

29
52



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

RASGOS DE PERSONALIDAD Y CALIDAD DE
VINCULOS EN MADRES DE HIJOS CON
NEURODERMATITIS ATOPICA
(UNA APROXIMACION AL ANALISIS DE ESTA RELACION OBJETAL)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
LETICIA ESCAMILLA CADENA

DIRECTOR DE TESIS
Lic. Pablo Reyes-López

1989

México, D. F.

1989

NO ADMITE REPOS
EN BIBLIOTECA
CENTRAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

PÁG

CAPITULO I. MARCO TEORICO

1.1	TRASTORNOS PSICOSOMATICOS	
1.1.1	HISTORIA DE LA MEDICINA PSICOSOMATICA	1
1.1.2	ENFOQUES ACTUALES	11
1.1.3	TRASTORNOS PSICOSOMATICOS EN LA NIÑEZ	26
1.1.4	ESTUDIOS RECIENTES	30
1.2	NEURODERMATITIS ATOPICA	
1.2.1	LA PIEL	37
1.2.2	DEFINICION DEL TRASTORNO	43
1.2.3	PREVALENCIA	43
1.2.4	ETIOPATOGENIA	44
	FACTORES GENETICOS	44
	FACTORES AMBIENTALES	44
	FACTORES PSICOLÓGICOS	45
	HIPÓTESIS METABÓLICA	46
	HIPÓTESIS ALERGICA	46
	HIPÓTESIS PSICOGÉNICA	47
1.2.5	CUADRO CLÍNICO	48
1.2.6	PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO	49
1.3	RELACION MADRE-HIJO	51
1.3.1	FACTORES HEREDITARIOS Y AMBIENTALES	52
1.3.2	DESARROLLO PSICOLÓGICO	55

	Pag.
TEORIA DE LAS RELACIONES OBJETALES,	
ESCUELAS: AMERICANA, INGLESA Y FRANCESA	55
RENE SPITZ	58
MARGARET MAHLER	63
DONALD W. WINNICOTT	69
MELANIE KLEIN	76
JAGUES LACAN	84
1.3.3 EL NIÑO CON ENFERMEDAD PSICOSOMATICA	93
1.3.4 DÍADA, ROL MATERNO Y RASGOS DE PERSONALIDAD	106
CAPITULO II. METODOLOGIA	
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	119
2.2 OBJETIVOS	121
2.3 HIPOTESIS	122
2.4 MUESTRA	123
2.5 INSTRUMENTOS	125
2.6 DISEÑO	130
2.7 TIPO DE ESTUDIO	130
2.8 PROCEDIMIENTO	130
CAPITULO III. ANALISIS DE RESULTADOS	
3.1 INTERPRETACION ESTADISTICA Y ANALISIS	
CLINICO	135
3.1.1 MMP1	
RASGOS DE PERSONALIDAD	135
TIPO Y CALIDAD DE VINCULOS	160
3.1.2 ENTREVISTA ESTRUCTURAL	
GRADO DE INTEGRACION DE LA IDENTIDAD	
(SI MISMO Y REPRESENTACIONES OBJETALES)	171

	PÁG
OPERACIONES DEFENSIVAS PREDOMINANTES	174
CAPACIDAD DE PRUEBA DE LA REALIDAD	174
3.1.3 CUESTIONARIO	166
HISTORIA FAMILIAR	166
RELACION MARITAL	167
VÍNCULO CON EL ENFERMO CRÓNICO	168
3.2 DISCUSION	177
3.3 CONCLUSIONES	195
ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	200
BIBLIOGRAFIA	204
GRAFICAS	215
APENDICES	223

INTRODUCCION

LA HISTORIA DE LA MEDICINA PSICOSOMATICA ES LA HISTORIA DE UNA LARGA SERIE DE CAMBIOS Y, A NIVEL MICRO, ESTE TRABAJO EN SU REALIZACION MISMA TAMBIEN LOS PADECIÓ.

AQUÍ, OBIAMENTE NO SE PRETENDE PLANTEAR UN ARGUMENTO DEL DETERMINISMO, NI MUCHO MENOS, UNA CAUSALIDAD LINEAL ENTRE LOS PROCESOS QUE SE ESTUDIARON. SE HIZO ENFASIS EN LA INVESTIGACION SOBRE LA PERSONALIDAD, Y ESPECIFICAMENTE, SOBRE EL TIPO Y CALIDAD DE VINCULOS QUE ESTABLECE LA MADRE DEL NIÑO CON NEURODERMATITIS ATOPICA. Y A PARTIR DE ESTO, UNA PROXIMACION AL ANALISIS DE LA RELACION OBJETAL, ASI COMO EN LA EXISTENCIA DE UN PADECIMIENTO PSICOFISIOLOGICO, PARA ENTENDER QUE ES LO QUE PASA EN UNA SITUACION DENTRO DE LA CUAL EL NIÑO Y LA MADRE ESTAN INCLUIDOS. HIPOTETIZANDO QUE UN DETERMINADO ESTILO DE VINCULO ES ESTRUCTURANTE DE UN TRASTORNO PSICOSOMATICO. LA EVOLUCION QUE SE SIGUIO PARA ESTE CONSTRUCTO TUVO PRIMERO LA SIGUIENTE REFLEXION: HAY ALGO QUE EXISTE EN EL NIÑO FRENTE A LO CUAL UN ELEMENTO EXTERNO ACTUA YA SEA COMO UN DISPARADOR QUE EVOCA, O COMO ALGO QUE PERMITE LA EXTERIORIZACION DE AQUELLO QUE PUGNA POR ABRIRSE PASO. SIN EMBARGO, ESTO SE CENTRABA EN EL ANALISIS DE -

LO QUE LE PASA AL NIÑO, EN ESTUDIARLO EXHAUSTIVA PERO --
INDIVIDUALMENTE. APROXIMACION LOABLE QUE CONTIENE DIVER
SAS ARGUMENTACIONES Y ELABORACIONES SUCESIVAS PARA SU --
COMPRESION PSICODINAMICA, COMO SE REvisa EN EL MARCO -
TEORICO, PERO QUE CONLLEVABA UNA FALTA. LA PRIMERA RELA
CION DE OBJETO, FUE UN ELEMENTO QUE DIO LUZ PARA EVOLU -
CIONAR HACIA UN NIVEL DE APROXIMACION MAS INTEGRAL. Y
DESPUES LA SEGUNDA REFLEXION FUE: ¿LA MADRE INTERVIENE
Y PROVOCA ALGUN TIPO DE REACCION EN ESTOS NIÑOS PSICOGO -
MATICOS? ESTO IMPLICABA UN ENFOQUE INTERACCIONISTA. ES
DECIR, EL ENCUENTRO ENTRE DOS ENTIDADES: EL NIÑO (EN -
DONDE SE INTEGRAN FACTORES GENÉTICOS, HEREDITARIOS Y LOS
PSICOLOGICOS PROCESUALES -SIN OLVIDAR LA SUSCEPTIBILIDAD
HACIA LA NEURODERMATITIS ATOPICA, PADECIMIENTO PSICOSOMA
TICO AQUI ESTUDIADO-) Y LA MADRE COMO PERSONA CONSTITUI
DA QUE RESPONDE, INFLUYE Y PARTICIPA EN LA EVOLUCION DEL
DESARROLLO PSICOLOGICO DE SU HIJO. EN ESTE NIVEL, ESTA
FIGURA NO TIENE UN PAPEL CONSTITUYENTE DEL TRASTORNO PSI
COSOMATICO DEL INFANTE, SINO DE ALGO QUE INTERACTUA CON
ALGO QUE ES PROPIO DEL CHICO, ESTO ES, SE DA UN INTERCAM
BIO, SE INFLUENCIAN MUTUAMENTE. ESTE ENFOQUE INTERACCIO
NALISTA TAMPOCO SATISFIZO, COMO VEREMOS EN LA EVOLUCION
HISTORICA DE LOS PADECIMIENTOS PSICOMATICOS. ENTONCES,
LA TERCERA REFLEXION DIO PAUTA A UN ENFOQUE INTERSUBJE -
TIVO EN DONDE SE PLANTEA LO SIGUIENTE: NO PREEXISTEN EN
TIDADES EN EL PROCESO MISMO DE LA INTERRELACION. POR
ESTO, SE HIPOTETIZO QUE UN DETERMINADO ESTILO DE VINCULO

MADRE-HIJO COMO CONJUNTO DE ELEMENTOS QUE SE CONSTITUYEN EN LA RELACION Y QUE SON POR LO TANTO INTERDEPENDIENTES; ES ESTRUCTURANTE DE UN TIPO DE TRASTORNO PSICOSOMATICO. Y NOTESE QUE A LO LARGO DE ESTE TRABAJO NO SE HA SENTENCIADO QUE ES LA MADRE Y SUS RASGOS DE PERSONALIDAD LOS QUE PROVOCAN, DESENCADENAN O DETERMINAN UN TRASTORNO PSICOFISIOLOGICO ESPECIFICO, PORQUE IMPLICITAMENTE SE APOYARIA EL REDUCCIONISMO DE ETIQUETAR, CULPABILIZAR O RESPONSABILIZAR A ESTA FIGURA Y REGRESARIAMOS A LA CAUSALIDAD-LINEAL CON ESTE AFORISMO. SE RECONOCIO DE ESTE MODO, QUE LA RELACION DIADICA CONTRIBUYE A LA CONSTITUCION DE PRODUCCIONES SINTOMATICAS, EN ESTE CASO, PSICOFISIOLOGICAS; AL REVISAR LA LITERATURA CORRESPONDIENTE EN SU ACO-TACION PSICODINAMICA, COMO RETORNO A LO REPRIMIDO.

SIGUIENDO ESTE PENSAMIENTO, EL PADECIMIENTO PSICOSOMATICO NO ES ALGO DADO, SE ASUME, SE ESTRUCTURA; EN EL SENO DE LA RELACION DUAL, Y ESTA ADQUIERE ASI, UN CARACTER, UNA CONDICION ESTRUCTURANTE; QUE SURGE DE LA REPRESENTACION INCONSCIENTE ENTRE LAS DOS ENTIDADES. POR ELLO, NO HAY UN SUJETO QUE PREEXISTA A LA RELACION CON SU MADRE, ES EN EL CONTACTO CON ELLA QUE SE ESTRUCTURA DE UNA MANERA DETERMINADA.

A TRAVES DE ESTAS REFLEXIONES, SE TOMO DE APOYO COMPLEMENTARIAMENTE A LA TEORIA DE LAS RELACIONES DE OBJETO CON TRES ESCUELAS DENTRO DEL PSICOANALISIS: LA AMERICANA, LA INGLESA Y LA FRANCESA (PRINCIPALES REPRESENTACIONES)

TANTES).

SE EXPLORARON RASGOS CARACTERISTICOS DE PERSONALIDAD, TIPO Y CALIDAD DE VINCULOS DE MADRES CON HIJOS NEURODERMATITICOS. SE HIZO UNA REVISION, DE INVESTIGACIONES ANTERIORES, DE HALLAZGOS PECULIARES SOBRE RASGOS-CARACTERISTICOS DEL NIÑO PSICOSOMATICO. Y CON ESTA BASE, SE INICIO LA APROXIMACION AL ANALISIS DE LA ESTRUCTURA-CION DEL VINCULO.

METODOLOGICAMENTE SE OPERATIVIZO EN LA COMPARACION CON DOS GRUPOS CONTROL DE MADRES CON HIJOS SIN PADRECIMIENTO PSICOFISIOLOGICO (DE ETIOLOGIA ORGANICA); Y EN LA EVALUACION A TRAVES DE: MMPI PARA LOS RASGOS DE PERSONALIDAD, Y EN UN ANALISIS MAS ESPECIFICO, TIPO Y CALIDAD DE VINCULOS. UN CUESTIONARIO FOCALIZADO PARA OBTENER DATOS DEMOGRAFICOS, ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LAS ENTREVISTADAS Y LA POSICION ANTE SUS HIJOS. FINALMENTE, SE REALIZARON ENTREVISTAS CLINICAS CON EL MODELO ESTRUCTURAL PROPUESTO POR OTTO KERNBERG.

A PARTIR DE LA INTERPRETACION ESTADISTICA, ANALISIS DE CADA INSTRUMENTO Y EL SOSTEN TEORICO; SE CONCLUYO QUE DE ACUERDO A LAS HIPOTESIS, EXISTEN RASGOS PECULIARES EN LA FORMACION DE VINCULOS, PRINCIPALMENTE CARACTERIZADOS POR UN FRACASO EN LA INTEGRACION DE LA IDENTIDAD (DEL SI MISMO Y DE LAS REPRESENTACIONES OBJETALES), Y TEORICAMENTE, SE PROPUSO QUE LA RELACION MADRE-HIJO -

NEURODERMATITICO ES SIMBIOTICA, DUAL. QUE EL SINDROME - PSICOFISIOLOGICO CONSTITUYE UNA FALLA ORGANICA Y PSICOLOGICA EN EL ORDEN SIMBOLICO; Y EN EL CUERPO DEL NIÑO SE BUSCA ALGO QUE LOS DEFINA, DELIMITE, SE BUSCA UN SIGNIFICANTE A TRAVES DE LA SEGUNDA PIEL, LA NEURODERMATITIS-ATOPICA. Y QUE ESTA ENFERMEDAD ESTRUCTURADA EN LA RELACION DUAL (NO TRIANGULAR) ES LA "REPRESENTACION DE COSA" DE AQUELLO EN LO CUAL SE RESUELVE LA RELACION DEL DESEO, NO CON EL OBJETO SINO CON EL CUERPO DEL NIÑO, QUE ES RUPURA Y VINCULO DE BUSQUEDA CON EL MUNDO.

AHORA BIEN, EL ABORDAJE METODOLOGICO NO IMPLICA DAR UN RODEO, UNA DESVIACION O UN CAMBIO A OTRA LINEA; SEÑALA UN INICIO A LA CONSIDERACION DEL PROBLEMA. - ESTO IMPLICA, DESDE LUEGO, QUE ESTE TRABAJO SOLO ANALIZA EN FORMA SUSCINTA UN MATIZ DENTRO DEL AMPLIO ESPACIO DE TONALIDADES QUE OFRECE EL DESARROLLO HUMANO, E INTENTA PROVOCAR LA CONTINUACION AL ESTUDIO DE COMO SE ARTICULA LA TEORIA DE LAS RELACIONES OBJETALES Y LOS TRASTORNOS PSICOSOMATICOS PARA SU ANALISIS PROFUNDO. - INSINUANDO ASI, UNA TENDENCIA HACIA UNA INTEGRACION ENTRE LA MEDICINA Y LA PSICOLOGIA; PROFESIONES QUE OSTENTAN LA ESCISION; SIGNO PSICOGNOMONICO DE LA ENFERMEDAD QUE TRATAN Y, CURIOSAMENTE, MECANISMO PREDOMINANTE DETECTADO EN LAS MADRES AQUI ESTUDIADAS.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

CAPITULO I

TRASTORNOS PSICOSOMATICOS

Si no debe emprenderse la cura de los ojos sin la cabeza, ni la cabeza sin el cuerpo, tampoco debe tratarse el cuerpo sin el alma; ... si muchas enfermedades se resisten a los esfuerzos de los médicos helenos, procede de que desconocen el el todo ...

(Platón, Carmides)

1.1.1 ESBOZO HISTORICO DE LOS TRASTORNOS PSICOSOMATICOS

Los padecimientos psicofisiológicos se han convertido en las últimas décadas en un área específica dentro de la psiquiatría, y es imposible trazar su historia sin que inmediatamente aparezca el término psicósomático y la idea de la unidad mente-cuerpo que ha sido objeto de especulación y estudio en todas las épocas. Hablar de ello sugiere otras dicotomías como material-inmaterial, objetivo-subjetivo, -- etc.; que se entienden a menudo, más como realidades antagónicas que como polaridades de un mismo fenómeno. Generaciones y generaciones se han enfrentado a éstas, tomando diferentes posturas y otorgándose diversas respuestas, reflejando, que el modo de curar depende, en cierto sentido, de la posición que se tenga ante este fenómeno.

Haciendo un somero recorrido histórico sobre el tema, se anota que la medicina psicósomática considerada como especialidad, es una ciencia muy joven, cuenta con 60 años

aproximadamente.¹ No obstante, en la práctica aparece desde que existe la medicina misma. Analizando el significado suscitadamente en su fuente histórico-social, encontramos -- que en las sociedades primitivas atribuían la aparición de enfermedades a la fuerza de espíritus malignos que actuaban en contra de una persona. La maldad existía fuera del individuo y todas las enfermedades se debían a la fuerza de influencias fuera del cuerpo. En el neolítico, tan pronto como el hombre poseyó los instrumentos para cortar la piedra (100,000 años a. de C.) comenzó la trepanación para facilitar la salida de espíritus malignos, y el exorcismo; la estrategia podía ser distinta, pero la intención era curar proporcionando al paciente parte de su salud por el poder de sugestión, según la mejor tradición de la relación médico-paciente. En general, se aprecia a través de la literatura, que el hombre primitivo apelaba ² más a una concepción holista que a una dicotomía alma-cuerpo.

Los egipcios, inclinados hacia lo mágico, también concebían la enfermedad como algo que entraba al cuerpo procedente del exterior (dioses, espíritus, deseos malignos de los humanos). Sin embargo, tres clases famosas: médicos, magos y sacerdotes no confiaban en los dioses y recopilaron observaciones médicas que les ayudaron a diagnosticar y tra

¹ Békei, Trastornos Psicósomáticos en la Niñez, 1984, p. 15.

² Lewis, A. Short History of Psychiatric Achievement, 1941, p. 37.

tar enfermedades. Los tratamientos sugeridos incluyen ritos orales, manuales y dosificaciones específicas de sustancias como drogas. La cirugía se desarrolló a partir de observaciones anatómicas, la magia pura cedió el paso a tratamientos de afecciones que antes se consideraban incurables; se intentaron, de este modo, métodos tanto para la mente como para el cuerpo.³

La civilización de Babilonia y Asiria (2500-500 a.C.) continuó el mismo tipo de tratamientos mágicos y racionales; ritos orales, manuales y prescripción de drogas. Los médicos naturalistas de esta época eran sacerdotes por casta, podían consultar textos sobre cientos de drogas vegetales y minerales. Los cirujanos ya eran abundantes como lo da a entender el Código Hammurabi. La última fuente de enfermedades eran los dioses, quienes enviaban el dolor como castigo de transgresión moral, o también se debía al mismo paciente que había cometido un pecado moral o ritual. La enfermedad se vió como algo originado en el paciente más -- que como algo que procedía del exterior.⁴

Para los hebreos, la enfermedad era un castigo sufrido por el pecado de desobedecer a Yahve o sus leyes: "... Si

³ Lain, Introducción Histórica al Estudio de la Patología Psicosomática, 1950.

⁴ Kaplan, Tratado de Psiquiatría, Tomo II, Cap. 26, p. 1790.

oyeres atentamente la voz de Jehová tu Dios e hicieres lo recto delante de sus ojos, y dieres oído a sus mandamientos, y guardares todos -- sus estatutos, ninguna enfermedad de las que envié a los egipcios te -- enviaré a tí; porque yo soy Jehová tu sanador."⁵ El corazón para -- los judíos era considerado como el asiento de la inteligencia y la voluntad, creían en la interacción del cuerpo y el deseo: "Echad de vosotros todas vuestras transgresiones con que habéis pecado y haceos un corazón nuevo y un espíritu nuevo. ¿Por qué moriréis ...?"⁶ En resumen, estar bien con Dios suponía encontrar de nuevo el camino de la salud; la enfermedad requería de -- plegarias primero y la atención del médico después. Jesús, asimismo, ve el cuerpo y el espíritu como un todo; como -- quiera que se vean sus poderes curativos y aunque orienta -- la curación hacia un acto psíquico de fe, no plantea una -- dicotomía.

En el mundo griego y romano, aunque quizá una buena -- parte del pueblo interpretó los fenómenos naturales como -- causados por la acción de dioses, espíritus, ninfas, gigantes y héroes, hubo suficientes escépticos que llegaron a la conclusión de que mucho de lo que ocurre en el universo sucede por sí mismo. Seguramente, el mejor avance cultural -- de los griegos fue su aplicación sistemática del razonamien

⁵ La Santa Biblia, Antiguo y Nuevo Testamento, Exodo 15:26, 1979 an -- tigua versión de Casiodoro de Reina (1569).

⁶ Ibid., Ezequiel 18:31.

to objetivo a la comprensión de la naturaleza y de las experiencias personales.⁷

Hipócrates (460-355 a.C.) la enfermedad de acuerdo a sus hipótesis se originaba en el interior del cuerpo por un desequilibrio de los líquidos corporales, relacionado e incluso causado por un desequilibrio similar, emocional y en el entorno del paciente. En la Enfermedad Sagrada señala: "Si al abrir una cabeza percibes mal olor y ves el cerebro demasiado húmedo, sencillamente estás descubriendo una enfermedad y no un dios la que está dañando el cuerpo."⁸ Consideró el cerebro como el centro de los sentidos y la razón. Su tesis fue una de las primeras teorías del interaccionismo cuyo principio declara que la mente influye sobre el cuerpo y/o el cuerpo sobre la mente. Sin embargo, la discusión continuaría.

Idealistas y atomistas. Platón (427-347 a.C.) entendió el espíritu como un aspecto superior e iba en contra de dignificar el estudio de la materia, no obstante, enseñó que el equilibrio entre el cuerpo y el alma es el elemento importante en la salud.⁹

Demócrito (n. 460 a.C.) creyó que la materia precede al psiquismo, en su posición materialista atomística, soste

⁷ Fuente, R. de la, *Psicología Médica*, 1983, p. 29.

⁸ Kaplan, Op. cit., p. 1792.

⁹ Fuente, R. de la, Op. cit., p. 30

tenía que sólo existe la materia y por lo tanto sólo el -- cuerpo existe y es real; el pensamiento, argumentó, es el -- resultado de la acción mecánica del cerebro y el resto del -- sistema nervioso.¹⁰

Asclepiades (124-96 a.C.) fundó una teoría médica -- que partía del atomismo. En su sistema, el alma no se lo -- calizaba en parte alguna, era la convergencia de todas las -- percepciones; explica que el exceso de constricción o rela -- jación en el vacío existente entre cada átomo corporal cau -- saba las enfermedades.¹¹

Aristóteles (384-322 a.C.) indicó que el alma de la -- forma (morphé) al cuerpo (hylé, materia); el primero fue el -- principio vital del segundo concebido en una unidad estre -- cha y sustancial (hilemorfismo).¹²

Areteo (s.l) formuló que los trastornos emocionales -- eran una de las seis causas mayores de parálisis.¹³

Galeno (130-200 d.C.) intentó reconciliar las técni -- cas de Hipócrates, los conceptos platónicos idealistas y el -- enfoque atomístico-materialista. En su compilación se mues -- tra como un ecléctico. Veía el cerebro como el centro de --

¹⁰ Wolman, *The Psychosomatic Approach*, 1965, pp. 855-857.

¹¹ Kaplan, *Op. cit.*, pp. 1789-1793

¹² Haynal, *Medicina Psicosomática*, 1984, pp. 5-12.

¹³ Maigetts, *Historical Notes on Psychosomatic Med.*, 1957 p.44.

las sensaciones, las ideas y la razón; su alma, fue racional. Ofreció durante varias generaciones un planteamiento holista, en el que se preconizaba una interacción ignorada hasta entonces en nombre de la etiología eminentemente espiritual de las enfermedades.¹⁴

Por el otro lado, en nuestro continente y buscando nuestras raíces, al ubicarnos en la época prehispánica, la cultura azteca estimaba que el equilibrio en la relación - rostro-corazón, determinaba la salud física y mental. La medicina indígena operaba dentro de un clima místico, el culto a los dioses se hacía, entre otras, a causa de enfermedades; utilizaban la herbolaria y otras sustancias, había ritos, actos ceremoniosos, etc. La enfermedad fue interpretada en su contexto: la salud era una parte integral del progreso social; la imagen del cuerpo, la continuación de la naturaleza; la enfermedad, sin embargo, era la expresión de maladaptación social y un castigo de los dioses. Esta posición se caracteriza por un pensamiento sincrético predominante, es decir, la integración en un todo homogéneo de múltiples elementos heterogéneos, como son: hombres, dioses, elementos naturales y divinidades extrafísicas.^{15,16}

¹⁴ Maigetts, Historical Notes on Psychosomatic Med. 1957 p. 44.

¹⁵ Valderrama, Un Esquema para la Historia de la Psicología en México, 1985, pp. 80-81.

¹⁶ Parres, Psychiatry in Mexico, 1962, pp. 3-5.

Regresando a la visión universal, durante la Edad Media (500-1500), la medicina griega se conservó dentro de la iglesia cristiana, pero fue modificada según las variables culturales de la misma; la observación objetiva en las civilizaciones mediterráneas fue cediendo el paso de antiguas creencias en poderes espirituales, demonios, brujas y pecados. Todos estos agentes fueron acusados de producir enfermedades y la curación se transformó otra vez en una cuestión espiritual. El estatus del médico decayó y la magia simpática reapareció. También la filosofía aristotélica destacó bajo la forma del sistema de Santo Tomás de Aquino (tomismo).¹⁷

En nuestro país, tras la conquista (1521) y a través de la filosofía aristotélica y la corriente escolástica (tomista) se discutía sobre la ciencia que debía estudiar el alma, proponiéndose la filosofía natural o ciencias físicas y no la metafísica, se impugnó además, que el alma racional característica del hombre, aunque de origen divino, es conjuntamente con el cuerpo lo que constituye al ser humano (teoría hilomórfica). En este período, los cambios sociales y el proceso de aculturación incrementaron las enfermedades, y sobre todo las mentales, cuando las demandas de cambio excedían el potencial adaptativo; por otra parte, la conceptualización de la enfermedad y la cura fue con el

¹⁷ Zilboorg, A. History of Medieval Psychology, 1941.

retroceso implícito.^{18,19}

Tras mil años de dominación religiosa, el interés en las causas y remedios naturales de las enfermedades reanudó. Durante el Renacimiento (1500-1700), se renovó el estudio del mundo material, la psique fue ignorándose progresivamente, su influencia sobre el soma se rechazó y catalogó como no científica. Esta dominancia quedó reflejada en el estudio del cuerpo humano y apenas de las emociones.

Descartes (1596-1650) desestimó toda suposición previa apoyándose en el raciocinio y no en los sentidos: volvió a la materia, concendiéndole más importancia que la dada por el idealismo platónico, pero menos a la atribuída por los atomistas. Su teoría interaccionista y dualista sustentó un alma inmortal, insustancial, ilimitada y un cuerpo que funcionaba mecánicamente, material y limitado.

Los hombres del renacimiento expandieron sus sentidos a través del telescopio y microscopio para convertir al mundo en visible y conocido. Morgagni (1682-1771) estudió los tejidos en las autopsias y mostró como un órgano alterado puede producir la enfermedad y la muerte, correlacionó los síntomas de los padecimientos con los trastornos orgáni

¹⁸ Valderrama, Op. cit., pp. 81-82'

¹⁹ Ramírez, History of the first psychopatic institution on the american continent, 1942, p. 194.

cos.²⁰ Los conocimientos sobre el soma se multiplicaron, la mente fue discutida por los filósofos, el alma por los teólogos y las emociones fue un campo sistemáticamente ignorado y se hizo habitual como consecuencia, tratar la enfermedad y no al enfermo.²¹

En el s. XIX el esquema mente-cuerpo experimenta otra división. Virchow, a partir de trabajos de laboratorio (templo de la época) descubrió que la enfermedad tenía su origen en la patología celular y se descarta la orientación psicosomática. Heinroth, introduce los términos de "psicosomática" en 1918 para referirse a la influencia de las pasiones sexuales sobre la tuberculosis, la epilepsia y el cáncer; y de "somatopsíquica" en 1828 para definir que el factor corporal modificaba el estado psíquico. La expresión psicosomática no aparecía en las obras de los grandes médicos, aunque la idea ya existía en algunos de ellos. Maudeley en "The physiology of mind" (1876) escribía: "Si la emoción no se libera ... se fija en los órganos y trastorna su funcionamiento."²² Los grandes descubrimientos, también obligaron a los médicos a prestar atención a los factores emocionales, a las condiciones de vida de los enfermos, pero siempre,

²⁰ Kaplan, Op. cit., pp. 1793-1794.

²¹ Foucault, Historia de la Locura en la Época Clásica, 1981 pp. 462 - 529.

²² Haynal, Op. cit., p. 4.

fuera del campo científico, pues se entendían como aspectos difíciles de valorar por carecer de una metodología adecuada.

1.1.2 EVOLUCION DE LA ORIENTACION PSICOSOMATICA Y ENFOQUES ACTUALES

Freud (1856-1939), volvió a unificar el soma y la psique dignificando su estudio, demostró la importancia de las emociones en la producción de los trastornos psicossomáticos y psíquicos. Su contribución holista iba más allá de la reintroducción de las interrelaciones psicossomáticas. Con sus aportaciones de transferencia y contratransferencia desplazó la relación médico-paciente del campo de la religión, para analizarla en función de mecanismos intelectualmente comprensibles, abriendo así, un nuevo campo dentro de la psicología: el psicoanálisis. Si observamos, la palabra psicossomático, nunca aparece citada en la extensa obra de Freud; sin embargo, con Breuer inicia la utilización de los procesos psicológicos para descubrir el origen de la somatización en la histeria. En este sentido, el "psicoanálisis-comenzó con el estudio de los fenómenos psicossomáticos."²³ Freud, alude a ello diciendo:

²³ Engel, *The Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Medicine*, 1968, pp. 251-252.

"... se conecta con la sensación de agustia una - perturbación de una o varias funciones corporales - la respiración, la actividad cardíaca, la inervación vasomotriz, la actividad glandular-... una halla como factores de eficiencia etiológica una serie de nocividades y de influjos que parte de - la vida sexual." 24

Nos indica que las excitaciones sexuales, como la ansiedad pueden ser expresadas en los aparatos: intestinal, respiratorio o circulatorio. En su artículo sobre la perturbación psicógena (1910) enfatiza que existen dos tipos de desórdenes en la percepción sensorial: uno funcional y otro conversivo, calificando a ambos como neuróticos al no atreverse a utilizar un nuevo término para designar un trastorno psicofisiológico, y así apuntó:

"El psicoanálisis nunca oculta que lo anímico de cansa en lo orgánico ... está dispuesto también a admitir y aún a postular, que no todas las perturbaciones funcionales de la visión pueden ser psicógenas como las provocadas por la represión del placer erótico de ver. Cuando un órgano que está al servicio de dos finalidades exagera la parte -

²⁴ Freud, S., Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia, 1976, Amorrortu, Vol. III, pp. 94 y 99.

erógena, es de esperar, en general, que esto no -
 ocurra sin modificaciones en su respuesta a la --
 estimulación y en la inervación, las cuales se --
 manifestarán como perturbaciones del órgano en su
 función al servicio del yo. Y efectivamente, --
 cuando observamos que un órgano que ordinariamen-
 te sirve a los fines de la percepción sensorial, -
 presenta, de resultas de la exageración de su pa-
 pel erógeno, precisamente el comportamiento de un
 genital ... Para los dos géneros de perturbacio-
 nes funcionales ... nos veremos obligados a se --
 guir usando a falta de un nombre mejor, el anti -
 guo e inapropiado de perturbaciones neuróticas."²⁵

En lo "inconsciente" de 1915 hace una reflexión -
 acerca de que los efectos se manifiestan esencialmente en -
 descargas motoras, secretoras o circulatorias que pueden --
 alterar el cuerpo humano.²⁶ En 1926, propone en "Inhibición,
 Síntoma y Angustia" que la sexualidad dependía de la inter-
 relación entre el estímulo psíquico y la respuesta fisioló-
 gica.²⁷

Abraham, aplicó sus conceptos sobre las etapas --

²⁵ Freud, S., La perturbación psicogena de la visión según el psicoanálisis, Vol. XI, p. 215.

²⁶ Guarnier, Psicopatología Clínica, 1978, p. 240.

²⁷ Ibid.

oral y anal del desarrollo de la libido a la explicación de ciertos desórdenes del tracto gastrointestinal, esto es, la influencia sobre tejidos orgánicos del adulto de los impulsos prenatales no resueltos.²⁸

Ferenczi, se interesó en las formas no verbales -- por las que pueden expresarse las emociones en el interior del organismo. Demostró en todo tipo de fenómenos biológicos el concepto de regresión y el de "patho-neurosis" destacando que toda lesión del cuerpo puede fomentar una preocupación autoerótica por el órgano afectado, englobando sus hipótesis en la idea de reacción de conversión en órganos sometidos al control del sistema nervioso autónomo.²⁹

Groddeck, siguiendo ideas freudianas para hallar complejos psicológicos, intentó interpretar los procesos somáticos como idénticos a los síntomas psicológicos; propuso la problemática del "lenguaje de los órganos" y sostuvo que ciertos trastornos psicósomáticos viscerales pueden interpretarse de acuerdo con los mecanismos de conversión simbólica, descubriendo que las interpretaciones de los síntomas pueden cambiar el curso de la enfermedad; pero, no probó la eficacia y veracidad específica de estas.³⁰

Adjudicar un sentido a la enfermedad era una nove-

²⁸ Alexander, *Psiquiatría Dinámica*, 1979, p. 312

²⁹ *Ibid.*

³⁰ Haynal, *Op. cit.*, p. 18

dad revolucionaria para el pensamiento médico de la época, que se limitaba a descubrir su causa desencadenante. Y como toda idea nueva, despertó una gran resistencia. A partir de estas tesis se sugirió la posibilidad de que los estados mentales patológicos se tradujesen en actividad somática capaz de alterar la actividad basal y provocar diferentes enfermedades. Así, se desarrollaron dos tendencias; una sustentó que las emociones específicas conducen a lesiones celulares e hísticas específicas; y la segunda suponía que la angustia generalizada creaba las condiciones previas para que se implantasen una serie de enfermedades no necesariamente predeterminadas. En ambas aproximaciones, se aplicaron conceptos psicoanalíticos a procesos fisiológicos utilizando los mismos instrumentos conceptuales.

En donde y como se interrelaciona el soma y la psique, como vemos, es la pregunta planteada a través de la historia de la medicina psicosomática. Al ubicarnos en la época Moderna, encontramos que se distinguen tres escuelas: la americana de corte psicoanalítico; la rusa, reflexológica y la alemana de orientación biológica y fisiológica; quienes en sus investigaciones nos muestran lo siguiente:

Escuela de Enfoque Psicoanalítico

Deutsch, reintrodujo en 1927 la noción de psicosomático y propuso un método de investigación psicoanalítico, insistía en el papel de los elementos simbólicos que clasi

ficaba a los trastornos psicossomáticos dentro de formas primitivas de reacción de conversión. Vió perfiles expresivos y compromisos neuróticos explicando la naturaleza repetitiva de los síntomas por la universalidad del conflicto arcaico y los significados primariamente expresivos de la comunicación. Su tendencia como las anteriores, planteaba desórdenes fisiológicos como conversiones históricas que expresaban un definido contenido inconsciente.³¹

En los últimos 20 años una nueva fase en la investigación psicossomática, aclara la diferencia conceptual entre los síntomas conversivos histéricos y las respuestas vegetativas a los estímulos psicológicos. Se nos explica cierta semejanza: ambas condiciones son psicógenas, son el resultado de una tensión emocional crónica no aliviada; no obstante, los mecanismos que intervienen son fundamentalmente diferentes, tanto fisiológica como dinámicamente.³²

Fenichel (1957) distingue dos tipos de formación de síntomas: psiconeuróticas (neurosis de conversión) y organo-neuróticas (neurosis vegetativa). Rechaza la, en ese entonces, moderna denominación psicossomática, argumentando que tiene la desventaja de sugerir la idea de un dualismo que no existe. Con esta aclaración cuestiona el con

³¹ Haynal, Op. cit., p. 18

³² Mistscherlich, El problema de la relación cuerpo-mente en la moderna medicina, 1954.

cepto y justifica el suyo clarificándolo y diferenciándolo:

"No todos los cambios somáticos de carácter psicógeno merecen el nombre de conversión, no todos ellos - representan la traducción de una fantasía somática - al lenguaje corporal. Las funciones orgánicas pueden ser influenciadas fisiológicamente por actitudes instintivas inconscientes sin que por ellos los cambios que se produzcan tengan siempre un significado psíquico definido. Esta diferencia, con ser muy simple, no siempre es reconocida. Fue definida hace mucho tiempo por Freud ..."

33

Y a ese término confuso del que Freud habló, el autor prefiere dar el nombre de organo-neurosis.

Glover, planteó también dos tipos de formación de síntomas:

"... cabe establecer dos distinciones fundamentales entre las psiconeurosis y todos los desórdenes psicósomáticos: primero, que el proceso de formación de síntomas en las psiconeurosis sigue una pauta psíquica estandarizada, y segundo, tienen un contenido y significado psíquicos. Los desórdenes psicósomáticos, por otra parte, aunque influenciados por reacciones psíquicas en uno u otro punto de desarro

³³ Fenichel, Teoría Psicoanalítica de las Neurosis, 1966, p. 272.

llo, no tienen en sí mismos ningún contenido y por consiguiente no representan pautas estereotipadas-de conflicto ..."

34

Este autor hace mención sobre la naturaleza de la elección asociada a una serie de determinantes tales como: factores constitucionales, profundidad de la regresión y - naturaleza de la distribución de la libido, entre otros.

Dunbar (1943) ligó la teoría fisiológica de Cannon con el modelo dinámico y económico, expuso que la energía-psíquica cuando es reprimida puede ser canalizada hacia - el sistema vegetativo como una preparación hacia la huida- o lucha. Y fundamentalmente, relacionó un perfil de perso- nalidad y un síndrome psicossomático a través de estudios - longitudinales.³⁵

Alexander (1943) señala que la correlación especí- fica se da entre los rasgos manifiestos de la personalidad y la respuesta vegetativa, sino entre ésta última y estruc- turas de carácter que únicamente pueden ser exploradas por medio del método psicoanalítico y son el resultante entre- las defensas y los deseos inconscientes, constituyendo en síntesis, una teoría vectorial. Describe tres variables - como condiciones en el desarrollo de las reacciones psico- fisiológicas: 1) la constelación psicodinámica; 2) las si

³⁴ Alexander, Op. cit., p. 314

³⁵ Ibid., p. 315.

tuciones que inician el padecimiento y que poseen significado diferente para los pacientes; y 3) una vulnerabilidad heredada y constitucional.³⁶ Consideró que si se produce un estrés o estímulo específico se manifiesta a través de una respuesta particular de un órgano predeterminado, y ante el estrés el sistema nervioso voluntario presenta una reacción semejante a la de la conversión descrita por Freud. Según su teoría fisiológica, la enfermedad origina inervaciones erróneas crónicas ligadas al sistema neurovegetativo que, prepara a la lucha o a la fuga en situaciones difíciles (ergotropía) y repone reservas durante el reposo o el retiro (trofotropía), por tanto, en actitudes crónicas de rivalidad, agresividad, etc., se excita también crónicamente el sistema simpático y adregénico, y si las dos tendencias de base (lucha y retirada) son bloqueadas, se desencadena un trastorno neurovegetativo interno que corre el riesgo de volverse crónico. La búsqueda de un conflicto nodal dinámico era a través del psicoanálisis la finalidad científica de su investigación fue definir a nivel psicológico, rasgos específicos en la etiopatogénesis de las enfermedades, y en la técnica, situando el problema psíquico sobre el que se debe actuar terapéuticamente.³⁷ Entendemos a través de estas aportaciones, la aclaración de la existencia de un conflicto específico, una --

³⁶ Guarnier, Op. cit., pp. 241-242.

³⁷ Alexander, Op. cit., pp. 316-317.

situación de vida que reactiva los viejos conflictos y un factor por él llamado "x" como una vulnerabilidad constitucional del tejido, órgano o sistema específico; de tal forma, que la enfermedad se manifiesta cuando estos tres factores actúan a la vez.

Grinker (1955), entiende la matriz de los trastornos como una regresión a un estado de diferenciación insuficiente entre la biología y la psicología; como otros psicoanalistas, está de acuerdo en la presentación de puntos de fijación y de regresión que se sitúan en un período de evolución pregenital. Su posición declara un aspecto anespecífico. Explica la herencia filogenética del recién nacido con distintas variantes debidas al genotipo y la constitución. Postuló, que los traumas tempranos tienen influencia en la condición del niño a medida que puede responder autónómicamente; asimismo, su necesidad de permanecer integrado ante los estímulos externos como fundamental, y que cuando un sistema del organismo se sujeta a reacciones de alarma, desde un principio resultará probable el surgimiento del problema psicósomático; vincula además, las actitudes de la madre que favorecen determinadas funciones e impiden otras en su diferenciación y tiempo, constituyendo, también un factor determinante en el padecimiento vegetativo.³⁸

³⁸ Haynal, Op. cit., p. 242.

Gerard (1953), hace énfasis en la relación madre-hijo y sobre las fallas que incrementan las dificultades adaptativas, señala, como las condiciones extrauterinas requieren acomodación temprana de los diferentes órganos para su funcionamiento adecuado. La falta de una barrera frente a los estímulos nocivos en los primeros meses de vida provoca la sensibilización de determinados aparatos, por lo tanto, un desorden psicósomático es el reflejo de una situación temprana que no pudo ser dominada.³⁹

Engel (1954) dió mayor importancia a las pérdidas de objetos, como elemento precipitante, pues la falla de la elaboración de la tristeza ante una privación objetual, provoca un estado psicológico de desesperanza que da lugar al desarrollo de una enfermedad; agregando, que el órgano-elegido es resultado de factores constitucionales, y propone la existencia de diferentes aspectos etiológicos: el biológico, el psicológico, el social y culturales, todos afectando al cuerpo humano.⁴⁰

La Escuela Reflexológica

Esta orientación también tenía científicos que sostenían una u otra de las posturas en el enfrentamiento hombre-medio. Y sustentaban que ésta actitud depende más de una ideología de los investigadores y de su ambiente --

³⁹ Guarnier, Op. cit., p. 21

⁴⁰ Engel, Op. cit., pp. 251-263.

social que de los hechos objetivamente demostrables. Uno de sus representantes, Lisenko, asevera que los caracteres adquiridos se heredaban, tesis que confirmaba el postulado del materialismo dialéctico en el sentido de que el hombre es producto de sus circunstancias.⁴¹

La Escuela Fisiológica

Cannon (1935), retoma las influencias de las emociones sobre el cuerpo humano; sin embargo, sus contribuciones explican que los fenómenos fisiológicos regularmente siguen ciertos estados emocionales, con cambios asociados del sistema nervioso autónomo y la secreción de adrenalina; estudió también los complejos mecanismos fisiológicos que permiten al organismo mantener un estado interno constante, aún cuando esté sujeto a cambios radicales en el medio ambiente, este fisiólogo norteamericano aplicó a ello el término de homeóstasis.⁴²

Pavlov y su escuela, con el método de condicionamiento, intentó examinar las respuestas viscerales a señales que llegan al córtex. El reflejo condicionado es una de las formas elementales de la reactividad individual adquirida a partir de reflejos no condicionados (innatos).⁴³

Por otro lado, las teorías del aprendizaje han de-

⁴¹ Haynal, Op. cit., p. 18

⁴² Ibid., pp. 22-25

⁴³ Pavlov, Conditioned Reflexes and Psychiatry.

mostrado que, en el campo de los padecimientos psicossomáticos, también tienen un papel los reflejos llamados instrumentales (condicionamiento operante), es decir, las reacciones reformadas por éxitos fortuitos.⁴⁵

Es evidente que cada una de estas escuelas y sus aportaciones, coadyuvan al mejor entendimiento de estos trastornos pero todavía son parciales.

En 1952, el término psicossomático aún se discutía, pues se decía, implicaba una dicotomía, por lo que se propuso el de Trastorno Psicofisiológico (autonómico, visceral). El DSMII lo define así:

"Este grupo de trastornos se caracteriza por síntomas físicos que son provocados por factores emocionales e implican a un sólo sistema de órganos, generalmente sometido a inervación vegetativa. Los cambios fisiológicos son los mismos que acostumbran acompañar a ciertos estados emocionales, pero en estos trastornos los cambios son más intensos y sostenidos. El individuo no puede mantener un control consciente de este estado emocional." 46

En realidad los investigadores se han cuestionado

⁴⁵ Haynal, Op. cit., pp. 23-25.

⁴⁶ Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, DSM II, 1958, p. 87

la validez del concepto; algunos apuntan que se trata de un término demasiado difuso, otros dicen que es excesivamente limitado. Lo importante es que se quiso dar un paso al enriquecimiento progresivo sobre el estudio del tema, queriendo olvidar paradigmas obsoletos a través del término. Sin embargo, hueiga decir, que uno u otro concepto se sigue utilizando indistintamente. Como se ha revisado, la discusión no se termina, mucho menos las investigaciones; en consecuencia, la medicina psicosomática no se ubica como una parte de la medicina, sino como una posición ante la misma; y se ha transformado en una encrucijada situada entre las disciplinas: médica, psicológica y social.

La perspectiva actual, aún se sigue fragmentando, cuatro conceptos explorados en los últimos años participan cada uno, pero en forma incompleta a la comprensión: 1) El principio de variabilidad genética en la determinación de las características psicofisiológicas; contribución valiosa, pero sin plantearse aislada, ya que conlleva una regresión importante que en este momento histórico no es permitible. 2) Las contribuciones procedentes del aprendizaje; aportan parte importante en el complejo desarrollo de los desórdenes que revisamos. 3) El papel de los sistemas simbólicos, frecuentemente discutido, nos lleva a puntualizar que sólo investigar las respuestas psicológicas alteradas sería un reduccionismo. 4) El principio de multifactorialidad, el más enarbolado y aceptado en todos-

los campos de la ciencia, nos cuestiona que su anuencia responde más a la comodidad que a una ferviente adhesión.⁴⁷ Dentro de la disciplina psicológica, la fase actual tiene una fuerte influencia de la Teoría de los Sistemas, de la posición multifactorial, de la teoría del condicionamiento operante y del control de las visceras, de la hipótesis sobre pérdida objetal como antecedente de la enfermedad, de los conceptos de estrés e impacto de factores psicosociales, de susceptibilidad individual, de interacción familiar; todas, con un peso importante en la investigación.⁴⁸ La posición, entonces, es más global y altamente compleja.

La definición de la medicina psicosomática tiene tres aspectos interrelacionados que conceptualizan su campo de acción: 1) Es una disciplina científica que se ocupa del estudio de las relaciones entre los determinantes biológicos, psicológicos y sociales de la salud y la enfermedad. 2) Es un conjunto de postulados y líneas directrices que dan forma a un acontecimiento global de la práctica médica. 3) Incluye la psiquiatría unificante y de consulta.⁴⁹ Para estudiar las relaciones recíprocas entre estas variables se requiere usar simultáneamente métodos de exploración, conceptos explicativos y lenguajes perte-

⁴⁷ Kaplan, Op. cit., pp. 1797-1802.

⁴⁸ Kavanaugh, *Psychophysiological Disorders*, 1980, pp. 349-350.

⁴⁹ Lipowski, *Psychosomatic Medicine in the Seventies: An Overview*, 1977, pp. 31-47.

recientes a tres distintos niveles de abstracción: el fisiológico, el psicológico y el social. La misión científica principal es, por tanto, elucidar el papel preciso de cada uno de estos factores, y su obvia integración, para el mantenimiento de la salud, la etiopatogénesis, desarrollo y curso de la enfermedad.⁵⁰

La disciplina psicósomática manifiesta, no obstante, resistencias, y no ha conseguido crear un campo interdisciplinario donde colaboren por igual médicos, psicólogos, analistas, terapéutas familiares, antropólogos y sociólogos. Sólo se insinúa una tendencia hacia una integración. En la medida en que las profesiones dejen de ostentar la disociación -rasgo patognomónico de la enfermedad - que tratan - se abrirá la posibilidad de que con su propia integración logren disminuir la disociación que existe en la estructura psicológica de sus pacientes.⁵¹

1.1.3 TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS EN LA NIÑEZ

La mayor parte de los estudios se han efectuado sobre adultos y sólo últimamente se ha dirigido la atención hacia los niños. La investigación sobre estos padecimientos, integrada al estudio de las fases del desarrollo

⁵⁰ Lipowski, Psychosomatic Medicine in the Seventies: An Overview, 1977, pp. 31-47.

⁵¹ Békai, Op. cit., p. 10.

llo psicológico, brinda un acercamiento al probable descubrimiento etiológico y posibilita el diagnóstico en statu nascendi, además permite la comprensión profunda del ser en su totalidad.

Cobo⁵² considera que la primera base genuina corresponde históricamente al descubrimiento de su relación con la privación afectiva por separación madre-hijo. La explica tanto como una carencia afectiva real que se traduce en enfermedad psíquica y somática; como también no evidente, por un alejamiento, rechazo o actitudes maternas negativas. Subraya en todo niño normal necesidades expresivas que vehicula a través de tres vías: el soma (v. gr. dermatitis), el comportamiento (inquietud) y la organización mental (miedos); la manifestación de cada uno de estos canales será más electiva y adecuada según su evolución. El niño, añade, pasa del soma a la conducta y de la conducta a la mente, o como diría Wallon "del acto al pensamiento", según tres niveles progresivos de estructuración: somática, comportamental y mental, las imbricaciones e interrelaciones entre estos tres niveles, por supuesto, son continuas, y lo que interesa, es la tendencia dominante hacia una de éstas. Este señalamiento refiere que la base de la psicósomática habrá que indagarse en los avatares de la maduración, de la génesis y desarrollo de las funciones que a partir de un equipamiento constitucional, en la dia-

⁵² Cobo, Paidopsiquiatría Dinámica I, 1983, p. 88.

lectica con un mundo de aferencias dentro de una relación-vincular.

Las definiciones de desorden psicossomático infantil son: Para Ajuriaguerra "se caracteriza por una desorganización somática pasajera o permanente cuya génesis o desarrollo comporta un determinismo de orden psicológico ya sea actual o regresivo que pone en evidencia organizaciones psicobiológicas precoces."⁵³

Winnicott⁵⁴ argumenta que implica una escisión de la personalidad del individuo como una debilidad de la unión entre la psique y el soma.

Kreisler⁵⁵ la delimita como "la concepción doctrinal y patogénica que acepta e incluye los factores psíquicos en el determinismo o desarrollo de las enfermedades somáticas." Excluye a: a) todo el extenso campo de las consecuencias psicológicas de las enfermedades físicas; b) los trastornos psíquicos de causa orgánica (patología lesional cerebral); c) las consecuencias somáticas de comportamientos anormales (autoagresiones, agravación de enfermedades por rechazo de tratamientos adecuados); d) los trastornos de expresión motriz (retraso psicomotor, dispraxia); e) los falsos problemas

⁵³ Ajuriaguerra, Tratado de Psiquiatría Infantil, 1983, p. 736.

⁵⁴ Winnicott, Mind and its Relation to the Psycho-Soma, 1954, p. 52.

⁵⁵ Kreisler, La clinique psychosomatique de l'enfant. Les états frontières dans la nosologie, 1967, pp. 157, 198.

sicosomáticos (exageración por parte de la madre de síntomas orgánicos); y, f) histeria, simulación y trastornos -- ficticios.

Valle los define como "cualquier condición física que -
puede ser iniciada, exacerbada o prolongada por factores psicológicos."⁵⁶

El Grupo para Avance de la Psiquiatría la conceptua
liza como "aquellos trastornos que involucran síntomas en órganos -
inervados por la porción autónoma e involuntaria del sistema nervioso-
central y existe una interacción significativa entre componentes somá-
ticos y psicológicos."⁵⁷

Cobo la concibe como "aquella entidad bien delimitada ca-
racterizada por una patología organizada, sistematizada que, atentando-
específicamente a un órgano, tiene muchas veces una repercusión orgáni-
ca general, y en la que inciden, en forma determinante, tanto en su pro-
ducción, desencadenamiento o evolución factores psíquicos detectables,-
estados emocionales y de personalidad."⁵⁸

Aunque no todos los autores lo clarifican, es im-
portante entender estos trastornos desde una perspectiva -
evolutiva, situando el problema psicosomático en el momen-
to de maduración y desarrollo en que se produce y siguien-

⁵⁶ Valle, *Pediatría Psicosomática Institucional*, 1984, p. 61.

⁵⁷ Group for the Advancement of Psychiatry, *Psychopathological Disorders in Childhood*, 1970, p. 93.

⁵⁸ Cobo, *Op. cit.*, pp. 194-195

do sus visceritudes a lo largo de la vida infantil, esforzándose por reconocer sus posibles transformaciones y cambios; rastreando, incluso, el destino de los síntomas y de las estructuras tácitas a lo largo del tiempo y dentro de la totalidad cambiante del niño. En general, en las actuales definiciones están presentes tanto un componente fisiológico como un componente psicológico, sin que éste o aquel tenga prioridad sobre el otro, sin que uno sea la causa del otro, sino dentro de una unidad patológica, encontrando a la vez una expresión fisiológica y una expresión psicológica manifiestamente coordinadas, concomitantes y en interacción.

Si bien esta posición es loable, también nos cuestiona sobre la participación del componente psicológico, sobre el cómo objetivar esa coordinación, esa ligazón? ya que no parece suficiente una mera coincidencia cronológica o lineal la causalidad integral del fenómeno en estudio.

1.1.4 ESTUDIOS RECIENTES

Un estudio que no es exactamente reciente, pero vale la pena mencionar, es el de Spitz⁵⁹ en 1954, quien observó en forma temprana y longitudinal la relación madre-hijo y el establecimiento de la relación objetiva. Realizó un estudio en el que exploró entre un grupo control de ma-

⁵⁹ Spitz, El Primer Año de Vida del Niño, 1969, pp. 167-172.

dres de 14 a 23 años y un grupo experimental que estuvo -- constituido por 28 madres recluidas en una institución pe -- nitenciaria en donde dieron a luz a sus hijos y los criaron allí durante el primer año de vida, éstos presentaron der -- matitis. Al examinar la personalidad de las madres encon -- tró datos significativos como: personalidad infantil, no -- les gustaba tocar a sus hijos, hostilidad inconsciente ha -- cia sus hijos disfrazada de angustia y privación sistemática de contactos cutáneos, cambios de humor cíclicos, rechazo primario manifiesto, indulgencia primaria excesiva y ansiosa, oscilaciones entre los mismos y la hostilidad que -- era conscientemente compensada. Y en los niños se detecto -- ausencia de "angustia del octavo mes". Así, ubicó este tipo de actitud maternal dentro de los trastornos psicotóxi -- cos,⁶⁰ según su clasificación.

Dobladez y García⁶¹ reportan en su investigación -- dos tipos de actitud maternal: las que recurren a consulta -- ante el menor síntoma y las reacias que sólo acuden en ex -- tremo. En el primer caso se presentaba: gran inseguridad, -- deficiente o distorsionada percepción de la salud o de la -- enfermedad del hijo, angustiosas fantasías destructivas que la enfermedad del niño les desencadenaba sin poder contro -- lirlas y supeditarlas a un sentido de realidad, existencia -- de un mal manejo de la agresividad (temor inconsciente de --

⁶⁰ Spitz, *De la Naissance a la Parole*, p. 159.

⁶¹ Dobladez y García, *Experiencia Paidopsiquiátrica*, 1983, pp.

hacer daño al hijo, por ser conflictivo o rechazado), ausencia o precariedad de instinto de conservación que, por tanto, no puede aplicarse eficazmente al niño enfermo. En el otro caso la negación se encontró como dato clínico, se apreció franco descuido en la salud de sus hijos e incluso en la enfermedad, corriendo auténtico peligro, el pánico inconsciente de que se cumplan sus temores también estuvo presente. En los menores se encontró un porcentaje mayor de síntomas psicosomáticos en las niñas (26.2%) en comparación a los varones (18.46%). En dicha muestra, constituida por 600 historias psiquiátricas, 130 fueron los casos consultados por estos trastornos.

Miller y Baruch, en 1972 apoyan la hipótesis del rechazo materno y la definen como el deseo consciente o inconsciente de la madre, de verse libre del niño al cual consideran un "estorbo". Marmol, en el mismo año, examinó a las madres de hijos con neurodermatitis atópica, quienes mostraron a través de pruebas proyectivas: inmadurez, frustración de aspiraciones personales y hostilidad hacia sus esposos. Jacobs en 1976 encontró que la estructura familiar de niños neurodermatíticos, se constituía de madres dominantes y padres débiles y la excesiva solicitud de la madre hacia el hijo se interpretó como rechazo inconsciente.

⁶² Whitlock, *Psychosomatic Classification, Definitions and Methodology*, 1976, pp. 15-21.

Ramírez y Heredia⁶³ encontraron en su investigación sobre observaciones de la relación madre-hijo en niños con NDA, rasgos narcisistas e hipocondríacos.

Ariza⁶⁴ detectó en niños con trastorno psicossomático de la piel los siguientes datos: existe un buen manejo intelectual de las situaciones, tienden a manifestar preocupaciones sexuales, utilizan la fantasía ya sea como mecanismo de defensa para manejar la ansiedad o bien para compensar mediante ella las carencias que experimentan en la realidad, suelen sentir y vivir la figura masculina como amenazante lo que se traduce en que con frecuencia pueden llegar a presentar una mala o inadecuada relación con el padre a quien sienten agresivo y poco afectuoso; argumentando, por tanto, una resolución inadecuada del complejo de Edipo.

Maldonado⁶⁵ en sus hallazgos con familias psicossomáticas comprobó algunas características en común: una de ellas es la dependencia que tienden a establecer con el médico pediatra, explicada como un pasaje similar al que se da cuando un niño recién nacido comienza a pasar de la

⁶³ Ramírez, Observaciones de la Relación Madre-Hijo en Niños con NDA, 1981, pp. 3-5.

⁶⁴ Ariza, los Test Psicológicos en Pediatría Psicossomática, 1984, pp. 74-75.

⁶⁵ Maldonado, La Familia Psicossomática, 1984, pp. 63-66.

esfera casi exclusiva de la madre, a instalar la relación con el padre: es precisamente la madre la que debe dar también algo así como el visto bueno a la nueva relación. Asimismo el aislamiento de los padres en base a algunas razones: más frecuentemente, racionalizaciones; alejamiento de los deportes y vida al aire libre en general, por temor a "ataques" por ejemplo, con la idea de "vigilar", se dejan las puertas abiertas, contribuyendo así a desdibujar más aún los límites de por sí poco claros en estas familias, entre el subsistema parental, y el o los pacientes identificados, y se dan las más variadas medidas de sobreprotección, lo que genera reacciones de envidia o de celo en los hermanos. Las características de las familias son: 1) aglutinación, 2) sobreprotección, 3) estereotipia, 4) no resolución de conflictos, 5) utilización del paciente identificado para los intentos de resolución de conflicto.

Minuchin⁶⁶ al estudiar familias postula cinco maneras de interacción cuya presencia conjunta establece el diagnóstico de familia psicossomática: 1) aglutinación, 2) sobreprotección parental, 3) actitudes y opiniones de gran rigidez, negación del problema familiar, 4) falta de capacidad para resolver conflictos, la confrontación de opiniones y problemas de autonomía son evitados, la enfermedad se usa para tapar la tensión (latente) y mantienen

⁶⁶ Minuchin, *Psychosomatic Families*, 1978, pp. 39-57.

el síntoma, 5) el niño está envuelto en el conflicto parental negado, desviando el conflicto de pareja de sus padres hacia él, su enfermedad protege y refuerza la estructura familiar patológica.

Békei⁶⁷ en el psicodiagnóstico del niño obtuvo los siguientes hallazgos a través de entrevistas con los padres, pruebas proyectivas, gráficas y juego diagnóstico: a) relación simbiótica primitiva no resuelta, b) bloqueo impulsivo general pero específicamente pronunciado en el campo de la agresión, la cual como resultado del esfuerzo para anularla se vuelve contra el self y se manifiesta como autoagresión (signo patognomónico más específico de la enfermedad), c) dificultades en alguna o varias fases de su proceso hacia la independencia; se observa independencia aparente, dependencia manifiesta y en cualquiera de las dos formas, agresión contra la madre sometidora negada y vuelta sobre sí, d) relación madre-hijo de tipo simbiótico que no se manifiesta siempre de la misma manera; depende de las características de la madre, de la constitución del niño, de la etapa en la que el vínculo se distorsionó y de la época que en aquel momento el niño ya había alcanzado, e) imagen corporal distorsionada, f) falla de la simbolización, g) disociación, separan la conexión entre el conocimiento mental y aspectos corporales, h) la madre impone su propio juego sin atender los deseos del niño y satisfacerlos, el menor es el apéndice o ejecutor

de las fantasías maternas, sus propios intentos son bloqueados, i) el juego es ritualizado, en otros casos impulsivo, y, j) ansiedad excesiva.

En realidad los estudios al respecto son pocos, en la literatura se observa la importancia de la figura materna, pero sus características se describen de forma derivada a los objetivos de la investigación; es por ello la inquietud de la presente investigación.

NEURODERMATITIS ATOPICA

Tengo que crear un sistema
o ser esclavizado por el -
de otro hombre.

William Blake.

1.2.1 LA PIEL

Se ha hablado, teorizado e investigado ampliamente acerca de este tipo de trastornos; sin embargo, un punto importante que aún no ha quedado claro es ¿por qué existe preferencia por un canal psicósomático y no por otro? El tipo de canal psicósomático que mueve a esta investigación es la piel y más específicamente la Neurodermatitis Atópica (NDA). La piel, es una cubierta externa del organismo y frontera entre éste y el mundo exterior. Es el fiel espejo de las influencias psíquicas; refleja nuestros estados emocionales; llega a ser la matriz del yo corporal y está totalmente dotada de receptores sensoriales a través de los cuales percibimos sensaciones dolorosas, táctiles, térmicas, placenteras, etc. Es un órgano importante por su completa estructuración y variedad de funciones; con igual facilidad se vuelve foco de lesión que fuente de alivio. Es una zona erógena importante; si el impulso de utilizarla como tal es reprimido, las tendencias recurrentes en pro y en contra de la estimulación cutánea encuentran expresión somática en alteraciones dermatológicas;⁶⁸ la erogenicidad de la

⁶⁸ Frazier, La enfermedad psicósomática: una forma de actuación a través del lenguaje corporal, 1967, p. 151.

piel no se limita a los estímulos del tacto, las sensaciones de temperatura constituyen la fuente de un placer erógeno que representa un componente importante de la sexualidad infantil, de hecho, el erotismo oral y el erotismo de la temperatura regularmente hacen su aparición-juntos. Por eso los suministros narcisísticos urgentemente requeridos por las personas son fijaciones orales, son sentidos no solamente como alimentos sino también como calor. Asimismo, el dolor, además de los estímulos del tacto y la temperatura, puede ser fuente de placer erógeno cutáneo.⁶⁹ En los casos en los que predomina el fin sexual de ser golpeado, este placer se convierte en la representación de toda la sexualidad del individuo. A menudo, se encuentran, en efecto, conflictos sadomasoquistas como la base inconsciente de una dermatosis.

Como capa de cobertura, tiene ante todo una función general de protección, examina los estímulos que llegan y, en caso de necesidad los mitiga e incluso los reprime; también, aplica las mismas medidas de protección contra los estímulos internos: el organismo tiene una tendencia general a proceder con los estímulos perturbadores internos como si fuesen externos.⁷⁰ Al ser parte superficial visible, se convierte en asiento de la expresión de conflictos exhibicionistas; a su vez, inte-

⁶⁹ Fichón Riviere, *Trastornos del esquema corporal*, en *Del Psicoanálisis a la Psicología Social*, 1970, p. 222.

⁷⁰ Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, 1976, pp. 95-99.

resan no sólo a un instinto sexual parcial y al temor o la vergüenza a él opuestos, sino también a diversas necesidades narcisísticas de reaseguramiento. De ahí que los mismo conflictos inconscientes que se hayan en las fobias, acerca de la belleza o fealdad, en los casos de exhibicionismo perverso o en los del temor social, pueden encontrarse también como base de una dermatosis.⁷¹ En cuanto a las afecciones especiales de este órgano, los torturantes síntomas del prurito, constituyen una consecuencia psicósomática de la sexualidad reprimida en individuos predispuestos.⁷² Incluso Freud⁷³ estableció la hipótesis de la función sexualizada de la piel y la importancia del desarrollo de sus zonas erógenas sucesivamente libidinizadas. Tomando en cuenta su compleja estructura, sus diversas funciones y en ocasiones antagónicas, su presencia constante ante los ojos de los demás y su valor como elemento narcisista, no hay duda que la piel participa de un modo importante en los desórdenes psicósomáticos.

En la infancia, hay un aspecto que nunca debe ser relegado a segundo plano: su significado como órgano de relación, de estimulación y de condicionamiento sensual. Es bien sabido que el contacto de la piel de

⁷¹ Bernard, *El cuerpo*, 1985, pp. 105-146.

⁷² Fenichel, *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*, 1966, p. 293.

⁷³ Freedman, *Compendio de Psiquiatría*, 1979, p. 512.

niño con la piel de la madre cuando lo carga, lo amamanta lo limpia, lo acaricia, es un factor de primordial importancia para su maduración somática y emocional.⁷⁴ La piel enferma no sólo es materia médica, está expuesta a la vista de todos y con frecuencia lo que más importa al niño y sobre todo al adolescente ya que pueden alterar su esfera emocional de por sí lábil.⁷⁵

Al hacer esta revisión, las preguntas que surgen al respecto para lograr una comprensión integral del niño son: ¿por qué las manifestaciones dermatológicas pueden adquirir caracteres patológicos? ¿cuál es su causa? ¿cómo sirven al niño o por qué los emplea? Estas interrogantes nos conducen a consultar aspectos del desarrollo psicológico normal.

Desde muy temprano en la vida, la piel toma parte de las secuencias de satisfacción de necesidades, que -- crean entre la madre y el hijo una relación recíproca y -- ayudan a establecer la relación simbiótica normal.⁷⁶

⁷⁴ Tubert, *Cuerpo Simbólico y Simbolización del Cuerpo*, en Cuadernos de Psicoanálisis, 1982, Vol. XV, Nos. 1-2, pp. 97-121.

⁷⁵ Ruiz Maldonado, *La importancia de la piel del niño para el pediatra*, 1981, p. 144.

⁷⁶ Tubert, *La pareja como organizador de la diferenciación del aparato mental y del mundo interno*, *Ibid*, 1979, Vol. XII, p. 85-92.

Rosenfeld⁷⁷ precisa que en los pacientes con -- trastornos de la piel hay dos conflictos tempranos básicos sin resolver: por un lado el relacionado con la experiencia de suavidad y calor, y en segundo lugar el relacionado con las experiencias de sostén, que lleva a algunos pacientes a desarrollar su masa muscular en busca de sostén o a título de "segunda piel".

Wallon⁷⁸ puso de manifiesto la importancia de la piel como regulador del tono.

Anzieu⁷⁹ acentúa tres funciones de la piel: 1) como reservorio de sensaciones, como los cuidados y el "baño" de palabras, 2) como superficie de contacto y límite con los otros, 3) como un medio de intercambio con los otros.

Winnicott⁸⁰ enfatiza la existencia del objeto transicional y los fenómenos trasicionales: "debe tener cierta textura, impregnarse y conservar ciertos olores, así como ser y estar disponible al niño para su contacto". La referencia alude a la piel, el individuo va realizando en forma transicional su camino a la independencia estableciendo límites ne

⁷⁷ Rosenfeld, Clínica Psicoanalítica, 1976, p. 39.

⁷⁸ Wallon, Evolución Psicológica del Niño, 1979, p. 56.

⁷⁹ Anzieu, Le Moi Peau, 1971, p. 23.

⁸⁰ Winnicott, Transitional Objects and Transitional Phenomena, 1953, - p. 78.

cesarios, permitira adquirir la conciencia de que existe esta piel y con ello hará posible la delimitación de lo externo y lo interno que evolucionará hacia el establecimiento de un yo y no-yo.⁸¹ Cuando ello no es posible, - el niño tiene la sensación de desorganización y aparecen problemas en el esquema corporal o la identidad. Cuando esta función de sostén o de límite se llena de manera ineficiente, cuando se acompaña de rechazo o de agresión, - responde con manifestaciones diversas como el eczema atópico descrito por Spitz como padecimiento psicotóxico, - presentándose al segundo semestre de la vida.

Lebovici⁸² asevera que el proceso de mantalización o simbolización aún no se ha establecido definitivamente, y por tanto, el lenguaje corporal es el más cercano al niño.

Mahler⁸³ habla de simbiosis y en la relación a los problemas dermatológicos expresa que esta etapa es insuficiente o inadecuada, por lo que el niño protesta de estas carencias a través de su piel, o bien, demanda los cuidados y atenciones no recibidas.

⁸¹ Vives, Cuerpo e imagen corporal, en Cuadernos de Psicoanálisis - 1982, Vol. VX, Nos. 3-4, p. 46.

⁸² Kreisler, L'enfant et son corps, 1976, p. 32.

⁸³ Mahler, El Nacimiento Psicológico del Infante Humano, 1975.

Bick⁸⁴ sugiere que en su forma más primitiva las partes de la personalidad tienen vivencia como si estuvieran carentes de una fuerza capaz de unirla, por lo cual resulta necesario asegurar su cohesión en una forma que se experimenta pasivamente mediante el funcionamiento de la piel que obra como límite.

Como vemos, la piel se toma como puente para la formación del primer vínculo y como medio de comunicación.

1.2.2 DEFINICION DEL TRASTORNO

La Neurodermatitis Atópica (NDA), se define como: "una enfermedad de etiología desconocida caracterizada clínicamente por piel seca con bajo umbral al prurito."⁸⁵

1.2.3 PREVALENCIA

La NDA es una de las enfermedades de la piel más frecuentes en los niños, ocupa el primer lugar entre las enfermedades de la piel en pediatría. En la población pediátrica en general, va del 1.1% al 3.1%; y en los pacientes dermatológicos es del 13%.⁸⁶ La diferencia por

⁸⁵ Bick, *La Experiencia de la Piel en las Relaciones Objeto Tempranas*, 1958, pp. 111-116.

⁸⁵ Ruiz Maldonado, *Neurodermatitis Atópica: Avances Recientes*, 1982, pp. 111-116.

⁸⁶ Ruiz Maldonado y Tamayo, *Epidemiología en las enfermedades de la piel en diez mil pacientes en edad pediátrica*, 1977, pp. 137-161.

sexos no es significativa, se presenta el 49% de casos en el sexo masculino y 51% en el femenino. La frecuencia por edades se distribuye como sigue: 0.8% en el recién nacido, 15% en el lactante menor, 11% en el lactante mayor, 32% en el preescolar, 31% en el escolar y 12% en el adolescente. La meda se ubica de los 2 a los 12 años con un 64%.⁸⁷

1.2.4 ETIOPATOGENIA

La etiología de este padecimiento no está todavía esclarecida y se proponen los siguientes factores e hipótesis.

Factores genéticos

En la mayoría de los pacientes hay historia familiar de NDA o de otras enfermedades atópicas (asma y fiebre de heno). La herencia es probablemente autosómica dominante.⁸⁸

Factores ambientales

La influencia del clima es difícil de evaluar, en algunos casos, mejoran con cambios drásticos del medio ambiente y de clima.⁸⁹

⁸⁷ Ruiz Maldonado, Conceptos Básicos para el Pediatra, 1975, pp.1217-1218.

⁸⁸ Ruiz Maldonado, Op. cit., p. 34.

⁸⁹ Ibid.

Factores psicológicos

La relación entre los factores emocionales y la NDA es bien conocida entre los médicos. Falta, sin embargo, conocer adecuadamente la psicopatología y psicodinámica de esta relación.

En todas las enfermedades crónicas pruriginosas de la piel, los pacientes adquieren patrones reflejos de conducta: el prurito lleva al rascado y el rascado frecuentemente aumenta la sensación de prurito. Además, el rascado es una sensación erógena y los pacientes pueden encontrar placer al rascarse, y también es una forma de descargar tensión emocional. Los niños rápidamente lo aprenden a "usar" como medio de manipulación hacia sus padres.⁹⁰ Por otra parte, el prurito crónico severo precipita en los menores: irritabilidad, hipersensibilidad y depresión; el insomnio es una característica frecuente, la situación puede ser dramática, el prurito intolerable y los puede llevar al suicidio.⁹¹ La hipótesis de rechazo materno, no ha sido bien evaluada, nos dice Ruiz Maldonado. Y es frecuente encontrar que los pacientes tienen la tendencia a reprimir las emociones, particularmente la agresión y reaccionan con rascado a una variedad de estímulos del medio ambiente.⁹²

⁹⁰ Fritz, Psychological aspects of atopic dermatitis, 1979, pp. 360 - 364.

⁹¹ Musgrove, Infantile eczema, 1976, pp. 365-372.

⁹² Whitlock, Emotions and the Skin, 1972, pp. 574-585.

tiples hipótesis para explicarla. Cada especialista, dermatólogo, pediatra, psicólogo y psiquiatra tiene su hipótesis predilecta la cual influye en forma marcada sobre el enfoque general de la enfermedad, su intervención y su tratamiento.

Hipótesis Metabólica

Se piensa que por un error congénito del metabolismo en algunos individuos, los receptores beta de ciertos órganos como la piel se encuentran obstruidos o son insuficientes, dando respuestas paradójicas; por ejemplo, la inhibición de respuestas de las glándulas sudoríparas que están en estado de bloqueo.⁹³

Hipótesis Alérgica

Este desorden se asocia significativamente a otros padecimientos alérgicos o atópicos, como son el asma bronquial y la fiebre de heno; sin embargo, no implica necesariamente una identidad en cuanto a factores causales y a la fisiopatología, puede indicar solamente que los genes responsables de estos trastornos ocupen locus vecinos y por lo tanto se transmitan, con frecuencia, simultáneamente, pues el padecimiento en la práctica no se comporta como desorden alérgico. Los resultados al respecto sugieren que los pacientes con NDA tienen con frecuencia inmu-

⁹³ Robinson, Cyclic AMP, 1971, p. 213.

nidad celular deficiente, probablemente selectiva.^{94,95}

Hipótesis Psicogénica

Originalmente se designó con el término neurodermatitis a la anomalía de ciertas respuestas cutáneas dependientes del sistema nervioso autónomo, realmente, no se le llamó así pensando en un origen psicógeno. En este como en cualquier otro padecimiento dermatológico pruriginoso crónico, las situaciones de tensión emocional desencadenan crisis de prurito-rascado-prurito. El rascado se torna en mecanismo automático de descarga de tensión emocional y la piel "locus minoris resistentiae" en el órgano choque. Este mecanismo se presenta como autoagresión-y/o autosatisfacción y es evidente en muchos casos. Una característica que se reporta comunmente es una fuerte demanda de amor, una clase de dependencia infantil que nace del sentimiento de deprivación del amor materno en la infancia y que conduce a una relación pasiva-dependiente con la madre y al miedo de ser abandonado por ella y quedar solo. Las situaciones que precipitan las exacerbaciones son todas aquellas que reactivan estos miedos. Se atribuye un patrón altamente predominante en las relaciones objetales: el deseo capital de unirse de un modo cada vez más estrecho al objeto, hasta llegar a introyec-

⁹⁴ Ruiz Maldonado, Op. cit., p. 1225.

⁹⁵ Luchasen, T and B lymphocytes in atopic eczema, 1974, p. 375.

tarlo, se trata de una característica inmediata, total y arcaica, cuando el sujeto no puede evitar el conflicto con el objeto, se retira completamente y recurre inmediatamente a otro. Se detectan, en general, una serie de trastornos en la dinámica familiar y en la personalidad del paciente; en realidad, aunque éstos problemas no son ni menos ni más frecuentes que en la población general, si son importantes en la etiología de la alteración psicofisiológica.^{96, 97}

1.2.5 CUADRO CLINICO

La característica clínica más constante de la piel con NDA es la sequedad, en consecuencia, hay bajo umbral al prurito, descamación fina, acentuación folicular y placas hipocrómicas que varían en relación a la edad: en los lactantes se presenta sobre las mejillas, la piel de la cabeza, las superficies extensoras de los miembros, el tronco y el área del pañal; las lesiones sobre la cara se hacen húmedas y costrosas (eczema) debido al rascado y fácilmente se infectan en forma secundaria, es característico el hecho de que la punta de la nariz siempre esté indemne. De los 3 a los 12 años, las foras-

⁹⁶ Marty, The allergic object relation, en Int. Journal of Psychoanalysis, 1958, 39:98.

⁹⁷ Musaph, Aggression and symptom formation in dermatology, 1959, 13, p. 257.

poplíteas y/o las áreas antecubitales están comprometidas en el 34% la mayoría tienden a presentar áreas limitadas de afectación con exacerbaciones periódicas, aproximadamente en el 5% de los casos se afecta el 90% o más de la superficie cutánea, alrededor del 90% de los pacientes mejoran después de la pubertad. Los adolescentes con NDA activa usualmente presentan las lesiones sobre áreas de flexión y/o superficies extensoras.⁹⁸

Las manifestaciones psicológicas características son: autoagresión, ansiedad, insomnio, depresión, manipulación, dependencia e irritabilidad entre otros signos.⁹⁹

1.2.6 PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

No hay tratamiento específico para NDA, la mayoría de los regímenes terapéuticos usados pueden dar alivio sintomático temporal, se utilizan: preparaciones tópicas, antihistamínicos, antibióticos y corticoesteroides. La medida más benéfica para los pacientes y los padres es la explicación adecuada de lo que se sabe acerca de la NDA. Por otra parte, la atención psicológica se ha relegado como tratamiento integral, se acude sólo cuando ya se incrustaron datos francos psiquiátricos. En términos-

⁹⁸ Ruiz Maldonado, Op. cit., pp. 36-38.

⁹⁹ Al-Numar, Psychological profile of patients with atopic dermatitis, en British Journal of Dermatology, 1976, 95, p. 373.

del pronóstico, la mayoría de los pacientes mejora con la edad, en algunos casos se desarrolla posteriormente otra enfermedad atópica. Los factores que pueden empeorar el pronóstico, fueron en un estudio: historia familiar positiva de NDA; asociación de asma, rinitis y afectación cutánea severa. En otro estudio el pronóstico fue malo cuando los síntomas comenzaron antes de los 2 años de edad y cuando las lesiones comprometieron no sólo áreas de flexión sino también las superficies extensoras. Los factores que no influyeron en el pronóstico fueron: la severidad de la enfermedad en su inicio, la posición cronológica del niño en la familia, la forma de alimentación al menor y la asociación con ictosis.

Se ha visto también que separando el niño de su ambiente familiar desaparecen las lesiones, reapareciendo al regresar a su marco familiar.^{100, 101}

¹⁰⁰ Ruiz Maldonado, Op. cit., pp. 36-38.

¹⁰¹ Vickers, The natural history of atopic eczema, 1980, pp. 113 - 115.

RELACION MADRE-HIJO

¿Singularizarme? Vamos ...
Somos todos de consuno
y en la paña que formamos
yo soy nos-otro, nos uno.

Miguel de Unamuno

Es en la niñez, en el curso del desarrollo, cuando surge la mayor parte de los trastornos. Estos es expli
cable si consideramos que, al principio de la vida, mente-
y cuerpo son indivisibles. Las funciones vitales son vege
tativas y la respuesta a cualquier estímulo, somática. La
recepción de los estímulos externos e internos y la activi
dad motora refleja -que contituye durante largo tiempo la
única expresión emocional preverbal- originan la paulatina
diferenciación del psiquismo en el recién nacido.^{102,103,104}

El niño se conecta con el mundo -su madre- por me
dio de la satisfacción de necesidades básicas. Hay una es
trecha relación entre la sensación de bienestar y la satis-
facción de su hambre y el malestar que acompaña a la no sa-
tisfacción de éste. La placidez o la tensión resultante -
se expresa por medio de funciones corporales. Esto expli-

¹⁰² Békéi, Op. cit., pp. 73-82.

¹⁰³ Mahler, Simbiosis Humana: Las vicisitudes de la individuación, -
1985, pp. 24-30.

¹⁰⁴ Klein, Psicología Infantil y Psicoanálisis de Hoy, 1971, pp.11-20.

ca el hecho de que durante largo tiempo tales funciones -
 queden estrechamente ligadas con las emociones y tiempo -
 después, al presentarse acontecimientos traumatizantes se
 regrese a esta forma de expresión primitiva. Al principio,
 madre-hijo forman una unidad indivisible. Como Freud¹⁰⁵ -
 recalcó en 1911 se trata de una fusión muy intensa entre -
 la madre y su infante, donde la fusión sostenedora de la -
 parte más fuerte, la madre, depende la vida del lactante.-
 Esta relación es el eje en torno al cual gira el desarro -
 llo normal o anormal cuya perturbación es uno de los fac -
 tores principales que condicionan los desórdenes psicósomá -
 ticos. Es importante, como vemos, conocer la naturaleza -
 de esta figura materna y sus distorsiones, y en este mismo
 sentido, habría que estudiar estas enfermedades tanto como
 se ha hecho, según los órganos en que se manifiesta, pero -
 también, según el período del desarrollo en que se presen -
 tan.

Es imprescindible, entonces, conocer las etapas -
 evolutivas, el proceso de desarrollo del infante dentro de
 un modelo biopsicosocial.

1.3.1 FACTORES HEREDITARIOS Y AMBIENTALES DEL DESARROLLO

El desarrollo es crecimiento cuantitativo y cuali-

¹⁰⁵ Freud, S., Formulaciones sobre los dos principios del acontecer psí -
 quico, 1976, Amorrotu, Vol. XII, p. 217.

tativo, esto es, multiplicación y diferenciación de células. El óvulo fecundado se divide incesantemente formando capas y grupos celulares, tejidos y órganos cada vez más específicos que se agrupan y ordenan de acuerdo a las leyes intrínsecas y/o heredadas de la maduración. La vida intrauterina está regida principalmente por factores internos, ya desde esa época pueden intervenir eventualmente factores externos como: enfermedades infecciosas, drogas, etc. Al nacer, el neonato tiene la capacidad de mantenerse vivo, en relativa dependencia con la madre. Necesita ayuda y cuidados, pero puede estar ya físicamente separado, porque el contacto con ella será asegurado por una serie de funciones de las que el niño nace provisto.^{106, 107} El desarrollo sigue su ritmo según pautas pre fijadas hereditariamente, pero influido por condiciones externas favorables o no. El niño nace no solo con una estructura definida, heredada, sino también con modos de conducta innatos, endógenos y además, con fantasías pre-conceptivas de sus padres.^{108, 109} El estado emocional -

¹⁰⁶ Langer, *Maternidad y Sexo*, 1987, pp. 190-193.

¹⁰⁷ Rank, *El Trauma del Nacimiento*, 1985, pp. 26-27.

¹⁰⁸ Fédor, *Psicogénesis y Psicoanálisis*, 1987, Conferencia en el XXVII Congreso de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, Puebla, Pue.

¹⁰⁹ Lebovici, *El Conocimiento del Niño a través del Psicoanálisis*, 1986, pp. 162-163.

de la madre, en este caso tiene definitivamente vital importancia en el destino del producto, a través de las actitudes que los padres adopten hacia su hijo, la relación de pareja y en general su ajuste.¹¹⁰ El aprendizaje interviene después, como resultado del influjo ambiental -- sobre los factores congénitamente dados, autodiferenciados, que entran en función como parte del desarrollo normal pero sólo mientras el ambiente no impida su actividad y provea los estímulos suficientes y necesarios para que actúen, es decir, estas conductas endógenas no evolucionan espontáneamente, sino dependen de respuestas ambientales para completarse. El desarrollo depende entonces de:

- 1) Factores hereditarios
 - a) Orgánico-estructurales
 - b) Madurativo-funcionales; y
- 2) Factores ambientales

La herencia, que constituye los dos incisos del primer grupo, nos dice Piaget¹¹¹ es delimitadora. Entre sus márgenes estructurales encierra todas las posibilidades alcanzables; pero estos se realizarán solo si condiciones ambientales favorables y estímulos óptimos colaboran con los factores madurativos prefijados. Cabe mencio

¹¹⁰ López, Teoría General del Desarrollo Psicológico en el Niño en -
Monografía No. I, 1980, p. 12.

¹¹¹ Piaget, Los Estadios en la Psicología del Niño, 1981, pp. 31-36.

nar también, la existencia de períodos críticos de maduración, que son momentos en que cierta función alcanza la capacidad suficiente para establecerse. Esto quiere decir, que si las condiciones ambientales son favorables y los estímulos externos se entretajan con las tendencias de la maduración, este sincronismo creará las condiciones propicias y fomentará el desarrollo psíquico normal. El desarrollo, en estos términos, es la resultante de la interacción que existe entre los patrones genéticos del crecimiento biológico, conocidos como maduración y la experiencia ambiental.¹¹²

1.3.2 DESARROLLO PSICOLOGICO EN BASE A LAS RELACIONES DE OBJETO (Escuela americana, Escuela inglesa y Escuela francesa).

El apartado anterior acentúa la importancia del medio en el desarrollo y constituye el fundamento de las teorías psicoanalíticas del desarrollo que se basan en la relación objetal, en el vínculo del niño con la madre y las estructuras psíquicas que derivan de la internalización de este vínculo. Una relación armónica facilita la progresión de la personalidad sana, en tanto que una relación perturbada interfiere este proceso y permite diversas patologías, entre ellas, los trastornos psicósomáti-

¹¹² Dallal, La importancia de la salud mental en el niño, 1980, pp. 149-150.

cos. A continuación, se incluyen diferentes teorías psicoanalíticas del desarrollo. seleccionadas fundamentalmente porque ponen énfasis en el desarrollo temprano, considerando que el nacimiento psicológico del infante al emerger del orden biológico y socializarse, depende de las vicisitudes de este período. Y principalmente del vínculo madre-hijo, aspecto importante en este trabajo de investigación. Se desglosarán las principales teorías que enfatizan el papel que desempeña la madre en el proceso a través de la función vectora del nexo que la une con su hijo, esto es, las que se basan en la formación de la relación-objetal. La cual al estudiar su génesis muestra cómo interviene la realidad exterior, que tiene un papel estructurante en la embriología del comportamiento y en el desarrollo, que explicita la maduración y la integración de funciones neurológicas sucesivas.¹¹³

El interés de los trabajos sobre el tema no es tan reciente. Freud¹¹⁴ en su artículo Metapsicología indica que:

"El objeto de la pulsión es aquello en o por lo cual puede alcanzar su meta ... no está enlazado originariamente con ella, sino que se le coordina

¹¹³ Lebovici, Op. cit., p. 154.

¹¹⁴ Freud, Pulsiones y destinos de pulsión (1915), Amorrorxu, 1979, Vol. XIV, pp. 118 y 128.

sólo a consecuencia de su aptitud para posibilizar la satisfacción. No necesariamente en un objeto ajeno; también puede ser una parte del cuerpo propio. En el curso de los destinos vitales de la pulsión puede sufrir un número cualquiera de cambios de vía ... Puede ocurrir que el mismo objeto sirva simultáneamente a la satisfacción de varias pulsiones ... Por fuente de la pulsión se entiende aquel proceso somático interior a un órgano o a una parte del cuerpo, cuyo estímulo es representado en la vida anímica por la pulsión."

Nos muestra cómo el niño en la medida de su desarrollo, llega a distinguir las fuentes internas de excitación de las externas, estableciendo el fundamento del reconocimiento del objeto según el axioma fundamental: el objeto se carga de afecto antes de percibirse.

En este sentido, es conveniente aclarar el concepto de relación objetal que en este trabajo se retoma; Kernberg¹¹⁵ argumenta que representa: el estudio de la naturaleza y origen de las relaciones interpersonales y de las estructuras psíquicas que derivan de su internalización y el estudio de la modificación de estas estructuras fijadas a través de su reactivación por las relaciones interpersonales posteriores. Analizando esta

¹¹⁵ Kernberg, Teoría de las Relaciones Objetales, 1986.

proposición, entendemos que la relación objetal representa en psicoanálisis la relación dúmica primaria madre-hijo, abarcando las relaciones modificadores subsiguientes e integra la comprensión psicosocial con la interpretación metapsicológica estructural. Es necesario apuntar que el autor considera que la internalización de las relaciones interpersonales es estructurante y contribuye al desarrollo del Yo y del Superyo. Integra además la teoría instintiva, postulando la relación objetal internalizada como el punto donde convergen lo instintivo (libido y agresión) como parte de las introyecciones primitivas y el sistema social. Para describir las aportaciones de la teoría de las relaciones objetales en psicoanálisis se harán tres divisiones: primero revisaremos las tesis de la escuela americana, a los teóricos que se asentaron en el continente americano: René Spitz y Margaret Mahler; enseguida a la escuela inglesa, representada por Melanie Klein y Donald Winnicott; y finalmente, a la escuela francesa a través de Jacques Lacan. Se incluyen únicamente estos autores, porque son en quienes se apoya este trabajo.

RENE SPITZ

Describió las etapas de evolución psicogenética en relación recíproca con la figura materna. Estudió minuciosamente las partes corporales que se van activando en el curso del desarrollo y las funciones fisiológicas infantiles que se despliegan sucesivamente. Mantiene que

la idea de la líbido es la fuerza heredada que se necesita y utiliza en el curso de la evolución; pero adjudica un papel decisivo en el desarrollo de los primeros contactos humanos, especialmente a la relación madre-hijo, la cual considera como catalizador indispensable que permite a la líbido fijada en las distintas zonas erógenas, ligar¹¹⁶ se con objetos externos, en términos de relación objetal.

Para Freud, en su teoría libidinal, el cambio hacia nuevas fases está originado por la fijación de la líbido en una zona erógena del cuerpo. En el proceso de establecimiento de la relación objetal, en cambio las fases que se suceden agrupándose alrededor de un organizador funcional se diferencian por la manera narcista u objetal- de ligarse la líbido a los objetos. El desarrollo hacia establecimiento de este tipo de relaciones, es favorecido por el perfeccionamiento progresivo del sistema de comunicación entre la díada, que parte de una base afectiva. Empieza por el contacto corporal más primitivo y culmina con la formación del lenguaje. Estas capacidades permiten que los dos seres, uno en formación, el otro maduro, estén en perpetua comunicación. La conducta de uno engendra una respuesta en el otro, la que a su vez sirve de estímulo para una nueva conducta en el primero. La interacción es contínua y progresiva, en espiral; y el desarrollo correspondiente, a pesar de la continuidad de los estímulos externos, no tienen un ritmo uniforme, sino épocas de mayor o menor actividad. De esta manera, el --

autor, postula que la evolución viene dirigida por lo que llama organizadores del psiquismo, este término se tomó prestado de la embriología y se utiliza en la teoría psicoanalítica del desarrollo para marcar el logro de nuevos niveles esenciales de la integración en el proceso de desarrollo.¹¹⁷ En esos puntos los procesos de maduración y desarrollo se combinan formando una aleación e integración. Observa que el establecimiento de un organizador viene señalado por la aparición de nuevos esquemas específicos del comportamiento a los que llama indicadores, es decir, signos externos de que están sucediendo cambios internos.¹¹⁸

Y así, desarrolla tres etapas que se distinguen por las diferentes características que adquiere en el niño la imagen de la madre:

1) Preobjetal. (0-5 meses) El niño funciona mediante reflejos, respuestas a "sensaciones" precarias, a simples recepciones de estímulos. No tiene representaciones psíquicas. Su yo es rudimentario, está en formación, es una fase de no diferenciación. La interacción con el medio es puramente fisiológica. Aun no puede hacer distinción entre yo y no-yo, entre él mismo y su madre. Todas las satisfacciones provienen de su propio cuerpo; su

¹¹⁷ Ajuriaguerra, Manual de Psicopatología del Niño, 1982, p. 20.

¹¹⁸ Ibid.

umbral de percepción es muy alto y lo protege de la mayor parte de los estímulos.¹¹⁹

2) Precursor del objeto. (5-7 meses) El primer organizador marca un cambio fundamental, especificado por la aparición de la sonrisa, se presenta como respuesta al rostro humano y es testimonio de la puesta en marcha de los primeros rudimentos del yo, constituye un vital precursor de la relación objetal, es el resultado de la maduración somática y del desarrollo psíquico que han progresado y se han activado con ayuda de percepciones pasadas y gravadas. El objeto es el rostro humano y se le llama precursor porque el niño no reconoce el rostro humano de una persona determinada, sino sólo una señal, no es un objeto real, es sólo una gestalt, una estructura que se caracteriza por su forma; y al ser constante, provoca la aparición del primer organizador, de esta manera, la barrera de estímulos primaria cede, y el ego, ayudado por la madre debe realizar la función de barrera y prosigue el desarrollo.¹²⁰

3) Objeto libidinal. (8o. mes en adelante) La percepción del niño se hace discrítica; no sonríe a cualquier cara, sino sólo a la conocida. Se vuelve consciente de su madre superando el proceso de fusión previo, ello implica la unión de los dos impulsos: libidinal o

¹¹⁹ Spitz, Op. cit., pp. 39-51.

¹²⁰ Ibid., pp. 75-89.

agresivo, bajo la dominancia de la libido, lo cual ocurre cuando la madre es suficientemente gratificante y además capaz de frustrar óptimamente, para facilitar la diferenciación. El segundo organizador de la psique es la capacidad de reconocer cognitivamente el rostro de la madre, y su indicador la "angustia ante los extraños" testimonia la integración progresiva del yo y su nueva capacidad para distinguirlo de un no-yo, asimismo la división entre la madre, esto es la característica del establecimiento de la relación con el primer objeto libidinal, la madre; y en concomitancia con la amenaza de que dicha relación se extinga. El logro principal, es el cambio que se produce en el área de la comunicación. La transmisión directa de mensajes corporales, se transforma en comunicación, los gestos, en palabra. La primera abstracción que se forma es el "no", el cual es el indicador de un tercer organizador que Spitz llama "comunicación semántica", donde el uso de un signo semántico afirma la independencia del menor y al mismo tiempo limita su acción impulsiva, le permite llegar a la distinción entre el sí mismo y el objeto materno y en consecuencia entrar en el campo de las relaciones sociales. Esta es una solución más duradera para la evolución del niño: empezar el proceso de internalización de los objetos y el uso extendido del lenguaje. ¹²¹

¹²¹ Spitz, Op. cit., pp. 118-128 y 133-145.

Spitz resume así los tres estadios de la organización psíquica:

"El primer organizador de la psique estructura la percepción y establece los inicios del ego. El segundo integra las relaciones de objeto con las pulsiones y establece al ego como una estructura psíquica organizada con una variedad de sistemas, aparatos y funciones. El tercer organizador, finalmente, abre el camino para el desarrollo de relaciones de objeto ... Esto hace posible la emergencia del self y los inicios de las relaciones humanas ..."

122

MARGARET MAHLER

La autora estudia al niño en su interacción con la madre y observa los progresos de su individuación. Plantea que el nacimiento biológico del infante humano y el nacimiento psicológico, nos dice, han de pasar casi cuatro años para que el niño pueda considerarse ajustado a la realidad y plenamente individuado. En este sentido, habla de dos embarazos: uno biológico y uno psicológico.¹²³ Al observar los progresos de su individuación y el camino de esa autonomía descubre varias fases:

¹²² Spitz, A genetic Field Theory of Ego Formation, 1959, pp. 96-97.

¹²³ Mahler, Op. cit. p. 13.

1) Autismo normal. Se extiende desde el nacimiento hasta el segundo mes. Inicialmente se concibe un sistema psíquico aislado de estímulos del mundo exterior y que puede satisfacer de un modo autístico sus necesidades de alimento. En forma simbólica, conceptualiza el estado sensorio de las primeras semanas de vida como autismo normal, por el estado de desorientación alucinatoria primitiva en la cual la satisfacción de la necesidad pertenece a su propia órbita omnipotente autista. Las necesidades y satisfacciones, que proporciona la madre para reducir la tensión, no pueden ser aisladas ni pueden ser diferenciadas por el pequeño de sus propios intentos de reducción de tensión (yo primitivo).¹²⁴ El neonato, no advierte que la satisfacción de sus necesidades depende de otro ser, ya que son satisfechas en forma periódica por una madre con sensibilidad peculiar, antes que la necesidad sea apremiante. El atraso casual de la satisfacción crea tensión y pone en marcha el sistema afectivo-motor, provoca llanto y alerta a la madre quien acude a brindarle atención, esta reacción es violenta, es un pánico orgánico; lo que sin embargo, no lleva a la diferenciación, al reconocimiento del otro, sino a la desorganización. Esta inestable conducta transitoria termina con el logro de un nuevo equilibrio adaptado al medio extrauterino. La catexia corporal limitada a los procesos en-

¹²⁴ Mahler, Op. cit., 1905, pp. 24-25.

dógenos se extiende a los órganos sensoriales para la percepción del no-yo; gracias a su función, el bebé ya se percata de que la satisfacción de sus necesidades depende de una fuente externa a su yo corporal. Este logro, marca la transición de la siguiente fase:¹²⁵

II) Simbiosis. Del segundo mes en adelante inicia el conocimiento confuso del objeto satisfactor, pues la figura materna no se percibe como una persona totalmente separada del infante, sino como una especie de extensión de su propio ser. El término de simbiosis tomado de la biología está dentro de un contexto metafórico, implica que el infante es absolutamente dependiente del socio simbiótico, mientras que la necesidad de la madre hacia su hijo es relativa. Es un estado de indiferenciación, de fusión con la madre en el que lo interno y lo externo sólo empiezan a sentirse gradualmente como diferentes; las percepciones externas o internas son proyectadas más allá del límite común, así también, existe indiferenciación entre líbido y agresión, lo que protege al yo rudimentario de la tensión del trauma. El rasgo esencial de esta fase es la fusión alucinatoria o ilusoria, somatopsíquica, omnipotente, con la representación de la figura materna; y en particular, la ilusión de un límite común de los dos. Así dentro de la matriz de dependencia, esta

¹²⁵ Mahler, Op. cit., 1975, pp. 53-55.

figura toma lugar de diferenciación estructural que lleva a la organización del individuo para la adaptación: el yo. Por medio del cuidado materno (yo auxiliar), el infante es sacado gradualmente de una tendencia innata a la regresión, hacia un mayor estado de alerta sensorial y aun con contacto con el medio ambiente; lo que además coadyuva al desplazamiento de la líbido.¹²⁶ El estrecho contacto corporal con la madre es un prerrequisito para que el niño vaya reconociendo poco a poco un mundo fuera de sí mismo, una realidad externa representada por la madre. De acuerdo con las secuencias de placer y dolor se demarcan las representaciones del yo corporal dentro de la matriz simbiótica, que son depositadas como la "imagen corporal".¹²⁷ De este modo, las representaciones del cuerpo contenidas en el yo primitivo median entre las percepciones internas y externas; Bergmann¹²⁸ en 1963 lo explica así:

"Por un lado el yo moldea bajo el impacto de la realidad y por el otro bajo el impacto de los impulsos instintivos. El cuerpo contiene dos clases de autorrepresentaciones: hay un núcleo interno de la imagen corporal con un límite que es volcado hacia el interior del cuerpo y lo divide del yo; y una capa externa de engramas sensorio-

¹²⁶ Mahler, Op. cit., 1985, pp. 25-27.

¹²⁷ Schilder, Abud., Mahler, Ibid., p. 27.

¹²⁸ Bergmann, Ibid., p. 28.

perceptuales que contribuye a los límites del "ser corporal".

Es la imagen corporal el cambio de catexis propioceptivas hacia la catexis sensorio-perceptivas de la periferia es un gran escalón en el desarrollo, prerequisite -- esencial de la formación del yo corporal, así como también la expulsión por medio de la proyección de la energía agresiva, destructiva y no neutralizada; en este sentido, las sensaciones internas forma el "núcleo del ser" del cual se establecerá una "sensación de identidad."¹²⁹ A partir de estas vivencias proporcionadas en el marco de una relación simbiótica, va formando la imagen interna de su madre. Una ligazón inicial firme es paradójicamente la condición que facilita el desprendimiento que debe realizarse en la fase siguiente.

III) Separación-Individuación. (8 meses-3 años).

En este período se disuelve el vínculo intenso que lo unía con la madre. La maduración neurológica lo capacita ahora para movilizarse, lo que le da placer y sensación de independencia, pero aún necesita de su presencia y actitud alentadora para los logros de su autonomía incipiente. La interacción entre el niño con su movilidad recientemente adquirida y la madre que le brinda las condiciones adecuadas para que se pueda mover con seguridad, constituye -

¹²⁹ Greenacre, *Ibid.*

el contexto en que se realiza la tarea específica de la fase. La separación y la individuación se conciben como dos desarrollos complementarios:

"La separación es la emergencia del niño de una fusión simbiótica con la madre, y la individuación consiste en los logros que jalonan la asunción por parte del niño de sus propias características individuales. Estos desarrollos están entrelazados con los procesos evolutivos pero, no son idénticos a ellos; pueden proceder en forma divergente con una demora o precocidad en uno u otro."

130

Nos explica dos líneas interdependientes y complementarias: la separación como la formación de la constancia objetal; y la individuación culmina en la identidad del self. En este complejo proceso la autora distingue cuatro subfases: 1) Diferenciación (6-10 meses), se da el desarrollo de la imagen corporal. 2) Ejercitación Locomotriz (10-15 meses), se caracteriza fenomenológicamente por la marcha, "bajada de tono" y la "evocación de imágenes". 3) Acercamiento (16-24), las capacidades logradas conforman la prueba de la adaptación, se agregan conflictos impulsivos percibidos en su forma agresiva dirigidos hacia la madre, renuevan el temor de perderla y --

vuelve la angustia de separación. 4) Consolidación de la Individuación y Comienzos de la Constancia Objetal, se -- presenta la estabilización de su imagen interna y la constancia objetal como representación interna del objeto libidinal y la fusión del objeto "bueno" con el objeto "malo"; el logro cognitivo-afectivo de una conciencia de la separación, la estructuración yoica y la diversificación de las defensas.^{131, 132}

La teoría de la autora, no considera los procesos: impulsivo y objetal como separados y diferentes que se influyen mutuamente, sino postula una interacción esencial. Además, indica que las fallas ambientales que inciden tempranamente interfieren el proceso mismo y provocan trastornos difíciles de superar, esto es, atacan la estructura propia de la personalidad, se produce una debilidad yoica y una hipersensibilidad para el tipo de trauma que provocó el defecto original.

DONALD W. WINNICOTT

Observó la conducta de los infantes y su relación con la madre; postula la existencia de un yo primitivo simultáneo con ello, es deficiente, su fuerza depende de la madre y de su capacidad para compensar la debilidad yoica.

¹³¹ Mahler, Op. cit., 1975, p. 65-123

¹³² Mahler, Op. cit., pp. 34-50.

El desarrollo parte de un proceso de fusión, de diferenciación progresiva en el que distingue tres etapas:

1) Integración. Existe un período inicial no integrado de psique y soma y el desarrollo conducirá la integración que se realiza con la ayuda de funciones motoras sensoriales, las cuales son elementos del narcisismo primario; y, con la existencia rudimentaria de una imaginación elaborativa de las funciones corporales (puras). Ambas llevan a establecer la sensación de existir, pues no se ha formado aún el sí mismo separado, la estructuración yoica y el esquema corporal propios. Rigen las leyes del proceso, identificación autoerotismo y narcisismo primarios.¹³³ Si los cuidados maternos fallan, el menor será invadido por una angustia catastrófica que es la más primitiva: la de aniquilación; y por el contrario, la adecuada dedicación y percepción materna apoyará la diferenciación paulatina de la madre, se integrará y pasará a su:¹³⁴

2) Personificación. Es el inicio de la percepción de una membrana delimitadora, representada por la piel, que lo separa de su madre, estableciéndose la diferencia no-yo, yo. Su psique se instala en su soma, se da cuenta de que tiene un interior y un exterior y construye su esquema corporal. Subdivide tres períodos: dependen-

¹³³ Winnicott, *El Proceso de Maduración en el Niño*, 1976, p. 50.

¹³⁴ *Ibid.*, pp. 41-73, 273

cia relativa e independencia.¹³⁵ Adquiere su realidad psíquica y se pone en marcha el proceso secundario, iniciándose la simbolización, fusionándose líbido y agrasión. De esta forma inicia la apreciación de la realidad, la adquisición de las nociones tiempo, espacio y se introduce:

3) La Realización. La capacidad de relaciones -- con objetos que si anteriormente se percibió subjetivamente, ahora se reconoce ya en forma objetiva; la fusión desaparece, la relación con la madre es como persona separada, en su ámbito entra el padre ejerciendo un papel activo.

Winnicott no establece límites cronológicos en estas etapas y subraya el papel fundamental de la madre, -- quien pasa por lo que el autor llama una "enfermedad normal", la preocupación maternal primaria¹³⁶ que proporciona la capacidad de ponerse en el lugar del hijo y responder a sus necesidades; gracias a dicha adecuación precoz, el bebé no experimenta amenaza alguna de aniquilación y -- puede valorar su sí mismo sin peligro, se desarrolla lentamente durante el embarazo, permanece algunas semanas -- después del parto y se extingue progresivamente.¹²⁷ En un

¹³⁵ Winnicott, El Proceso de Maduración en el Niño, 1976, p. 51-52, --
101-110

¹³⁶ Ibid., pp. 273-274.

¹³⁷ Ibid., p. 61, 81-85.

estado de repliegamiento, de disociación, incluso puede -- compararse a un estado esquizoide. Mas tarde, esta figura, supera la situación no aceptando ya ser absolutamente gratificante para su hijo. Cuando no es capaz de dejarse invadir espontáneamente por esta preocupación, no podrá satisfacer las precocísimas necesidades de su bebé, usurpando constantemente su espacio. Angustiada y culpabilizada por su fallo inicial "cuida" entonces a su niño, en vez de dejarle llevar a cabo sus propias experiencias.

Coherente con su teoría, el autor establece para cada período del desarrollo del bebé un período materno correspondiente: a la no integración corresponde sostener; a la no personificación, manipular y; a la relación-¹³⁸ de objeto corresponde presentación de objetos, convivir.

1) El "holding" es el sostén y crianza del niño tanto físico, necesidades fisiológicas: como psíquico, -- transmitir la sensación de apoyo, de confiabilidad y de ser querido; todas estas actitudes, a través de una comunicación empática, de vivencias sensoriales agudas en el niño y reactivadas regresivamente en la madre, conducen a la formación de la primera relación de objeto (parcial), el pecho; y a la vivencia de la primera gratificación instintiva, la succión; experiencias indispensable para la organización del yo infantil.¹³⁹

¹³⁸ Winnicott, El Proceso de Maduración en el Niño, 1976, p. 70.

¹³⁹ Winnicott, El Proceso de Maduración en el Niño, 1976, p.55-63,294.

2) El "handling" son las manifestaciones del -- cuerpo: cuidados higiénicos, vestirse, caricias e inter cambios cutáneos múltiples. La actitud protectora y proveedora en respuesta a nuevas señales del niño ya no adelantan las necesidades, sino que las comprenden: si no se presta atención a los pequeños mensajes y se cumplen las funciones mecánicamente por falta de sensibilidad, o se adelanta a los deseos del menor satisfaciéndolos sin darle posibilidades de expresión, paraliza el proceso de individuación, cesando las señales corporales desatendidas, la difusión no se realiza y el niño queda como apéndice de la madre sensitiva, deja de estar fusionado y se establece la relación de objeto real entre self delimitado y la persona separada de la madre.¹⁴⁰

3) "Object-Presenting", caracteriza la capacidad de la madre para poner a disposición lo que el infante necesita en el momento preciso, ni antes ni después, si es así, éste adquiere confianza en los objetos de su mundo real. Si la presentación del objeto es precoz priva al menor de la posibilidad de experimentar su necesidad, y más tarde, de descartar: representa una interrupción brutal en el espacio del niño y se protege creando un falso si mismo, aclarando este término, encontramos que se refiere a una especie de pantalla artificial entre el verdadero sí mismo, protegido, escondido y el medio: no es

¹⁴⁰ Winnicott, Realidad y Juego, 1987, pp. 147-155.

creativo, no proporciona el sentimiento de ser real y puede hallarse en el origen de la construcción defensiva contra el miedo al hundimiento, representa, también, el concepto límite entre el desarrollo normal y el campo de lo psicopatológico.¹⁴¹ Por otro lado, la representación en exceso tardía del objeto conduce al bebé a suprimir su deseo a fin de someterse pasivamente a su entorno.¹⁴² Una madre suficientemente buena desarrolla en su hijo un sentimiento de omnipotencia y de poder, le hace poseer la ilusión activa de crear el mundo a su alrededor; esta actividad mental, transforma un ambiente suficientemente bueno en perfecto, y da paso a vivencias de satisfacción y frustración que contribuye a estructurar el yo¹⁴³ a que la psique resida en el cuerpo, consiguiendo la unidad soma-psique, base de un sí mismo auténtico.¹⁴⁴ Frente a las "flaquezas de la madre", el niño experimenta desilusión, pero se adapta a ella activamente reemplazando la ilusión primitiva por un "espacio intermedio", de creatividad primaria: el área de transición, cuya característica principal es el objeto transicional, este no es interno ni externo, pertenece al mundo real, pero el niño lo incluye inicialmente en su mundo de ilusión y de omnipotencia y de la vida imaginativa del menor; por su esencia es

¹⁴¹ Winnicott, Op. cit., pp. 160, 169-181.

¹⁴² Winnicott, Op. cit., pp. 125-126.

¹⁴³ Ibid., p. 18

¹⁴⁴ Winnicott, Op. cit. p. 66

es el espacio de juego.¹⁴⁵ Winnicott lo expresa así:

"El niño que se halla experimentando la omnipotencia al amparo del medio ambiente posibilitador - crea y recrea el objeto, y paulatinamente el proceso pasa a formar parte de él, apoyado por la memoria... En la normalidad, el niño crea lo que de hecho se halla en torno a él esperando ser encontrado. Pero en la normalidad el objeto es creado, no encontrado... Un objeto "bueno" no le sirve de nada al niño a no ser que él mismo lo haya creado. Me atrevo a decir que lo habrá creado de la necesidad. Sin embargo, para poder crearlo es necesario que el objeto sea encontrado. Esto hay que - aceptarlo así aunque parezca una paradoja, sin - tratar de resolverlo mediante un replanteamiento- que parezca eliminar lo paradójico. 146

La percepción materna, explica que debe ser distinta en los tres períodos, se basa: en la empatía en el primero, la captación en el segundo y la facilitación en el tercero. El paso de uno a otro no es neto y puede haber momentos de oscilación que se deben reconocer. La dificultad de la madre para adaptarse con plasticidad a las exigencias cambiantes del infante puede crear trastornos en la estructura del yo. Asimismo, la manera en que se -

¹⁴⁵ Winnicott, Op. cit. p.p. 131-135.

¹⁴⁶ Winnicott, Op. cit., p. 219.

concibe la relación madre-hijo se traduce por el modo en que enfoca la inserción del hombre en la cultura; ve en la vulnerabilidad de éste la condición que lo lleva a relacionarse con sus congéneres, motivado por el deseo de afecto, no por la necesidad de descargar impulsos instintivos:¹⁴⁷

"... los fallos ambientales desempeñan su papel positivo, permitiendo que el niño empiece a tener conocimiento de un mundo que es repudiado... Es posible que a primera vista parezca tratarse de agresión; la realidad es que se trata de aflicción."
148

MELANIE KLEIN

El concepto de los instintos tiene un papel destacado en el desarrollo de la teoría de esta autora, los define como buscadores de objetos¹⁴⁹ y los explica a través de dos puntos complementarios y fundamentales que caracterizan su concepción:

1) La importancia del dualismo pulsional: pulsión de vida-pulsión de muerte, y de aquí la prevalencia de los conflictos internos sobre los conflictos ambien-

¹⁴⁷ Winnicott, Op. cit., pp. 135-138.

¹⁴⁸ Winnicott, Op. cit., p. 220.

¹⁴⁹ Segal, Introducción a la Obra de M. Klein, 1985, p. 20.

los o de adaptación. Se refiere así:

"... El ambiente tiene, de hecho, importantísimos efectos sobre la infancia y la niñez, pero no es verdad que sin un ambiente malo no existirían ansiedades ni fantasías agresivas o persecutorias. La importancia del factor ambiental solo se puede evaluar correctamente si se tiene en cuenta como la interpreta el bebé en función de sus propios - instintos y fantasías." 150

2) La precocidad de dicho dualismo pulsional que existe desde el nacimiento, precede a toda experiencia -- vivida y orgánica, los primeros estados del psiquismo infantil: el yo y el superyo arcaicos.¹⁵¹

Fundamenta las fantasías inconscientes como la -- expresión mental de los instintos y marca su presencia -- desde el principio de la vida, aseverando que, a cada impulso instintivo hay una fantasía correspondiente que lo expresa.¹⁵² Supone que crear fantasías es una función del yo, como concomitante constante e inevitable de las experiencias reales, en constante interacción con ellas; como defensa contra la realidad externa e interna, ya que la -

¹⁵⁰ Segal, Introducción a la Obra de M. Klein, 1985, p. 20.

¹⁵¹ Ibid., p. 22.

¹⁵² Klein, Psicología Infantil y Psicoanálisis de Hoy, 1971, pp. 11-21.

gratificación derivada de ella contrarresta la frustración.¹⁵³ Klein aborda el estudio de las relaciones objetales sin establecer etapas fijas que se cumplan y se superen, sino habla de posiciones que se escalan, pero cuyo logro no es definitivo. Clarificando el término:

"Posición implica una configuración específica de relaciones objetales, ansiedades y defensas, persistente a lo largo de la vida." 154

Postula dos posiciones, la primera nunca llega a reemplazar por completo a la siguiente, la integración lograda nunca es total y las defensas contra el conflicto producen regresiones de una posición a la otra, oscilando el individuo entre ambas, estas son:

1) Esquizo-paranoide. Se caracteriza porque el bebé se relaciona con objetos parciales, el predominio de escisión en el yo y en el objeto (yo u objeto dividido - sin especificar en cuantas partes), y la ansiedad paranoide. Aquí coexisten dos impulsos opuestos: eros y tanatos, difusos, esto es, tienen existencia independiente y son vividos como dos fuerzas separadas que determinan una función del yo fragmentado, dividido, escindido, con características paranoides; con las que el yo tiene que lidiar a través del consecuente uso de defensas primitivas de proyección, introyección y escisión que son --

¹⁵³ Segal, Op., cit., pp. 20-21.

¹⁵⁴ Ibid., p. 17

pasos graduales del desarrollo; y, su alteración es un punto de fijación al que si se regresa se presentan fenómenos psicóticos. Los dos mecanismos mentales específicos que operan desde el principio y gracias a ellos podrán construirse las preformas del aparato psíquico y de los objetos son: la introyección y la proyección. Las primeras experiencias instintivas, especialmente la de la alimentación, servirán para organizar dichas operaciones psíquicas: a) las buenas experiencias de satisfacción van unidas a la pulsión libidinal. De esta manera se halla introyectado en el bebé un afecto unido a un fragmento de objeto bueno que servirá de base al establecimiento del primer yo fragmentado interno del bebé; b) las malas experiencias, de frustración, de displacer van unidas a la pulsión de muerte, como tales son vividas como peligrosas y se proyectan al exterior. Se constituye así una primera unidad fragmentaria formada por un afecto agresivo y un fragmento de objeto malo rechazado al exterior, al no-yo. Esta primera dicotomía adquiere un sentido sumamente determinado, puesto que a su alrededor se van a organizar las nociones concomitantes siguientes: yo-no-yo; fragmento bueno de objeto fragmento malo de objeto; interior-exterior. Al mismo tiempo, la reiteración permanente de la pulsión de muerte fuerza al niño a reforzar sin cesar su sistema defensivo, proyectando hacia el exterior todas las experiencias malas e introyectando las buenas. Se hallan así progresivamente constituídos: i) un obje-

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

to peligroso, malo, persecutorio, externo, del cual debe protegerse y que constituye la preforma del superyo arcaico materno; ii) un objeto bueno, idealizado, gratificante, en el interior del bebé, al que debe proteger y que constituye la preforma del yo arcaico.^{155, 156} Esta fase -- constituye la esencia misma de la posición esquizo-paranoide. Posteriormente, nuevos mecanismos mentales harán que dicha separación sea más compleja y menos nítida, estos son: la identificación proyectiva (mecanismo por el cual el infante se identifica con los fragmentos de objetos proyectados al exterior), la escisión, la idealización (se niegan las características indeseables del objeto y el bebé proyecta en este su propia libido), la negación. La identificación proyectiva se vincula con procesos evolutivos que aparecen durante los primeros tres o cuatro meses de vida, cuando la disociación es máxima y la ansiedad persecutoria predomina. El yo se encuentra todavía no integrado y es susceptible, por ende, de disociarse, así como, disociar sus emociones y sus objetos -- internos y externos, pero la disociación es también una -- de las defensas fundamentales contra la ansiedad persecutoria. Otra defensa que aparece en esta etapa es el control omnipotente de los objetos internos y externos. La identificación por proyección implica una combinación de la disociación de partes del yo y de la proyección de las

¹⁵⁵ Segal, Op. cit., pp. 29-42.

¹⁵⁶ Klein, Op. cit., pp. 15-16.

mismas en otra persona. En general, estos procesos tienen muchas ramificaciones e influyen fundamentalmente en las relaciones de objeto. 157, 158, 159

2) Posición Depresiva. Entre los 17 y 18 meses, la ansiedad persecutoria disminuye y pasa al frente la ansiedad depresiva, como resultado de la mayor capacidad del yo para integrarse y para sintetizar sus objetos. Esto proviene de la nueva posibilidad para el niño de reconocer la unicidad del pecho bueno y el pecho malo, de la madre buena y la madre mala. Frente a esta unicidad se experimenta angustia depresiva y culpabilidad, debido al amor y al odio que se siente hacia un mismo objeto; por el daño causado (en las fantasías omnipotentes) a éste. El menor reconoce un objeto total y se relaciona con él, esto es posible porque la defusión instintiva deja su lugar a la fusión instintiva, es decir, que ambos instintos, de vida y de muerte se orientan al mismo objeto, presentándose, por consiguiente, la ambivalencia, de la que emerge la ansiedad principal producto del temor del niño a que sus impulsos destructivos aniquilen al objeto amado del que depende totalmente, y entonces el reconocimiento de éste le causa culpa y ésta a su vez la depresión y un

157 Segal, Op. cit., pp. 39-42, 71-84.

158 Klein, Sobre la Identificación, en Obras Completas de Melanie Klein, 1979, vol. IV, Cap. 13, p. 303-304

159 Ajuriaguerra, Op. cit., pp. 18-19.

sentimiento de desesperación.¹⁶⁰ No obstante, si las experiencias buenas predominan sobre las malas y si el objeto bueno no está excesivamente amenazado por el malo, el yo bloqueado por la pulsión libidinal puede aceptar sus pulsiones destructoras, permitiendo la atenuación de la escisión y de los mecanismos que la acompañan, haciendo que sea más realista la percepción del objeto y del yo del niño. Lo anterior explica el paso de una relación de objeto fragmentado a una relación de objeto excindido, para llegar a una relación de objeto total.¹⁶¹ Las experiencias repetidas en esta posición, lleva a utilizar defensas de dos tipos: reparación y defensas maníacas. La reparación implica la posibilidad de elaborar el duelo, el dolor por la pérdida, y conduce a una mayor integración del yo,¹⁶² accede, gracias a la atenuación de los mecanismos de la serie psicótica, al simbolismo y, en consecuencia, al desarrollo del pensamiento. En cambio, en la defensa maníaca, que surge cuando la culpa y la pérdida resultan intolerables, la relación con el objeto se caracteriza por el control, el triunfo y el desprecio. Lograr el control del objeto es una manera de negar la dependencia que se tiene de él, obligándolo a satisfacer, a la vez, tal dependencia; un objeto controlado es un objeto con el que se puede contar. En el triunfo, la sensación de éxito sirve para mantener a raya los sentimien-

¹⁶¹ Segal, Op. cit., p. 26.

¹⁶² Ibid., pp. 94-104.

tos depresivos, como sentir nostalgia y extrañar al objeto. El desprecio, por consecuencia, es una negación directa del valor del objeto y sirve para aminorar la culpa de su destrucción:

"Un objeto despreciable no merece que se sienta - culpa por él, y el desprecio se convierte en justificación para seguir atacándolo." 163

La autora explícita que la aparición de estas defensas no son en sí mismas un fenómeno patológico; desempeñan un papel importante y positivo en el desarrollo, -- pero cuando son excesivamente fuertes, se establecen círculos viciosos y se forman puntos de fijación que interfieren con el desarrollo futuro.

De este modo, se va construyendo el complejo mundo interno, según la aproximación kleiniana. La estructura de la personalidad está determinada en gran parte -- por las fantasías más permanentes del yo sobre sí mismo y los objetos que contiene; plantea también, que existe una estrecha relación entre integración yoica y relaciones objetales. Y finalmente, huelga decir, que al señalar el surgimiento del yo como estructura incipiente, marca la aparición del superyo a la altura de la posición depresiva, y con ello, también propone la existencia de una --

¹⁶² Segal., pp. 94-104.

¹⁶³ Ibid., pp. 87, 85-93.

triangulación edípica más temprana.

JACQUES LACAN

Su teoría en la parte evolutiva del desarrollo, postula que la inserción del infante en el orden simbólico, socio-cultural y lingüístico preconstituído, define su desarrollo. Distingue tres etapas principales:

1) Estadio del Cuerpo Fragmentado. Abarca los primeros seis meses, perdura la organización postural intrauterina y el neonato sigue bajo la influencia de la vivencia angustiosa de la asfixia, el frío y el malestar laberínticos provocados por el nacimiento. No tiene una organización mental, ni un yo formado, ni capacidad de representación. Su sensorio le permite solamente formar imágenes fragmentadas debido a la falta de mielinización de los centros nerviosos superiores y la ausencia de una estructura psíquica integradora (tampoco puede diferenciar lo externo de lo interno). La imagen del seno mater no es sensorial: basada en sensaciones extero, propio e interoceptivas no coordinadas. Partiendo de esta percepción primitiva, algunas sensaciones exteroceptivas se aglomeran formando los primeros elementos de objetos con carga afectiva. Pero la imagen que va formando, consiste en fragmentos separados: el cuerpo del otro se vivencia como fragmentado del mismo modo que su propio cuerpo, ya que la realidad externa se organiza reflejando las formas

del cuerpo propio, modelo de todos los objetos.

Lacan, considera que el hombre es un ser con una "prematuration específica del nacimiento"¹⁶⁴, inacabado; y establece, que en este período se da una relación corporal directa, preverbal y presimbólica.

2) Estadio del Espejo. Es el reconocimiento de uno mismo en el espejo, en la relación dual y se sitúa en torno del 6o. u 8o. mes. El autor nos explica que esta relación dual primaria del niño con su semejante (imagen de él mismo que le devuelve el espejo, o de la madre) no le proporciona su subjetividad; desempeña, a lo más, la función de un reconocimiento de la totalidad del cuerpo, experimentado anteriormente como algo fragmentado. El niño no ve en el otro, en la imagen de sí mismo o en su madre, más que un semejante con el que se confunde y se identifica. Identificación como: transformación producida en el sujeto cuando asume su imagen. La imagen especular (asumida jubilosamente) es entonces, "la matriz simbólica en la que el Yo (je) se precipita en forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro, antes de que el lenguaje le restituya en lo universal de su función de sujeto".¹⁶⁵ Será el tronco de las identificaciones secundarias

¹⁶⁴ Lacan, El Estadio del Espejo como formador de la función del Yo (Je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica, - en Escritos I, 1971, p. 69.

¹⁶⁵ *Ibid.*, p. 97

rias. "La forma total del cuerpo, gracias a la cual el sujeto se adelanta en un espejismo a la maduración de su poder, no le es dada sino como Gestalt, es decir, en una exterioridad donde sin duda esa forma es más constituyente que constituida".¹⁶⁶ Simboliza la permanencia del Yo (je) al mismo tiempo que prefigura su destinación alienadora. La imagen especular parece ser, nos dice este teórico, el umbral del mundo visible; es un factor muy importante para el desarrollo; como estructurante psicológico da origen a la identificación primaria y forma la base de la identificación secundaria. En este sentido, el reconocimiento de la imagen es procesual; primero: el niño trata su imagen especular como una realidad o imagen de otro (lo busca detrás del espejo); después ya no considera la imagen como una persona real ni intenta sacarla de su "escondito" pero no se da cuenta aún de que es su propio reflejo (la imagen no es de otro); y, finalmente; se reconoce él mismo. Esto se realiza en forma imaginaria a través de la identificación con el doble, y es una fase decisiva para la integración de la imagen corporal y la formación del yo. El reconocimiento de la propia imagen, incita al menor a buscar su imagen palpable en el otro; los imita, los agrede y trata de dominarlos; establece una relación dual, especular, de indiferenciación, confundiéndose con el otro. Su conducta agresiva le servirá para reconocerse a sí mismo y también para --

¹⁶⁶ Ibid.

aprender el uso de su cuerpo y lograr mejor coordinación muscular. Podrá finalmente, no confundirse con el otro - (p. ej. no llorar al ver caer a su compañero). Lacan lo dice así:

"... la experiencia de sí en el niño pequeño, en cuanto que se refiere a su semejante, se desarrolla a partir de una situación vivida como indiferenciada. Así alrededor de la edad de 8 meses en esas confrontaciones entre niños, que, observémoslo, para ser fecundas apenas permiten una distancia de dos meses de edad, vemos esos gestos de -- acciones ficticias con los que un sujeto rectifica el esfuerzo imperfecto del gesto del otro confundiendo su distinta aplicación, esas sincronías de la captación espectacular, tanto más notables cuanto que se adelantan a la coordinación completa de los aparatos motores que ponen en juego. -- Así la agresividad que se manifiesta en las retaliaciones de palmadas y de golpes no puede considerarse únicamente como una manifestación lúdica -- puesta en juego para detectar el cuerpo. Debe -- comprenderse en un orden de coordinación más amplio: el que subordinará las funciones de posturas tónicas y de tensión vegetativa a una relatividad social... Aún más, yo mismo he creído poder destacar que el niño en estas condiciones an-

ticipa en el plano mental la conquista de la unidad funcional de su propio cuerpo, aun inconclusa ... Hay ahí una primera captación por la imagen en la que se dibuja el primer instante de la dialéctica de las identificaciones." 167

Por lo tanto, la fase del espejo, en síntesis, constituye el advenimiento de la subjetividad cenestésica, precedida por la fragmentación del cuerpo vivido. El reflejo del cuerpo es, por consiguiente, saludable, por su unidad y su localización espacio-temporal. Pero también es la fase de la identificación narcisista alienante: el sujeto es su doble. Existe una oposición inmediata de la conciencia con su doble en la que cada término comunica el uno con el otro. La relación dual es lo propio de lo imaginario, de la no distinción del significante y del significado. Este estilo de la relación, particularmente aprehensible en la relación del niño con su madre, una unión difusa que no es sino confusión en la cual los dos miembros se interpenetran. Y el niño no puede disponer de su individualidad.

3) El Estadio del Espejo. Lo subdivide en tres tiempos: a) Primer Tiempo: Narcisismo. Lacan¹⁶⁸ describe que la experiencia narcisística fundamental se da en -

¹⁶⁷ Ibid., *La agresividad y el psicoanálisis*, pp. 104-105.

¹⁶⁸ Ibid., *Las formaciones del inconsciente*, 1970, p. 86.

la etapa anterior, sería la captación amorosa del sujeto por la propia imagen del yo. Y se corresponde posteriormente en el Edipo, en el que se produce la relación fálica madre-hijo; en donde todo es pleno, total. Es la "célula primaria" donde la reciprocidad de la relación es absoluta y perfecta, donde se colman todos los deseos. Culminación de deseos llamada "falo" que sería el encuentro de dos deseos satisfecha: el de la madre y el del hijo. En el narcisismo el sujeto se vive como el deseo del deseo de la madre.¹⁶⁹ Según este esquema, la madre realiza la equivalencia simbólica. Falo-hijo, es decir, el hijo colma el deseo de falo de la madre. Por su parte el falo para el hijo es el deseo de colmar el deseo de la madre. La relación madre-hijo en este primer momento es la relación del intercambio en donde al interponerse el falo dos deseos se colman recíprocamente; desde el hijo del narcisismo; desde la madre es la mujer fálica, mujer de la plenitud ideal, mujer satisfecha y cerrada en el hijo. Epifenómenos característicos de esta etapa son imágenes expansivas: omnipotencia de las ideas, del deseo, manipulación mágica de objetos, etc. En la relación con la madre, el niño erogeniza su cuerpo, cargándose libidinalmente y siendo esta carga condición de toda catexia ulterior de objeto. El destino del sujeto, entonces, dependerá de la posibilidad de separarse (la "refento") del

¹⁶⁹ Ibid.

lugar en el que se alimentó libidinalmente, por lo que se habla de una partición a su engendramiento o parto. No hay amor sin narcisismo pero él es su muerte. b) Segundo tiempo: Castración. Marca el momento en el que el sujeto queda separado de su ligazón "incestuosa" con la madre. - Esta separación se produce por el "corte" que realiza la "función paterna".

"... el padre interviene efectivamente como privador de la madre, en un doble sentido: en tanto - priva al niño del objeto de su deseo y en tanto - priva a la madre del objeto fálico ... sustitución de la demanda del sujeto: al dirigirse hacia el otro, he aquí al otro del otro, su ley. El deseo de cada uno está sometido a la ley del deseo del otro.

170

La castración funciona como idea, como fantasía; - se plantea como: ser o no ser el falo. El sujeto elegirá antes que él, por sus padres, será tanto pasivo como activo.¹⁷¹ Va unido un doble movimiento afectivo: 1) la agresividad contra el progenitor frente al cual su deseo sexual se ubica en postura rival, y 2) un temor secundario ante la posibilidad de retorno a la agresión similar. "Aquí el padre se manifiesta en tanto otro y el niño es profundamente sacudido en su posición de sujeción: el objeto del deseo de la --

¹⁷¹ Ibid.

¹⁷² Ibid., p. 89.

madre es cuestionado por la interdicción paterna".¹⁷² Y en el corte está la posibilidad misma de poder o no, desear objetos fuera de la madre como objeto primordial, es decir, trascender el objeto incestuoso. En la renuncia, el ideal del individuo queda dividido y sexuado, es decir, castrado, definitivamente insatisfecho y por lo tanto, requeridor, deseante, necesitado de otro. La incompletud, lo anhelante, lo insuficiente, el carácter criatural alienado en su origen, exige un otro real, fantástico o mítico. El campo de la intersubjetividad puede estructurarse cuando al sujeto se le da un "corte". c) Tercer Tiempo: Declinación.

"El padre interviene como aquel que tiene el falo y no que es tal, reinstaura la instancia del falo como objeto deseado de la madre y ya no como objeto del que puede privarla como padre omnipotente... el padre es más preferido que la madre y esta identificación culmina en la formación del ideal del yo." 173

En la declinación del Equipo, el padre se ofrece como polo de identificaciones; y de ese polo y de su deseo depende la determinación del objeto para el sujeto. Es desear lo que el otro desea. Y del niño depende acep-

¹⁷² Ibid., p. 89.

¹⁷³ Ibid., p. 87.

tar la ley, castrarse simbólicamente, quitarse el estatus de falo, de ser el falo, y posibilita así tener un falo, identificarse con el padre. Es el paso de la relación dual a la triangular. Si la madre no reconoce al padre como autor de la ley, el niño tampoco puede reconocerlo. Al negarse la madre a aceptar la función paterna, la castración simbólica no se realiza y sigue unida con su hijo en la relación imaginaria.

Comprendiendo y tratando de integrar un aspecto de cada uno de estos autores expuestos podemos anotar lo siguiente:

Para Klein, los objetos internos siempre estuvieron ahí, son equiparables con las fantasías prototípicas, con las representaciones de sensaciones, con las imágenes y constituyen el objeto del instinto. Su relación con la realidad, con el objeto real, influye pero no de una manera más importante e intensa que la vida pulsional. Para la escuela americana, los objetos internos han sido internalizados, es decir, no siempre estuvieron dentro, y el como llegan a formar parte del psiquismo es parte de la historia de su estructura; asimismo, el objeto externo contribuye de manera prioritaria básicamente para su desarrollo y no coyunturalmente como para la teoría kleiniana. Para Lacan, sin embargo, la relación es estructurante en sí misma y en el proceso del desarrollo. Tiende a la intersubjetividad de dos entidades a través de la in-

clusión de la función paterna.

1.3.3 EL NIÑO CON ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA

A la luz de estas teorías, entendemos que el recién nacido depende de los cuidados de los adultos para poder sobrevivir. El que un self se supere en otro significa que los deseos y sensaciones primarios del uno se transfieren al otro. Esta participación y éste ser parte, es una de las raíces ulteriores de las relaciones de objeto, que sólo son posibles mediante proyecciones e introyecciones. Estos conceptos psicoanalíticos significan que los propios deseos y sensaciones se atribuyen al otro y gradualmente se van entendiendo en él, y a la inversa, los deseos y sensaciones del otro van siendo sentidos y entendidos como propios.¹⁷⁴

En el niño pequeño el cumplimiento de las funciones orgánicas propias de su desarrollo, tales como alimentación, control de esfínteres, etc., constituyen centros de interés en la relación madre-hijo, por lo que a la alteración de esa relación, el niño responde con trastornos en sus funciones orgánicas. En esta relación maternal que se crea, la figura materna aporta los antecedentes de sus propias experiencias infantiles, y de ser madre. La relación se realiza a través de un complejo sistema de señales

¹⁷⁴ Caruso, Narcisismo y Socialización, 1979, pp. 15-16.

y señales, la mayor parte de ellos preverbales o extraverbales y, a través de la piel.¹⁷⁵ Esta rica gama de signos y señales que constituyen el lenguaje corporal, es recibido o intercambiado en forma directa y, por lo tanto, a través de la piel, mucosa y el inconsciente.¹⁷⁶ Sabemos que la satisfacción de las necesidades corporales tempranas -- abre el camino al establecimiento de una vinculación objetal, y, de ahí en adelante a la capacidad general del individuo para forjar relaciones objetales. Para especificar, desglosaremos así: por parte de la madre, el modo en que catectiza el cuerpo y la persona del niño, de manera narcisista o con la libido objetal; con libido o agresión; positiva o negativamente; con o sin cambios e interrupciones significativas. Por parte del bebé, se da (sujeta a sus aptitudes innatas) su relación ante la participación de la madre, pasiva o activa; placentera o dolorosa; satisfecha y cómoda o frustrada y exigente; llena de amor, odio, ambivalente, etc.¹⁷⁷ Un aspecto prioritario para comprenderse se refiere a la primera función que ejerce la piel del neonato y sus objetos primarios, en relación con la unión más primitiva de las partes de la personalidad, que aún no están diferenciadas, de las partes del cuerpo. En su forma más primitiva, las partes de la personalidad

¹⁷⁵ Méndez, *Psiquiatría y Piel*, 1984, pp. 66-68.

¹⁷⁶ Ajuriaguerra, *Op. cit.*, p. 758.

¹⁷⁷ Freud, A., *Neurosis y Sintomatología en la Infancia*, 1984, p. 84.

se vivencian como si estuvieran carentes de una fuerza capaz de unir las, por lo cual resulta necesario asegurar su cohesión en una forma que se experimenta pasivamente mediante el funcionamiento de la piel, que obra como un límite. Pero esta función interna -la de contener las partes del self- depende inicialmente de la introyección de un objeto externo, el cual debe ser vivenciado como capaz de cumplir esa función. Posteriormente, la identificación con esta función del objeto reemplaza al estado de no integración y da origen a la fantasía del espacio interno y del espacio externo, sólo entonces se da el marco necesario para que puedan comenzar a actuar la escisión primaria y la idealización del self y del objeto que describe Klein. Hasta que no se hayan introyectado las funciones de contención, es imposible que aparezca el concepto de un espacio dentro del self. Y en este caso, la introyección o la construcción de un espacio interno, resulta disminuída, por lo cual la identificación proyectiva continúa inevitablemente sin deterioro y se ponen de manifiesto todas las confusiones relativas a la identidad.

Parecería que, en el estado infantil no integrado la necesidad de encontrar un objeto contenedor lleva a la frenética búsqueda de uno, sea éste una luz, una voz, un olor, o algún otro objeto que sea capaz de mantener la atención y, por lo tanto, susceptible de ser vivenciado, por lo menos temporariamente como algo que une las diver-

sas partes de la personalidad. El objeto óptimo es el pezón dentro de la boca, junto con la madre que sostiene al bebé, le habla y de la cual emana un olor familiar. Este objeto que sirve como contenedor se vivencia concretamente como una "piel". El desarrollo deficiente de esta función primitiva resulta de la inadecuación del objeto real o bien de los ataques fantaseados contra él, todo lo cual entorpece la proyección. Estos trastornos de la función pueden determinar la formación de "una segunda piel"¹⁷⁸ mediante la cual la dependencia con respecto al objeto es reemplazada por una pseudo independencia y por el uso inadecuado de ciertas funciones utilizadas ahora con el fin de crear un sustituto de esa función de contención que debía cumplir la piel. Este problema se manifiesta a través de estados de no integración, distintos de los estados de regresión, e incluyen los tipos más básicos: parcial o total, del cuerpo, la postura, la motilidad y las funciones mentales correspondientes, en particular, a la comunicación. El fenómeno de una "segunda piel", según Bick, reemplaza a la integración y se manifiesta como una especie parcial o total de caparazón con gran dificultad en la expresión simbólica, verbal.¹⁷⁹

¹⁷⁸ Bick, La Experiencia de la Piel en las Relaciones de Objeto Tempranas, en *International Journal of Psychoanalysis*, 1968, XLIX, 2, 3, p. 112.

¹⁷⁹ *Ibid.*, pp. 111-116.

Para articular los fenómenos aquí estudiados, revisemos escuetamente el concepto de Representación postulado por Freud. El psicoanalista expresaba su preocupación por las relaciones entre psicología y fisiología¹⁸⁰, explica el estado de conciencia como el prototipo del acto voluntario que puede tomar diferentes formas: p. ej. sensación de necesidad como percepción de objeto o como representación de meta o de finalidad. El problema a resolver, escribe, radicaba en saber qué sucede entre un cambio material y un cambio de estado de conciencia. Nos dice que la concepción cuantitativa es el principio de inercia neuronal, es decir, el problema del movimiento íntimamente vinculado con la representación.¹⁸¹ Así, intentó encontrarle un lugar a la Psicología centrando el término de representación, hallando que en esta incidía de modo importante la escisión. También habla de las representaciones antitéticas, del fenómeno patológico y de la expresión de lo contrario como efecto de dicha escisión. Hace referencia a la representación de cosa, en la que se organizará la memoria, imagen o representación del cuerpo, y a partir de ella la representación de palabra. La primera la especifica como abierta a un agregamiento constante en su contenido, es correlativa al espacio y descabida a lo infinitesimal; a ello le adjudicó que su re-

¹⁸⁰ Freud, *Psicología y Fisiología*, BN, Vol. 3, pp. 598-611.

¹⁸¹ Freud, *Proyecto de Psicología*, EA, Vol. I, p. 339.

lación con la representación de palabra sea frágil y no consiga el acto de identificación perseguido. Freud relaciona la identidad con la representación señalando que radica, se encuentra o se busca en ella. Trata el problema de lo desconocido o incompleto, es decir, el carácter de infinitud, en la identidad primaria y en la representación. Aclara las vivencias de satisfacción y dolor sujetadas a la acción refleja conforme al encuentro con un objeto y al anhelo del objeto del deseo, en los que habrá atracción o repulsión. Señala la pérdida y el comienzo de los afectos con la presencia fundamental del cuerpo, proceso que implica para el autor, el problema de identidad o el problema de la representación.¹⁸² Y efectivamente, en la sombra de los objetos cae la pretensión de conocerlos, de encontrarlos, de ahí que el objeto sea inaccesible. En su obra Proyecto de Psicología¹⁸³, la representación la describe de algo ya perdido, antes de que se presente el objeto. El hecho de representar algo ya perdido, antes que otra cosa, constituye el criterio de que viene de "otra parte", el cual permite distinguir entre representación de objeto y la percepción de éste. Y propone que el espacio que representa algo ya perdido resuelve la relación del deseo con la cosa representada.¹⁸⁴ En 1915¹⁸⁵ refiere a la pulsión como representante psíquico,

¹⁸² Freud, Proyecto de Psicología, EA, Vol. I, p. 339.

¹⁸³ Ibid., pp. 375-378.

¹⁸⁴ Ibid. pp. 355-357.

la llama, medida de la exigencia de trabajo impuesto a lo psíquico, consecuencia de su relación con el cuerpo. La representación es, en este sentido, el trabajo o intento de sanar la herida, el dolor de aquello que permanece representado como "cosa". Laplanche la define como: "Lo que forma el contenido concreto de un acto de pensamiento y especialmente la reproducción de una percepción anterior".¹⁸⁶ Es entonces, representarse subjetivamente un objeto. Y las representaciones de cosa, caracterizan al sistema inconsciente y son esencialmente visuales. Así, sería considerada por el niño como equivalente del objeto percibido y catectizada en la ausencia de este.

Esto nos hace pensar en la representación que para el niño tiene la enfermedad psicósomática de la piel, en particular, la neurodermatitis atópica; en su función y en la repercusión que existe por parte de las relaciones objetales y la etapa de desarrollo en que se presenta.

Las principales teorías psicoanalíticas del desarrollo, concuerdan en señalar ciertos momentos lábiles del proceso de diferenciación, como episodios de cambio en los que el infante reacciona contra trastornos graves a las fallas del medio que en los períodos siguientes se tolerarían mejor. Diferentes aproximaciones aclaran que una falla maternal en el principio del período simbiótico

¹⁸⁷ Winnicott, *Ego Integration in Child Development*, 1965, pp. 71-88.

desorganiza todo el proceso, crea confusión, psicosis. -
 Hacia el final del período simbiótico y durante el período de separación individuación, el niño ya está en vías de diferenciarse, estructurando un yo que le proporciona cierta capacidad defensiva. El impacto de la falla materna, por tanto, ya no provoca una desorganización total, sino una enfermedad más delimitada; a menudo una enfermedad psicósomática. Podría considerarse que en la etapa de mezcla de dependencia-independencia, si se presenta una falla se manifestará una dependencia patológica, que es lo que en forma manifiesta o latente caracteriza a estas enfermedades psicósomáticas.¹⁸⁷ Esto es un hecho observable que registran muchos psicoanalistas, pero que hasta ahora no ha dado lugar a estudios sistemáticos.

Se nos indica que entre la serie de perturbaciones narcisistas que surgen en diferentes momentos preedípicos de la evolución, y debido a distintos defectos en la relación vincular primitiva, se ubican los padecimientos psicósomáticos.^{188, 189, 190 y 191}

¹⁸⁷ Winnicott, *Ego Integration in Child Development*, 1965, pp. 71-88.

¹⁸⁸ Stuart, *Trastornos Psicofisiológicos Infantiles*, 1982, pp. 2384-2394.

¹⁸⁹ Benedek, *Implicaciones Psicósomáticas de la Relación Madre-Hijo*, 1970.

¹⁹⁰ Kavanaugh, *Op. cit.*, pp. 352-354.

¹⁹¹ Reca, *Problemas Psicopatológicos en Pediatría*, 1971.

Otro señalamiento que se hace al respecto es que, una madre narcisista que no observa y no escucha las señales de su bebé ni comprende lo que comunican, y administra los cuidados según sus propias necesidades, viola el self de su hijo. Le impone lo que no necesita o lo priva de lo que reclama; esto puede acarrear consecuencias corporales directas. Darle al bebé cuando no lo demanda le crea una resistencia. No darle cuando necesita puede provocar reacciones de protesta dirigidas hacia la madre, pero que atacan y debilitan al propio infante en forma directa produciendo síntomas o indirecta obstaculizando su desarrollo. Amor y odio entran en conflicto. Lo que se niega y se suprime es el odio, la agresión dirigida hacia el objeto querido y necesitado, la madre. Esta agresión se vuelve, entonces contra el niño y lo enferma.

Santiago Ramírez¹⁹², nos explica la dinámica entre necesidades y objetos en estos padecimientos, su ejemplo se basa en los trastornos en la alimentación, y así lo refiere: Una madre que por sus propias ansiedades experimenta alivio cuando el niño come, cuando como no sólo para satisfacer sus necesidades sino para calmarle la ansiedad, es una madre que le dará al menor una sobreprotección o sobreestimulación en una determinada necesidad. Será una madre que se satisfaga con el apetito del niño, con su aspecto exterior de niño bien nutrido. Si cuando-

¹⁹² Ramírez, *Infancia es Destino*, 1974, pp. 59-60.

el pequeño pasa de esta etapa a la de la necesidad de expresarse a través de una conducta motora, moviéndose, sentándose, andando, etc., la madre también por su ansiedad, limita la expresión de esta necesidad, es decir, si es frustradora para con ella, el menor habrá incorporado en forma automática una pauta de conducta, impresa por la madre que a grandes rasgos la esquematiza con dos frases que caracterizan a este tipo de madres: "niño come pero no te muevas" o "niño, como pero estate quieto". Y resume, la caracterología de la madre, modelada por sus ansiedades va a ser permisiva para el niño en un área y frustradora en la otra. Este niño, pronto aprende que cuando come encuentra el amor de la madre y que cuando se mueve ocasiona su desaprobación. En esta etapa temprana lo que más importa es conservar el amor y aplacar la hostilidad de los objetos que le rodean. También habrá incorporado la manera de reaccionar, es decir, comerá ante cualquier tensión porque esa fue la manera como en su infancia se le permitió derivar su tensión y ansiedad. En este sentido, de nada servirá que el médico imponga dietas, restricciones alimenticias y ejercicios si su conducta se opone a las pautas impresas por la madre, porque implicaría perder el cariño de ella.

Cameron¹⁹³ propone que estos trastornos son adaptaciones inadecuadas que realizan ciertas funciones:

¹⁹³ Cameron, Op. cit., pp. 662-664.

Una sería, la presencia del desórden en lugar de una situación intolerable; esto quiere decir, la enfermedad física por deplorable que resulte, es aceptable, -- mientras que la enfermedad neurótica representa una debilidad inaceptable y la psicosis, la locura. Otro argumento es: que aunque los trastornos psicósomáticos incluyen ansiedad, ésta es primaria (la ansiedad difusa y regresiva de un pequeño), y más fácil de soportar que -- una ansiedad secundaria basada en conflictos conscientes a partir de impulsos infantiles, que la persona no puede controlar de otra forma y que no reconoce. Otro punto es: el poderse proteger un paciente de una psicosis franca, señala que incluso los niños, pues si bien los procesos que llevan a este tipo de trastornos o a una psicosis son inconscientes, no significa que esté ausente una "elección" inconsciente. Y finalmente, nos indica que el paciente puede utilizar su enfermedad como medio para obtener el interés, el cuidado y el afecto que ha necesitado siempre.

Estos dos autores, refuerzan la idea de la relevancia y correlación que tienen la relación de objeto y la etapa de desarrollo como aspectos coadyuvantes en la etiología del proceso psicósomático en la esfera cutánea.

A continuación se muestra un cuadro esquemático para explicar la fase crítica para el condicionamiento de la enfermedad psicósomática, dentro de una base com -

parativa de las teorías psicoanalíticas del desarrollo, según las aproximaciones de los teóricos anteriormente puntualizados.

COMPARACION DE LAS TEORIAS DE LAS RELACIONES OBJETIVAS.

AUTOR / MESES	0-2 meses	3-7 meses	9-18 meses	18-36 meses
R. SPITZ	FRECUENTEMENTE	PRECURSOR DEL OBJETO 1er Organizador	OBJETO LIBIDINAL 2o Organizador	3er Organizador
M. FANLIER	AUTISMO NORMAL	SIMBIOSIS	SEPARACION-INDIVIDUACION Diferenciación Ejercitación Acuerdo Resolución	
D. WINNICOTT	INTEGRACION Dependencia Absoluta ↓↑ "HOLDING"	DESCRIPCIÓN Dependencia Relativa, hacia la Independencia ↓↑ "HANDLING"		REALIZACIÓN ↓↑ "CONNECT-PRESENTING"
		Periodos Internos Correspondientes		
M. KLEIN	ESQUIZO-FANATICO	←-----→ POSICION DEFENSIVA		
J. LACAN	CUERPO FRAGMENTADO	ESTADIO DEL ESPEJO		ESTADIO DEL SOFO Forcible Castigación Declinación
		Imagen del otro	La imagen no es de otro	Reconocimiento de la propia imagen.
		FASE CRITICA PARA LA ESTRUCTURACION DE LA SUPEREGOTICIDAD PSICOTICA.		

Wéber, El Desarrollo Psicológico según las distintas Teorías Psicoanalíticas, 1986, p. 64 .

1.3.4 DIADA, ROL MATERNO Y RASGOS DE PERSONALIDAD

Se ha dicho, que el desarrollo de la personalidad de los hijos depende de las características individuales de los padres; en términos de la relación madre-hijo, proponen que el bebé es el soma y su psique es la madre. Muchas relaciones defectuosas entre los padres y el niño tienen origen en la estructura de personalidad propia de los padres y en especial, de la madre; entonces, podríamos pensar que el destino psicológico del niño está determinado en gran medida por la salud emocional de esta figura, como primera relación objetal.^{195, 196, 197, 198} Aunque se debe considerar que en ocasiones la conducta de los padres es el resultado de la conducta del niño y no su causa.

Sabemos que hasta los cuatro años los problemas psicossomáticos están ligados directamente a la relación materna. Y después de esa edad, dependen de las reacciones del infante ante cada situación, de la manera en que éste maneja sus propias emociones.¹⁹⁹

¹⁹⁵ Dolto, *Sexualidad Femenina*, 1987, p. 101.

¹⁹⁶ Cobo. Op. cit., p. 195.

¹⁹⁷ Mannoni, la primera entrevista con el psicoanalista, 1979, pp. 15-20.

¹⁹⁸ Storkan, *Psychosomatic Aspects, Role of the Mother*, 1986, pp.5-8

¹⁹⁹ Valle, Op. cit., p. 61.

Mannoni²⁰⁰ nos dice al respecto que el desarrollo del menor está predeterminado por el inconsciente de su madre, por sus deseos y temores proyectados en el hijo.

Una frase común en la literatura al respecto se puede abstraer así: Jonde el lenguaje se detiene, lo que sigue hablando es el cuerpo; mediante los síntomas encarna y hace presentes las consecuencias de un conflicto viviente, camuflado y aceptado por sus padres. El niño es quien soporta inconscientemente el peso de las tensiones o interferencias de la dinámica emocional inconsciente de sus padres, cuyo efecto de contaminación mórbida, es tanto más intenso cuanto mayor es el silencio y el secreto que se guardan sobre ellas. La elocuencia muda de un trastorno de reacción en los niños hace presentes al mismo tiempo su sentido y sus consecuencias dinámicas inconscientes. El menor se convierte en portavoz de sus padres; los síntomas constituyen el reflejo de sus propias angustias y procesos de reacción frente a la angustia de aquellos; son la copia a escala reducida, desplazada del nivel en que se manifiesta en el adulto al nivel de la organización libidinal precoz de la personalidad del menor. La exacerbación o la extinción de los deseos, activos o pasivos, de la libido o la simbolización por parte del infante de sus pulsiones endógenas, son la respuesta complementaria a los deseos reprimidos-

²⁰⁰ Mannoni, Apud. Cobo, Op. cit., p. 191.

de padres insatisfechos en su vida social o conyugal, y que esperan de sus hijos la curación o la compensación de su sentimiento de fracaso. Cuanto más jóvenes son los seres humanos, mayor es el grado en que el peso de las inhibiciones dinámicas experimentadas directa o indirectamente a través de las tensiones y el ejemplo de los adultos mutila el libre juego de su vitalidad emocional, y menores son sus posibilidades de defenderse en forma creativa. Los desórdenes orgánicos del bebé que expresan los conflictos afectivos de la madre, originados especialmente en la neurosis materna, es decir, específica de su evolución perturbada anterior al matrimonio, o en la del padre que perturba el equilibrio emocional del niño, a través de las experiencias emocionales que él mismo padece y que, a su vez, cotidianamente hace padecer a su mujer, madre del niño.²⁰¹

Al profundizar más aún en este punto, encontramos que además se tiene una representación importante de este fenómeno: la enfermedad también sirve para no morir y, a veces, para tener un punto de referencia en el mundo.²⁰² Un paciente mejorando con su tratamiento, puede ser retirado del mismo por su madre o, lo que es peor, -

²⁰¹ Mannoni, Op. cit., pp. 15-16.

²⁰² Dupont, Un factor crítico en el acierto o el error, el éxito o el fracaso en la terapia analítica, Cuadernos de Psicoanálisis, Vol. XLV, No. 1, 2, 3 y 4. APM, Enc-Dic., 1981, pp. 142-154.

perpetuar él la patología, creyendo que si se cura, la mamá enfermará. Arieti²⁰³ mantiene esta posición; Cooper²⁰⁴, dentro de la anti-psiquiatría, extendió la idea hasta lo social; y, algunos psicoanalistas ubican a los mecanismos defensivos interpersonales entre los beneficios de la enfermedad, como ganancias terciarias, definidas como: el beneficio que determinado sujeto o grupo familiar consigue manteniendo alguna enfermedad cercana. 205, 206, 297 Y puntualizan que la labor es desentrañar las sutiles proyecciones tanáticas de la familia o, en particular, de la madre.

Sin embargo, analicemos la contraparte: la madre del recién nacido es también un individuo único. A diferencia del bebé, participa en la relación ya equipada -- con una personalidad sobre los basamentos biológicos con los que vino al mundo y esos fundamentos son diferentes--

²⁰³ Arieti, Introductory notes on the psychoanalytic therapy of -
schizophrenias. Psychotherapy of the Psychosis, Basic Books, -
1951, pp. 69-89.

²⁰⁴ Cooper, Psiquiatría y Antipsiquiatría, 1972.

²⁰⁵ Solís, La relación entre el médico y el psicoterapeuta en el -
tratamiento de la enfermedad somática, 1981.

²⁰⁶ AMPAG, Desarrollo de la Terapia Familiar, en el Primer Congreso
de Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo, Oaxtepec, Mor., 1982.

²⁰⁷ AMPAG, Las ganancias secundarias y terciarias en la enfermedad-
psicosomática. I Congreso de Medicina Psicopsomática, N.L., 1983

en más de un sentido de los de su recién nacido bebé.

En la relación materna que se crea, la madre aporta los antecedentes de sus propias experiencias infantiles de ser madre. Los patrones de personalidad de una mujer son de primera importancia en el desarrollo de la personalidad de su hijo.^{208, 209} Ella es quien ayudará al niño a estructurar y participar en una íntima relación simbiótica con ella. En su persona, la madre encarna la sociedad y la cultura a la que ella y el bebé pertenecen, en la cual él se criará y pasará su vida. Tanto la actitud de la madre como sus características personales son de la mayor importancia en la elaboración de este proceso, ya que su función pudiera compararse a la de un espejo viviente que refleja en sí mismo todos los procesos vitales del niño, por lo tanto, un desequilibrio en ella, o rasgos psicopatológicos presente, hará las veces de un factor nocivo que llevará a producir trastornos en el desarrollo del "ser" infantil, no permitiendo que funcionen propiamente sus aparatos autónomos y las funciones del Yo en desarrollo.²¹⁰

A través del análisis de los rasgos de personalidad en la madre, nos aproximamos al análisis del vínculo

²⁰⁸ Cameron, Op. cit., p. 51.

²⁰⁹ Gail, Some Determinants of maternal attachment, 1978, p. 1163.

²¹⁰ Estrada-Inda, Simbiosis, en Mon. 1, AMPI, 1980, p. 69.

que el infante establece con otro y a la comprensión sobre la manera en que perturba la estructuración de la personalidad y, en general a la relación diádica propiamente dicha.²¹¹

La importancia que el estudio de la personalidad tiene dentro del campo de la psicología, y en este caso, en las madres de hijos con NDA, puede explicarse en función de varias razones: primero, nos permite entender en forma aproximada los motivos que llevan al ser humano a actuar, opinar, responder, sentir, ser, etc., en determinada manera. Segundo, integra en un solo concepto los conocimientos que podemos adquirir por separado de aquellas que podríamos considerar facetas, experimental y didácticamente, abstraídas de una totalidad (la persona), como son la percepción, la motivación, el aprendizaje y otras. Tercero, aumenta la probabilidad de poder predecir con mayor exactitud la conducta de un individuo. Cuarto, nos ayuda a conocer cómo se interrelacionan los diferentes factores que integran la personalidad.²¹²

Para aclarar, más específicamente una de las partes dentro del estudio de la personalidad, encontramos que el rasgo es una tendencia determinante o una predisposición para responder. Allport lo define como "un sis-

²¹¹ Pichon-Riviére, *Teoría del Vínculo*, 1980, p. 11.

²¹² Cueli, *Teorías de la Personalidad*, 1974, p. 9.

tema neuropsíquico (peculiar al individuo) generalizado y localizado, con la capacidad de convertir muchos estímulos en funcionalmente - - equivalentes y de iniciar y guiar formas de conducta expresiva y - adaptativa.²¹³ Cualquier rasgo puede ser algo físico, fisiológico, psicológico o sociológico: producido y moldeado por la herencia, constitución, algo congénito o innato y el ambiente; es la integración de todo lo anterior. Son "estructuras mentales" una inferencia que se hace de la - conducta observable para explicar su regularidad o consistencia (cattell 1957, 1965; Hall y Lindsey, 1965; Hilgard, 1962).²¹⁴

Explicitados estos conceptos, la literatura nos - reporta que la mayoría de especialistas en psicósomática - describen situaciones y modos particulares de relación - diádica. Spierling²¹⁵ muestra que algunos rasgos son característicos de estas madres, como: conflictos emocionales no resueltos de su propia infancia proyectados en - el niño, ya que éste puede representar un hermano, una - hermana, un padre o la misma madre odiada; proyección de una parte de la persona de la madre en el hijo; necesidad intensa de dominar al menor, que en algunos casos es considerado y tratado como si fuera parte del propio cuerpo - de ella (fenómeno descrito con el término de apersonación). Según Pinkerton, las relaciones padres-hijo no dependen -

²¹⁴ Cueli, Op. cit., pp. 309-310.

²¹⁵ Spierling, Abud., Ajuriaguerra, Op. cit., p. 757.

únicamente de un determinado tipo de personalidad estática de los padres, sino también de un fondo de "situación-vital" de éstos: v. gr., largo período de esterilidad en el matrimonio, circunstancias obstétricas desfavorables, historia posnatal traumatizante, enfermedad de un hermano o hermana mayor, insatisfacción conyugal con aislamiento del padre o de la madre entre sí, tendencia a vivir a través del niño, sentimientos de hostilidad o de rechazo hacia el mismo durante el embarazo, hijo no deseado, etc. - Según este autor, estos tipos de "situación vital", aunque distintos tienen un punto en común: aumentan posiblemente el valor afectivo del niño hacia sus padres y modifican sus relaciones afectivas.²¹⁶

Como se revisó, Spitz ha dado mucha importancia a las relaciones madre-hijo en el desarrollo de la personalidad y, en especial, en lo que denomina trastornos psicotóxicos (relación madre-hijo inapropiada). Según este autor, es la madre la que, en la relación precoz, constituye el componente dominante y activo, mientras que el niño, al menos al principio, recibe pasivamente. Para este teórico, los trastornos de personalidad de la madre se reflejarán en los trastornos del niño.²¹⁷

Soulé²¹⁸ tomando una parte de los argumentos de Spitz, admite que una de las causas de los trastornos de

²¹⁷ Spitz, Abud., Ajuriaguerra, Op. cit., p. 757.

²¹⁸ Soulé, Ibid.

este tipo en el bebé es la inconsistencia de los signos maternos o su incoherencia; los signos contradictorios tienen un valor gravemente desorganizador, pero los intercambios no se hacen sólo en el sentido madre-hijo y de una forma lineal. Para este autor todo síntoma es un compromiso que permite un equilibrio, pero también es una expresión y un llamamiento en nuestro sistema de cuidados a los niños.

Todos los autores coinciden en atribuir una gran importancia a las características de la madre, y aunque algunos consideran que son típicas de algunas enfermedades; otros no creen que exista relación entre los tipos de madres y la enfermedad.

Cobo²¹⁹ nos dice al respecto: "se ha desplazado en el caso del niño el interés al área de los conflictos en la relación madre-hijo y al hallazgo de actitudes y personalidades típicas maternas. Por el contrario, habría que centrarse en la investigación cualitativa y estadística del abanico de probabilidades."

Esta proposición de trabajo de investigación, nos puede permitir la predicción de las dificultades que una madre puede encontrar al acercarse a su bebé con su propio equipamiento personal, que, por supuesto, debemos conocer. También, están las funciones de la madre y su propia dotación psicósomática. ¿Cómo va a ser el encuentro-

²¹⁹ Cobo, Op. cit., p. 187.

y el ajuste entre el niño hipotónico y la madre hipertónica, o viceversa? ¿Entre un niño con un dormir ligero e inquieto y una madre para cuyo equilibrio es imprescindible una profunda regresión narcisística en el sueño? ¿Entre una madre bulímica y un bebé de escasa apetencia oral, quién se va a acomodar a quién? En estas coyunturas se van a facilitar, inhibir o desviar precozmente unas potencialidades del niño, y ahí empieza a comprometerse el destino de las pulsiones y de las funciones que aquellas invisten.²²⁰

Esto es precisamente lo que incita a este estudio, a investigar si intervienen los rasgos de personalidad y guardan relación con el padecimiento. En este estudio no se trata de encontrar una causalidad lineal que provoque un tipo de enfermedad sino explorar posibles características, y reconocer si tienen integración. Las correlaciones entre los potenciales del niño y los aportes de la madre no deben considerarse como cooperadores, sino como cotransformadores. Esto implica, desde luego, que este trabajo sólo toca en forma sucinta un matiz dentro del amplio espectro de tonalidades que ofrece el desarrollo humano.

²²⁰ Ibid., pp. 193-194.

CAPITULO II

METODOLOGIA

CAPITULO I I

METODOLOGIA

... mi propósito no es el enseñar aquí el método que cada cual debe seguir para guiar acertadamente su razón, sino solamente el de mostrar de qué manera he tratado de guiar la mía.

Descartes.

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente se ha visto que la Neurodermatitis Atópica (NDA) es considerada como un problema de Salud Pública importante. La mayoría de los nuevos tratamientos han sido ineficaces; como se mencionó, las enfermedades de la piel en niños presentan una alta frecuencia y la NDA ocupa un lugar importante dentro de las mismas y un padecimiento que aún no tiene aseveraciones concretas para su total conocimiento y prevención, pues todavía no se ha reconocido su etiología.

Una manera de acercarse al fenómeno es retomar uno de los factores claves; esto es, la madre, quien como primer objeto en la vida emocional del niño, coadyuva en las pautas de comportamiento y adaptación al medio, en gran parte; y su relación vincular, puede ser uno de los factores etiológicos en la aparición de alguna enfermedad de tipo psicosomático. Además, poco se sabe sobre la relación madre-hijo, y las características maternas, padeciendo este último NDA.

Hay que dejar en claro, que un primer nivel de acercamiento al fenómeno, es describirlo en términos de presencia-ausencia de factores. Aislar, relativamente a la madre del niño con NDA, es buscar ese primer nivel que nos permita conocerla, describirla en sus rasgos de personalidad; sólo así, podemos dar cauce a nuevas líneas de investigación que nos permitan integrar niveles más complejos de información. Sobre este curso, si conocemos y delineamos aún más el fenómeno podemos ubicarnos desde un nivel preventivo. En adición, ya que no existe un psicosomatólogo como especialista, es importante que el paciente con este tipo de trastorno se estudie y trate mediante el intercambio "in situ", por un equipo interdisciplinario trabajando conjuntamente para llegar a un diagnóstico y tratamiento integrales.

En resumen, tomando en cuenta el período de desarrollo en que se presenta la NDA; en este trabajo se postula que a partir de una evaluación caracterológica global de la madre se podrá deducir un modelo de interacción característico de una patología precisa. Planteando así ese primer acercamiento al fenómeno.

La inquietud emergente ¿Cómo es la madre del niño con NDA? lleva a revisar la literatura correspondiente en donde no se reportan investigaciones que describan de una manera objetiva el perfil, las características de estas madres. Y así, los cuestionamientos de esta investi-

gación son:

¿Existen rasgos característicos de personalidad en la madre del niño con NDA?

Si existen ¿cuáles son y si son psicopatológicos?

¿Manifiestan dificultades en su capacidad y calidad para establecer vínculos afectivos?

2.2 OBJETIVOS

I. Detectar rasgos de personalidad característicos en la madre del niño con NDA.

- a) Cuáles son los rasgos de personalidad característicos en estas madres.
- b) Cuáles son los más importantes y cuáles los secundarios.
- c) Determinar si existen rasgos psicopatológicos característicos.

II. Deducir a partir del hallazgo de rasgos característicos en la madre el tipo y calidad de vínculo que pueden establecer.

- a) Explorar rasgos característicos en la calidad de sus relaciones interpersonales como una aproximación al análisis de la relación madre-hijo.

- b) Abrir líneas de investigación para futuros estudios.

2.3 HIPOTESIS

- H_0 No existen diferencias significativas en los rasgos de la personalidad en madres con hijos que padecen Neurodermatitis Atópica y madres con hijos sin padecimiento psicossomático.
- H_a Existen diferencias significativas en los rasgos de la personalidad en madres con hijos que padecen Neurodermatitis Atópica y madres con hijos sin padecimiento psicossomático.

DEFINICION DE VARIABLES

Variable independiente: Neurodermatitis Atópica.
Enfermedad de etiología desconocida caracterizada clínicamente por piel seca con bajo umbral de prurito.

Variable dependiente: Rasgos de personalidad.
Estructuras mentales de las que se hace una inferencia a través de la

conducta observable, motivaciones, sentimientos, etc., para explicar su regularidad o consistencia.

Otro supuesto básico que se revisa aquí y que se apoya en la aproximación de la teoría de las relaciones de objeto desde la cual se fundamenta su análisis, es el siguiente:

Existe dificultad en la capacidad y calidad para establecer vínculos afectivos en las madres de hijos con Neurodermatitis Atópica, manifestada a través de las escalas clínicas Hi, Dp, Pa, Es y Si del MMP1.

2.4 MUESTRA

El presente estudio se realizó con 120 madres, quienes se clasificaron en tres grupos:

Grupo de Investigación (G_1): Compuesto por 40 madres, que asistieron a consulta al Servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría (INP) por tener un hijo con el padecimiento de Neurodermatitis Atópica.

Grupo Control (G_2): Lo constituyeron 40 madres con hijos sin padecimiento psicósomático, esto es, trastornos en los que se presentan alteraciones primarias de

origen orgánico y ausencia en su etiología de factores emocionales;²²¹ en este caso, las que acudieron a consulta al Servicio de Nefrología por tener un hijo con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, al mismo INP.

Grupo Control (G_3): Organizado por 40 madres con hijos sin padecimiento psicossomático que consultaban en el Servicio de Dermatología del mismo INP por tener un hijo con diagnóstico de Dermatitis Solar.

Criterios de Inclusión

- Que la madre tenga un hijo con enfermedad crónica que haya aparecido antes de los 4 años, según la conformación de los tres grupos.
- Que la madre tenga un nivel de inteligencia término medio.
- Que la madre tenga un mínimo de escolaridad de secundaria (nivel medio básico).
- Que la madre pertenezca a un nivel socioeconómico medio o bajo.

Criterios de Exclusión

- Que la madre presente enfermedades graves físicas

²²¹ Storkan, Op. cit., p. 2.

o psiquiátricas, así como deficiencia mental notoria.

- Que la madre esté asistiendo a tratamiento psiquiátrico, psicoterapéutico o similar.
- Que la madre padezca un trastorno psicósomático propio, ya que en este caso se tendría que hacer un estudio intergeneracional.
- Que en los grupos control la madre tenga, además, un hijo con padecimiento psicósomático.

Criterios de eliminación

- Que la madre no realice el estudio psicológico completo.

La muestra para cada grupo fue primeramente no probabilística, por cuota ya que se estipuló el número de personas y sus características, y causal porque se seleccionaron en términos de acceso.

El control de variables se ejerció al respetar estrictamente los criterios de selección y al procurar entre los grupos la homogeneidad, tratando de mantener constantes: edades, número de hijos, estado civil, etc.

2.5 INSTRUMENTOS

Uno de los instrumentos utilizados en la investi-

gación, para cubrir los objetivos, fue el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). Es una técnica objetiva para evaluar la personalidad desde diferentes ángulos, multifásicamente; por medio de escalas y perfiles útiles para la investigación. Consta de un folleto con 566 reactivos, una hoja de respuestas, perfil (masculino-femenino), 14 plantillas y un manual. Es una prueba autodescriptiva que está dividida en dos tipos de escalas: Escalas de Validez: V, L, F, K; y Escalas Clínicas que miden 10 síndromes: Hs, D, Hi, Dp, Me, Pa, Pt, Es, Ma, Si.

Se utilizó también el test de Matrices Progresivas de Raven para obtener el nivel de inteligencia. Es una prueba no verbal basada en la teoría bifactorial de Spearman, y que mide el factor "g". El material comprende: el manual, el cuaderno de matrices con 60 láminas en blanco y negro de figuras geométricas abstractas, que plantean problemas de completamiento de sistemas de relaciones (matrices) en complejidad creciente, para su resolución en las primeras dos series A y B (24 ítems); contiene también protocolo de prueba; plantilla de calificación; y tablas de valoración. A través de esta prueba, el puntaje crudo se convierte en percentil y se estima la capacidad intelectual de acuerdo a la edad cronológica, designando así el posible diagnóstico intelectual. Este test se usó como filtro para la entrada a cada uno de los gru-

pos en estudio, ya que la capacidad intelectual es un criterio de selección.

Se realizó una entrevista estructural, como método diagnóstico, a cada una de las pacientes, en 4 sesiones de una hora; que fue reportada por la entrevistadora y una interjuec (quien observó por cámara de Gesell), en una Guía de Entrevista Estructurada y cerrada con códigos de registro (Apéndice 1); y para evaluar la confiabilidad de construcción se utilizó el método de Pearson. El modelo de la entrevista estructural se fundamentó en las indicaciones propuestas por Kernberg²⁰⁸ excluyendo la interpretación y el análisis de transferencia, y centrada principalmente en la exploración de:

1) El grado de integración de identidad (la integración de sí mismo y las representaciones objetales).

2) El tipo de operaciones defensivas predominantes.

3) Capacidad de prueba de realidad.

Desarrollada a través de:

a) Examen tradicional del estado mental

b) Entrevista orientada psicoanalíticamente centrada en la interacción paciente-entrevistadora.

c) Clarificación. Exploración de todos los elementos de la información que la paciente proporcionó y que fueron vagos, poco claros, desconcertantes, contra

²

Kernberg, Trastornos Graves de la Personalidad, 1987, pp. 23-45.

dictorios o incompletos; como primer paso cognoscitivo, - en una forma no cuestionadora sino para la comprensión de sus implicaciones y descubrir el grado de entendimiento o confusión, pretendiendo evocar material consciente y pre-consciente. Siendo la paciente misma quien clarificó su conducta, experiencia intrapsíquica y refirió su autoco-nocimiento.

d) **Confrontación.** Señalamiento de aspectos de - la interacción que parecían indicar presencia de un fun-cionamiento conflictivo y por implicación, presencia de - operaciones defensivas, representaciones contradictorias- del sí mismo y de los objetos, y una reducida consciencia de la realidad. Esto es, conjuntar material consciente y preconsciente que la paciente presentó por separado y de- tectar su capacidad para observar las cosas en forma dis-tinta sin mayor regresión.

Y finalmente, se empleo un cuestionario (Apéndice 2) que se aplicó para:

1) Obtener datos básicos demográficos, cuantita-tivos;

2) Focalizado para obtener datos básicos cualita-tivos, siguiendo la técnica de entrevista clínica, que - dió cuenta sobre aspectos psicológicos de las entrevista-das y la posición ante sus hijos.

Se estructuró, tomando como guía el formato clási

co de historia clínica de Menninger, simplificado y adecuado a las necesidades de la investigación; para detectar - datos y posición ante sus hijos, se integró el modelo de historia clínica elaborada por la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, A.C., igualmente simplificada y -- adaptada. Asimismo, para esta adaptación, la construcción siguió una metodología sustentada en el marco conceptual, objetivos e hipótesis, y una exploración previa en base a historias clínicas.

El tipo de preguntas se clasifican en: cerradas - y abiertas. Las cerradas, con el objetivo de posibilitar un análisis descriptivo; las alternativas de respuesta se codificaron para facilitar el procesamiento de la informa ción. Se incluyeron también, algunas preguntas derivadas de escalas de actitud, formuladas únicamente para tener - conocimiento general de ciertas actitudes y conocer su -- dirección (sin precisar el grado).

En algunas preguntas cerradas, para seleccionar - sus respuestas y hacer el cierre pertinente, se tomó apoyo de la técnica de interjuecos compuesta por un grupo de estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM (co - rrelación Pearson).

En las preguntas abiertas, se establecieron cate - gorías de acuerdo a los objetivos e hipótesis, y así, se eligieron las respuestas de mayor frecuencia, analizándo-

se cualitativamente el contenido de la información, dentro de un método clínico sustentado en el marco teórico.

2.6 DISEÑO

Este trabajo se clasifica como cuasiexperimental con 3 muestras independientes, pues no se pudo ejercer un control experimental total y se incluyeron en los grupos-control dos tipos de enfermedades distintas.²²²

2.7 TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación ex-post facto porque no se tuvo control directo sobre la variable independiente, pues ya había acontecido su manifestación y se obtuvo información en el momento mismo del estudio.²²³

2.8 PROCEDIMIENTO

Inicialmente se realizó un estudio piloto el cual siguió los criterios que se describen para la investigación misma, pero con una muestra pequeña y representativa (30 Ss). Los instrumentos especificados y principalmente la guía de entrevista y cuestionario, se muestraron en -

²²² Campbell, Diseños Experimentales y Cuasiexperimentales en la Investigación Social, 1970, p. 70.

²²³ Kerlinger, Investigación del Comportamiento, 1975, p. 223.

30 madres cuyas características fueron similares a las de la población objeto de estudio, para conocer el funcionamiento de los reactivos en forma individual y grupal, con lo que se revisaron y corrigieron a fin de determinar su adecuación.

A partir de lo anterior, y como se trata de una muestra no probabilística, se amplió el margen de número de individuos que generalmente se requiere (50 Ss), con 10 más para cada grupo; y quedaron constituidos 40 participantes con una población total de 120.

El pilotoo también apoyó a incluir un grupo más a los establecidos en un inicio (2 grupos). Los 3 grupos se constituyeron con la variable: enfermedad crónica en un órgano específico; uno en riñón y dos en piel. Este tercer grupo, con la variable de Dermatitis Solar. Se implementó acorde a los objetivos de la investigación y se creyó necesario que las comparaciones entre grupos exigía la presencia de esta tercera variable, en donde el mismo órgano afectado que en el primer grupo (piel) pudie se investigarse al no tener algún componente emocional etiológico.

Por otro lado, se reafirmó la utilización del MMPI; pues si bien existen otros instrumentos que pudiesen ser utilizados (v. gr. Rorschach), Test de Relaciones Objetales), y quizá más acordes o complementarios al marco

teórico sustentado básicamente de corte psicoanalítico, - no cubrían los requisitos metodológicos ya que se estudió una población extensa y se hubiesen perdido las especificaciones interpretativas cualitativas en cada uno de los 120 perfiles que en este trabajo se hicieron y posteriormente se explican. En este sentido, también huelga decir, que este inventario satisfizo la elección ya que aun que es una prueba esencialmente factorial, real y verdaderamente detecta rasgos de personalidad y niveles o formas de relación interpersonal, así como, permite un modelo de interpretación psicodinámico, que apoyan integralmente la predicción de un estilo de vinculación característico estructurante con una patología precisa, en este caso la -- NDA.

Después de hacer estas correcciones y aclaraciones, los pasos a seguir fueron:

Las madres de la población objetivo, acudieron a los Servicios de Consulta y al obtener el diagnóstico del niño, tanto por los Dermatólogos como Nefrólogos Peditras, se canalizaron al Servicio de Salud Mental del mismo INP, en donde se seleccionaron en base a los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados, así, se clasificaron en los grupos indicados. Después de ubicados, se dieron 6 citas a cada una de las madres elegidas para la aplicación de los instrumentos señalados y la realización de la entrevista estructural (en 2 días con -

secutivos se administraron cuestionario y pruebas psicológicas; y en 4 sesiones de una hora, cada semana se hizo la entrevista). Se estableció, primeramente, una relación de confianza con las informantes para garantizar la veracidad de los datos recopilados. En la guía de entrevista, hubo entendimiento común entre interjuez y entrevistadora en las definiciones operacionales para cada código de registro. En la aplicación de las pruebas se proporcionaron las instrucciones establecidas para cada instrumento; una vez administrados se procedió a calificarlos y a la realización del procesamiento de la información.

CAPITULO III

ANALISIS DE RESULTADOS

CAPITULO III

ANALISIS DE RESULTADOS

Reflexionar para medir, y
no medir para reflexionar.

Gaston Bachelard.

3.1 ANALISIS ESTADISTICO E INTERPRETACION CLINICA

Apoyándose en la interpretación y análisis de las determinaciones de los tres instrumentos que componen los siguientes apartados, integraremos teórica y metodológicamente los supuestos básicos de la presente investigación.

3.1.1 INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD

a) Rasgos de la personalidad

La estimación estadística se hizo por computadora. En el MMPI a partir de los puntajes brutos de cada sujeto se calcularon medias y desviaciones estándar de cada una de las 13 escalas. Se utilizó como análisis estadístico-inferencial el análisis de varianzas para determinar si los 3 grupos diferían significativamente. Esta prueba paramétrica se eligió por ser la apropiada para el análisis simultáneo de más de dos medias. Para los 3 grupos se utilizó la siguiente ecuación:

$$SS = x^2 - \frac{(\sum X)^2}{n}$$

Los resultados más significativos de este trabajo en la comparación intergrupos con el MMPI, a través del análisis de varianza, y de acuerdo al primer supuesto -- planteado se señalan en la siguiente tabla:

COMPARACION ENTRE GRUPOS A TRAVES DEL MMPI CON ANALISIS DE VARIANZA Y RANGOS DE DUNCAN

E	G ₁ NDA		G ₂ IRC		G ₃ DS		F		DUNCAN
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S			
L	6.08	3.12	5.15	2.95	6.35	3.86	1.39	n.s.	
F	7.05	3.83	8.30	4.06	6.18	3.81	2.93	n.s.	
K	14.45	5.44	13.38	5.15	13.85	4.06	0.47	n.s.	
1	24.13	7.19	16.90	6.08	18.17	2.85	15.66	p < .01	1≠2 y 3
2	22.58	6.81	25.70	6.54	29.98	4.91	14.26	p < .01	1≠3
3	22.90	8.28	21.40	5.43	23.53	4.07	1.22	n.s.	
4	26.03	5.50	24.23	5.53	24.08	3.62	1.34	n.s.	
5	33.35	5.96	33.47	5.76	31.13	3.50	2.53	n.s.	
6	7.95	4.04	10.30	5.61	10.78	2.80	4.81	p < .01	1≠3
7	41.72	8.97	28.85	8.95	23.45	6.77	40.18	p < .001	1≠2 y 3
8	36.83	9.39	30.88	9.29	31.63	6.38	4.13	p < .05	1≠2 y 3
9	18.80	4.24	16.80	5.56	16.90	4.10	2.26	n.s.	
0	26.48	9.78	32.53	6.99	34.78	4.58	7.21	p < .01	1≠2 y 3

Lo anterior nos indica que:

Se rechaza la H_0 y se acepta que existen diferen-

cias significativas en los rasgos de personalidad en madres con hijos que padecen Neurodermatitis Atópica y madres con hijos sin padecimiento psicósomático, en las siguientes escalas:

1	Hipocondriasis	$p < .01$
2	Depresión	$p < .01$
6	Paranoia	$p < .01$
7	Psicastenia	$p < .001$
8	Esquizofrenia	$p < .05$
9	Sociabilidad	$p < .01$

Posteriormente se aplicó la prueba de Rangos de Duncan para la comparación de los grupos, ya que simplificó el análisis, por ser la indicada para un modelo de grupo múltiple; y con el objetivo de probar las diferencias significativas entre los promedios de los tres grupos. El método a seguir para cada una de las escalas significativas fue:

Después de calcular el análisis de varianza (SS) de las puntuaciones de la VD, para cada grupo se sustituyeron por separado los valores de cada uno, se computó después la raíz cuadrada de la varianza error (Se) que para los tres grupos la proporciona la fórmula:

$$Se = \frac{SS_1 + SS_2 + SS_3}{3(n - 1)}$$

donde n = número de participantes en cada grupo.

Se determinaron entonces los grados de libertad que se da por:

$$df = N - r$$

donde: N = número total de participantes

r = número de grupos

La sustitución de estos valores para la primera escala se anota así:

ESCALA 1 (Hs)

$$Se = 23.09$$

$$df = 117$$

Los promedios de los grupos son:

G ₁	Neurodermatitis Atópica (NDA)	$\bar{X} = 24.13$
G ₂	Insuficiencia Renal Crónica (IRC)	$\bar{X} = 16.90$
G ₃	Dermatitis Solar (DS)	$\bar{X} = 18.17$

Se consultó después la tabla específica de valores de "rangos estandarizados menos significativos" (rp) para los resultados de cada grupo; al tener los tres promedios se analizaron las diferencias entre:

- 1) los promedios extremos de los 3 grupos
- 2) entre los promedios más alto y mediano; y
- 3) entre los promedios mediano y más bajo.

Se tomó el valor extremo del grupo entre las 3 medias y se interpoló con los grados de libertad apropiados.

dos; este valor se usó para la primera prueba y se compararon los promedios extremos, para la segunda y tercera prueba la comparación fue como grupos adyacentes.

Los resultados nos indican que:

Para promedios extremos (G_1 y G_2):

$$r_p = 2.92$$

Para promedios adyacentes (G_1 y G_3 ; G_2 y G_3):

$$r_p = 2.77$$

El siguiente paso fue computar los "rangos menos significativos" para nuestros valores, lo que se simboliza por R_p donde:

$$R_p = Se \quad r_p \sqrt{\frac{1}{n}}$$

Cuya sustitución es:

$$R_2 = (23.09) (2.77) (0.0912) = 5.83$$

$$R_3 = (25.09) (2.92) (0.0912) = 6.14$$

Los anteriores datos se incluyen en orden de jerarquía de medias y según estos valores al tabular observamos:

Grupos	2	3	1
\bar{X}	16.90	18.17	24.13
r_p		2.77	2.92
R_p		5.83	6.14

El paso final fue comparar las diferencias significativas entre el orden de las medias y los valores R_p . Confrontando los valores promedio de los grupos, se esperó que esta diferencia entre medias fuese mayor que R_p con una significación estadística del 5%.²²⁵

Comenzando con los promedios más alto y más bajo -- puede verse que la diferencia entre G_1 y G_2 es de 7.23. Y buscamos que esta diferencia sea mayor que R_3 (6.14) para que sea confiable al nivel del 5 por 100.

Se determinó después si la media del G_1 fue confiablemente diferente de la del G_3 (promedio alto y mediano). Debido a que las medias están yuxtapuestas en el orden de jerarquía comparamos dos medias con el valor apropiado de $R_2 = 5.83$ la diferencia entre las medias de estos grupos es de 5.96. De la misma forma, la diferencia obtenida debe ser mayor que el valor de R_2 para que estos dos grupos difieran significativamente. Este mismo procedimiento se aplica para los grupos 3 y 2 (mediano y bajo) con el valor de R_2 .

Y así comparativamente encontramos que:

<u>GRUPOS</u>	<u>DIFERENCIA ENTRE MEDIAS</u>	<u>R_p</u>	<u>INTERPRETACION</u>
1 vs 2 =	7.23 >	6.14	La \bar{X} del G_1 es confiablemente diferente a la del G_2

²²⁵ Ibid., Cap. 9, pp. 225-272.

- 1 vs 3 = 5.96 > 5.83 Los promedios entre estos grupos son - confiablemente diferentes
- 3 vs 2 = 1.27 < 5.83 Los promedios no - son confiablemente diferentes

Con el mismo procedimiento analizamos las escalas significativas restantes y simplificando tenemos los siguientes datos:

ESCALA 2 (D)

Se = 27.71

GRUPOS	1	2	3
\bar{X}	22.58	25.70	29.9
rp		2.77	2.92
Rp		7.00	7.37

- 3 vs 1 = 7.40 > 7.57 promedios confiablemente diferentes
- 3 vs 2 = 4.28 < 7.00 las medias de estos grupos no son confiablemente diferentes
- 2 vs 1 = 3.12 < 7.00 no son confiablemente diferentes

ESCALA 6 (Pa)

Se = 10.54

GRUPOS	1	2	3
\bar{X}	7.95	10.30	10.78
rp		2.77	2.92
Rp		2.66	2.80

3 vs 1 =	2.83	>	2.80	confiablemente diferentes
3 vs 2 =	0.48	<	2.66	no confiablemente diferentes
1 vs 2 =	2.35	<	2.66	no confiablemente diferentes

ESCALA 7 (Pt)

Se = 50.52

GRUPOS	3	2	1
\bar{X}	23.45	28.85	41.72
rp		2.77	2.92
Rp		12.76	13.45

1 vs 3 =	18.27	>	13.45	comparativamente diferentes
1 vs 2 =	12.87	>	12.76	confiablemente diferentes

2 vs 3 = 5.4 < 12.76 no confiablemente
diferentes

ESCALA 8 (Es)

Se = 19.11

GRUPOS	2	3	1
\bar{X}	30.88	31.65	36.83
rp		2.77	2.92
Rp		4.82	5.08

1 vs 2 = 5.95 > 5.08 confiablemente di-
ferentes

1 vs 3 = 5.20 > 4.82 confiablemente di-
ferentes

2 vs 3 = 0.75 < 4.82 no confiablemente
diferentes

ESCALA 0 (Si)

Se = 23.57

GRUPOS	1	2	3
\bar{X}	26.48	32.53	34.78
rp		2.77	2.92
Rp		5.95	6.27

3 vs 1 = 8.30 > 6.27 confiablemente di-
ferentes

3 vs 2 =	2.25	<	5.95	no confiablemente diferentes
1 vs 2 =	6.05	>	5.95	confiablemente di- ferentes

En general estos resultados nos muestran que los promedios de las escalas Hs, Hi, Pa, Pt y Es del Grupo de Madres de hijos con Neurodermatitis atópica (G_1), son confiablemente diferentes a los de grupos control; es decir, que la variación de la enfermedad, en este caso específico la inclusión de la NDA está asociada a la elevación de estas escalas. (Ver tabla 1)

En el análisis cualitativo, la interpretación de estas diferencias significativas, comparativamente, entre tipos de padecimiento psicossomático y no psicossomático, nos demuestra:

ESCALA 1. El grupo experimental, con trastorno psicofisiológico de NDA, presenta un puntaje alto (T 73); indicativo, principalmente, de la sensación de problemas somáticos que se manifiesta en la preocupación por la salud física y esquema corporal. Psicodinámicamente, esta elevación señala; por un lado datos de egocentrismo y un punto de vista narcisista; por el otro, la necesidad en la persona de elaborar una defensa contra sus fallas, justificándolas a través de molestias físicas, prefiriendo reconocer éstas como la causa de su problemática, y

así, busca la tolerancia y aceptación que convencionalmente se ofrece a los enfermos, pues la molestia física funciona, en este caso, como un mecanismo de autolimitación y a su vez de explicación y racionalización; es decir, el conflicto emocional se expresa por medio de una canalización somática. En comparación con los grupos control (G_2 y G_3) con T 58 y T 60 respectivamente; no existe una real preocupación hipocondríaca o por su cuerpo, sino que aparece probablemente en términos de una base orgánica.

ESCALA 2. El G_1 (T 55, elevación normal) señala que la presencia de reacciones depresivas (no frecuentes), se fundamenta ante algún estímulo real que las pueda ocasionar, y en general, una mezcla de optimismo y pesimismo. Comparativamente el G_2 con elevación moderada y el G_3 ligeramente alta, manifiestan características que se relacionan con sentimientos de tristeza, inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa.

ESCALA 6. Los niveles de suspicacia y agresión se observan dentro del término medio en los grupos 1 y 2 (T 56 y T 57, respectivamente). En el G_3 (T 59) se denota cierta sensibilidad en estas dos características aunque sin tendencias psicopatológicas.

ESCALA 7. Cuando es alta y pico del perfil, como el G_1

(T 78), se refieren excesivas dudas, dificultad para tomar decisiones, variedad de miedos y temores, exigencias hacia sí mismas y los demás, inseguridad, sentimientos de culpa, baja tolerancia a la frustración, búsqueda de patrones pre-estructurados de comportamiento, meticulosidad, angustia, pensamiento obsesivo y mecanismos defensivos -- como racionalización e intelectualización. Psicodinámicamente los datos descriptivos anteriores reflejan la sensación de inconformidad, y ésto conlleva a que se asuma una actitud de competencia con el fin de alcanzar rasgos de un ideal del yo prefijado como pauta de autoconcepto; puntualiza también características superyoicas de la personalidad. Al analizar los resultados de los grupos restantes (T 58 y T 48), tienen adecuado nivel de angustia y una actitud crítica al enfrentar diversos estímulos de la vida, conciencia de fallas, conflictos y posibles causas, tratando de dar alternativa para modificarlos.

ESCALA 8. Características como tendencia importante hacia el aislamiento; problemas en la capacidad para establecer relaciones interpersonales por apatía, frialdad y/o indiferencia; utilización como mecanismo al servicio del yo la fantasía en forma de compensación e incongruencia de afecto, son datos clínicos en la elevación alta -- como se presenta en el G₁. En los grupos control, aunque se observan algunas de estas características, comparativamente están disminuídas; ya que se detecta una elevación-

moderada en ambos.

ESCALA O. Las puntuaciones con elevación moderada de G_2 y G_3 (T 60 y T 62), indican principalmente, la posibilidad de estas madres de conocer su situación conflictiva y las probables causas. Alude también, a tendencias de introversión en los niveles de: pensamiento, participación social y expresión emocional; por lo que se indican inclinaciones a reflexionar acerca de sí mismas, poca socialización pero sin que existan datos de aislamiento o problemas de importancia para establecer relaciones interpersonales, y en general, comunicación restringida. Sin embargo, el grupo experimental mantiene una elevación normal - que implica características convencionalmente ajustadas, - en los tres niveles, es decir, ambiversión.^{227, 228, 229}

227 Graham, MMPI, Guía Práctica, 1987, pp. 37-69 y 164-202.

228 Reyes López, P. Textos inéditos.

229 Rivera, O. Op. cit., pp. 23-40.

MMPI
2-4

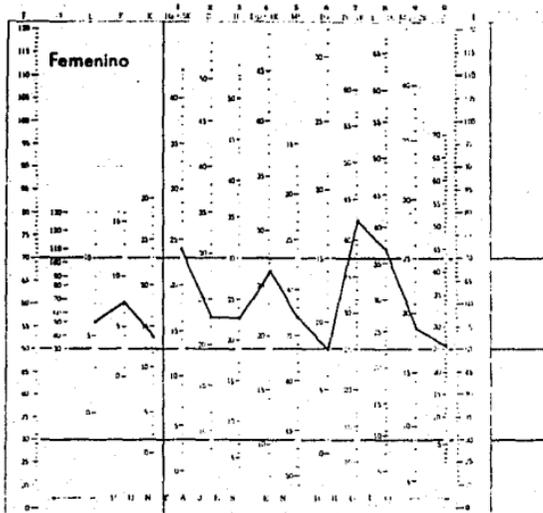
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Storke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Escala

Nombre _____ (letra de nombre)
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____
 Años escolares o estudios cumplidos _____
 Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en
 bruto 6 7 14 17 23 23 20 33 8 28 23 16 26
 Agrupar Factor K 7 6 14 14 3
 Puntaje transformado 24 26 42 37 19

Funcionamiento	1	2	3	4	5
10	15	12	6		
20	15	12	6		
30	14	11	6		
40	14	11	3		
50	13	10	3		
60	13	10	3		
70	13	10	3		
80	13	10	3		
90	13	10	3		
100	13	10	3		
110	13	10	3		
120	13	10	3		
130	13	10	3		
140	13	10	3		
150	13	10	3		
160	13	10	3		
170	13	10	3		
180	13	10	3		
190	13	10	3		
200	13	10	3		
210	13	10	3		
220	13	10	3		
230	13	10	3		
240	13	10	3		
250	13	10	3		
260	13	10	3		
270	13	10	3		
280	13	10	3		
290	13	10	3		
300	13	10	3		
310	13	10	3		
320	13	10	3		
330	13	10	3		
340	13	10	3		
350	13	10	3		
360	13	10	3		
370	13	10	3		
380	13	10	3		
390	13	10	3		
400	13	10	3		
410	13	10	3		
420	13	10	3		
430	13	10	3		
440	13	10	3		
450	13	10	3		
460	13	10	3		
470	13	10	3		
480	13	10	3		
490	13	10	3		
500	13	10	3		

NOTAS

GRUPO 1
 NEURODERMATITIS ATOPICA

MMPI
2-A

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chanley McKinley

PERFIL Y SUMARIO



Nombre _____ (letra de molde) _____

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____

T	L	F	K	1		2		3		4		5		6		7	8	9	0	T
				MA-2K	D	HI	DU	PC	PA	SC	SO	PT	PK	ES	LA					
120					45						30		35							130
115																				115
110					35		30	45												110
105																				105
100					40															100
95																				95
90					45															90
85					30															85
80																				80
75					35															75
70																				70
65					30															65
60																				60
55					25															55
50																				50
45					20															45
40																				40
35					15															35
30																				30
25					10															25
20																				20
15					5															15
10																				10
5					0															5

Pruebas K	Pruebas H			
	1	2	3	4
20	15	15	6	
29	35	12	6	
28	14	11	6	
27	14	11	5	
28	13	10	5	
25	13	10	5	
24	12	10	5	
23	12	9	5	
22	11	8	4	
21	11	8	4	
20	10	8	4	
19	10	8	4	
18	9	7	4	
17	8	7	3	
16	8	6	3	
15	8	4	3	
14	7	4	3	
13	7	5	3	
12	5	4	3	
11	6	4	2	
10	5	4	2	
9	5	4	2	
8	4	3	2	
7	4	3	1	
6	5	3	1	
5	3	2	1	
4	2	1	1	
3	2	1	1	
2	1	1	0	
1	1	1	0	
0	0	0	0	

NOTAS

Puntaje en bruto _____

Agregar factor K _____

Puntaje corregido _____

Firma _____

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Staske R. Hathaway y J. Chorley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Laminas

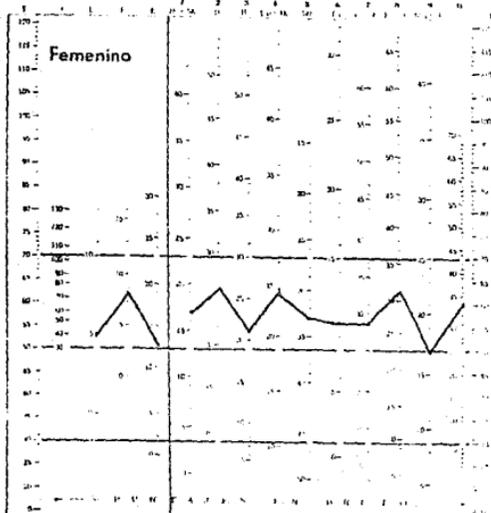
Nombre _____ (letra de nombre)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en	5	8	13	10	26	21	19	33	10	16	18	14	21
bruto													
Ajuste total k			7				5			13	13	3	
Puntaje corregido			17				24			29	31	17	

Transformación			
T	2	3	4
20	55	13	6
28	55	12	6
28	54	11	6
27	54	11	5
24	53	10	5
23	53	10	5
22	52	10	5
21	52	10	5
20	51	9	5
19	51	9	5
18	50	9	5
17	50	9	5
16	49	9	5
15	48	8	5
14	48	8	5
13	47	8	5
12	47	8	5
11	46	8	5
10	45	7	5
9	45	7	5
8	44	7	5
7	44	7	5
6	43	7	5
5	43	7	5
4	42	6	5
3	42	6	5
2	41	6	5
1	41	6	5

NOTAS

GRUPO 2

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO



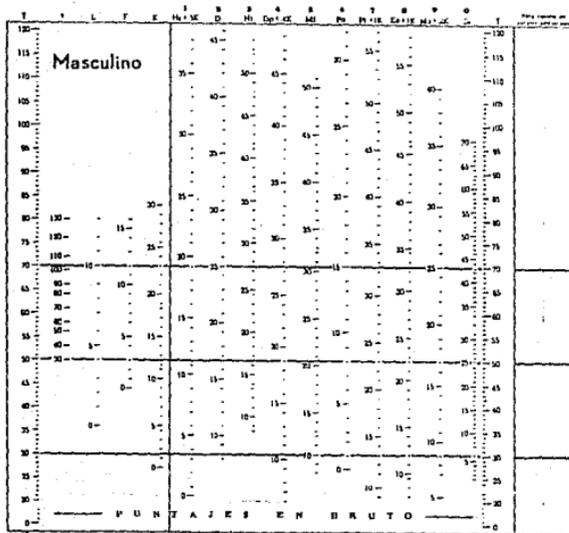
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Escala			
1	2	3	4
125	125	125	6
115	115	115	6
105	105	105	6
95	95	95	6
85	85	85	6
75	75	75	6
65	65	65	6
55	55	55	6
45	45	45	6
35	35	35	6
25	25	25	6
15	15	15	6
5	5	5	6
0	0	0	6
10	10	10	6
20	20	20	6
30	30	30	6
40	40	40	6
50	50	50	6
60	60	60	6
70	70	70	6
80	80	80	6
90	90	90	6
100	100	100	6
110	110	110	6
120	120	120	6

NOTAS

Puntaje en bruto _____
 Agregar factor K _____
 Puntaje corregido _____

Firma _____ Fecha _____

MMPI
2-4

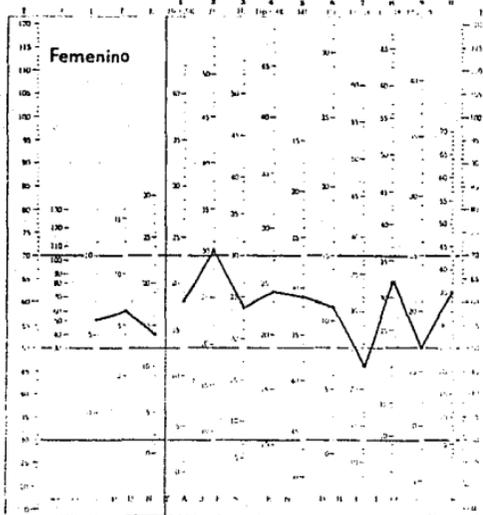
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

Nombre _____
Fecha de naci. _____
Derección _____
Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____
Años escolares o estudios cumplidos _____
Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en

1	6	14	11	20	24	18	21	11	10	14	15
Agrupación A		7		6		14	14	3			
Validación	18		24		23	32	17				

Clínica	1	2	3	4
1	6	14	11	20
2	14	24	18	21
3	11	10	14	15
4	20	24	18	21
5	18	21	11	10
6	21	11	10	5
7	6	14	11	20
8	24	11	10	5
9	11	10	5	5
10	14	15	10	5
11	10	5	4	2
12	10	5	4	2
13	10	5	4	2
14	10	5	4	2
15	10	5	4	2
16	10	5	4	2
17	10	5	4	2
18	10	5	4	2
19	10	5	4	2
20	10	5	4	2
21	10	5	4	2
22	10	5	4	2
23	10	5	4	2
24	10	5	4	2
25	10	5	4	2
26	10	5	4	2
27	10	5	4	2
28	10	5	4	2
29	10	5	4	2
30	10	5	4	2
31	10	5	4	2
32	10	5	4	2
33	10	5	4	2
34	10	5	4	2
35	10	5	4	2
36	10	5	4	2
37	10	5	4	2
38	10	5	4	2
39	10	5	4	2
40	10	5	4	2
41	10	5	4	2
42	10	5	4	2
43	10	5	4	2
44	10	5	4	2
45	10	5	4	2
46	10	5	4	2
47	10	5	4	2
48	10	5	4	2
49	10	5	4	2
50	10	5	4	2

NOTAS

GRUPO 3

DERMATITIS SOLAR

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO



Nombre _____ (letra de molde) _____

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____

T	L	F	K	Ma-Sc	D	Hs	De-Ex	So	Pa	Pt-Sc	Es-10	Ma-20	Co	T
125					40									120
115					35	30	45		X	35				115
105					40					30				105
100					65					30				100
95					35	40				45	45		25	95
90					25	40				40				90
85					25	35				40	40		30	85
80	130		30		30	XI							35	80
75	120		15										50	75
70	110				25					35	35		45	70
65	100	10			25					35	35		40	65
60	90		10		25					30	30		35	60
55	80		30		15					25	25		30	55
50	70		3	3	15					20	20		25	50
45	60	31			10					20	20		15	45
40	50		0		10					15	15		15	40
35	40		0		10					10	10		10	35
30	30		0		10					10	10		10	30
25	20		0		10					10	10		10	25
20	10		0		10					10	10		10	20
15	0		0		10					10	10		10	15
10	0		0		10					10	10		10	10
5	0		0		10					10	10		10	5
0	0		0		10					10	10		10	0

Fraciones K

K	3	4	5
20	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	1	1
3	2	1	0
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

Puntaje en bruto _____

Agregar factor K _____

Puntaje corregido _____

Firma _____ Fecha _____

MMPI
2-4

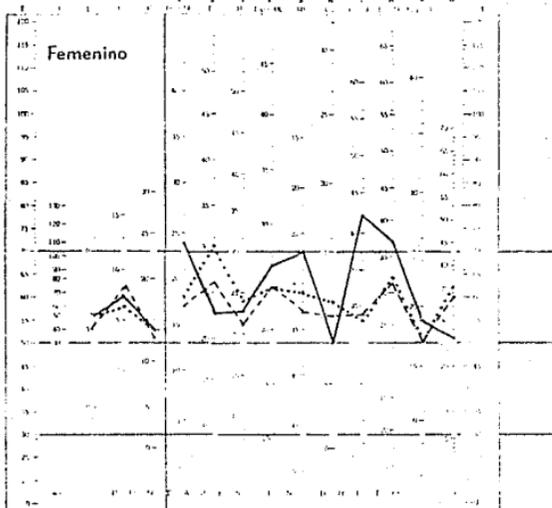
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

FORM Y SUMARIO



Nombre
(letra de molde)
Direccion
Ocupacion Fecha de la Prueba
Años escolares o estudios cumplidos
Estado Civil Edad Referido por



Puntaje en
bruto

Aplicado en Escala #
Fecha de la Prueba

Promedios				
	1	2	3	4
10	15	12	6	
19	18	12	6	
18	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	12	9	4	
20	10	8	4	
19	10	8	4	
18	9	7	4	
17	9	7	4	
16	8	7	4	
15	8	7	4	
14	7	6	4	
13	7	6	4	
12	6	5	4	
11	6	5	4	
10	5	4	4	
9	4	3	4	
8	4	3	4	
7	3	2	4	
6	3	2	4	
5	2	1	4	
4	2	1	4	
3	1	1	4	
2	1	1	4	
1	1	1	4	

NOTAS

COMPARACION DE PROMEDIOS ENTRE GRUPOS

- G₁ NEURODERMATITIS ATOPICA
- - - - G₂ INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
- G₃ DERMATITIS SOLAR

Posteriormente, se comparó a cada uno de los grupos con el perfil mexicano estandarizado por Núñez, para observar posibles diferencias a través de la prueba t de student.

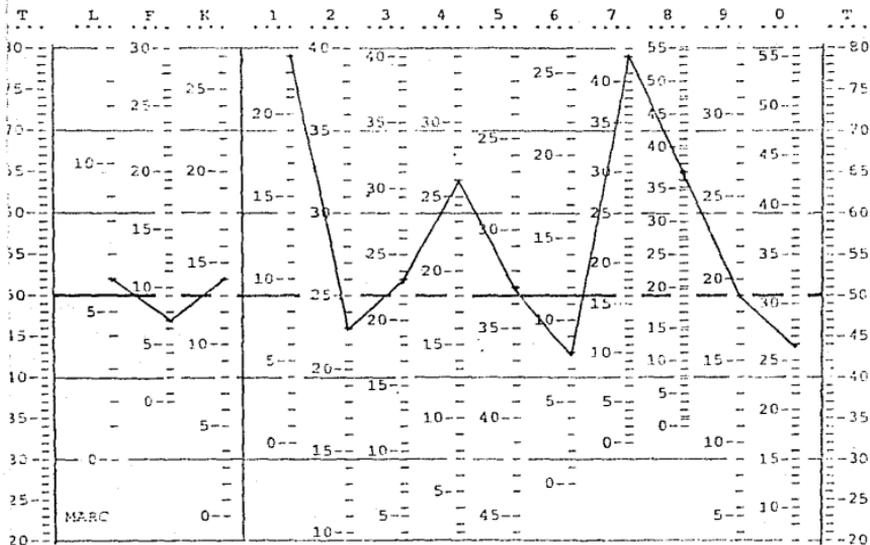
$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{N_1 S_1^2 + N_2 S_2^2}{N_1 + N_2 - 2} \left[\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2} \right]}}$$

E	G ₁ NDA		ESTANDAR MEXICANO		t
	X	S	X	S	
L	6.08	3.12	5.55	2.85	1.12 n.s.
F	7.05	5.63	9.14	7.04	-1.85 n.s.
K	14.45	5.44	12.94	4.82	1.86 n.s.
1	24.15	7.19	9.05	5.08	8.58 p < .01
2	22.58	6.81	24.86	5.13	-2.59 n.s.
3	22.90	8.28	21.87	6.15	0.97 n.s.
4	26.03	5.50	18.21	5.50	1.99 p < .05
5	33.35	5.96	33.40	4.33	-0.07 n.s.
6	7.95	4.04	11.43	5.07	-4.20 n.s.
7	41.72	8.97	16.32	8.98	7.42 p < .01
8	36.83	9.39	19.24	11.77	1.65 n.s.
9	18.80	4.24	18.94	5.07	-0.17 n.s.
0	26.48	9.78	31.16	8.17	-1.194 n.s.

Como observamos en la tabla, en la comparación del grupo estándar mexicano con el G₁, se observa que -

las escalas: Hs, Dp y Pt son diferentes significativamente con una probabilidad menor a 1%, 5% y 1% respectivamente. Por otra parte, con el G_3 , la escala D con una probabilidad menor al 1% y el G_2 no mostró diferencias significativas.

F E M E N I N O



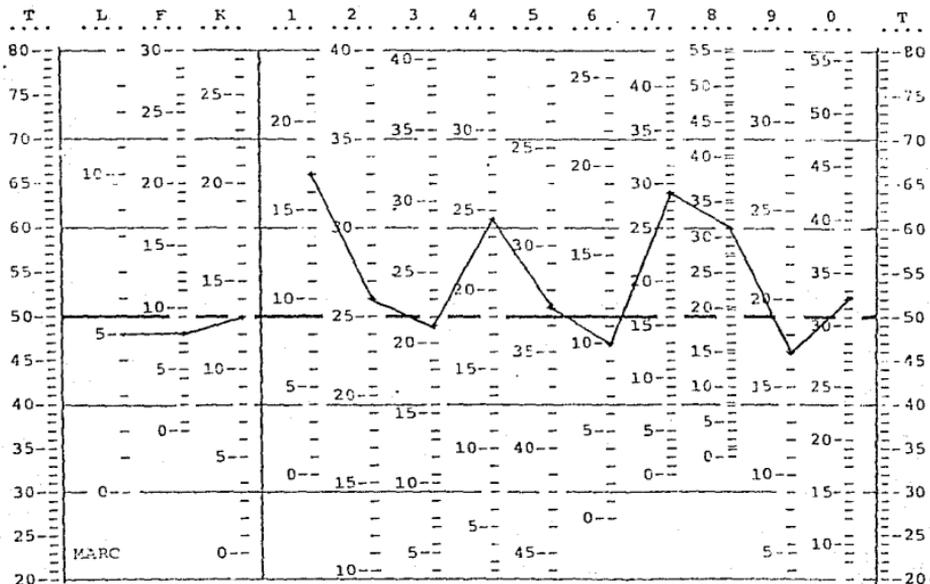
6	7	14	17	23	23	20	33	8	28	23	16	26
Agregar factor K		7		6		14		14		3		
Puntaje corregido		24		26		42		37		19		
Fracción K		.5		.4		1.0		1.0		.2		

Basado en las normas del Dr. Rafael Nuñez (N = 400)

OBSERVACIONES:

PERFIL DEL GRUPO 1: NEURODERMATITIS ATOPICA

F E M E N I N O



	5	8	13	10	26	21	19	33	10	16	18	14	33
Agregar factor K				7			5			13	13	3	
Puntaje corregido				17			24			29	31	17	
Fracción K				.5			.4			1.0	1.0	.2	

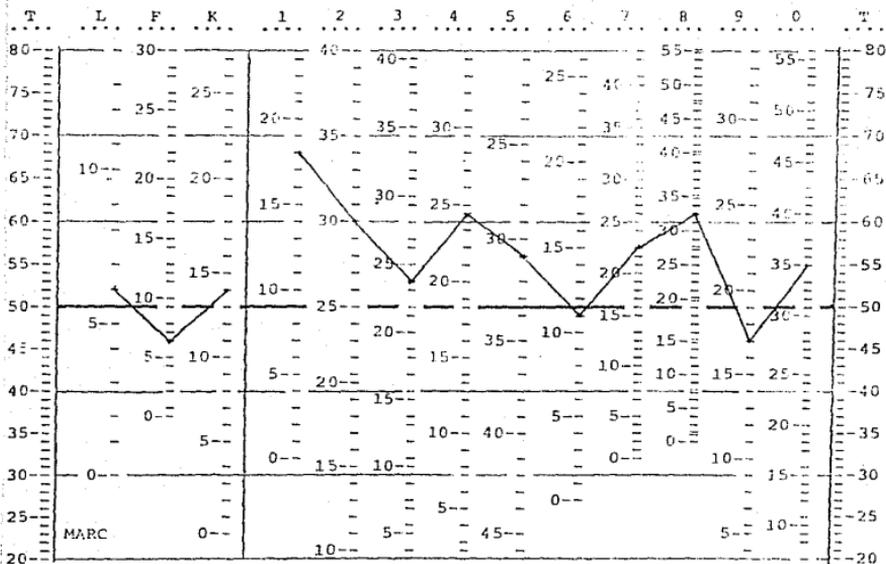
Basado en las normas del Dr. Rafael Nuñez (N = 400)

OBSERVACIONES:

PERFIL DEL GRUPO 2: INSUFICIENCIA RENAL ORGANICA

COTICED

F E M E N I N O



6	6	14	11	30	24	18	31	11	9	18	14	35
Agregar factor K			7			6			14	14	3	
Puntaje corregido			18			24			23	32	17	
Fracción K			.5			.4			1.0	1.0	.2	

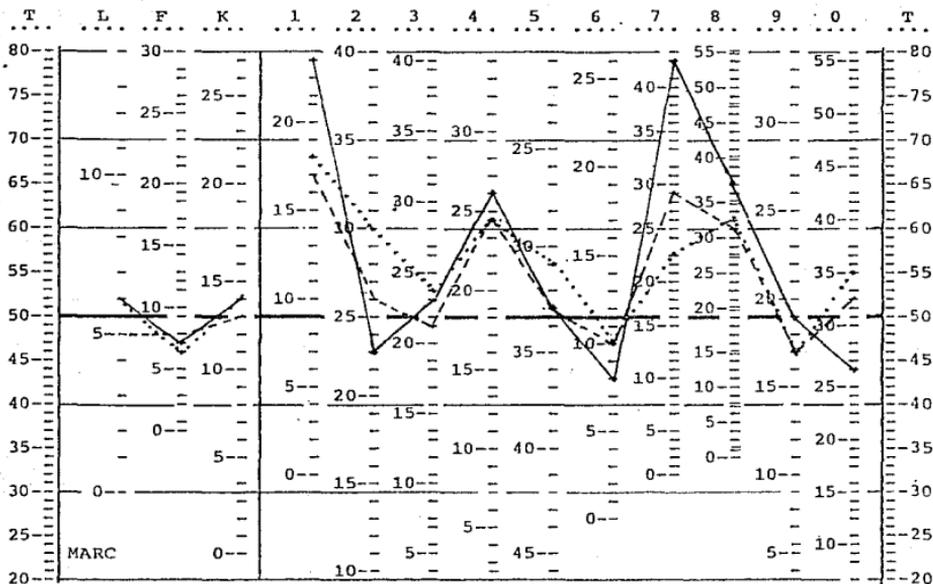
Basado en las normas del Dr. Rafael Nuñez (N = 400)

OBSERVACIONES:

PERFIL DEL GRUPO 3: DERMATITIS SOLAR

001001

F E M E N I N O



Agregar factor K _____

Puntaje corregido
Fracción K

.5

.4

1.0 1.0 .2

Basado en las normas del Dr. Rafael Nuñez (N = 400)

OBSERVACIONES:

- PERFIL OPERATIVO ENTRE GRUPOS
- G₁ NEURODERMATITIS ATÓPICA
- G₂ INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
- G₃ DERMATITIS SOLAR

Otra prueba estadística utilizada fue el análisis de chi-cuadrada. Se aplicó, puesto que se implementó un análisis clínico de las escalas Hi, Dp, Pa, Es y Si del MMPI, en donde se detectó para cada una:

- 3 (Hi) Dependencia
- 4 (Dp) Dificultad de establecer compromiso afectivo
- 6 (Pa) Hostilidad y Agresión
- 8 (Es) Evitación y tendencia a aislarse
- 0 (Si) Introversión-extroversión

Se procedió a cuantificar valores por niveles categóricos para cada escala, en base al perfil global en su configuración y altura (ya que las escalas de validez pueden elevarlo); y se evaluaron cada uno de los 120 perfiles, calificados por un interjuez a través de estudio ciego, quien estandarizó sus criterios a partir del establecimiento de reglas para la calificación. Estos fueron:

Primeramente se clasificaron los 120 perfiles organizados al azar para su interpretación, en base a:

- I. Clasificación de Escalas de Validez
 - a) Aceptable. Con reconocimiento de síntomas (llamada de auxilio)
 - b) Defensivo. Por la elevación de las escalas L y K (se incluyeron en el mismo grupo ya que los perfiles con K alta son mínimos,

solo hubo 5).

c) Dudoso. Por exageración de síntomas.

d) Invalidez

- Que con excepción de las escalas D y Es, ninguna otra escala exceda de T 70 (en perfil defensivo, es más significativa la elevación de cualquier puntaje mayor de T 70).

- F inferior a T 80.

II) Y, en segundo término se agruparon en tres niveles de alteración:

- 1) Promedio. T 40-60 de todas las escalas
- 2) Moderado. T 60-80 de todas las escalas
- 3) Severo. Arriba de T 80 aunque sea una de las escalas.

Y así, los niveles categóricos para esta evaluación fueron:

ESCALAS DE VALIDEZ	NIVEL DE ALTERACION
A Aceptable	1 Promedio
De Defensivo	2 Moderado
Du Dudoso	3 Severo

Por otro lado, para la guía de entrevista y cuestionario, el tratamiento de los resultados empleado fue a través de cuadros de contingencia y análisis porcentual para obtener comparabilidad en las respuesta y en las más

representativas también se procesó la prueba de chi-cuadrada:

$$\chi^2 = \sum_{r}^k \frac{(f_o - f_e)^2}{e}$$

El análisis cualitativo del MMPI, guía de entrevista y cuestionario, se hizo a través de interpretación clínica y psicodinámica según los indicadores generales y fundamentos para la interpretación establecidos.

B) Tipo y Calidad de Vínculos

Para el análisis clínico de los rasgos característicos en la estructuración de vínculos de los tres grupos a través del MMPI, se integraron los datos anteriormente mencionados y se interpretaron los signos encontrados, a través de las cinco escalas que evalúan características generales en la calidad de las relaciones interpersonales.

La presentación cuantitativa del análisis clínico con el apoyo del interjuez, en base a las escalas 3, 4, 6, 8 y 0, según los criterios establecidos nos muestran:

COMPARACION ENTRE GRUPOS Y NIVEL DE ALTERACION

	1	2	3*
G ₁	4	14	22
G ₂	16	14	10
G ₃	16	16	7

$$\chi^2 = 17.815; p < .01$$

* Nivel de Alteración: 1-promedio; 2-moderado; 3-severo.

Observamos que en el grupo experimental (G_1) se da mayor concentración de frecuencias en el nivel de alteración severa para el establecimiento de relaciones interpersonales; y es, estadísticamente significativo en comparación a los grupos de madres de hijos con enfermedad crónica no psicofisiológica, quienes demuestran tener conflictos normales o moderados. (Gráfica 1)

INTERGRUPO VS ESCALAS DE VALIDEZ

	A	De	Du**
G_1	8	26	6
G_2	16	18	6
G_3	14	22	3

$$\chi^2 = 5.3534; p < .05$$

El tratamiento estadístico señala mayor nivel de defensividad en los tres grupos y sus diferencias en frecuencia, denotan que el G_1 es el más defensivo y con mayores dificultades en la estructuración de vínculos.

(Gráfica 2)

INTERGRUPO VS ESCALAS DE VALIDEZ EN BASE
A LOS NIVELES DE ALTERACION

	1			2			3		
	A	De	Du	A	De	Du	A	De	Du
G_1	1	2	1	5	8	1	2	16	4
G_2	7	9	0	6	5	3	3	4	3
G_3	3	13	0	7	8	1	4	1	2

n.s.

n.s.

$$\chi^2 = 9.9675; p < .05$$

** Escalas de Validez: A-aceptable; De-Defensivo; Du-dudoso

Aquí, los niveles de alteración normal y moderado, correlacionados con las escalas de validez en la comparación de los tres grupos, no son significativos estadísticamente. No obstante, corroboramos que las madres del G₁ presentan mayor frecuencia en el nivel de alteración severa en el establecimiento de vínculos y una escala de validez tipo defensivo en la configuración del perfil.

(Gráfica 3)

INTERGRUPO VS. NIVEL DE ALTERACION EN BASE
A ESCALAS DE VALIDEZ

	A			De			Du		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
G ₁	1	5	2	2	8	16	1	1	4
G ₂	7	6	3	9	5	4	0	3	3
G ₃	3	7	4	13	8	1	0	1	2
	n.s.			$\chi^2=23.04; p < .01$			n.s.		

Integrando los criterios de evaluación detectamos que en los grados de confiabilidad: Aceptable y Dudoso - nos existen diferencias significativas intergrupo; sin embargo, en el criterio de Defensividad el G₁ es altamente significativo con un nivel de Alteración Severa en la estructuración de vínculos. Y resalta la comparación con el G₃ que refleja, también, defensivamente establecimiento de vínculos, pero normales. (Gráfica 4)

Clínicamente, en el análisis de cada uno de los perfiles con alteración moderada y severa, observamos:

1) Para el grupo de madres de hijos con NDA (G₁), las escalas que destacan expresando mayor conflicto son Es y Dp;

2) Para el grupo de madres de hijos con IRC (G₂), el más heterogéneo, hay cierta tendencia en la expresión de conflicto en las escalas Hi y Pa; y,

3) Para el grupo de madres de hijos con DS (G₃), aunque no resaltan significativamente, fueron la Hi y Dp.

Sin olvidar la configuración total del perfil y las escalas de validez, representativamente, la interpretación clínica plantea fundamentalmente:

G₁ De acuerdo a los resultados, las dificultades principales se basan en el reconocimiento y expresión de los afectos y emociones. Las relaciones interpersonales pueden ser bastante problemáticas por exigencias y falta de tolerancia; con frecuencia, rechazan a los demás y son poco toleradas por ellos; no obstante, experimentan sentimientos de soledad. Las fantasías se nutren de aspectos destructivos y agresivos, que en general, son expresados contra lo establecido socialmente, aunque se controlan rígidamente ante su demanda de satisfacción inmediata, esto nos permite hablar de fuertes elementos superyoicos-introyectados (ver escala Pt, también está significativamente alta) y de una actitud cíclica (en la combinación con la escala Dp). Existen fuertes tendencias al aisla-

miento, y se observan hoscas y hostiles. A partir de esto podemos inferir que los vínculos se caracterizan por una actitud de aislamiento que se intenta compensar con fantasías narcisistas con un trasfondo de fortaleza y omnipotencia para llevar a cabo sus ideas. También se pueden fundamentar, en la exigencia hacia los otros de que ajusten su comportamiento a patrones pre-estructurados; actitud, que por lo general, no se expresa verbalmente, y ésto las lleva a desilusiones, tendiendo así al aislamiento (eventos que sugieren signos pasivo-agresivos). Los datos impresionan de que se establece un alto grado de competencia y de exigencia, asociado a características de un yo ideal con fines a fijarse metas alejadas de las propias capacidades y de la realidad, rasgo que nos habla de un autoconcepto frágilmente estructurado, y hace referencia a trastornos de la imagen corporal. Lo anterior, sugiere un precario equilibrio, ya que estos signos impiden reaccionar en forma adecuada en una situación de conflicto, primordialmente de tipo afectivo. Es por ello, posiblemente, la evitación del reconocimiento de alteraciones emocionales y vinculares (ver grado de confiabilidad que es principalmente defensivo). Abstrayendo, podemos identificar entonces, en la persistencia de estos signos: dificultades importantes para el establecimiento de un vínculo profundo y afectivo.

G₂ La dependencia y agresión son aspectos asociados a esta población. Se demuestran en la tendencia a la ma

nipulación que encubre expresiones abiertas de hostilidad y enojo en las que subyacen culpa y sentimientos de devaluación que son proyectados, esforzándose así, en aparecer como elementos de seguridad y firmeza. Como en el G_1 se hallaron datos narcisitas y como en el G_2 exigencias de aceptación; sin embargo, este grupo se caracteriza por una oscilación entre gran demanda de cariño y actitud de desconfianza hacia los demás, encubierta por mecanismos defensivos. Aunque, huelga decir, estos signos son funcionales y no exactamente psicopatológicos; además, no se encontró precisamente una homogeneidad significativa de estas peculiaridades, sino tan sólo una aproximación.

G_3 . Los elementos posibles de observar fueron de dependencia en la relación e incapacidad para postergar satisfacción, expresados en la búsqueda de aceptación, cariño y reconocimiento; además, con la manifestación de algunos rasgos impulsivos que pueden considerarse como poco sociables, pero con fines de búsqueda de aceptación por los otros, que posiblemente se consigue con muchos esfuerzos. También se hallaron características del G_1 pero en forma de demandas afectivas y con la expresión de necesidades que el grupo anterior no se permite; una de ellas es el aislamiento, pero no es primordial ni consistente. Hubo datos de exhibicionismo más que de egocentrismo o narcisismo; y como vemos, existe fuerte tendencia hacia las personas por las que son aceptadas, y tam-

bién, manifiestan poca tolerancia a la frustración y rechazo. A grosso modo, por sus necesidades afectivas y su temor a la desaprobación, los datos proponen que pueden establecer vínculos superficiales como protección, o bien, altamente dependientes.

3.1.2 Cuestionario

Dentro de los datos demográficos y el cuestionario los resultados generales en la población estudiada nos indican:

La edad promedio para los 3 grupos oscila entre los 30 y 39 años; la escolaridad en el 61.7% fue de educación media básica; el 88.3% son casadas; el 72.5% se dedican al hogar; y, la clasificación socioeconómica es media-baja en el 65.5%.

Las características más importantes del grupo con trastorno psicofisiológico y las diferencias significativas comparativas intergrupos se desglosan a continuación:

A) Historia familiar

a) Las madres de hijos con NDA reportan en un 65% que no fueron hijas deseadas; en contraste, el G₂ (90%) y el G₃ (85%) refieren que sí fueron deseadas. Comparativamente, observamos una diferencia estadística significativa:

$$\chi^2 (2) = 32.51; p < .01$$

b) Relaciones dentro de la familia de origen:

G ₁	con problemas serios	55%
G ₂	con problemas comunes	63%
G ₃	con problemas comunes	73%

$$\chi^2 (6) = 26.15; p < .01$$

c) Características del padre:

G ₁	Estricto	80%
G ₂	Reservado	20%
G ₃	Otra (especificada pero no mantiene consistencia)	28%

d) Características de la madre:

G ₁	Preocupada	40%
G ₂	Tranquila y Otra	45%
G ₃	Otra	25%

e) Como hija se ha sentido:

G ₁	Rechazada	48%
G ₂	Otra	28%
G ₃	Comprendida	18%

f) Aspecto en el que se ha dado la crisis más importante de su vida:

G ₁	En el de pareja	57%
G ₂	En el de salud	40%
G ₃	Con sus hijos	25%

B) Relación Marital

El 87% de la población tienen pareja, y viven juntos el 63%

a) Consideran la relación conyugal:

G₁ Insatisfactoria 63%

G₂ Satisfactoria 58%

G₃ Satisfactoria 73%

$$x^2 (4) = 50.13; p < .01$$

b) Detectan como característica de su compañero

G₁ Agresivo 50%

G₂ Otra 40%

G₃ Infidel 15%

c) Relaciones Sexuales:

G₁ Insatisfactorias 45%

G₂ Satisfactorias 70%

G₃ Satisfactorias 83%

$$x^2 (4) = 35.14; p < .01$$

C) Vínculo con su hijo enfermo

a) Lugar que ocupa su hijo que viene a consulta

G₁ Primogénito 75%

G₂ Segundo 45%

G₃ Segundo 53%

b) Esperaban a este niño:

G₁ No 63%

G₂ Sí 83%

G₃ Sí 85%

$$x^2 (2) = 25.41; p < .01$$

Sobre estos datos se puede especificar para el G_1 que: se sintieron satisfechas con la noticia de la preñez (63%); sin embargo, anotan que durante el embarazo se presentó difícil situación de pareja (65%).

$$x^2 (2) = 26.41; p < .01$$

Tuvieron preferencia por el sexo de su hijo (65%), y en el

$$x^2 (2) = 24.10; p < .01$$

70% no se cumplió esta preferencia. Al nacer éste se sintieron satisfechas (53%); no obstante, en alguna ocasión

$$x^2 (2) = 69.03; p < .01$$

pensaron sería inconveniente que naciera el menor (68%)

$$x^2 (2) = 42.67; p < .01$$

El 60% no amamantó a su bebé y el 18% que lo hizo, fue durante

$$x^2 (2) = 39.20; p < .01$$

5 meses (65%). Los acercamientos como cargarlo, platicarlo o acariciarlo, "casi nunca" se manifestaron, refiriéndose estas madres como "secas" y "poco expresivas" (45%). En el G_2 (73%) informan que lo hacen "siempre" y el G_3 (78%) "frecuentemente".

Al 72% le gustan más los niños que las niñas; y el 68% traen a consulta a paciente femenina. Las madres son que

$$x^2 (4) = 16.64; p < .01$$

nes generalmente ponen las reglas, disciplina, castigos y premios en casa (48%); en el mismo porcentaje, los grupos restantes afirman que son ambos padres quienes la confieren. Y el 70% hacen mención de sobreprotección hacia el

$$\chi^2 (6) = 29.57; p < .01$$

neurodermatítico

$$\chi^2 (4) = 21.50; p < .01$$

D) Datos sobre el menor

La edad del niño que viene a consulta oscila entre los 7 y 9 años en los tres grupos; la edad de aparición de la enfermedad va de los 24 a 35 meses en el grupo con NDA, 36 a 47 meses en el de IRC y 48 a 60 meses en el de DS.

Las informantes observan que cuando se sienten ansiosas se exagera la enfermedad de su infante (70%); el G₂ niega esta consideración (90%) y el G₃ en el 75%.

$$\chi^2 (2) = 53.51; p < .01$$

Y finalmente, expresan sentirse "culpables" por el padecimiento del menor (50%); sin embargo, el G₂ (55%) y el G₃ (40%) "optimistas".

$$\chi^2 (10) = 40.013; p < .01$$

Existe también, el temor de contagio de la enfermedad cuando se presenta el rascado en los niños y al tener que untar las pomadas recetadas, en un 75%.

3.1.3 GUIA DE ENTREVISTA ESTRUCTURAL

Los resultados más representativos manifestados son:

A) Grado de integración de identidad (de sí mismo y de las representaciones objetales)

a) El concepto de sí mismo está distorsionado (40%) y deteriorado (35%) en el G₁; para los otros dos grupos, existe una dispersión entre la adecuación (mayor tendencia), la distorsión y deterioro (puntajes bajos). (Ver Gráfica b)

La forma como se apartan de este concepto es con una "percepción errónea de su cuerpo como entidades repulsivas, feas o amenazadoras", "sentimientos de rechazo de sí mismas y de otros", "falta de autoestimación y respeto propio", así como una "identificación indefinida, confusa y/o parcial".

Los modelos en quienes han basado su identidad -- son igualmente confusos; un elemento importante, es que la relación con sus hijos se da concreta y funcional, es un medio por el cual "sienten que pueden ser madres" sin que se establezca un contacto afectivo profundo (la relación se erige en obligaciones como ama de casa y de "educadoras"). También se instauran exigencias en forma de juicios de valor como el "deber ser buenas", "rechazar --

los sentimientos malos" y se confunden en la explicación misma de estos conceptos. Los modelos, en general, mantienen la peculiaridad de sensación de poder, a través de esfuerzos mágicos, como en búsqueda de una seguridad, igualmente confusos; un elemento importante, es que la relación con sus hijos se da concreta y funcional, es un medio por el cual "sienten que pueden ser madres" sin que se establezca un contacto afectivo profundo (la relación se erige en obligaciones como ama de casa y de "educadoras"). También se instauran exigencias en forma de juicios de valor como el "deber ser buenas", "rechazar los sentimientos malos" y se confunden en la explicación misma de estos conceptos. Los modelos, en general, mantienen la peculiaridad de sensación de poder, a través de esfuerzos mágicos, como en búsqueda de una seguridad, igualmente mágica. Reportan también vacío crónico.

b) Yo ideal. Las metas y nivel de aspiraciones se observaron adecuadas (38%) y distorsionadas (50%), esto es, poco realistas e infantiles con datos de omnipotencia. La figura de identificación es principalmente, la madre. Y el código moral introyectado refleja carga de culpabilidad asociada a reprimir muestras afectivas y/o agresivas; teóricamente esto se explica por una internalización que se da en forma de funciones hipertrofiadas del superyo. Los otros dos grupos muestran heterogeneidad e inconsistencia. (Gráfica 7)

c) Superyo. Se observó una fuerza severa- (55%) por conflictos de dependencia y autoafirmación, pro blemas de aprobación y desaprobación que denotan un tipo de expiación a través de control externo y de culpabili- dad en forma de tensión, ansiedad, vergüenza y "condena- de 'sí mismas". Reflejaron también, impulsos de hacer, -- decir o pensar algo prohibido, con una reacción superyoi- ca acentuada caracterizada significativamente por tintes- sadomasoquistas. El modelo en quien se basa es en las -- figuras parentales. (Gráfica 8)

El G_3 tuvo, igualmente, los anteriores signos en un 35% y el G_2 no identificó homogeneidad.

d) Relaciones Objetales. La relación a la entrevista y entrevistadora fue ambivalente en el 50%. El rango o grado de ligas formadas fue insuficiente (75%) -- con la modalidad de ambivalente (50%) y de agresión (35%). El tipo de relación fue primitiva (75%): de tipo simbióti- ca (35%), de temor de incorporación (40%) y en algunos ca sos narcisista (15%). El patrón general de ajuste sexual se reportó conflictivo (85%) tanto en la relación como en el comportamiento, los signos consistentes fueron: anor- gasmia y presencia de componentes incestuosos, respecti- vamente. Para los grupos 2 y 3, en el aspecto sexual se observan semejanzas (50% y 65% para cada muestra); en los anteriores apartados, no hubo inconsistencia en las res- puestas. (Gráficas 9, 10, 11, 13 y 14)

e) La relación establecida con la enfermedad de su hijo, tiene concepto exagerado para los 3 grupos (70%, 85% y 70%). Para el G₁ la fantasía es que la enfermedad pudo haber sido provocada por otros (60%) y en algunos casos se incluye la misma madre; o por castigo divino (25%). Para los otros dos grupos es evidente la idea de causa orgánica (70%). Se señala también una adherencia al equipo médico y tratamiento (80%) en las 3 poblaciones. (Gráfica 12)

B) Tipo de operaciones defensivas predominantes

Se destacaron en:

- G₁ Identificación Proyectiva e Idealización Primitiva (75% de los casos)
- G₂ Racionalización y Represión (70%)
- G₃ Formación Reactiva y Desplazamiento (60%)

Los mecanismos en el grupo con la variable NDA, se traducen en formas tempranas de proyección con temor al otro bajo la influencia del impulso proyectado y la necesidad de control hacia esta persona; y la idealización primitiva, en tendencias hacia la escisión de los objetos, como totalmente buenos o totalmente malos, creando imagos no realistas y generalmente poderosas. (Gráfica 15)

C) Prueba de la realidad. En el G₁ ocurren alteraciones en la relación o interpretación de la realidad

(65%), las observaciones son: conductas inapropiadas con dificultades subjetivas y objetivas, a través de proyecciones o negaciones, así como falta de empatía con criterios sociales. En G_2 y G_3 está preservada en forma realista y existe clara diferenciación yo, no-yo (65%).

Por otro lado, como trastornos de los procesos de pensamiento, resaltan en el G_1 : preocupación por impulsos instintivos, antropomorfización y pensamiento mágico.

Para la definición de estos indicadores ver Apéndice 1.

DISCUSSION

DISCUSION

"Un sólo instante separa a Narciso del eco. Ya cese la distancia, ya concluya el tiempo: el deseo de amor es deseo de muerte, mi doble es mi semejante, mi semejante es mi doble".

Ortigués.

Al abstraer los resultados de la población objeto de estudio, se detectó la combinación de ciertos rasgos - que a continuación se describen e integran:

Por una parte, los síntomas obsesivos (ver escala Pt del MMPI) como pensamientos sobrevalorados egosintónicos, indican el deseo de liberarse buscando la racionalización como protección. Los síntomas hipocondríacos (escala Hs), reflejan una preocupación importante por la salud y temor crónico a la enfermedad; signos que generalmente se transforman en conductas ritualísticas para conservarla y en cierto retiro de la vida social (integrar - escalas Pt y Es). Se muestran también ciertos rasgos hipocondríacos secundarios a la ansiedad, con tintes paranoicos como el miedo de "poder contagiarse de la enfermedad de sus hijos" (ver cuestionario, pregunta 48), como reacción a la intensa angustia y temor de incorporación (ver apartado de tipo de relaciones en Guía de Entrevista); aspecto que nos explica la inquietud que provoca la cercanía con cualquier persona, como si tan permeables fueran los límites del yo, que amenazaran con absorberlas, -

por ello que necesitan tener cierto grado de separación física y emocional (escala Es de MMPI) -p. ej. a través de la segunda piel de sus hijos- lo que les permite evitar ser "devoradas". Y esto les impide tener nexos emocionales significativos*.

Los datos de inhibición del placer en la conducta sexual manifiesta como anorgasmia y fantasías de componentes incestuosos (ver Patrón General de Ajuste Sexual en Guía de Entrevista) pueden servir de apoyo para evitar la gratificación, porque al mismo tiempo son rechazados severamente por la culpa que se entreteje. Y en este sentido, Kernberg²³⁰ propone que las prohibiciones del superyo contra las relaciones sexualizadas adquieren una cualidad primitiva, manifestada en tendencias masoquistas o proyecciones paranoides de precursores de esta estructura.

Los sentimientos de inseguridad, incertidumbre e inferioridad respecto a sus capacidades y en su trato con los demás pueden sugerir aspectos reales de la evaluación de sus vinculaciones con personas significativas y de otras áreas en general; impresionan también de una apreciación real de algunas de sus carencias y fracasos, pero en un plano más profundo insinúan fantasías subyacentes

* Este argumento se integró a través de la comparación de los tres instrumentos: escalas Hs, Pt y Es del MMPI, cuestionario y tipo de relaciones en Guía de Entrevista.

²³⁰ Kernberg, Structural Diagnosis, 1984, p. 10.

de omnipotencia (ver análisis clínico de tipo y calidad de vínculos).

Las idealizaciones del objeto se manifiestan como funciones defensivas. No son realistas, pueden ser exageradas o frágiles, con giros para sobreestimar o devaluar, y así, parece ser que justifican su tendencia al aislamiento. Estas abstracciones sugieren la existencia de las imágenes padre-madre condensadas y al mismo tiempo, aspectos parciales de las relaciones con estas figuras parentales, pues al no ser realistas y ser primitivas se convierten en relaciones idealizadas o amenazantes (ver escala Pt, tipo y calidad de vínculos escalas Dp y Es con un nivel de alteración severo y grado de confiabilidad defensivo, en Guía de Entrevista tipo de operaciones defensivas y Yo ideal).

Se detectan confusiones entre la realidad y la fantasía que se pueden traducir en cierta dificultad para tener una imagen clara del yo profundamente diferenciada del medio circundante; ésto supone la existencia de raíces profundas en el hecho de una deficiente resolución de la relación simbiótica. Se propone esta implicación porque las referencias significativas apuntan hacia: una visión interna pobremente integrada del sí mismo y de otros significantes; expresadas en la experiencia subjetiva de vacío crónico, autopercepciones y conductas contradictorias que no pueden integrarse emocionalmente (ver

escala Es y concepto de sí mismas en Guía de Entrevista); pero hay diferenciación suficiente entre las representaciones del sí mismo y de las representaciones objetales para permitir el mantenimiento de las fronteras del yo -- (aspectos separados, escindidos en sí y en los otros pero delimitados entre yo, no yo). Kernberg conceptualiza esta constelación de signos como "difusión de la identidad",²³¹ es decir, la dificultad para ver al ser humano "total". Las imágenes, explica este autor, pueden estar presentes pero no prevalecen, lo que se traduce en la pobre capacidad de sintetizar introyecciones e identificaciones, aunque prácticamente se conservan intactos los límites del yo y la prueba de la realidad.

Los rasgos de la estructura superyoica (ver escala Pt y Super Yo en Guía de Entrevista) aclaran que los pacientes se dan cuenta de impulsos fuertes y contradictorios que se les dificulta controlar. Sienten y/o actúan en formas que les son inaceptables; esto nos indica un estado inicial de interiorización de las funciones del superyo. En concomitancia, se observó la predominancia de las operaciones defensivas primitivas que les permiten disociar y proyectar las presiones del superyo como parte de la activación de mecanismos generales de escisión (ver mecanismos defensivos predominantes en Guía de Entrevista y escalas Hs, Pt y Es). La escisión es un proceso activo

²³¹ Idem., pp. 12-15

de mantener la separación entre las introyecciones e identificaciones de calidad opuesta, es un factor importante de neutralización de la agresión, aunque no se logre suficientemente, haciendo fracasar así una fuente de energía esencial para el crecimiento del yo.²³² La manifestación de éste fue el uso del mecanismo de idealización primitiva, a través de la división de los objetos externos en forma oscilante y la aparición de conceptos contradictorios de sí mismas (ver concepto de sí mismo y mecanismos predominantes en Guía de Entrevista); esta tendencia nos sugiere que les hace crear imágenes poderosas y alejadas de la realidad. Las respuestas nos revelan que también excluyen de su contexto el reconocimiento consciente de la agresión hacia el objeto, la culpa derivada de la agresión y la preocupación por los demás. Esto propone una expresión directa de una fantasía primitiva que opera como estructura protectora en la cual no hay verdadera estima por el objeto, sino una simple necesidad de defenderse; pues el objeto cuando es idealizado, funciona como receptáculo para la identificación omnipotente, compartiendo su grandeza a modo de protegerse contra la agresión y como gratificación directa de sus necesidades (ver teoría kleiniana en marco teórico). Y al utilizar la identificación proyecta el objeto amenazante mantiene e incluso incrementa, el temor a la propia agresión proyectada. Es decir parece ser que necesitan controlar a su objeto para impedir-

²³² Idem., pp. 16-17.

que éste las ataque bajo la influencia de impulsos tanáticos proyectados, y se marca entonces, una dificultad de diferenciación en esta área particular. El establecer una relación que refleja demasiado apego y exigencias a un objeto "mágico" idealizado, es poder tratarlo de manera cruel y posesiva, como una extensión de su propio ser; y en la devaluación, abandonarlo (revisar teoría kleiniana - en marco teórico).

Al revisar la teoría (ver desarrollo psicológico - en marco teórico), se nos clarifica que una de las tareas esenciales para el desarrollo y la integración del yo: es la síntesis de las introyecciones e identificaciones primitivas y ulteriores en una identidad yoica estable; y entonces, la presencia de esta división defensiva del yo, constituye en esencia el mecanismo de escisión (que protege a esta estructura de los conflictos mediante la activa separación de introyecciones e identificaciones fuertemente conflictivas de origen libidinal y agresivo), independientemente de su acceso a la consciencia, y mientras se mantiene la separación, resulta posible evitar la aparición de la ansiedad pero en detrimento de los procesos de integración (factor que subyace a la difusión de la identidad).

Kernberg²³³ nos explica que una de las tareas --

²³³ Kernberg, *Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico* 1975, pp. 38-39.

básicas para llegar a la internalización de las relaciones-objetales, es este proceso de síntesis. En donde "las imágenes parciales de sí mismo y de los objetos van integrándose hasta formar representaciones totales, y en virtud de este proceso acentúan su recíproca diferenciación y semejanza con la realidad". En los casos estudiados, sin embargo, predomina la intensificación de los procesos de escisión y los límites yoicos se desvanecen únicamente en las áreas donde se produce una identificación proyectiva o una fusión con los objetos, por ejemplo, en aquellas que corresponden a compromisos interpersonales profundos (ver concepto de sí mismo y relaciones de objeto en Guía de Entrevista). Por otro lado, la estructura superyoica rígida nos está hablando de aspectos prohibitivos y exigentes; los componentes del ideal del yo, nos sugieren que interfieren al distorsionar la percepción de las imágenes del sí mismo con características irreales y contradictorias. Y de esta manera podemos pensar que también contribuyen a la dificultad de integrar imágenes objetales totales, es decir, parece ser que son parciales y carentes de constancia objetal. Aunque cabe aclarar, se mantiene un grado suficiente de estabilidad en los límites yoicos que permiten la adaptación práctica. En este sentido y tratando de integrar los aspectos anteriores podemos argumentar que, las madres del grupo experimental sienten a las otras personas como objetos distantes a quienes se adaptan de un modo "real" siempre que no tengan un compromiso emocional con ellas. Su

percepción distorsionada, el carácter rígido de sus disposiciones emotivas y la superficialidad de sus vínculos emocionales tiene fines defensivos y diferentes causas. Sugieren que es el esfuerzo que realizan para alejarse de todo compromiso afectivo profundo y cuando fracasan en sus intentos de controlar, tienden a retraerse y recrear en la fantasía un tipo de relación con los otros que les permita expresar todas sus necesidades y deseos.

En este sentido, podemos proponer que los procesos, hallados específicamente en esta muestra, nos hablan de un desarrollo primitivo, de un fracaso parcial en un nivel -- pregenital (línea libidinal) y a nivel del logro de separación-individuación (línea de las relaciones objetales); y comparativamente, en los grupos control encontramos indicadores de un proceso de desarrollo psicosexual más avanzado, en donde se pudo observar una más adecuada integración de la identidad.

Hasta aquí concluimos la elaboración del análisis de los rasgos característicos de la personalidad, tipo y calidad de relaciones objetales de las madres con hijos neurodermatíticos. Y, a partir de los hallazgos de anteriores investigaciones sobre el niño psicossomático, se inicia una aproximación al análisis de la estructuración de este vínculo.

El estudio del desarrollo psicosexual infantil, nos remite a comprender las etapas como una simboliza-

ción en la que el cuerpo funciona como material significativo (ver teoría lacaniana): v. gr., el niño que mama la leche, mama "otra cosa" al mismo tiempo; otra cosa -- que es el signo de amor de la madre hacia él y de su propia dependencia con respecto a ella. Se puede argumentar que el niño busca su "puesto" en el inconsciente de la madre. Sin embargo, también descubre que puede actuar sobre aquella. Detecta el poder afectivo que puede tener sobre su madre (p. ej., en la etapa anal), toda vez que sea capaz de conceder o negar lo que se le pide (v. gr. ser limpio). Al responder a la expectativa de la madre y ofrecerle algo (p. ej., sus excrementos), da esa parte de sí mismo que expulsa y reviste de un valor positivo a cambio de amor. El menor en su primera relación con la madre irá tratando de penetrar en el campo del deseo de ésta a fin de obtener su amor. Querrá ocupar el puesto que ella le asigna de modo inconsciente -- como propio o suyo si quiere ser "su hijo". Así, el infante no accede al reconocimiento por parte de su madre sino alienándose, es decir, sometándose al deseo de ella. Pero ¿qué es lo que desea? ¿de qué carece la madre del niño neurodermático? Para el análisis de esta carencia tenemos que entender la relación que mantiene la madre con el padre del niño, y aún más, la relación que mantuvo siendo niña con sus propios padres. De este modo, el niño se pierde en el enigma de lo que representa para la madre y de aquello por lo que es amado.

El psicoanálisis define este enigma así: la carencia de la madre es carencia de falo y el niño es el sustituto - del falo de que está privada (ver Lacan en marco teórico). El niño hace suya la prohibición paterna, esto es, la orden de la cultura; interiorización que culmina en la formación del superyo. Escribe Freud: "El superyo del niño no se forma a imagen de los padres, sino a imagen del superyo de estos: se llena del mismo contenido y se convierte en el representante de la tradición y de todos los juicios de valor que subsisten así a través de las generaciones."²³⁴

El ser humano se encuentra, aún antes de nacer, - marcado por la manera en que es esperada su llegada por parte de sus familiares y por el lugar que le está reservado en el cruce de las proyecciones de sus padres y en la interferencia de su dinámica emocional sexual inconsciente. Desde su nacimiento es el objeto imaginario que se advierte destinado a responder a una exigencia secreta de la madre, y a colmar la falta que ella se oculta, - pero que habla en ella. Pasa a ser luego el objeto simbólico merced al cual el padre y la madre afirman su propio vínculo; ha de soportar el peso de las insatisfacciones reprimidas de su vida conyugal y/o social, y compensar el sentimiento de su fracaso. Es así, como el infan

²³⁴ Freud, *Nouvelles conférences sur la psychoanalyse*, 1936.

te queda constituido en producto y portavoz de la dialéctica familiar. Posee en su cuerpo y en su vida psíquica el discurso de su historia. Pero aclaremos, el niño no es el producto pasivo de los intercambios de sus padres, sino que recibe a través de su propio campo imaginario - sus exigencias inconscientes, sometiéndose o no a ellas. No deja de ser, a pesar de los mensajes, un producto -- siempre original, toda vez que tales mensajes no actúan - sino en el sentido que les confiera su narcisismo. Por lo tanto, lo social y lo biológico se enlazan en un objeto simbólico de tipo particular: sujeto psicológico. Se podrá entonces, distinguir dos niveles en el origen de - las enfermedades: ya sea inscrita en una perturbación - de la relación triangular del complejo de Edipo; o en la relación dual (preedípica). No obstante, en este vínculo, en realidad existe un tercer polo que se encuentra - ocupado por una sombra (la sombra del padre) ya que el - niño, en su "diálogo" con la madre, halla a su padre en el inconsciente de ésta.

La falla en la estructura de esta relación dual, durante el primer período de la vida del menor, es una - falla en las estructuras fundamentales de su personalidad, puesto que lo que se encuentra comprometido es la - edificación misma de su identidad personal.

Comprendiendo lo anterior, la madre mala no existe. Una madre, es una madre y es ante todo su hijo el -

que la hace madre. ¿La hace buena o mala? Sería una pregunta absurda; pues si lo malo representa lo que uno rechaza, toda madre es rechazada, por lo tanto mala. La madre es alternativamente buena y mala, aceptada y rechazada. Es una mediadora de la vida y está pues atravesada por su historia. Y si recibir es bueno y rechazar es malo, nadie -- escapa a la escisión del bien y del mal.

La relación con la madre se establece mediante la satisfacción de las necesidades, acompañadas de un lenguaje de deseos emocionales gestuales, mímicos, corporales. Esta mujer, por su parte se angustia ante la perspectiva de que sus ideas, fantasías, deseos, se conviertan en realidad, pues cree en la omnipotencia del pensamiento (ver escala Es, tipo y calidad de vínculos). Parece ser que -- prisionera de dudas e incertidumbre que le inhiben, responde con actos compulsivos o pensamientos obsesivos en base a la ambivalencia de amor y odio (ver escala Pt).

El trastorno psicossomático, analicemos, parece la repetición o continuación, a veces amplificada de una disfunción pasada real o imaginaria del cuerpo, que causa dolor debido a una relación decepcionante, que se puede traducir en una herida imaginaria. Sugiere que el cuerpo pasa a ser sustituto del objeto deseado, deviene, podemos -- inferir, como compañero que el niño cree lo comprendería y no lo dejaría solo con su sufrimiento y con su herida. -- Está como mutilado en un lugar específico de la historia --

del vínculo del amor. Su líbido quedó marcada por el amor de su madre, confundido con el deseo de y por ella.

Se ha visto como el menor hace lo posible para que su madre se acerque (se permite comprobar que es fálico, - es decir actuante) y su madre en un estado de pulsiones -- pasivas no se acerca. Si su deseo se manifiesta de manera activa, emisiva, su madre va enojada); pero él lo produce con un síntoma (p. ej., en la piel para que sea tocado, -- delimitado) logra que vaya, que se cumpla su deseo. Pero, como observamos, está obligado a "rascarse" a pruriginar - su piel en el intento de tener la felicidad de recuperar - su objeto de deseo. Como la función simbólica es continua durante la vigilia del niño, si su madre no lo toca, lo -- ignora, sus percepciones del mundo externo no están entretejidas más que en su propio cuerpo (objeto sin rostro, -- representación de cosa), y con él, tiene repetitivamente - necesidad de tocarse, de sentirse de diferenciarse. Esto puede ser indicativo de que está atado a su cuerpo, porque así, por lo menos tiene algo suyo (un cuerpo suyo). En general, estos datos nos reafirman que el neurodermático se manipula así mismo, no como en la histeria que el objetivo es manipular al otro.

La madre, podemos entender, a pesar de sufrir una relación objetal defectuosa (sin reconocerla) quiere imponer la "ley" a su hijo (ver teoría lacaniana) sin haber --

superado ella misma la impulsividad de su deseo, según nos muestran los resultados. Y el niño psicossomático necesita de apoyo para aprender a no experimentar las proyecciones de los demás y a constituirse a sí mismo; porque, como se ha manifestado, está enraizado en la escena primaria de su concepción, protegiendo su narcisismo primario amenazado de disociación si cede ante las órdenes de los que le piden que actúe como desean. Podemos entender que se cierra progresivamente, y en apariencia, a toda relación humana a causa del insoportable sufrimiento de no reconocerse frente a los demás en la integridad de sí mismo. Recordemos que como sujetos, no conocemos a los otros sino a través de nuestra relación yoica con ellos y de la suya con nosotros; este parece ser el problema del enfermo psicofisiológico, ligado a la relación de lo simbólico con la realidad. Doltó lo afirma como: tiempo entrecruzado con el espacio por mediación de la articulación de la imagen del cuerpo sobre el esquema corporal.²³⁵ Y si razonamos la diada como un vínculo histórico-evolutivo, comprenderemos que se disocia la idealización del cuerpo a cuerpo entre madre-hijo. Si el amor proviene de una idealización narcisista no tiene nada que ver con la protección de la piel que los cuidados maternos procuran a su bebé; pero si esta protección se prolonga, si la madre "se pega" superponiendo a la demanda que-

²³⁵ Doltó, op. cit.

le viene de aquel, su propia demanda de falta de amor, -- hay muchas probabilidades, de que no salgan de ese "huevo" de la vida psíquica. La madre que ama, diferente a la madre que cuida y se pega, es alguien que tiene un objeto de deseo y, más allá, un otro con relación al cual el niño le servirá de intermediario. Entendemos que amará a ese infante con respecto a ese otro, y por su discurso a este tercero, el menor se constituirá para su madre en -- "amado"; pero sin este tercero el cuerpo a cuerpo puede ser una abyección o una devoración contra la que tendrá probablemente como único recurso el odio.

An analizar la queja fría, petrificada de dolor de la piel y en la madre su incapacidad de vincularse, podría referirnos a un autoerotismo (anterior al acto psíquico que incluye al tercero en el narcisismo). La organización autoerótica no tiene ni otro ni imagen. Todas sus imágenes la decepcionan o la fascinan (escisión); el niño no puede permitirse ser amado más que por el objeto que se le pegue a la piel como un cataplasma, bálsamo tranquilizador, -- quizá angustioso, pero que le proporciona al menos protección permanente. Siguiendo esta línea podemos proponer que esta falsa "representación materna" es la única permanencia tolerada (ver Winnicott, Lacan, concepto de segunda piel según Bick y concepto de representación de cosa según Laplanche en subcapítulos 1.3.2 y 1.3.3). Indiferenciado, fijado en los espacios del cuerpo dividido y plegado sobre

sus zonas erógenas parecería se torna indiferente al amor, encerrado en el placer-displacer que le procura su segunda piel como defensa provisionalmente tranquilizadora. Por supuesto no es autista, encuentra objetos pero generalmente de odio; y cuando está privado de permanencia posiblemente el odio que le proyecta un objeto se ejerce con más fuerza sobre él mismo (exacerbación de la neurodermatitis).

La dificultad de vinculación en la díada, nos sugiere que es protección para no ser esclavo de su amo, un no-sujeto sombra de un no-objeto (falsos yoés). Es decir, se está enfermo cuando no se es amado, la estructura psíquica (nos atrevemos a presuponer apoyándonos en la teoría de Bick²³⁶) tiene la tendencia a realizarse en ese no-objeto que es el síntoma psicossomático, el cuerpo, la piel, la neurodermatitis atópica.

Los datos obtenidos apuntalan a la suposición de que el sacrificio del cuerpo del hijo es el fin de lo estrictamente prohibido, es no tener que cumplir necesariamente en la realidad del propio cuerpo el obsesivo retorno del placer (quizá destructor). Así, el aniquilamiento del cuerpo conduce a la abolición del Yo (del yo cuerpo). Y la simbiosis, la podemos explicar como una fantasía que transforma la destrucción del propio cuerpo en camino de acceso

²³⁶ Bick, Op. cit., pp. 111-116.

al yo-cuerpo de la madre que lo ama y lo neutraliza de una interiorización subjetiva de su deseo.

Ya se anotó como algunos autores afirman que esta enfermedad puede utilizarse para protegerse de una psicosis franca, en este sentido, es por ello la queja común -- referida por estas madres (Relación de Objeto en Guía de Entrevista): "... no puedo amar porque tengo miedo de volverme loca ..."

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- ... deja que me ponga de pie para que me veas, hasta las vendas que me cubren la cabeza no me dejan ver mi cara, pero así lo quieren todos.
 - ¿Quiénes son todos?
 - Bueno, no es cierto, soy yo y es ella, la que nació antes que yo, pero nació conmigo ¿no?
- Alejandro (el hijo)
- Déjame explicarle, aunque, me quedaría sin palabras. La verdad no me ofende, porque ¡vea! mi hijo es hermoso; pero esa enfermedad no nos permite hacer muchas cosas, nos tiene encerrados.
- Alejandra (la madre).

I. La línea conceptual que se propone dentro de los trastornos psicossomáticos es que, toda estructura corporal se constituye con una estructura psicológica. Especificando se trata de una pulsión que es al mismo tiempo fantasía inconsciente articulada y estructurada en espacio y tiempo con un proceso somático. No se presupone de acuerdo con Bleger, la existencia de un contenido psicológico que "se convierta" en uno corporal, sino que la existencia misma de un fenómeno somático constituye la existencia de uno psicológico. Por eso, se sostiene que estos dos procesos (corporal y fantasía inconsciente) son uno mismo vistos desde dos puntos de vista distintos (dos disciplinas). Se intenta explicar, que esto representa un proceso histórico-evolutivo del fenómeno, una continuidad espiralada somática y mental.

2. Rasgos Maternos y Relación Dual

a) Las características primordiales en las madres de hijos neurodermáticos que se encontraron en este trabajo de investigación, son en su conjunto cualitativamente primitivas: manifiestan síntomas obsesivos e hipocondríacos, tendencias al aislamiento y, en general, debilidad yoica; una estructura superyoica rígida con aspectos prohibitivos y exigentes; los componentes del ideal del yo, interfieren al distorsionar las imágenes de sí mismas y de los otros; un carácter rígido de sus disposiciones emotivas y superficialidad en sus vínculos emocionales. Establecen relaciones en las que se aferran o alejan de otras personas a causa de mecanismos primarios-defensivos como: la idealización primitiva y la identificación proyectiva; así, tienen que controlar o evitar la imagen proyectada y temida negando aspectos ambivalentes en las relaciones interpersonales. Estos procesos traducen un fracaso parcial del desarrollo a nivel pregenital en la línea libidinal, y a nivel de separación-individuación en la línea de las relaciones objetales. Presentan entonces, en su vida adulta y para su adaptación el mecanismo de escisión como protección y para hacer posible una apariencia social. Sus relaciones de objeto son parciales y carecen de constancia objetal. Es decir, presentan una falla en la integración de la identidad.

b) Los niños con padecimiento psicósomático, de

acuerdo a investigaciones anteriores, grosso modo; en la línea libidinal: aluden a signos y síntomas de agresión inhibida y cuando es manifiesta se da hacia la figura materna, o en el esfuerzo de anularla es vuelta -- sobre sí. En la línea objetal, se ha observado, una -- relación simbiótica no resuelta con datos como: dependencia manifiesta o independencia aparente, imagen corporal distorsionada, dificultad de simbolización, ansiedad excesiva, disociación entre aspectos mentales y corporales y posición de apéndice y/o ejecutor de fantasías maternas.

c) De acuerdo a los datos representativos de estas dos entidades y como inicio de una aproximación al análisis de la estructuración de este vínculo; se -- propone que la relación madre-hijo neurodematítico es -- simbiótica, es una relación dual (no triangular) porque la "función paterna" es insuficiente estructuralmente -- para la díada. En este mismo sentido, el síndrome psicofisiológico constituye una falla orgánica y psicológica en el orden simbólico; y en el cuerpo del niño se -- busca algo que los defina, los delimite, se busca un -- significativo a través de una segunda piel, la neurodermatitis atópica.

3. Retomando el concepto de representación postulado por Freud y la proposición de Bick (ver en Marco -- Teórico el subcapítulo 1.3.3) podemos apoyar el argumen

to que provocó esta investigación. Parece ser que la enfermedad psicosomática es un medio por el cual se vinculan madre-hijo en un nivel simbiótico, donde el otro (el padre) no aparece ni intercede para la disolución y resolución de la díada (y ésta tampoco lo permite); la NDA entonces, es al mismo tiempo la que mantiene y separa a estas dos entidades (madre e hijo), funciona como límite, como significativo entre esta relación. Esto es, es la Representación de Cosa, la representación subjetiva del objeto, podemos pensar que es el equivalente del objeto percibido que se caracteriza en ausencia de éste (ver Laplanche en Marco Teórico). Y a partir de esta proposición podemos suponer que:

La enfermedad psicosomática (NDA) estructurada en la Relación Dual (no triangular) es la representación de aquello en lo cual se resuelve (en un plano imaginario) la relación del deseo, no con el objeto sino con la cosa-cuerpo (segunda piel) que es ruptura y vínculo de búsqueda con el mundo.

ALCANCES, LIMITADORES Y SUGERENCIAS

ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Se podría impugnar sobre este estudio, que el analizar una relación diádica únicamente con un miembro del vínculo es extravagante o jugar con la imaginación; sin embargo, desde la teoría que se fundamentó: psicoanalítica, insiste en que el estudio de esta relación no se refiere a las relaciones reales con el ambiente, sino más bien, en estudiarse a nivel de fantasía, pues ésta puede modificar o transformar la aprehensión de lo real. El trabajo con las madres, a través de rasgos y tipo de relación objeto que establecen, con el MMPI y la Entrevista Estructural, ayudó a obtener datos clínicos y deducir cómo metamorfosean sus relaciones con el objeto y mundo exterior; y -- por ello una parte de este trabajo es tan solo una aproximación al análisis de vínculo.

En particular, la utilización del MMPI fue un instrumento de gran sostén por ser multifásico y del que se pudieron extraer datos para el análisis del tipo y calidad de relaciones interpersonales. Esto promueve su utilización para investigaciones de diversa índole.

Desde el punto de vista de la metodología de la investigación, es más fácil y más objetivo clasificar la conducta humana; no obstante, la entrevista estructural -- que aquí se implementó a pesar de las dificultades metodológicas implicadas, ofreció un mayor acercamiento hacia la

totalidad del individuo y su organización de la personalidad.

El acudir a la teoría de las Relaciones Objetales representó un marco de mayor integración hacia el abordaje psicosocial, pues es un punto donde se encuentran lo instintivo y el sistema social. Y sobre todo, permitió entender la profundidad y estabilidad de las relaciones internas con los otros y el grado de integración de la identidad.

El apoyo de los jueces es invaluable al permitir una mayor objetividad en la elaboración y calificación de los instrumentos.

En la contraparte, es evidente, que la amplitud de la población estudiada redujo la minuciosidad del análisis, por lo que únicamente se hizo con el material más sobresaliente.

Es importante también, considerar que la guía de entrevista y cuestionario fueron elaborados para un grupo específico y enfocados a ciertas áreas de interés para este trabajo.

La sugerencia prioritaria, es la apertura para continuar la investigación profunda sobre estos trastornos y paralelamente la apremiante aproximación terapéutica en un nivel inter y multidisciplinario.

Es necesario operativizar la inclusión del niño -
psicosomático, para el análisis in situ y obtener un enfo-
que integral; pues es obvio que aquí sólo quedó señalado.

Sería interesante implementar tests interaccionales
y el análisis del sistema familiar para correlacionar los -
datos.

Es necesaria la inclusión del estudio y análisis de
la figura paterna y la forma en que se estructura en el --
vínculo madre-hijo; pues como quedó señalado, es una figura
también clave pero ausente en esta relación. Y, si anali -
zamos, además quedó excluída en este trabajo de investiga -
ción.

Personalidad, así como el concepto de yo que usted maneja, es una expresión poco determinada que pertenece a la psicología de las superficies y que para comprensión de los procesos reales, para la metapsicología pues, no ofrece nada de particular. Simplemente, se llega a creer que, al utilizarla, se ha dicho alguna cosa que tiene un contenido.

PREUD, Correspondencia con
Abraham, 21 de octubre de
1907

BIBLIOGRAFIA

B I B L I O G R A F I A

- AJURIAGUERRA, M., Tratado de Psiquiatría Infantil, Ed. Toray-Masson, Barcelona, 1985.
- AL-AHMAR, H., Psychological Profile of Patients with Atopic Dermatitis, in British Journal of Dermatology, 95: 373, 1976.
- ALEXANDER, F., Psiquiatría Dinámica, Ed. Paidós, Bs. As. - 1979.
- ANZIEU, D., Le Moi Peau, en Revista Francesa de Psicoanálisis, 12:26, 1971.
- ARIETI, Introductory Notes on the Psychoanalytic Therapy of Schizophrenias, en Psychoterapy of the Psychosis, Basic Books, 1961.
- ARIZA, M., Los Tests Psicológicos en Pediatría Psicosomática, en Acta Pediátrica de México, Vol. 5, No. 2 - Instituto Nacional de Pediatría, SS, Abril-Junio - 1984.
- BEKEI, M., Trastornos Psicósomáticos en la Niñez, Ed. Nueva Visión, Bs. As. 1984
- BENAVIDES, L., Pediatría Integral: Conquista de la Salud - no Lucha contra la Enfermedad, en Gaceta Médica - - HIM, Vol. 104, No. 3, Septiembre, 1972.
- BENEDEK, K., Implicaciones Psicósomáticas de la Relación - Madre-Hijo, Little Brown & Co., USA, 1970.
- BICK, E., La Experiencia de la Piel en las Relaciones de - Objeto Tempranas, en International Journal of Psy-

- choanalysis, XLIX, 2, 3, 1968.
- CAMERON, N., Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad: Un Enfoque Dinámico, Ed. Trillas, México 1982.
- CAMPBELL, Diseños Experimentales y Cuasiexperimentales en la Investigación Social; Ed. Amorrortu, Bs. As. 1970.
- CARUSO, I., Narcisismo y Socialización, Ed. S. XXI, México, 1983.
- CARUSO, I., La Separación de los Amantes: Una fenomenología de la muerte, Ed. S. XXI, México, 1984
- COBO, C., Paidopsiquiatría Dinámica I, Ed. Roche, Madrid, -- 1983.
- COOPER, D., Psiquiatría Antipsiquiatría, Ed. Paidós, Bs. As. 1972.
- CUELI, J., Teorías de la Personalidad, 1970.
- CHIOZZA, L., Cuerpo, Afecto y Lenguaje, Ed. Paidós, Bs. As., 1976
- DALLAL, E., La Importancia de la Salud Mental en el Niño, en Acta Pediátrica Vol. 1, No. 4, INP, 1980.
- DOBLADEZ Y GARCIA, Experiencia Paidopsiquiátrica, Ed. Roche, Madrid, 1983.
- DOLTO F., Sexualidad Femenina, Ed. Paidós, Bs. As. 1987
- DOLTO F., La Imagen Inconsciente del Cuerpo, Ed. Paidós, Bs. As. 1984.
- DUPONT, M.A., Un Factor Crítico en la Acierto o el Error, el Éxito o el Fracaso en la Terapia Analítica, Cuadernos de Psicoanálisis, Vol. XLV, No. 1-4, Asociación Psicoanalítica Mexicana, Ene-Dic. 1981.

- ENGEL, G., The Psychoanalytic Approach to the Psychosomatic Medicine, en Psychosomatic Medicine, 1968.
- ESTRADA-JNDA, L., Simbiosis, en Monografías I, Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, 1980.
- ECO, U., Como se Hace una Tesis, Ed. Gedisa, Barcelona, 1987.
- FENICHEL, O., Teoría Psicoanalítica de las Neurosis, Ed. Paidós, Bs. As., 1966.
- FOUCAULT, M., Historia de la Locura en la Epoca Clásica, Tomo II, Ed. FCE, 1981.
- FRAZIER, La Enfermedad Psicósomática: Una forma de Actualización a través del lenguaje corporal, 1967.
- FREUD, A., Neurosis y Sintomatología en la Infancia, Ed. Paidós, Bs. As., 1984.
- FREUD, S., Obras Completas, Ed. Amorrortu, Bs. As., 1976.
- Fetichismo
 - Formulaciones sobre los Dos Principios del Acaecer Psíquico.
 - Inhibición, Síntoma y Angustia
 - La Perturbación Psicógena de la Visión según el Psicoanálisis
 - Proyecto de Psicología
 - Psicología y Fisiología, en Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
 - Pulsiones y Destinos de Pulsión
 - El Significado del Síntoma
 - Sobre la Justificación de Separar de la Neuras

tenia un determinado Síndrome en Calidad de Neurosis de Angustia.

- Recordar, Repetir y Reelaborar.

FRITZ, Psychological Aspects of Atopic Dermatitis, 1979.

FUENTE, R. de la, Psicología Médica, Ed. FCE, México, 1981.

GAIL, H., Some Determinants of Maternal Attachment, en American Journal of Psychiatry, Vol. 135, No. 10, October 1978.

GARZA, A., Manual de Técnicas de Investigación, Ed. Colegio de México, 1972.

GRAHAM, J., MMPI Guía Práctica, Manual Moderno, México, 1987.

GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY, Psychopathological Disorders in Childhood, Theoretical Consideration and A proposed Classification Formulated by the Committee on Child Psychiatry, Washinton, 1970.

GUARNER, Psicopatología Clínica, Ed. Enrique Guarner, México, 1978.

HAYNAL, Manual de Medicina Psicósomática, Ed. Masson, 1984.

KAPLAN, Tratado de Psiquiatría, Tomo II, Cap. 25, Ed. Salvat, México, 1979.

KAVANAUGH, J., Psychophysiological Disorders, en Basic Handbook of Child Psychiatry, Vol. 11, Josep Noshpitz, Basic Books, New York, 1980.

KERLINGER, F., Investigación del Comportamiento, Ed. Interamericana, México 1975.

KERNBERG, O., Teoría de las Relaciones Objetales y el Psico-

- análisis Clínico, Ed. Paidós, Bs. As., 1986.
- KERNBERG, O., Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies, Yale University Press, London 1984.
- KERNBERG, O., Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico, Ed. Paidós, Bs. As. 1975.
- KLEIN, M., Amor, Odio y Reparación, Ed. Hormé, Bs. As., - - 1987.
- KLEIN, M., Psicología Infantil y Psicoanálisis de Hoy, Ed. Paidós, Bs. As. 1971.
- KLEIN, M., Sobre la Identificación, en Obras Completas, Vol. IV, Cap. 13, Ed. Hormé, Bs. As. 1979.
- KOLB, L., Psiquiatría Clínica Moderna, Ed. Prensa Médica --
- KREISLER, L., FAIN, M., Y SOULE, M., El Niño y su Cuerpo: - Estudios sobre la Clínica Psicósomática de la Infancia, Ed. Amorrotu, Bs. As. 1974.
- KORMAN, V., Teoría de la Identificación y Psicosis, Ed. Nueva Visión, Bs. As. 1977.
- LA SANTA BIBLIA, Antiguo y Nuevo Testamento, Antigua Versión de Casidoro de Reina (1569).
- LACAN, J., Escritos I, Ed. S. XXI, México, 1971.
- El Estadio del Espejo como Formador de la Función del Yo (Je) tal como se nos Revela en la Experiencia Psicoanalítica.
 - La agresividad y el Psicoanálisis.
- LACAN, J., Las Formaciones del Inconsciente, Ed. Nueva Visión Bs. As. 1970.
- LACAN, J., Relación de Objeto y Relación Intersubjetiva, en

- El Seminario, Libro I, Los Escritos Técnicos de Freud (1953-1954), Ed. Paidós, Barcelona-Bs. As. 1985.
- LANGER, M., Maternidad y Sexo, Ed. Paidós, Bs. As. 1987.
- LAPLANCHE Y PONTALIS, Diccionario de Psicoanálisis, Ed. Labor, Barcelona, 1968.
- LEVOBICI, El Conocimiento del Niño a Través del Psicoanálisis, Ed. FCE, México 1986.
- LAIN, P., Introducción Histórica al Estudio de la Patología Psicosomática, Ed. Paz, Madrid, 1950.
- LIPOWSKI, Z.J. Psychosomatic Medicine in the Seventies: An Overview, 1977.
- MAHLER, M., El Nacimiento Psicológico del Infante Humano, Ed. Marymar, Bs. As. 1975.
- MAHLER, M., Simbiosis Humana: Las vicisitudes de la Individuación, Ed. Joaquín Mortiz, 1985.
- MAIGETTS, Historical Notes on Psychosomatic Medicine, 1957.
- MALDONADO, I., La Familia Psicosomática, en Acta Pediátrica de México, 5:2 INP, Abril-Junio 194, pp. 63-66.
- MANNONI, O., La Primera Entrevista con el Psicoanalista, Ed. Gedisa, Bs. As. 1979.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, DSM II y III, Ed. Masson, 1968, 1980.
- MARTY, The Allergic Object Relation, en International Journal of Psychoanalysis, 39:98, 1958.
- MASTERSON, J., The Real Self: A development, self and object

- relations approach, Brunner Mazel, Inc., New York, 1985.
- MENDOZA, Psiquiatría y Piel, en Acta Pediátrica de México, Vol. 5, No. 2, INP, Abril-Junio 1984.
- Mc GUIGAN, F., Psicología Experimental, Ed. Trillas, México 1976.
- MINUCHIN, S., Psychosomatic Families, Anorexia Nervosa, in Context, Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1978.
- MITSCHERLICH, A., El Problema de la Relación Cuerpo y Alma en la Moderna Medicina, en la Nueva Visión del Mundo, Ed. Sudamericana, Bs. As. 1954.
- MUSAPH, A., Aggression and Sypptom Formation in Dermatology 13:257, 1969.
- NUNEZ, R., Aplicación del MMPI a la Psicopatología, Ed. Manual Moderno, México, 1968.
- OLIVIER, C., Los Hijos de Yocasta: La Huella de la Madre, Ed. FCE, México, 1980.
- PARRES, R., Psychiatry in México, 1962.
- PAVLOV, P., Conditioned Reflexes an Psychiatry.
- PIAGET, J., Los Estadios del Desarrollo Intelectual del Niño y del Adolescente, Ed. Nueva Visión, Bs. As. 1981.
- PICHON-RIVIERE, E., Aspectos Psicossomáticos de la Dermatología en Revista Psicoanalítica Argentina, 6:2, 295, 1949.
- Teoría del Vínculo, Ed. Nueva Visión, Bs.As.1980.

- Trastornos del Esquema Corporal, en Del Psicoanálisis a la Psicología Social, Ed. Nueva Visión, Bs. As. 1980.
- RAMIREZ, A., Observaciones de la Relación Madre-Hijo en Niños con NDA, Tesis de Licenciatura CIA, México 1981.
- RAMIREZ, S., Infancia es Destino, Ed. S. XXI, México 1971.
- RANK, O., El Trauma del Nacimiento, Ed. Paidós, Bs. As. 1985.
- RECA, T., Problemas Psicopatológicos en Pediatría, Ed. S. XXI, México 1971.
- REYES, P., Reglas para la Interpretación de Perfiles del MMPI, Textos Inéditos.
- RIVERA, O., Interpretación Clínica y Psicodinámica del MMPI, Ed. Diana, México, 1987.
- RUIZ MALDONADO Y TAMAYO, NDA, Conceptos Básicos para el Pediatra, en Boletín Médico del Hospital Infantil de México, Vol. XXXII, Nov-Dic, No. 6, pp. 1217 - 1227, México 1975.
- Epidemiología de las Enfermedades de la Piel en Diez mil Pacientes en Edad Pediátrica, 1977, pp. 137-161.
- RUIZ MALDONADO, R., La Importancia de la Piel del Niño para el Pediatra, en Acta Pediátrica de México, 2:4, pp. 143-145, 1981.
- Neurodermatitis Atópica: Avances Recientes, Acta Pediátrica de México, Sistema Nacional para

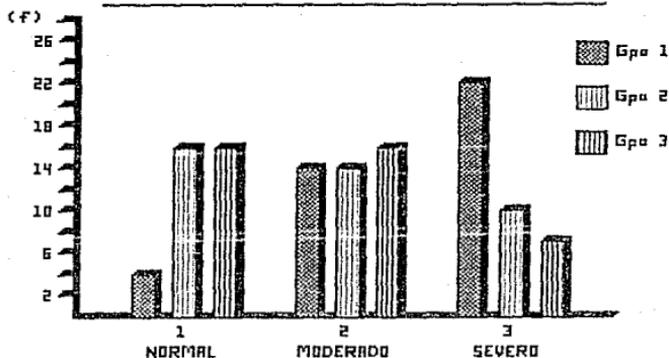
- el Desarrollo Integral de la Familia, Vol. 3, No. 1, pp. 33-44, Ene-Mar, 1982.
- ROUSSEAU, J.J., Emilio, Tomo II, UNAM, 1976.
- SCHILDER, P., Imagen y Apariencia del Cuerpo Humano, Ed. Paidós, Bs. As., 1985.
- SEGAL, H., Introducción a la Obra de Melanie Klein, Ed. Paidós, Bs. As., 1985.
- SOLIS, H., La Relación entre el Médico y el Psicoterapeuta en el Tratamiento de la Enfermedad Somática, CIMP, Bs. As., 1981.
- STORKAN, M., Psychosomatic Aspects, Role of the Mother. 1986.
- SPITZ, R., El Primer Año de Vida del Niño: Génesis de las Primeras Relaciones Objetales, Ed. FCE, México - 1969,
- A Genetic Field Theory of Ego Formation, International Universities Press, New York, 1959.
- TUBERT, J., Cuerpo Simbólico y Simbolización del Cuerpo, en Cuadernos de Psicoanálisis, Vol. XV, No. 1-2, pp. 97-121, Asociación Psicoanalítica Mexicana, 1982.
- La Pareja como Organizador de la Diferenciación del Aparato Mental y del Mundo Interno, Vol. XII, No. 1-4, pp. 85-92, APM, 1979.
- VALDERRAMA, P., Un Esquema para la Historia de la Psicología en México, en Revista Mexicana de Psicología, Vol. 2, No. 1, Sociedad Mexicana de Psicología, --

Ene-Jul 1985.

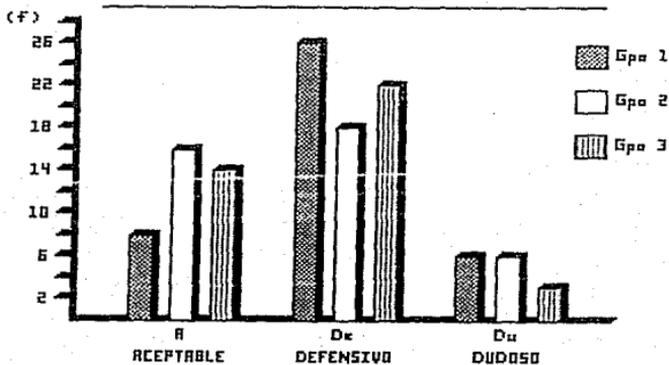
- VALLE, J., Pediatría Psicossomática Institucional, en Acta-Pediátrica de México, INP, SSA, Vol. 5, No. 2, pp. 61-63, Abr-Jun, 1984.
- VIVES, J., Cuerpo e Imagen Corporal, en Cuaderno de Psicoanálisis, APM, Vol. XV, No. 3-4, pp. 46-54, 1982.
- WALLON, H., La Evolución Psicológica del Niño, Ed. Psique, Bs. As., 1979.
- WHITLOCK, M., Psychophysiological Aspects of Skin Disease, Ed. Saunders, Co. LTD, Toronto, Canadá, 1976.
- WINNICOTT, D., Mind and its Relation to the Psyche-Soma, - in Through Pediatrics to Psycho-Analysis (1949), - London The Hogarth Press, 1978.
- Transitional Objects and Transitional Phenomena, 1953.
 - Ego Integration in Child Development, in Maturational Processes and the Facilitating Environment, London, 1965.
 - El Proceso de Maduración en el Niño, Ed. Laia, 1976.
 - Realidad y Juego, Ed. Gedisa, Bs. As., 1987.
- WOLFF, S., The Concept of Personality Disorders in Childhood, in Journal Child Psychology, Vol. 25, No. 1, pp. 5-13, Great Britain, 1984.
- WOLMAN, Handbook of Clinical Psychology, Ed. Mc Graw Hill, New York, 1965.

GRAFICAS

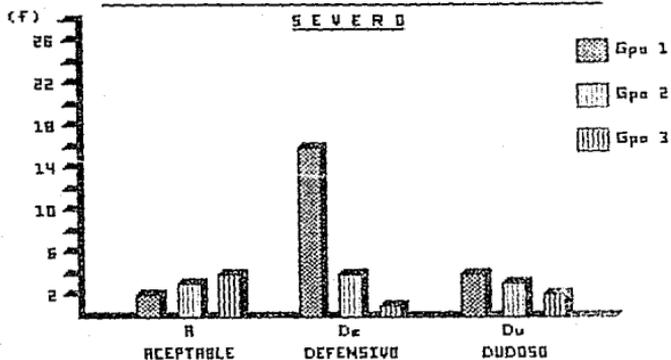
G - 1
COMPARACION ENTRE GRUPOS Y NIVEL DE ALTERACION



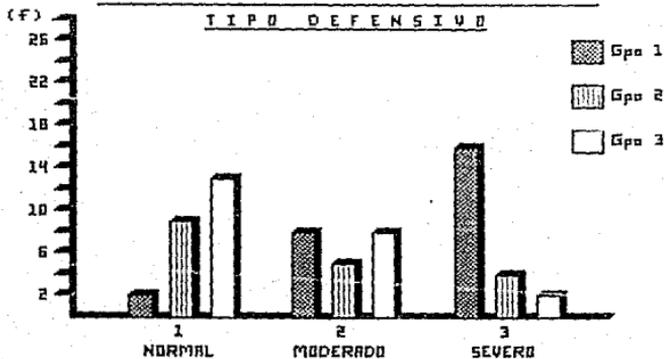
G - 2
INTERGRUPO Y ESCALAS DE VALIDEZ

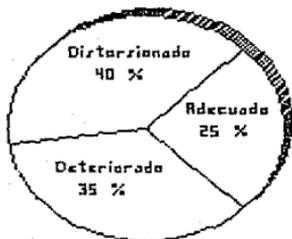
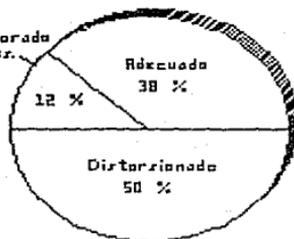


G - 3
 INTERGRUPO Y ESCALAS DE VALIDEZ EN BASE
 AL NIVEL DE ALTERACION.



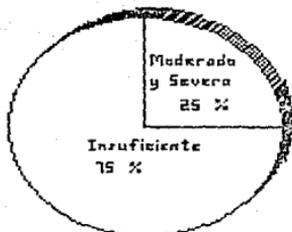
G - 4
 INTERGRUPO Y NIVEL DE ALTERACION EN BASE
 A ESCALA DE VALIDEZ.



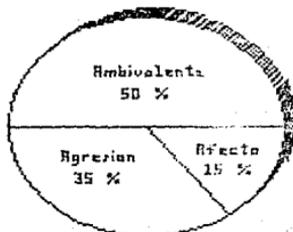
INTEGRACION DE LA IDENTIDADG-5
CONCEPTO DE SI MISMASG-6
VO IDEALDeteriorada
y otras.G-7
SUPER VO

RELACIONES OBJETALES

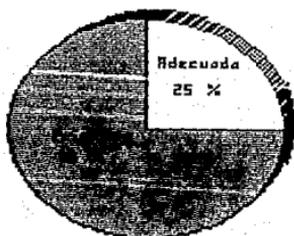
G-8
RANGO O GRADO DE LIGAS
FORMIDAS.



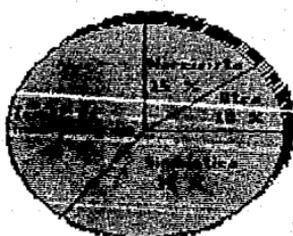
G-9
MODALIDADES CARACTERÍSTICAS
DE EXPRESIÓN EN LA RELACION



G-10
TIPO DE RELACION



G-10-R
TIPOS DE RELACION PRIMITIVA

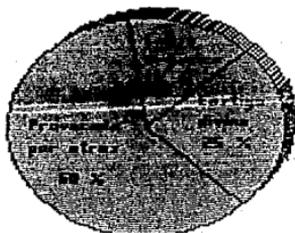


RELACION ESTABLECIDA CON LA
ENFERMEDAD DE SU HIJO.

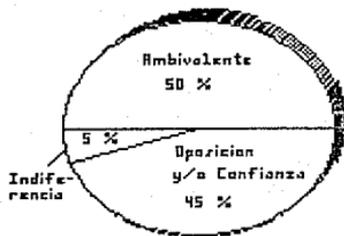
G-11
TIPO DE RELACION



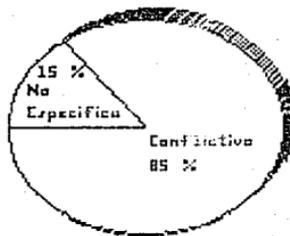
G-11-A
CONCEPTO Y FANTASIA DE LA
ENFERMEDAD (RELACION EXAGERADA)



G-12
REACCION A LA ENTREVISTA
Y A LA ENTREVISTADORA



G-13
AJUSTE SEXUAL



G-14
TIPO DE OPERACIONES
DEFENSIVAS.



APPENDICES

GUIA DE ENTREVISTA ESTRUCTURAL

Códigos de Registro

1. GRADO DE INTEGRACION DE LA IDENTIDAD

1.1 Relación: consigo mismo (Yo)

- 1.1.1 Concepto de sí mismo. Concepto que la paciente tiene de sí misma y la forma (real) como se aparta de este concepto. - Modelos en quienes se ha basado su identidad. Representación de su imagen corporal.

_____ Adecuado

_____ Distorsionado

_____ Deteriorado

Forma: _____

Modelo: _____

Imagen Corporal: _____

Observaciones: _____

- 1.1.2 Yo Ideal (parte consciente). Metas, nivel de aspiraciones, figuras de identificación, código moral.

_____ Adecuado

_____ Distorsionado

_____ Deteriorado

Metas: _____

Figuras de Identificación: _____

Código Moral: _____

- 1.1.3 Super YO (parte inconsciente). Fuerza real y relativa, modelo en quien se basa, tipo de expiación

_____ Severa

_____ Moderada

_____ Disminuída

Modelo: _____

Expiación: _____

Observaciones: _____

1.2 Relaciones Objetales

1.2.1 Relaciones Interpersonales. Reflejan las características de una de las funciones más importantes del yo: la síntesis.

Principales ligas formadas:

A) Rango o grado:

_____ Severo

_____ Moderado

_____ Insuficiente

B) Modalidades características de expresión en la relación en base a:

_____ Afecto

_____ Agresión

_____ Ambivalencia

C) Tipo de Relación

_____ Primitiva

a) narcisista

b) anaclítica

c) simbiótica

d) temor de
incorporación

e) sadomasoquista

f) hipercate-
xia de sí
misma

g) otra

_____ Adecuada: los otros son percibidos independientemente; constancia objetal.

Observaciones: _____

1.2.2 Patrón general de ajuste sexual

A) Relación Sexual:

_____ Positiva

_____ Negativa

_____ Conflictiva

B) Comportamiento Sexual

_____ Positivo

_____ Negativo

_____ Conflictivo

Especificaciones: _____

Observaciones: _____

1.3 Relación establecida con la enfermedad de su hijo

1.3.1 Concepto que tiene de la enfermedad de su hijo desde el punto de vista cuantitativo

_____ Minimizado

_____ Exagerado

1.3.2 Desde el punto de vista cualitativo

_____ De causa orgánica

_____ Provocada por otros

_____ Castigo divino

_____ Otra

Especificaciones: _____

1.3.3 Concepto que tiene de la función del equipo médico, del hospital, del tratamiento:

_____ Adherencia

_____ Indiferencia

_____ Rechazo

_____ Ambivalencia

Observaciones: _____

2. TIPOS DE OPERACIONES DEFENSIVAS PREDOMINANTES

2.1 Reacciones Adecuadas. Mod. los sencillos tendientes a aliviar la tensión experimentada ante amenazas moderadas:

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| 1. Sublimaciones | 6. Ansiedad | <input type="checkbox"/> |
| 2. Autocontrol | 7. Llanto | |
| 3. Aceptación pasiva | 8. Fantasía | |
| 4. Aumento del esfuerzo personal para mantener la integridad | 9. Actividad encamitada a modificar las situaciones | |
| 5. Estado de ánimo tendiente a la adecuación | 10. Otras | |

Observaciones: _____

2.2 Respuestas ante amenazas exageradas de desintegración
 2.2.1 Defensas de alto nivel. Protegen a la paciente del conflicto intrapsíquico:

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1. Formación reactiva | 5. Intelectualización | <input type="checkbox"/> |
| 2. Aislamiento | 6. Proyección | |
| 3. Anulación | 7. Desplazamiento | |
| 4. Racionalización | 8. Represión | |

Observaciones: _____

2.2.2 Defensas de bajo nivel. Predominancia de mecanismos primitivos. Protegen del conflicto intrapsíquico pero debilitan el funcionamiento del yo reduciendo su efectividad adaptativa y flexibilidad.

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 1. Escisión | <input type="checkbox"/> |
| 2. Idealización primitiva | |
| 3. Identificación proyectiva | |
| 4. Negación | |
| 5. Omnipotencia-Devaluación | |

Observaciones: _____

3. CAPACIDAD DE PRUEBA DE LA REALIDAD

- 3.1 Preservada en forma realista y con profundidad. Diferenciación del sí mismo del no sí mismo, lo intrapsíquico de los orígenes externos de las percepciones y estímulos.

_____ Presente

_____ Ausente

Observaciones: _____

- 3.2 Ocurren alteraciones en la relación o interpretación de la realidad y en los sentimientos de realidad

_____ Presente

_____ Ausente

Observaciones: _____

- 3.3 La capacidad de la prueba de la realidad se pierde

_____ Presente

_____ Ausente

Observaciones: _____

4. OTRAS OBSERVACIONES NO ESPECIFICADAS Y QUE SON PREDOMINANTES.

FICHA DE IDENTIFICACION

REGISTRO _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ SEXO _____

EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NACIONALIDAD _____

FECHA DE INGRESO _____

DOMICILIO ACTUAL _____

TELEFONO _____

DOMICILIO TEMPORAL _____ TEL. _____

INFORMANTE _____ TEL. _____

PADRE _____ EDAD _____ OCUPACION _____

ESCOLARIDAD _____

MADRE _____ EDAD _____ OCUPACION _____

ESCOLARIDAD _____

NUCLEO FAMILIAR: PADRE _____ MADRE _____ HIJOS _____ OTROS FAMILIARES _____

TOTAL DE MIEMBROS DE LA FAMILIA _____ ESTADO CIVIL _____

INGRESOS	FIJO O EVENTUAL
PADRE _____	_____
MADRE _____	_____
OTROS _____	_____
TOTAL _____	_____

VIVIENDA _____ NUMERO DE CUARTOS _____ RENTA _____

REFERIDO POR _____

DIAGNOSTICO _____

OBSERVACIONES _____

CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

C O E S T I O N A R I O

1. DENTRO DE SUS HERMANOS ¿USTED QUE LUGAR OCUPA? _____
2. ANTES DE QUE USTED NACIERA ¿LA ESPERABAN?
 - 1) SI
 - 2) NO
3. ¿VIVEN ACTUALMENTE SUS PADRES?
 - 1) SOLO PADRE
 - 2) SOLO MADRE
 - 3) AMBOS
 - 4) NINGUNO
4. ¿VIVEN SUS PADRES JUNTOS?
 - 1) SI
 - 2) NO
 - 3) NO POR MUERTE
5. ¿DURANTE CUANTO TIEMPO ESTUVIERON CASADOS O UNIDOS?
 - AÑOS
 - MESES
 - DIAS
6. ¿HACE CUANTO TIEMPO SE SEPARARON?
 - AÑOS
 - MESES
 - DIAS
7. ¿COMO DESCRIBE LAS RELACIONES CON SU FAMILIA DE ORIGEN?
 - 1) TOTALMENTE ADECUADAS
 - 2) ADECUADAS
 - 3) INADECUADAS
 - 4) TOTALMENTE INADECUADAS
8. ¿COMO DESCRIBE USTED A SU FAMILIA DE ORIGEN?
 - 1) CON PROBLEMAS MUY SERIOS
 - 2) CON PROBLEMAS SERIOS
 - 3) CON PROBLEMAS COMUNES
 - 4) SIN PROBLEMAS
9. DE LAS SIGUIENTES ¿CUALES CARACTERISTICAS TIENE O TUVO SU PADRE:
(marque con una cruz la(s) que considere conveniente(s)).
 - 1) ESTRICTO
 - 2) APACIBLE
 - 3) RESERVADO
 - 4) OPTIMISTA
 - 5) FLEXIBLE
 - 6) PESIMISTA
 - 7) ABIERTO
 - 8) IRRITABLE
 - 9) OTRA _____
(especifique)
10. DE LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS ¿CUALES TIENE O TUVO SU MADRE?
(marque con una cruz (x) la(s) que considere conveniente(s)).
 - 1) NERVIOSA
 - 2) POSESIVA
 - 3) CARIOSA

1) Si

2) No

43. ¿COMO SE SIENTE ACTUALMENTE POR EL PADECIMIENTO DE SU HIJO(A)?

1) ANSIOSA

4) PREOCUPADA

7) CULPABLE

2) PESIMISTA

5) TRANQUILA

8) DESPREOCUPADA

3) INOCENTE

6) OPTIMISTA

9) OTRO _____
(especifique)

44. ¿OTRO DE SUS HIJOS PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?

1) SI ¿QUE ENFERMEDAD? _____

2) NO

45. ¿USTED PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?

1) SI ¿QUE ENFERMEDAD? _____

2) NO

46. ¿ACTUALMENTE ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO?

1) SI ¿QUE MEDICAMENTO? _____

2) NO

47. ¿QUE PASA CON USTED CUANDO SU HIJO(A) SE RASCA?

48. ¿QUE TEMORES TIENE ANTE LA ENFERMEDAD DE SU HIJO?

AGRADECEMOS SU COLABORACION