

Este paciente de 11 años de edad, viene a la Clínica de la Conducta, enviado por el Médico del Centro de Salud, al cual es remitido por su maestra, al saber ésta, que sus faltas de asistencia a clases se debían a que sufría de crisis convulsivas y sin recibir atención médica alguna, por lo que se procedió a practicarle un electroencefalograma y batería psicológica, la cual dio por resultado que el niño tenía problema orgánico. El electroencefalograma, indica que hay disritmia cerebral provocada por foco epileptógeno.

El aspecto de este niño es físicamente agradable, su complexión y estatura son las de un niño de su edad, empezó su padecimiento a los 10 años de edad, en que sufrió 3 crisis convulsivas después de un desfile preparatorio para el día de la Bandera, al cual asistió sin desayunar llevándose a cabo en una mañana de mucho sol, lo que hizo pensar a su madre, que se trataba -

de "insolación y que pronto le pasaría", por lo que no lo llevó con ningún mé
dico, sino que se limitó a darle remedios caseros.

La frecuencia de sus crisis ha sido variable ya que no habían vuell
to a presentarse desde la primera ocasión hasta principios de este año, en
que padeció de gripe, con altas temperaturas, desencadenando una serie de
ataques diarios que le hicieron perder una semana de clases, motivo por el
que su maestra, quiso saber la causa de la inasistencia a la escuela, y se
enteró de que padecía de ataques convulsivos (epilépticos). Su aprovecha---
miento escolar es el de un alumno regular, pues aunque reprobó el primer -
año, ha ido mejorando en sus calificaciones; ocupa el sexto lugar de una fa-
milia de 10 hermanos, donde el mayor tiene 17 años, los hermanos son apa-
rentemente sanos y en ellos no se han presentado síntomas de crisis.

HISTORIA FAMILIAR.

No hay antecedentes de crisis convulsivas en la familia del padre,
ni en la de la madre.

HISTORIA DEL PADRE.

Se trata de un señor de 40 años de edad, quien al casarse a la edad
de 22 años, aún era hijo de familia, es decir, no trabajaba, por lo cual lle-
vó a vivir a su esposa al lado de sus padres, (casa de su madre), su oficio -
es chofer de ruleteo, lo que le permite dar a su familia un nivel de vida cla-
se media baja; la señora nos cuenta que cuando se casaron y fueron a vivir -
a casa de su suegra, él le dijo que sería mientras tenía posibilidades de po-
nerle su casa "cosa que no ha sucedido", sino es porque yo y mi suegra tuvi
mos un fuerte disgusto, ella y mis cuñadas me pegaron y cuando él me vió -

me sacó de ahí. Pero desde entonces toma mucho más, pues antes pasaban semanas sin que lo hiciera; ahora toma todos los sábados y domingos. Es el único hombre de su familia, porque todas sus hermanas son mujeres, y su madre dice que las dejó muy solas.

HISTORIA DE LA MADRE.

Se trata de una señora de 34 años de edad, que ligeramente, se ve de mayor edad, pues tiene tendencia a la obesidad, es de tez morena clara, de pelo largo, recogido hacia atrás en una trenza. Su rostro totalmente limpio de maquillaje, y una expresión muy seria. Le dan un aspecto severo a pesar de sus facciones agradables. Fue la mayor de una familia muy numerosa y cuando se casó tenía la idea de vivir sola con su marido, pero sus ilusiones se vinieron abajo cuando fueron a vivir a la casa de su suegra. Sobre todo porque aquella la vigilaba constantemente reclamándole por lo que no le parecía, la señora se expresa de esta manera: "todo eso hizo que yo me volviera irrespetuosa con mi suegra, desde entonces procuré hacer lo que ella me prohibía", lo cual vino a hacer más tensa la situación entre ambas. Nos dice que cuando sus hijos aprendieron a hablar la insultaban con las mismas palabras que usaba su suegra, por lo que en varias ocasiones estuvo a punto de golpear a aquella, pero al no poder hacerlo la emprendía contra los niños, haciéndolos sangrar en varias ocasiones, pues dice: "una vez que me la hacen, me la pagan con lo que tengo en la mano". Ahora que viven fuera de la casa de la suegra cree que ya no les pega como antes, pero que lo sigue haciendo porque ella es muy nerviosa, además ellos le colman la paciencia porque son muchos y muy guerrosos, pero ya no vuelvo a tener

ninguno. Cuando nos dice lo anterior, en voz baja nos confiesa "que se ha provocado varios abortos intencionales".

Del paciente nos dice que le da mucha lástima y remordimiento — de conciencia, porque es de los más pequeños y se ve que sufre mucho con esos ataques que le dan. Desde hace tres meses que ha venido convulsionándose; son sus hermanos mayores quienes lo atienden, ella no quiere ni ver cómo se pone.

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO UNO (13)
SRA.: C. L. de R.
EDAD: 34 años.
OCUP.: HOGAR.
ESCOL.: 5o. Prim.
Edo. Civil: Casada.
Resid.: D.F.

CLAVE: 2"460'98371 (53)° 2:15:5.

Esta señora, respondió a las frases del cuestionario en su totalidad, ofreciéndonos un perfil considerado como un índice de patología severa pues se encontró que las escalas de validez, muestran una persona cuyos mecanismos de defensa le resultan inútiles e inadecuados.

La puntuación extremadamente baja de la escala L, observa una necesidad exhibicionista de comunicar faltas no aceptadas socialmente, negando en cambio otras limitaciones psicológicas.

La escala I, cerca de la línea media con una puntuación T 54, indican que en ella no hay un interés mayor por su salud física que el presentado por el común de la gente. La escala 2, en cambio, alcanza un puntaje mayor en el perfil, asociándose a las escalas 4 y 6, cuyos puntajes son: T 84,

T 79 y T 77, respectivamente, ofreciendo una tendencia hacia la tetrada --
psicótica en este perfil.

Se trata de una mujer deprimida, irritable y desconfiada. Con --
desórdenes de la conducta, cuya característica fundamental es la hostilidad
reprimida. Cuyas dificultades matrimoniales son constantes encontrando --
en ella un largo historial de abortos provocados; sus relaciones interperso-
nales son insatisfactorias y su tendencia a actuar es marcadamente impulsiva.

HISTORIA CLINICA.

FICHA IDENT.

EXP.: 363.

NOMBRE: G. A. G.

EDAD: 8 años.

SEXO: Masc.

ESCOL.: Ninguna.

OCUP: ninguna.

RESID: Cuautla, Mor.

FECHA ING.: 2-ene-68.

FECHA EST.: 20-feb-68.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA Y DEL SUJETO.

Paciente que a los 18 meses empieza su padecimiento con crisis --
convulsivas, tipo Gran Mal; con una frecuencia de 2 a 3 por semana; se le --
llegó a controlar con medicamento, teniendo de una a dos crisis por mes, --
hasta fines del año pasado en que su mal se agudizó aumentando sus crisis --
hasta ser de 18 ataques que se sucedieron en el último día del año pasado. --
Por lo que es llevado y hospitalizado en el Instituto Nacional de Neurología.

El paciente nació de parto aparentemente sin complicaciones; ca--
minó a los 14 meses, y habló perfectamente a los dos años; es el menor de 9

hermanos, que lo consideran "el consentido", no ha ingresado a la escuela -- porque su madre teme que el "esfuerzo cerebral le cause mayores trastor-- nos." El paciente duerme en la misma habitación que sus padres, porque la señora quiere darse cuenta de que duerme tranquilo, pues nos dice que últi-- mamente se le había puesto muy malo.

Este niño es profundamente agresivo, travieso y gritón al grado -- que las enfermeras opinan que "es el niño más insoportable que han tenido".

HISTORIA FAMILIAR.

Abuela paterna epiléptica, y el hermano mayor que pereció en "Sta tus epilepticus", en esta misma Institución.

HISTORIA DEL PADRE.

Es un señor de 50 años de edad, que trabaja en una carnicería de su propiedad, permitiéndole dar a su familia un nivel de vida clase media su perior, en opinión de su esposa es un hombre tranquilo y trabajador, sin antecedentes de alcoholismo, pues solo toma en grandes ocasiones.

HISTORIA DE LA MADRE.

Es una señora de baja estatura, morena y de complexión gruesa, de cabello muy rizado, viste traje sastre, aparentando ser una persona cla-- se media regular. Es una persona cooperadora, durante la entrevista; la -- señora nos cuenta cómo pereció su hijo mayor, y que tiene mucho miedo de-- que el paciente vaya a caer en un estado semejante, motivo por el cual tiene con él una vigilancia especial, pues viene desde Cuautla cada tercer día pa-- ra visitar al paciente. Este, cuando su madre se encuentra en el hospital, -- toma una actitud mucho más agresiva hacia las enfermeras y otros niños que

se encuentran en este lugar, por el solo hecho de que su madre está presente. La señora ayuda a su esposo en su trabajo, motivo por el cual pasa la mayor parte del tiempo fuera del hogar.

Anteriormente dejaba a sus hijos al cuidado de la abuela paterna, la cual sufría de ataques convulsivos con gran frecuencia; al fallecer ésta, hace unos tres años, la señora no se ha hecho cargo del cuidado de la casa ni de sus hijos, estando como siempre con su esposo en su trabajo.

INTERPRETACION MMPI.

GRUPO UNO (6)
SRA.: D.A. de G.
EDAD: 51 años.
ESCOL.: 6o. Prim.
Edo. Civil: Casada.
Fecha Examen: 20-Feb-68.
Resid.: Cuautla, Mor.

CLAVE: 32' 0 68 7149 (57)° 6:7:12.

La señora, D.A. de G.; de 51 años, muestra un perfil confiable al haber contestado todas las frases del cuestionario MMPI; se trata de una señora poco convencional, que se da cuenta de sus problemas psicológicos, caracterizándose por su modestia y honradez moral.

Su forma de contestar al MMPI, es semejante al patrón de un grupo de personas que tienen dificultades en el matrimonio, con problemas de frigidez y crisis histéricas caracterizadas por épocas de taquicardia, sudor y miedo, insomnio, fatiga y dolencias abdominales.

Suele ser característico de mujeres que se encuentran en la menopausia. Generalmente son mujeres neuróticas; la escala 1, con una puntuación cercana a la línea media, muestra una persona cuyo interés por la salud

física es como el de la mayoría de la gente.

Las escalas 4 y 5, se encuentran también muy cercanas a la línea media indicando que se trata de una persona sumisa y complaciente, que lleva a cabo todas las cosas que se le prescriben, es una mujer de buen temperamento y sincera, cuyas metas son adecuadas. Las escalas 6, 7, 8, con una elevación moderada, muestra la sensibilidad como fuente de depresión - en esta señora, la escala 0 elevada, indica que ha tenido frustraciones interpersonales.