



5  
rej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

COMPARACION DEL TIPO DE RELACIONES  
OBJETALES EN PACIENTES CON MIGRAÑA  
Y CEFALEA TENSIONAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

MARTIN AGUINAGA TREJO

CARMEN LUISA ELENA RONDERO CASTAÑEDA

BAJO LA DIRECCION Y ASESORIA DE LAS DOCTORAS  
MARIA ISABEL HARO Y ANNEMARIE BRUGMANN

U.N.A.M.

FALLA DE ORIGEN

1991



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.

# INDICE

PAG.

INTRODUCCION . . . . . 1 - 4

## PRIMERA PARTE: MARCO TEORICO

CAPITULO I. CEFALEAS. . . . . 6

CLASIFICACION . . . . . 6 - 7

MIGRAÑA . . . . . 8 - 17

CEFALEA TENSIONAL . . . . . 18 - 22

ESTUDIOS COMPARATIVOS. . . . . 23 - 26

TRATAMIENTOS. . . . . 26 - 29

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. . . . . 30 - 31

CAPITULO II. ASPECTOS PSICOSOMATICOS . . . . . 33 - 41

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. . . . . 42

## CAPITULO III. TEORIA DE LAS RELACIONES OBJETALES

ASPECTOS GENERALES. . . . . 44 - 48

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. . . . . 49

S. FREUD . . . . . 50 - 56

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. . . . . 57 - 58

M. KLEIN . . . . . 59 - 66

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS . . . . . 67

W.R. FAIRBAIRN . . . . . 68 - 78

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. . . . . 79

D. W. WINNICOTT . . . . . 80 - 86

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. . . . . 87

## SEGUNDA PARTE: METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA . . . . .	89
HIPOTESIS . . . . .	89 - 90
TIPO DE ESTUDIO . . . . .	90
MUESTRA . . . . .	90 - 92
ESCENARIO . . . . .	92
INSTRUMENTOS . . . . .	92 - 93
DEFINICION DE VARIABLES . . . . .	93 - 99
PROCEDIMIENTO . . . . .	100
PROCESAMIENTO DE LOS DATOS . . . . .	100 - 103
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS . . . . .	104

## TERCERA PARTE

RESULTADOS Y DISCUSION. . . . .	106 - 160
CONCLUSIONES . . . . .	161 - 162
LIMITACIONES DEL ESTUDIO . . . . .	163
SUGERENCIAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES . . . . .	164

## ANEXOS

I.	ENTREVISTA . . . . .	166 - 168
II.	TEST DE RELACIONES OBJETALES DE PHILLIPSON . . . . .	169 - 175
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS . . . . .	176
III.	TEST DE LOS COLORES DE LÜSCHER . . . . .	177 - 180
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS . . . . .	181
	GLOSARIO . . . . .	182 - 187
	BIBLIOGRAFIA GENERAL . . . . .	189 - 194

## INTRODUCCION

La mayoría de las personas en algún momento ha padecido dolor de cabeza, pero si esto es frecuente e intenso, entonces los efectos de este síndrome pueden ir desde simples molestias físicas, hasta trastornos orgánicos, psicológicos y sociales, que incapacitan a quien los padece para cumplir con sus actividades cotidianas, llegando incluso a interferir, en ocasiones, en todos los aspectos de su vida.

La cefalea crónica, representa una incapacidad relativa del individuo para manejar las incertidumbres de la vida, un síntoma que refleja más una alteración subyacente del pensamiento o la conducta, que una enfermedad estructural del Sistema Nervioso. (Dalesio, 1980)

En la práctica clínica, tanto médica como psicológica, el número de pacientes que presenta algún tipo de cefalea es muy significativo.

Estudios realizados en pacientes con migraña coinciden en establecer ciertas características de personalidad típicas de estos pacientes. En la cefalea tensional no se describen características típicas como en la migraña, pero algunos autores (Kolb, 1982) suponen una misma estructura básica de personalidad en ambos padecimientos, a los cuales clasifican como trastornos psicósomáticos.

Las experiencias de sufrir recurrentemente los síntomas característicos de estos cuadros, pueden ir troquelando pautas de relación del sujeto con el medio que lo rodea, y principalmente con las personas con las que convive, pautas que utilizará como respuesta a determinadas situaciones.

Lo anterior, así como la forma en que el sujeto estableció sus relaciones con las personas de las que dependía para satisfacer sus necesidades primarias psicológicas y biológicas, y las relaciones con personas y situaciones significativas para el sujeto a través de las diferentes etapas de desarrollo, está influida por muchas variables.

Debido a la íntima relación existente entre la presentación de cefalea y las relaciones interpersonales, y con base en la revisión de investigaciones médicas y psicológicas, realizadas en grupos de pacientes con migraña y con cefalea tensional y estudios comparativos, nos interesamos en investigar dos tipos de cefalea: la migraña, de origen orgánico, y la cefalea tensional, de origen emocional, y principalmente las relaciones interpersonales que establecen los sujetos de estos dos grupos, para lo cual nos basamos en la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales.

Esta teoría no se refiere sólo a las relaciones interpersonales, sino que se ocupa en especial del campo intrapsíquico y de las estructuras intrapsíquicas que representan la relación diádica primaria, que más tarde se extiende en múltiples direcciones.

La teoría de las relaciones objetales representa un marco fundamental de integración, que permite vincular el abordaje psicosocial de la vida humana con su naturaleza subjetiva y vivencial por una parte, y con las estructuras intrapsíquicas abarcadas por la metapsicología general, por otra. (Kernberg, 1977)

Para realizar esta investigación, se seleccionaron el Test de Relaciones Objetales de Phillipson (TRO), y el Test de los Colores de Lüscher, ya que el TRO, como su nombre lo indica, es un test elaborado especialmente para investigar las relaciones objetales, y el Test de los Colores, es un test que proporciona abundante información sobre la manera particular de expresar las emociones, lo cual forma parte de la estructura psicológica. Además, en la revisión bibliográfica no encontramos que se hubieran realizado estudios en pacientes con cefalea, utilizando alguno de los dos tests.

Consideramos que esta investigación puede contribuir a entender un poco más cómo se relacionan estos pacientes, cómo repercute el padecimiento en sus relaciones interpersonales, a establecer un diagnóstico diferencial entre ambos cuadros, y a planear un

tratamiento integral, diferenciado y acorde a la estructura de personalidad de cada grupo.

Para lograr el objetivo del estudio, nos preguntamos si existen patrones caracterfsticos de relaciones en estos cuadros, y si hay semejanzas y diferencias entre ambos patrones.

**PRIMERA PARTE**  
**MARCO TEORICO**

**CAPITULO I. CEFALEAS**

---

## CEFALEAS

La cefalea es el síntoma más común de nuestra época; puede presentarse por sí solo o acompañando a algún trastorno orgánico grave como un tumor cerebral o meningitis. Pero ... "es poco frecuente que las cefaleas intensas, y sobre todo las crónicas tengan su origen en un padecimiento orgánico. Por lo tanto puede inferirse que casi siempre la cefalea crónica representa una incapacidad relativa del individuo para manejar las incertidumbres de la vida, un síntoma que refleja más una alteración subyacente del pensamiento o la conducta, que una enfermedad estructural del sistema nervioso". (1)

Las cefaleas se clasifican en tres grupos (2): cefaleas de origen vascular, por contractura muscular y, por tracción e inflamatoria.

### CEFALEA VASCULAR

#### - Migraña:

1. Clásica.
2. Común.
3. Hemipléjica. } Migraña
4. Oftalmopléjica. } complicada

- En racimo (histamínica).
- Vascular tóxica.
- Hipertensiva.

## CEFALEA POR CONTRACTURA MUSCULAR (TENSIONAL)

- Osteoartritis cervical.
- Miositis crónica.

## CEFALEA POR TRACCION E INFLAMATORIA

- Lesiones ocupativas (tumores, edemas, hematomas, hemorragia cerebral).
- Enfermedades oculares, óticas, nasales, faríngeas, dentales.
- Infección.
- Arteritis, flebitis. (Neuralgias craneales)
- Enfermedad vascular oclusiva.

"En personas predispuestas los conflictos psíquicos inconscientes reprimidos provocan cefaleas, porque originan emociones desfavorables que traen consigo las reacciones orgánicas dolorosas, sobre todo vasculares y musculares". (3)

Es por esto, por el papel tan importante que tiene el aspecto psicológico en la presentación de un cuadro de cefalea que nuestro estudio se centra en la migraña y la cefalea tensional, aunque existen diversos tipos de cefalea.

## MIGRAÑA

El síndrome migrañoso se caracteriza por su naturaleza paroxística. Los síntomas comúnmente aparecen en la niñez, pero es frecuente que en este periodo no se acompañen de cefalea. Dolores abdominales, cólicos periódicos y vómito, así como vértigo o mareo posicional muy intenso son comunes en esta época.

Estos y otros síntomas no específicos pueden finalmente reconocerse como una fase del desarrollo de migraña cuando se acompañan de cefalea durante la adolescencia.

La cefalea generalmente persiste hasta la edad media del individuo y en esa época puede desaparecer o cambiar de características.

Los accesos de migraña constituyen el prototipo de las cefaleas vasculares. Las tres fases sucesivas de su desarrollo sintomático, o sea la prodrómica con escotomas, la cefalálgica o con dolor de cabeza pulsátil y la resolutive, con dolor constante, son provocadas por constricciones y dilataciones de las arterias cefálicas.

Antes de que se inicie la cefalea, durante varias horas o días, se presentan signos de cambio en el estado de ánimo, asociados con un aumento en la variabilidad del estado contráctil de los vasos sanguíneos especialmente en la cabeza. La irritabilidad o el mal

humor en esta fase a menudo se asocian con enrojecimiento o palidez de la cara, debidas a contracciones o dilatación de los vasos sanguíneos extracraneales.

En algunos pacientes, una o dos horas antes de presentarse la cefalea, aparecen fenómenos visuales que incluyen escotomas cintilantes y hemianopsia unilateral u homónima, debidos a vasoconstricción de los vasos retinianos. Cuando desaparecen estos síntomas se inicia la típica cefalea pulsátil y unilateral, que habitualmente se localiza en el lado opuesto al de las alteraciones visuales que la preceden.

La cefalea se debe a vasodilatación de la carótida primitiva y de la carótida externa. Como persiste la vasodilatación durante varias horas, aparecen edema e hipersensibilidad en los vasos, los cuales entonces ya no se pueden contraer y responden menos a la acción de los medicamentos vasoconstrictores. También en esta fase aparecen enrojecimiento o lagrimeo del ojo afectado, edema de la mucosa nasal, y puede haber náuseas, vómitos, retención de líquidos, diarrea o estreñimiento.

Una vez que se ha instalado la cefalea se presentan una serie de alteraciones en el estado de ánimo del paciente: ... "se siente postrado, decepcionado y a menudo deprimido. En estos momentos es antisocial, rechaza la compañía o la presencia de otras personas, es

irritable e irascible, y a menudo se niega a cumplir sus responsabilidades habituales"... (4). Se vuelve impulsivo, hostil y en ocasiones destructivo, dirigiendo su hostilidad hacia las personas que dependen de él.

Al final del acceso, la tensión emocional incrementada por los dolores padecidos origina contracturas en los músculos cefálicos y cervicales. De ahí surge otro tipo de dolor, que es distinto del vascular, el cual persiste después de que éste cesa, provocando dolor en la región de la nuca.

"Después de un ataque de migraña el paciente puede sentirse relajado, de buen humor, lleno de energía y ánimo, entusiasta en su trabajo y a veces hiperactivo y con el espíritu en ebullición. O bien se siente vacío durante un día o dos, sobre todo si ha tenido mucho vómito o diarrea". (5)

Varios estudios (6) han demostrado que las tasas de prevalencia más altas son del 25 al 30 % para mujeres y del 15 al 20 % para hombres.

La migraña puede presentarse en las mujeres durante los periodos premenstrual y menstrual, por la ingestión de anticonceptivos orales, o incrementarse por efecto de estos medicamentos.

La incidencia de migraña es más alta en pacientes entre los 20 a 35 años de edad y después desciende paulatinamente.

Una característica que llama la atención es la aparición de ataques migrañosos en relación con periodos de descanso del paciente, como por ejemplo los fines de semana, los primeros días de vacaciones, en la fecha de un compromiso social o en la de un viaje.

En más de la mitad de los casos con migraña existen antecedentes familiares del padecimiento (7). Gran parte de estos pacientes provienen de familias ambiciosas, muy convencionales, para las que el éxito es sumamente importante. Son también familias estrictas y rígidas, en las cuales el niño aprende a reprimir sentimientos hostiles, ya que se le impide cualquier manifestación física o verbal de agresión.

Es por esto que los estímulos que provocan ira u hostilidad producen conflictos y angustia, lo cual actúa como factor precipitante de la respuesta neurovascular fisiopatológica. (8)

En varios estudios de pacientes con migraña, distintos autores (v. gr. Wolff, 1948; Marty, 1963; Jonckheere, 1971) han coincidido en que se trata de individuos en apariencia serenos y controlados, pero que antes del acceso (de migraña) los rasgos de personalidad -como irritabilidad y mal humor- se vuelven

manifiestos, expresando más directamente la ira latente; rasgos que en otras circunstancias son menos evidentes. Los han descrito como personas activas y trabajadoras que viven bajo tensión intensa; rígidos, exactos, ordenados, tenaces, concienzudos y responsables. En sus relaciones con los demás, según estos autores, son desligados y cautelosos. Externamente parecen muy seguros de sí mismos, pero no lo son internamente.

Con base en las investigaciones de la personalidad de pacientes con migraña, se "demuestra que éstos deben ser clasificados regularmente como caracteres neuróticos, de pronunciada inestabilidad emocional". (Cushman; Gray y Moore, 1943) (9) "Fácilmente víctimas del temor y la depresión se hallan siempre dispuestos a aceptar reconvenciones, tienen inhibiciones sexuales y muestran a menudo un intenso apego a los padres". (Knopf, 1935) (10)

Ross y Mc. Naughton (1945), en un estudio con el Psicodiagnóstico de Rorschach, concluyen que los pacientes con migraña fueron en su infancia tímidos, callados, bien portados y dóciles, pero con brotes de rebeldía. Son personas perfeccionistas, inflexibles, intolerantes y convencionales que buscan el éxito con persistencia. También señalan el hecho de que estos pacientes presentan dificultades en su ajuste sexual.

Fromm-Reichmann (1937) reportó sus hallazgos en ocho pacientes con migraña que estaban en psicoterapia intensiva. Señala al igual que Knopf (1935), Wolberg (1945) y Wolff (1948) la importancia de los impulsos destructivos reprimidos, los cuales provocan sentimientos de culpa e impulsos autoagresivos. Según esta autora, el síntoma se produce cuando una tendencia hostil inconsciente va dirigida particularmente a destruir la inteligencia de un objeto ("castración mental") y los sentimientos de culpa vuelven esa tendencia contra la propia cabeza. (11)

Furmanski (1952) en un estudio con 65 mujeres y 35 hombres, reporta como resultados principales la represión de hostilidad, la rigidez del superyó y la ambivalencia. Reporta también que en su estudio predominan los hijos de padres estrictos y fríos.

Como podemos observar, la hostilidad es un factor predominante en los diferentes estudios sobre migraña.

Para que una conducta agresiva se presente, Alexander (1950) menciona que son necesarias tres fases: 1) La fase conceptual; que es la preparación en la fantasía del ataque. En esta fase el sujeto hace planes y visualiza el ataque. 2) La preparación vegetativa del cuerpo para una actividad concentrada. Esto se refiere a cambios en el metabolismo y la circulación. 3) La fase neuromuscular. Es la acción explícita del acto agresivo, a través de un ataque físico.

Si el impulso hostil es inhibido en alguna de estas fases, se presentan diferentes manifestaciones patológicas. Si la inhibición ocurre en la primera fase, puede desarrollarse una migraña; en la segunda, hipertensión, y en la tercera, existe la posibilidad de que se presenten síntomas artríticos, por la tensión muscular crónica.

Para Garma (1971) la vasoconstricción inicial en la migraña parece ser una tentativa angustiada de defensa del paciente ante una exacerbación de los estímulos perjudiciales en los conflictos psíquicos traumáticos reprimidos. En cambio, la vasodilatación ulterior, una entrega de características masoquistas y también un esfuerzo para elaborar aquellos estímulos perjudiciales.

Bank Diamond (1979) en su estudio sobre enfermedades psicósomáticas (12) concluye que las causas precipitantes de la migraña son casi siempre tensiones físicas o emocionales, que la personalidad del migrañoso tiene rasgos específicos, que estos pacientes tienen problemas sexuales, son dependientes de la madre; un carácter de lucha, resentimiento y ansiedad, pero que el factor determinante es la rabia reprimida y que no pueden aceptar su hostilidad hacia personas amadas.

Schmidt, Carney y Fitzsimmons (1986) administraron el Inventario de Personalidad de Jackson, a una muestra de 103 mujeres

y 22 hombres (de 20 a 54 años de edad) para probar la noción de un tipo de personalidad migrañosa específica y medible. Encontraron diferencias significativas entre las calificaciones de este grupo y los baremos del inventario (Jackson, 1976). Obtuvieron, por ejemplo, calificaciones bajas en las escalas de "Enfrentarse a riesgos" y "Participación social", y altas en la escala de "Responsabilidad". Al comparar los perfiles entre hombres y mujeres, observaron que no existían diferencias significativas en cuanto al sexo. Y aunque sus resultados fueron consistentes con gran parte de la literatura sobre la personalidad migrañosa, no encontraron apoyo para muchas de las características (p.e. para los rasgos de ansiedad).

Por su parte, Henryk-Gutt y Rees (1973) habían realizado anteriormente un estudio con cien pacientes migrañosos, en el cual los indicadores de ansiedad y somatización obtuvieron calificaciones altas.

Rizzo y cols. (1985) estudiaron la variación de conducta contingente negativa en 16 sujetos (de 19 a 35 años de edad) con migraña clásica, identificándolos como pertenecientes a uno de dos grupos -menos o más ansiosos-. Los resultados mostraron que los fenómenos de variación contingente negativa eran más marcados cuando el dolor se acompañaba de mayor ansiedad.

Aunque la causa precisa no se ha podido determinar todavía, se está poniendo en tela de juicio que la migraña se deba principalmente a la contracción y dilatación de los vasos sanguíneos, como se había creído desde el siglo XVII.

Por ejemplo Raskin (neurólogo de la Escuela de Medicina de la Universidad de California) asevera que "las nociones acerca de la migraña formuladas en 1938 eran simplistas y erróneas". (13)

Según Saper (Director del Instituto de Neurología y del Dolor de Cabeza de Michigan) "la gente nace o adquiere un trastorno en la función de la serotonina. Este trastorno puede involucrar una insuficiencia o anomalía de la serotonina misma, un defecto en los receptores que permite a las células recibir y liberar serotonina o una anomalía en las enzimas que destruyen la serotonina" y que no es coincidencia que casi todas las mejores medicinas para tratar la migraña "parecen actuar sobre la serotonina, y no directamente en los vasos sanguíneos ni en los músculos". (14)

Otros expertos creen que la migraña puede ser causada por sustancias químicas cerebrales, además de la serotonina, como la norepinefrina, la endorfina y la prostaglandina.

Llama la atención que estas mismas sustancias estén asociadas con la depresión, con trastornos del sueño y tal vez con desórdenes

debidos al abuso de drogas, que comúnmente afligen a las personas con dolores de cabeza crónicos.

Mathew (Director de la Clínica para Dolores de Cabeza de Houston y Presidente de la Asociación Estadounidense para el Estudio de los Dolores de Cabeza) piensa que la mayoría de los síntomas de la migraña -dolor, cambios de humor, náuseas, vómitos- están relacionados con trastornos intermitentes y cíclicos del hipotálamo. (15)

Hasta este momento no existe ninguna teoría unificadora que explique el papel de los diferentes factores que intervienen en la presentación de un cuadro de migraña. Debido a esto y al número de pacientes que la padecen, se siguen realizando investigaciones a nivel mundial por neurólogos y psicólogos, entre otros especialistas, desde el punto de vista particular de cada profesión, así como con un enfoque interdisciplinario.

## CEFALEA TENSIONAL

La cefalea tensional se debe a la contracción de los músculos del cuello y de la cabeza, y generalmente es bilateral. El dolor suele ser persistente, localizado preferentemente en la región suboccipital, aunque también a veces se presenta "en banda" en torno a la circunferencia craneal.

Este tipo de cefalea ocurre ante situaciones tensionantes como puede ser una preocupación intensa y tiene intensidades variables; no es frecuente que se acompañe de vómito y no existen antecedentes familiares de importancia. Puede durar horas o hasta unos pocos días, pero también frecuentemente persiste sin remitir durante semanas o meses. De hecho, es el único tipo de dolor de cabeza que tiene la peculiaridad de ser continuo día y noche. Aunque es posible que el paciente concilie el sueño, cuando se despierta, el dolor continúa.

En contraste con la migraña, en la cual el dolor es periódico, con la tendencia a disminuir en la edad adulta, la cefalea tensional se presenta más a menudo durante la mediana edad y generalmente coincide con ansiedad y depresión, de la cual es síntoma clave.

La cefalea premenstrual es tensional por lo general y su incidencia aumenta durante la menopausia.

Estudios psicológicos de grupos con pacientes con cefalea tensional han revelado síntomas prominentes de depresión, ansiedad, y en menor grado hipocondriasis. (16)

Kudrow (1976) reporta que 65 % de los pacientes deprimidos tienen cefalea tensional y que más del 60 % de sus pacientes con este tipo de cefalea estaban deprimidos.

Cuando se han buscado síntomas psiquiátricos en pacientes con cefalea, se ha visto que la mayoría de los que presentaban neurosis de ansiedad, histeria, neurosis obsesivo-compulsiva y esquizofrenia, en los cuales la ansiedad era un síntoma marcado, tenían cefalea tensional. (17)

Para Garma (1971) los contenidos psíquicos inconscientes reprimidos de los enfermos, son los que determinan las contracturas musculares cefálicas. Dice que hay horas del día en que los dolores son más intensos. En la mañana suele presentarse en pacientes angustiados y con poca autoconfianza, que se sienten tensos al tener que enfrentar las obligaciones cotidianas. En la tarde se presentan en pacientes que se tensan por lo que han hecho durante el día, o por lo que sienten que no hicieron en ese tiempo. Durante la noche, al estar en la cama, se da el dolor en algunos pacientes, al mantener la cabeza en una misma posición, lo cual incrementa las contracturas musculares. Pero principalmente el dolor se presenta

porque al dormir ..."su yo se destruye parcialmente, disminuyendo sus energías"... (18) Esta disminución de energía afecta también a las fuerzas represoras, con lo cual los conflictos inconscientes reprimidos actúan más fácilmente en contra del bienestar del paciente.

"Bonica (1977) sugirió que el stress emocional, la tensión y la depresión, a través de mecanismos psicofisiológicos, podrían producir o aumentar los espasmos del músculo esquelético, la vasoconstricción local y la liberación de sustancias productoras de dolor, lo que aumentaría el dolor asociado". (19)

De esta manera podemos observar que un estímulo emocional puede actuar como un factor primario o secundario en el desencadenamiento de un cuadro de cefalea tensional, así un conflicto interno, puede generar un estado de stress el cual puede provocar o aumentar espasmos del músculo esquelético, junto con el correspondiente dolor asociado. Pero también el estímulo puede ser una respuesta ante las manifestaciones de un estímulo perjudicial como es la cefalea.

Otro factor que debemos considerar en la presentación o aumento de la cefalea es la propia irritación que sufre el nervio al estar conduciendo estímulos dolorosos continuamente, debido al dolor asociado. Una vez que cesa el estímulo que provocó el dolor, el nervio irritado se convierte a su vez en el foco donde se origina ahora el estímulo doloroso.

Tomando en cuenta todo lo anterior puede formarse un círculo vicioso, el cual explicaría en parte la persistencia prolongada de la cefalea tensional: el stress emocional puede provocar o aumentar la cefalea tensional; el dolor asociado producir la irritación del nervio junto con un estímulo emocional displacentero, el cual contribuiría a su vez a aumentar el stress emocional, lo que haría que aumentaran los impulsos psicofisiológicos responsables de los espasmos del músculo esquelético, así como el dolor asociado.

Este círculo podría ser el mecanismo de la cefalea tensional, pero aunque está implícito en varios autores y sugerido por otros como Bonica, se siguen realizando investigaciones sobre cefalea tensional, con éste al igual que con otros enfoques.

Paulson y Vander Well (1986) estudiaron el uso de psicoterapia estratégica en el tratamiento de cefalea tensional en 6 mujeres y 2 hombres (de 20 a 55 años de edad), que sufrieran de este dolor de cabeza un mínimo de dos veces a la semana. Seis sujetos fueron valorados como un éxito y dos sujetos como éxitos parciales, basándose en datos obtenidos a través de entrevistas grabadas y auto-reportes de los síntomas. Casi todos los sujetos relacionaron su cefalea al contexto de sus relaciones interpersonales. Un seguimiento de tres meses mostró que la frecuencia de los síntomas era la misma o menor que al final del tratamiento. Los resultados señalan que la intervención debe ser cuidadosamente planeada para adaptarla al propio

concepto del problema del sujeto y para apoyar la eficacia del modelo estratégico de tratamiento cuando se trate con esta forma de conducta sintomática.

Jonckheere (1971) ya había reportado que 11 de 16 pacientes que observó, eran obsesivos, agresivos o ambas cosas y que la agresión al igual que la cefalea tensional, tendían a desaparecer estando en psicoterapia.

Larsson, Daleflod, Hakansson y Melin (1987) compararon la eficacia de distintas condiciones en el tratamiento de cefaleas crónicas en adolescentes: relajación con la ayuda de un terapeuta, auto-ayuda y auto-monitoreo.

Los resultados sugirieron que el procedimiento de auto-ayuda era una alternativa eficaz de tratamiento y potencialmente de bajo costo.

## ESTUDIOS COMPARATIVOS

También se han realizado una serie de estudios comparativos entre la cefalea tensional, la migraña y la cefalea mixta (tensional y migraña).

Formisano y cols. (1985) aplicaron el MMPI a 60 pacientes (con una edad promedio de 36 años e hicieron un re-test seis meses después. La finalidad del estudio fue analizar aspectos caracterológicos específicos.

Las características de cefalea psicógena, por ejemplo dolor y frecuencia, también se estudiaron en términos de rasgos de personalidad. Algunos pacientes (de los tres grupos) fueron tratados con antidepresivos.

No se encontraron diferencias entre los pacientes con migraña y los pacientes con cefalea tensional, mientras que los perfiles de base de los pacientes con cefalea mixta, mostraron un patrón de conversión típico; estos pacientes sufrían más de hipocondría e histeria.

Al finalizar los seis meses, los primeros dos grupos mostraron una ligera reducción en la escala "D" (Depresión); el tercer grupo (de cefalea mixta) siguió experimentando depresión, pero a un nivel menor. La interpretación de los resultados fue difícil y no se pudieron

correlacionar significativamente los rasgos de personalidad con los diferentes tipos de dolor de cabeza.

Los resultados de esta investigación concuerdan con los de otras realizadas con anterioridad (Harper y Steger, 1978; Sternbach, 1980; Mc. Anulty, 1984; Rappaport, N.B. y cols., 1985) aunque se debe señalar que estos estudios, si bien relacionados, no fueron conducidos en idénticas condiciones, lo que dificulta las generalizaciones.

Blanchard y cols. (1985, 1985 b, 1986, 1987) han estudiado a pacientes con cefalea tensional, migraña y mixta, utilizando tratamientos de relajación y biorretroalimentación.

En 1985 realizaron una investigación para estimar lo que los pacientes gastaban en tratamientos para aliviar el dolor de cabeza, antes de ser sometidos a un tratamiento autorregulatorio, el cual consistió en varias combinaciones de relajación y biorretroalimentación.

La muestra estuvo compuesta por 73 pacientes, de los cuales sólo 45 reportaron la cantidad que habían gastado. El costo promedio de los dos años anteriores al tratamiento fue de 955 dólares, en contraste con 52 dólares para los dos años posteriores de haber concluido el tratamiento, lo cual representó una reducción del 94% en el costo de los tratamientos para aliviar el dolor de cabeza.

En 1985 b (Blanchard y cols.) en otro estudio cuya muestra estuvo compuesta por pacientes de 60 a 67 años de edad, encontraron que quienes sufrían de cefalea tensional no mostraron ninguna mejoría después del tratamiento, concluyendo que había que tener precauciones al recomendar este tipo de tratamientos a pacientes de 60 años y mayores.

En 1986 (Blanchard y cols.) llevaron a cabo tres estudios para evaluar los efectos psicológicos (depresión, ansiedad y grado de afección psicossomático) de tratamientos no farmacológicos -relajación y biorretroalimentación- en tres clases de cefalea crónica: tensional, migraña y mixta.

La muestra estuvo compuesta por 206 sujetos (de 20 a 68 años de edad).

Para evaluar los efectos psicológicos utilizaron el Inventario de Depresión de Beck, un inventario de rasgos de ansiedad y una lista de síntomas psicossomáticos.

Observaron reducciones significativas en la depresión y rasgos de ansiedad asociados al hecho de recibir tratamiento, indiferentemente del tipo de cefalea o resultado del tratamiento. La reducción del grado total del conflicto psicossomático no pudo probarse que se debiera al hecho de estar en tratamiento. Creyeron que esto pudo deberse a las expectativas de los pacientes o a un sentimiento de mayor control o relajación.

En 1987 (Blanchard y cols.) reportaron los resultados de un seguimiento efectuado al segundo, tercer y cuarto años en pacientes que habían sido tratados con técnicas de relajamiento y biorretroalimentación.

Aunque se encontró gran variabilidad, en general al cuarto año del seguimiento, los pacientes con cefalea tensional mostraron un buen mantenimiento en la reducción inicial del dolor de cabeza y los pacientes con migraña mostraron una ligera tendencia al deterioro gradual de los efectos del tratamiento.

## **TRATAMIENTOS**

En los tratamientos de la migraña (clásica y común) y de la cefalea tensional, se han utilizado con mayor frecuencia:

### **MIGRAÑA:**

Bloqueadores beta, tales como el propanolol.

Antagonistas del calcio.

Inhibidores plaquetarios.

Anti-inflamatorios no esteroides.

Vasoconstrictores, tales como la ergotamina.

Analgésicos como la codeína.

Bolsas de hielo.

## **CEFALEA TENSIONAL:**

Aspirina u otros analgésicos más potentes, no narcóticos.

Acetaminofen.

Relajantes musculares.

Antidepresivos tricíclicos.

Medicamentos anti-inflamatorios no esteroides.

Algunas modalidades de fisioterapia, tales como la tracción cervical intermitente.

Descanso.

En general para ayudar a los pacientes con dolores de cabeza, además de los tratamientos farmacológicos ya enunciados, se han propuesto otros manejos terapéuticos:

Técnicas de biorretroalimentación.

Técnicas de relajamiento.

Terapias conductuales.

Entrenamientos de asertividad.

Hipnoterapia.

Acupuntura.

Yoga.

Psicoterapia.

También se suele recomendar a los pacientes que sufren de cefalea, que eviten en lo posible alimentos que contengan tiramina y otras sustancias vasoactivas, al igual que el glutamato monosódico, vinagre y cafeína.

A continuación presentamos una lista de lo que el Dr. Diamond (20) recomienda que se evite o reduzca en la alimentación.

#### **PRODUCTOS LACTEOS:**

Quesos maduros (Cheddar, Emmenthal, Gruyere, Brie, Sultón).  
Yogurt.  
Crema agria.  
Jocoque.  
Leche con chocolate.

#### **CARNES Y PESCADOS:**

Carnes procesadas o ahumadas (salami, mortadela, peperoni, salchicha roja, jamón ahumado).  
Carnes marinadas y con ablandador.  
Hígado de pollo.

## FRUTAS Y LEGUMBRES:

Aguacate.  
Ejotes, chícharos, garbanzos.  
Cebolla.  
Col agria.  
Semillas (comino, girasol, pepitas).  
Nueces, cacahuates, almendras, etc. (mantequilla de cacahuate).  
Plátano.  
Papaya.  
Cítricos (naranja, toronja, limón).  
Pasas.  
Higos enlatados.

## PAN, GALLETAS, PASTELES

Panes frescos hechos en casa.  
Pasteles con levadura.  
Donas.  
Panes con leche agria.  
Panes y galletas que contengan queso.  
Todos los que contengan chocolate o nueces.

## BEBIDAS ALCOHOLICAS:

Cerveza.  
Jerez.  
Vino tinto.

Aunque en general debe tenerse precaución con el consumo de alcohol, se ha visto que las siguientes bebidas son menos perjudiciales:

Sauterne.  
Riesling.  
Seagram's V.O.  
Cutty Sark.  
Vodka.

## CAPITULO I. CEFALIAS

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dalessio, D.J. Cefaleas de Wolff. (4a. ed.) México: El Manual Moderno, 1984, p. 1.
2. Dalessio, D.J., op. cit., p. 2.
3. Garma, A. El psicoanálisis: Teoría, clínica y técnica. (3a. ed.) Buenos Aires: Paidós, 1978, p. 243.
4. Dalessio, D.J., op. cit., p. 64.
5. Idem.
6. Cutler, R.W.P. "Cefalea", en *Medicina Scientific American*. Vol. 3. Editora Científica Médica Latinoamericana, 1986. 7 Neurología XI-1, p.7.
7. Idem.
8. Kolb, L.C. y Brodie, H.K. Psiquiatría clínica. (10a. ed.) México: Interamericana, 1985, p. 556.
9. Fenichel, O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. (2a. ed.) Barcelona: Paidós, 1984, p. 291.
10. Idem.
11. Idem.
12. Bank, D. M. La psicología clínica y la psicósomática: La migraña. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, U.N.A.M. México, 1979, pp. 155 y 156.
13. Brody, J. E. The New York Times en *Novedades*. Enero 9, 1989.
14. Idem.
15. Saper, J. R. A last look at migraines. *Shape*, 1988, vol. 7, no. 9, p. 106.
16. Adams, R.D. "Headache" en Isselbacher, K.J., et al. *Harrison's principles of internal medicine*. (9a. ed.) Tokyo: Mc. Graw-Hill Kogakusha, 1980, p. 23.

17. Idem.
18. Garma, A. El psicoanálisis: Teoría, clínica y técnica. (3a. ed.) Buenos Aires: Paidós, 1978, p. 251.
19. Bonica, J.J. citado en Dalessio, D.J. Cefaleas de Wolff. (4a. ed.) México: El Manual Moderno, 1984, p. 394.
20. Diamond, Coping with your headache problem. En Shape, 1988, vol. 7, no. 9, pp. 103-104.

---

## **CAPITULO II**

### **ASPECTOS PSICOSOMATICOS**

## ASPECTOS PSICOSOMATICOS

Los autores revisados coinciden en destacar la importancia que tienen las relaciones que establece el niño con sus "objetos" más tempranos en la estructuración y desarrollo de la personalidad, e investigaron este proceso hasta sus primeros orígenes.

Por su parte Spitz dice que "...durante los primeros meses de la vida no están diferenciados aún entre sí el sistema psíquico y el somático" (1) y si en ese momento, el niño es objeto de una traumatización psíquica, sólo podrá expresar sus sensaciones somáticamente. Hoff señala que "...la neurotización del niño durante la primera infancia, y a consecuencia de la íntima unión en él existente entre psique y soma, muestra una tendencia a reflejarse en la esfera somática". (2)

De esta forma observamos que si en esta fase del desarrollo temprano se presentan trastornos de tipo somático, estos trastornos "...traducen, expresan y modelan a nivel del cuerpo del niño un determinado tipo de relación con la madre". (3)

De lo anterior se puede deducir que son los problemas de la madre, que se reflejan en la relación madre-niño, los que predisponen al bebé a los primeros trastornos psicossomáticos, los cuales pueden constituir el punto de partida de posteriores enfermedades psicossomáticas.

La Medicina Psicosomática se refiere al estudio de cómo los procesos psíquicos influyen sobre los procesos físicos convirtiéndolos en patológicos.

Existen varias teorías que tratan de explicar esta relación. Por ejemplo Cannon (1932) menciona que el Sistema Nervioso Autónomo realiza dos funciones principales: a) La de reparador del cuerpo como defensa ante una situación amenazante, y b) La de regulador, cuyo objetivo es conservar la homeostasis en el organismo.

El Sistema Autónomo se encarga de los ajustes rápidos, mientras que las adaptaciones más lentas se deben a influencias químicas y hormonales. Cuando es provocada en forma excesiva una respuesta autónoma, ya sea para conservar el equilibrio homeostático o por la repetición de un estado emocional fuerte, se pueden presentar alteraciones funcionales que producirán a su vez cambios orgánicos.

Por su parte la teoría psicoanalítica explica que "las funciones orgánicas pueden ser influidas fisiológicamente por actitudes instintivas inconscientes sin que por ello los cambios que se produzcan tengan siempre un significado psíquico definido". (4)

Se dice que en el artículo de Freud sobre las perturbaciones psicógenas de la visión, está la clave para una clasificación de los fenómenos órgano-neuróticos o psicosomáticos.

Fenichel (5) distingue cuatro clases de síntomas órgano-neuróticos: "1) Equivalente de afectos; 2) Resultantes de cambios en las reacciones químicas de la persona insatisfecha, afectada por un estancamiento (expresiones de afectos inconscientes); 3) Resultantes físicas de actitudes inconscientes; 4) Toda clase de combinaciones de estas tres posibilidades".

La elección del órgano a través del cual se va a expresar el síntoma psicósomático depende de una multitud de factores: de la represión original de la experiencia que motivó el conflicto; de la simbolización que el sujeto haya hecho de las partes de su cuerpo; de una alteración orgánica muy temprana; de la presentación simultánea de desórdenes orgánicos con problemas emocionales, así como del número de veces que se dió dicha asociación; de la neurosis que padezcan los padres o la familia; de circunstancias accidentales o de la energía de la que disponga el sujeto para afrontar sus problemas en forma diferente. Pero el síntoma órgano-neurótico, es siempre la expresión no verbal de conflictos reprimidos.

Según Wolff (1950) la forma en que se interpreta una situación determinada como amenazante, va a provocar ansiedad tanto a nivel consciente como inconsciente, lo que lleva al paciente a construir un patrón protector de reacción. Este mecanismo es para Wolff, el elemento común a todo desorden psicósomático.

La teoría de la especificidad postula que las respuestas fisiológicas a determinadas emociones dependen de la emoción específica involucrada.

Hay varias teorías que intentan explicar el problema de la especificidad orgánica. La primera basada en los trabajos de Flanders Dunbar, plantea la hipótesis de que las características específicas de personalidad están aliadas con enfermedades psicofisiológicas específicas.

La segunda sugiere que el órgano afectado depende de las características fisiológicas del paciente. Este proceso puede deberse a factores genéticos, condicionamiento temprano o enfermedad previa. Grinker y otros apoyan esta teoría.

La tercera hace notar que varios estados emocionales producen diferentes cambios fisiológicos. El miedo produce secreción de adrenalina; la ansiedad produce aumento en la secreción gástrica. Estas reacciones diferenciales afectan a diferentes órganos y producen síntomas diferentes. (6)

Por su parte Alexander (1948), plantea que toda enfermedad es psicósomática debido a que los procesos corporales se ven influidos por factores emocionales. De 1951 a 1965 se dedica a probar su teoría sobre las enfermedades psicósomáticas a la que llama "Teoría de la Especificidad", llegando a las siguientes conclusiones:

- a) Hasta este momento (1948), no hay ninguna teoría única que explique todas las enfermedades psicósomáticas.
- b) En su mayoría los síndromes del grupo que se conoce como "enfermedades psicósomáticas" o "neurosis vegetativas", al parecer se encuentran relacionados frecuentemente con ciertos patrones caracterológicos o constelaciones emocionales.
- c) Se presupone un factor constitucional "X". Dicho factor puede implicar una relación recíproca con el grado de intensidad del factor psicológico de acuerdo con el concepto de Freud de "series complementarias".
- d) Los patrones caracterológicos antes mencionados junto con otros factores complejos tienen un papel etiológico en el origen de la enfermedad. (7)

Dos factores que son determinantes en la etiología de los trastornos psicósomáticos son la ansiedad y el stress. Cameron (1963) piensa que la ansiedad participa directamente en producir desórdenes psicósomáticos. (8)

Según Selye el "stress" no es equivalente como a veces se piensa al "emotional arousal" o a la tensión nerviosa. "El stress es la respuesta biológica inespecífica a cualquier demanda hecha al organismo, por agentes endógenos o exógenos". (9) Los agentes que originan dicha demanda se conocen como estresores. Desde el punto de vista de la actividad del estresor, no importa que la situación a la que se enfrente el organismo sea placentera o displacentera. Lo que importa es la intensidad de la demanda para el reajuste o adaptación que se requiera.

La investigación médica ha demostrado que sujetos expuestos a problemas muy distintos (sin importar a qué se dediquen o en qué situación se encuentren) responden con un patrón estereotipado de cambios bioquímicos, funcionales y estructurales, involucrados esencialmente en el manejo de cualquier aumento en la demanda de la actividad vital, en particular cuando se debe a la "adaptación a nuevas situaciones".

El concepto de stress está estrechamente relaciondo a la utilización de energía, pero son dos procesos diferentes. Cualquier demanda que se haga al organismo debe ser para alguna actividad particular y específica, lo cual requiere de la utilización de una cantidad de energía, sin embargo esta actividad estará inseparablemente asociada a fenómenos biológicos inespecíficos, los cuales representan el stress biológico.

Se han descrito dos síndromes para explicar los trastornos provocados por el stress (particularmente por la mala adaptación al stress). El Síndrome de Adaptación General (General Adaptation Syndrome: G.A.S.) y el Síndrome de Adaptación Local (Local Adaptation Syndrome: L.A.S.)

Tanto el G.A.S. como el L.A.S. se desarrollan en tres etapas: la reacción de alarma; la de resistencia y la de agotamiento.

En el G.A.S. las primeras manifestaciones que se observan durante la reacción de alarma son: catabolismo de los tejidos (con pérdida de peso corporal), pronunciada involución timolinfática, señales de hiperactividad de adrenalina, agudas erosiones gastrointestinales (conocidas como úlceras de tensión), eusinopenia, linfopenia y leucocitosis polinuclear.

Durante la etapa de resistencia los cambios señalados desaparecen o son menos pronunciados aunque el nivel de stress permanezca constante. Sin embargo, a pesar de la ingestión adecuada de calorías y una adaptación aparentemente perfecta, la resistencia finalmente se agota y se presenta la tercera etapa.

En el agotamiento reaparecen cambios muy similares a los de la reacción de alarma y puede culminar con la muerte del organismo.

Las manifestaciones objetivas del L.A.S. también se desarrollan en tres etapas: la reacción de alarma local se caracteriza principalmente por la degeneración, necrosis y/o atrofia, como también inflamación aguda, hipertrofia e hiperplasia crónica, hipertrofia e hiperplasia de los tejidos en el sitio de la irritación, y finalmente hay degeneración, necrosis y/o atrofia debido al rompimiento de los tejidos locales, lo cual corresponde a la etapa local de agotamiento.

Tanto el G.A.S. como el L.A.S. son esencialmente inespecíficos. Pueden ser provocados por una gran variedad de agentes, aunque actúan respectivamente en todo el cuerpo o en una parte de él.

A partir de la descripción del G.A.S., las enfermedades inducidas o provocadas por el stress también recibieron el nombre de "enfermedades de adaptación", y se pensó que el stress jugaba un papel decisivo en un gran número de enfermedades. Sin embargo, se debe hablar de "enfermedades de adaptación" sólo para referirse a aquellas en las que el stress tiene un papel patogénico predominante, aunque sus manifestaciones se modifiquen no sólo por los efectos específicos del agente patógeno, sino también por los factores condicionantes externos e internos que determinan la susceptibilidad a adquirir la enfermedad.

Selye menciona que entre los trastornos o desórdenes emocionales inducidos o provocados por el stress, los más comunes parecen ser la agresividad, un sentimiento de frustración, el miedo y particularmente la ansiedad flotante.

En relación a los trastornos emocionales enumerados, diferentes autores como Alexander y Cameron entre otros, piensan que son factores que contribuyen a producir alteraciones psicosomáticas.

En la investigación sobre las enfermedades psicosomáticas se ha puesto especial énfasis en los factores predisponentes que determinan por qué algunas personas responden con manifestaciones mentales y otras con manifestaciones somáticas cuando no pueden ajustarse a las diferentes situaciones de la vida.

Aunque las interpretaciones difieren en los detalles, la mayoría de los investigadores coinciden en señalar que cuando se rebasa la capacidad de control del G.A.S., esto puede ser la causa tanto como la consecuencia de la exposición a estresores que afecten al Sistema Nervioso.

Los trastornos en el Sistema Nervioso Central que pueden ser el resultado del stress psicógeno se clasifican generalmente dentro de la neurosis. En esta categoría Selye dice que las quejas más comunes son la migraña, la fatiga crónica y la brucelosis.

Actualmente en el estudio de las enfermedades psicosomáticas predomina un enfoque interdisciplinario, lo cual ha dado lugar a nuevos paradigmas de la teoría psicosomática. Se ha dejado ya el modelo lineal de causalidad que prevaleció por mucho tiempo para dar paso a un modelo estructural, en el cual la enfermedad es enfocada como el resultado de factores interrelacionados: las estructuras psicológicas, anatómicas, fisiológicas y el medio ambiente particulares de cada persona.

## CAPITULO II. ASPECTOS PSICOSOMATICOS.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Spitz, R. citado en Hoff, H., y Ringel, E. Problemas generales de la medicina psicosomática: Clínica y tratamiento de la "somatización" de las neurosis. Madrid: Morata, 1969, p. 58.
2. Hoff, H. y Ringel, E., op. cit., p.61.
3. Bergeret, J. Manual de psicología patológica: Teoría y clínica. Barcelona: Toray-Masson, 1975, p. 240.
4. Fenichel, O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. (2a. ed.) Barcelona: Paidós, 1984, p. 273.
5. Fenichel, O. op. cit., p. 274.
6. Bank, D.M. La psicología clínica y la psicosomática: La migraña. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, U.N.A.M. México, 1979, p.70.
7. Bank, D. M. op. cit., pp. 71-72.
8. Cameron, N. Desarrollo y psicopatología de la personalidad: Un enfoque dinámico. México: Trillas, 1982, p. 230.
9. Selye, H. Stress in health and disease. Boston: Butterworth, 1976, p. 15.

### **CAPITULO III**

## **TEORIA DE LAS RELACIONES OBJETALES**

## ASPECTOS GENERALES.

La historia del psicoanálisis es una historia dinámica. Se inicia bajo la influencia de la formación científica de su creador y de las ideas prevalecientes en el momento cultural en que realizó sus investigaciones.

En un principio Freud intentó fundamentar sus explicaciones en factores físicos, y explicó las motivaciones del ser humano en función de un impulso instintivo innato: la libido.

Según su primera teoría de la angustia, ésta obedecía a la tensión sexual contenida, privada de un desahogo saludable y natural.

Varios años después agregó la presencia del impulso de muerte y el énfasis puesto en los instintos recayó sobre el yo; entonces consideró a la angustia como una reacción defensiva del yo ante el temor de no ser eficiente en el control de estos impulsos.

Freud nunca abandonó la teoría de los instintos ...y ello le impidió enfocar de una manera cabal y realista el tratamiento del yo como self personal.

Fluctuaba entre dos actitudes: por momentos llegaba a verlo como self, para luego volver a considerarlo un sistema de control, que era sólo una parte de la persona total". (1)

Este problema ha suscitado una serie de polémicas entre los psicoanalistas y como Guntrip menciona, si el psicoanálisis permanecía atado a la teoría de los instintos corría el riesgo de llegar a un punto muerto; no obstante su auténtica raíz psicológica ha terminado por cristalizar en la teoría de las relaciones de objeto. (2)

Así vemos como sin llegar a formularla como tal, fue el mismo Freud quien con sus investigaciones, sentó las bases para el desarrollo de la teoría de las relaciones objetales.

La teoría psicoanalítica de las relaciones objetales representa, de acuerdo a Kernberg ... "el estudio psicoanalítico de la naturaleza y el origen de las relaciones interpersonales y de la naturaleza y el origen de las estructuras intrapsíquicas que derivan de relaciones internalizadas del pasado, fijándolas, modificándolas y reactivándolas con otras en el contexto de las relaciones interpersonales presentes".

(3) Esta teoría ... "enfoca la internalización de las relaciones interpersonales, su contribución al desarrollo normal y patológico del yo y del superyó y las recíprocas influencias de las relaciones objetales intrapsíquicas e interpersonales". (4)

Como ya vimos, la teoría de las relaciones objetales proviene de Freud y distintos autores sitúan su origen en diferentes momentos de su obra. Por ejemplo Guntrip (5) considera que sus raíces pueden

encontrarse en los trabajos sobre el complejo de Edipo y los fenómenos de la transferencia y la resistencia en el tratamiento. Para Fine (6) la primera sistematización se puede encontrar en Introducción al narcisismo (1914).

Por otro lado, los orígenes del concepto de objeto en Klein y Fairbairn, parten de Duelo y melancolía (1917), (7) y Kernberg ubica el origen de las relaciones objetales en la teoría estructural, tal como fue presentada en El yo y el ello (1923), (8)

Después de Freud varios psicoanalistas han hecho valiosas aportaciones al desarrollo y evolución de la teoría de las relaciones objetales.

En Inglaterra, a partir de la década de 1920 cuando la teoría de las relaciones objetales\* empieza a tomar mayor auge, Melanie Klein ..."destacó la importancia que tienen las más tempranas relaciones objetales internalizadas en la determinación de las vicisitudes del conflicto intrapsíquico y las estructuras psíquicas". (9)

En la década de los treinta, dentro del psicoanálisis en Inglaterra, se podían identificar dos grupos principales. El primero estaba encabezado por Klein. Dentro de sus seguidores destacaron Hanna Segal, Susan Isaacs y W. Bion.

El segundo grupo fue el de Anna Freud, que se dedicó principalmente a la psicología del yo, llevando a cabo estudios longitudinales sobre desarrollo. Aquí destacaron Nágera, Sandler y E. Freud entre otros.

Además había varios psicoanalistas independientes que no estaban comprometidos con ninguno de los grupos anteriores, pero que no dejaron de influir en ellos y sentir su influencia. Entre estos psicoanalistas se encuentran Fairbairn, Balint, Bowlby y Winnicott.

Aparte de las contribuciones a la teoría de las relaciones objetales realizadas por la escuela inglesa, miembros de la escuela norteamericana también han hecho aportaciones al tema. Cabe mencionar a Sullivan y a sus seguidores Fromm-Reichmann, Otto Will y Harold Searls, y dentro del enfoque de la psicología del yo, a Erikson, Hartmann, Mahler, Jacobson y Spitz.

Recientemente quienes más influencia han tenido en el movimiento psicoanalítico han sido Kohut y Kernberg, que basándose en la teoría de las relaciones objetales proponen aplicaciones concretas para el tratamiento de casos fronterizos y trastornos narcisistas.

Actualmente ..."la teoría psicoanalítica moderna, se centra cada vez menos en el control de los instintos y cada vez más en el desarrollo de un núcleo estable y permanente de mismidad, es decir,

los cimientos de un yo personal fuerte en una buena relación madre-hijo durante los primeros meses de vida, y su ulterior destino en los siempre cambiantes tipos de relaciones personales, buenas y malas, que van configurando nuestra vida". (10)

### CAPITULO III. TEORIA DE LAS RELACIONES OBJETALES ASPECTOS GENERALES.

1. Guntrip, H. El self en la teoría y la terapia psicoanalíticas. México: Paidós, 1977, p. 22.
2. Idem.
3. Kernberg, O. La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. México: Paidós, 1977, p. 47.
4. Idem.
5. Guntrip, H. op. cit., p. 34.
6. Fine, R. Historia del psicoanálisis. Vol. 2. Buenos Aires: Paidós, 1982, p. 92.
7. Resnicoff, B. "Revisión de las ideas de W.R. Fairbairn: Su ubicación en el contexto actual", en Baranger, W. y cols. Aportaciones al concepto de objeto en psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu, 1980, p. 65.
8. Kernberg, O. op. cit., p. 95
- \* Desde la década de 1940 y hasta comienzos de la de 1950, Fairbairn se refería a su obra llamándola "teoría de las relaciones de objeto", pero no como quien formula una nueva teoría, sino más bien como quien pone un énfasis deliberado en el aspecto personal de la teoría freudiana de la relación entre padres e hijo (relación edípica). Fueron sus continuadores de la Clínica Tavistock quienes propusieron la fórmula abreviada de "teoría de las relaciones objetales". (Guntrip, 1971).
9. Segal, H., citada en Kernberg, O., op. cit., p. 95.
10. Guntrip, H., op. cit., p. 22.

## SIGMUND FREUD

Iniciaremos el estudio de nuestros autores con la revisión de algunas de las obras de Freud a partir de 1905.

En *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905) Freud distingue en cuanto a los instintos, una fuente, un fin y un objeto: "...fijaremos el sentido de los términos ... la persona de la cual parte la atracción sexual la denominaremos objeto sexual, y el acto hacia el cual impulsa el instinto, fin sexual". (1)

En esta época Freud creía que en los estadios más tempranos el instinto sexual infantil no necesitaba de un objeto, pero que muy pronto aparecían instintos parciales que desde el comienzo envolvían a otras personas en calidad de objetos sexuales, aunque era hasta la pubertad cuando se encontraba un objeto sexual definido.

Es así que en *Tres ensayos*, se constituye la concepción freudiana del objeto pulsional a partir del análisis de las pulsiones sexuales.

Spitz (2) observa que fuera de un pasaje en este escrito, que se refiere a las relaciones mutuas entre la madre y el niño, Freud trata del objeto libidinal únicamente desde el punto de vista del sujeto.

En *Los instintos y sus destinos* (1915) reafirma lo dicho en *Tres ensayos* y define al objeto como contingente de la satisfacción: "El objeto del instinto es la cosa en la cual o por medio de la cual puede

el instinto alcanzar su satisfacción. Es lo más variable del instinto; no se halla enlazado a él originariamente, sino subordinado a él a consecuencia de su adecuación al logro de la satisfacción". (3).

En la tesis de la contingencia del objeto, hay que tomar en cuenta dos ideas complementarias:

- a) "La única condición que se impone al objeto es la de ser un medio de procurar la satisfacción. En este sentido, es relativamente intercambiable. Así, por ejemplo, en la fase oral, se considerará cualquier objeto según su aptitud para ser incorporado.
- b) El objeto puede hallarse especificado en la historia del sujeto de tal forma que sólo un objeto preciso o un sustitutivo del mismo, que reúna las características electivas del original, serán capaces de proporcionar la satisfacción; en este sentido, los rasgos del objeto son eminentemente singulares". (4)

Así, para Freud la libido se encuentra originalmente orientada hacia la satisfacción, aunque después se ligue a un objeto. En *Introducción al narcisismo* (1914) se presenta el primer abordaje sistemático de Freud al problema de las relaciones objetales. Esencialmente las nuevas tesis son las siguientes (5):

- 1) Presenta la libido como una fuerza susceptible de variación cuantitativa, cuyas mudanzas explican las manifestaciones de la psicosexualidad.
- 2) Contiene la primera presentación sistemática de la elección de objeto.

- 3) Establece los diversos significados de narcisismo.
- 4) Hace una clasificación sobre una base terapéutica: neurosis narcisistas, donde el paciente no establece un vínculo con el terapeuta; y neurosis de transferencia, donde el vínculo sí se establece.
- 5) Introduce por primera vez el concepto de un ideal del yo.

En cuanto a la elección de objeto, habla de dos grandes tipos: elección objetual por apoyo o anaclítica y elección objetual narcisista. En la primera, el objeto de amor se elige sobre el modelo de las figuras parentales, en tanto que éstas aseguran al niño alimento, cuidado y protección.

La elección objetual narcisista constituye la formación de una relación de objeto sobre el modelo de la relación del sujeto consigo mismo y no la reproducción de una relación de objeto preexistente.

De acuerdo a lo anterior, "se ama:

1. Conforme al tipo narcisista:

- a) Lo que uno es (a sí mismo).
- b) Lo que uno fue.
- c) Lo que uno quisiera ser.
- d) A la persona que fue una parte de uno mismo.

2. Conforme al tipo de apoyo (o anaclítico):

- a) A la mujer nutriz.
- b) Al hombre protector". (6)

En *Duelo y melancolía* (1917) Freud habla de la función de la incorporación en la melancolía, en la cual el sujeto se identifica según un modelo oral con el objeto perdido, por regresión a la relación objetal típica de la fase oral.

En *La psicología de las masas y análisis del yo* (1921) distingue tres modos de identificación:

...1) La identificación es la forma primitiva del enlace afectivo a un objeto; 2) Siguiendo una dirección regresiva, se convierte en sustitución de un enlace libidinoso a un objeto, como por introyección en el yo; 3) Puede surgir siempre que el sujeto descubra en sí un rasgo común con otra persona que no es objeto de sus instintos sexuales"... (7)

También en este ensayo se definen las relaciones (del sujeto) con el objeto, desde el punto de vista de la teoría de la libido en cuatro situaciones: en el enamoramiento, en la hipnosis, en la masa y en la neurosis.

En *El yo y el ello* (1923) Freud formula claramente el punto de vista estructural. Define al yo como una organización coherente de los procesos mentales surgidos de identificaciones con objetos abandonados:... "el yo es un residuo de las cargas de objetos abandonadas y contiene la historia de tales elecciones de objeto". (8)

Al estudiar el origen del superyó, destaca la importancia que tienen las relaciones objetales internalizadas para determinar la estructura psíquica y señala que "...los efectos de las primeras identificaciones realizadas en la más temprana edad son siempre generales y duraderos". (9) También señala que al llegar al período edípico la elección de objeto y la identificación se separan.

En su última obra, *Compendio de Psicoanálisis* (1938), donde sintetiza temas tratados con anterioridad, destaca el "papel estructurante" (10) del objeto en el desarrollo de las instancias psíquicas.

En el mismo *Compendio*, escrito que puede considerarse como epílogo de su obra, se decide por mantener la distinción de su última teoría de los instintos. "Tras largas dudas y vacilaciones nos hemos decidido a aceptar sólo dos instintos básicos: el Eros y el instinto de destrucción... (11)

"De ningún modo podríase confinar uno y otro de los instintos básicos a determinada región de la mente; por el contrario han de encontrarse necesariamente en todas partes. Imaginemos el estado inicial de los mismos suponiendo que toda la energía disponible... se encuentra el yo-ello aún indiferenciado y sirve allí para neutralizar las tendencias agresivas que coexisten con aquella. (12)

"Al establecerse el superyó, considerables proporciones del instinto de agresión son fijadas en el interior del yo y actúan allí en forma autodestructiva, siendo éste uno de los peligros para la salud a que el hombre se halla expuesto en su camino hacia el desarrollo cultural. En general contener la agresión es malsano y conduce a la enfermedad (a la mortificación). Una persona presa de un acceso de ira suele demostrar cómo se lleva a cabo la transición de la agresividad contenida a la autodestrucción, al orientarse aquélla contra la propia persona"... (13)

Volviendo a la revisión del término objeto en la obra de Freud, vemos que éste se ha utilizado en distintas formas y con diferentes implicaciones.

Nágera (14) distingue dos grupos de contraposiciones para determinar el sentido de objeto como concepto.

Dentro del primer grupo se contraponen: algo (objeto) fuera del cuerpo del niño y algo (objeto) que forma parte de su cuerpo. En el primer caso, el objeto es algo del mundo externo como la madre o el pecho, e implica, a) una relación biológica, donde el instinto sexual tiene un objeto fuera del niño, y b) ya no una parte, sino todo el cuerpo del niño.

En el segundo grupo la contraposición se establece entre: a) el objeto de un instinto o un instinto parcial (relación biológica) y b) el objeto del yo, con la riqueza total de una relación psicológica real.

Por su parte Merea (15) distingue el objeto con relación a la pulsión, al narcisismo, a la identificación y a la instancia:

- 1) "El objeto con relación a la pulsión, según aparece primordialmente en Tres ensayos y en Los instintos y sus destinos\*\*. Aquí el objeto lo es de la pulsión.
- 2) El objeto con relación al narcisismo, donde el concepto cambia y aumenta su radio de acción, pues entra en contacto con el yo, y el yo mismo puede ser objeto de la pulsión (Introducción al narcisismo).
- 3) El objeto con relación a la identificación. Aquí el objeto se presenta (a partir de Duelo y melancolía) como algo que puede continuar su existencia dentro del sujeto, aún después de haber desaparecido como objeto externo real. Esta es la línea que va cobrando importancia, luego, hasta el final de la obra de Freud.
- 4) A partir de la relación anterior, es necesario también enfocar al objeto en su relación con la instancia, línea seguida por Melanie Klein, quien no usó sin embargo la expresión "estructura endopsíquica" como lo hace Fairbairn".

## S. FREUD

- \* Freud distingue entre "Instinkt" (instinto) para calificar un comportamiento animal fijado por la herencia característico de la especie, preformado en su desenvolvimiento y adaptado a su objeto, de "Trieb" (pulsión) que es un proceso dinámico consistente en un empuje (carga energética, factor de motilidad) que hace tender al organismo hacia un fin (Laplanche y Pontalis, 1983).

Aunque convencionalmente se debería utilizar el término "pulsión" para la traducción alemana de "Trieb", no todos los autores lo hacen, y como en la bibliografía consultada no existe uniformidad, hemos utilizado los dos términos indistintamente, pero consideramos pertinente hacer la aclaración.

1. Freud, S. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. Vol. 2 Obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973, p. 1172.
2. Spitz, R., citado en Laplanche, J. y Pontalis, J.B. Diccionario de Psicoanálisis. (3a. ed.) Barcelona: Labor, 1983, p. 360.
3. Freud, S. (1915) Los instintos y sus destinos. Vol. 2, p. 2042.
4. Laplanche, J. y Pontalis, J.B. op. cit., p. 361.
5. Fine, R. Historia del psicoanálisis. Vol. 2. Buenos Aires: Paidós, 1982, p. 93.
6. Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. Vol. 2, p. 2026.
7. Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. Vol. 3, pp. 2586 y 2587.
8. Freud, S. (1923). El yo y el ello. Vol. 3, p. 2711.
9. Idem.
10. Freud, S. (1938). Compendio del psicoanálisis. Vol. 3, p. 3882.

11. Idem.
12. Idem.
13. Idem.
14. Nágera, H. Desarrollo de la metapsicología en la obra de Freud. Buenos Aires: Hormé, 1982, pp. 180-186.
15. Merea, E.C. "Los conceptos de objeto en la obra de Freud", en Baranger, W. y cols. Aportaciones al concepto de objeto en psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu, 1980, p. 4.

\*\* Citamos a Merea, pero cambiamos los títulos de las obras de Freud (de la editorial Amorrortu) para uniformarlos con los de la traducción de López Ballesteros.

## MELANIE KLEIN

Melanie Klein provocó con su obra una reorientación hacia la teoría de relaciones objetales, ya que con sus trabajos sobre objetos internos "destacó la importancia que tienen las más tempranas relaciones objetales internalizadas en la determinación de las vicisitudes del conflicto intrapsíquico y las estructuras psíquicas". (1)

Klein exploró la vida psíquica de los niños pequeños más a fondo de lo que Freud tuvo oportunidad de hacer. Fue la primera en señalar el papel que desempeñan los impulsos destructivos en el niño y las defensas que éste utiliza para manejarlos.

Descubrió y rastreó contenidos del material analítico que "no se habían comprendido y al interpretarlos salieron a la luz otros materiales que de lo contrario jamás hubieran llegado a analizarse y que a su vez dictaron nuevas interpretaciones nunca, o casi nunca utilizados en la técnica clásica". (2)

Insistió en las fantasías internas, lo cual es una ampliación de la postura del propio Freud, pero para ella, las fantasías inconscientes, ya fueran normales o patológicas, pasaron a ser lo principal de la vida humana.

La fantasía es para ella, la vida del mundo interior, una función del yo destinada a establecer relaciones con objetos buenos y malos. ..."La fantasía inconsciente es la expresión mental de los instintos y por consiguiente existe, como éstos desde el comienzo de la vida". (3)

Basándose en los conceptos de Freud de Eros y Tanatos, concibe a la vida humana como una ..."intensa y secreta tragedia, una lucha psicodinámica y terrible entre las fuerzas del amor y las de la muerte, inherentes a la estructura del bebé". (4)

El hecho de que las fantasías se presenten desde el comienzo de la vida supone un cierto grado de desarrollo del yo. Esto aunado a la polaridad creada entre las fuerzas del amor y las de la muerte, hace que el bebé se forme un mundo interno donde vive relaciones fantaseadas que contienen emociones de una variedad de objetos buenos y malos, que son en último término imágenes mentales de partes o aspectos de los padres.

Aquí Klein no valora a los objetos externos como tales, sino como receptáculos de las proyecciones del bebé (de su proyección del instinto de muerte). Sin embargo el resultado es el desarrollo de un mundo interno de fantasías, que es en realidad un mundo de relaciones objetales y que forma la contraparte de las relaciones del yo con el mundo de los objetos reales que forman su entorno físico, cuyo núcleo central es la madre.

Postula su propio esquema de desarrollo psicodinámico y objetál desde el punto de vista de las relaciones personales, buscando en las experiencias de los primeros meses de vida, la explicación de todos los procesos que se desarrollan en el individuo.

Plantea dos posiciones: la esquizo-paranoide y la depresiva. Utiliza el término "posición" en lugar de fase o etapa, ya que "posición implica una configuración específica de relaciones objetales, ansiedades y defensas, persistentes a lo largo de la vida".  
(5)

La posición esquizo-paranoide comienza desde el nacimiento y se refiere a la etapa del desarrollo donde predominan los impulsos destructivos y las ansiedades persecutorias.

Para que el bebé se desarrolle favorablemente durante esta posición es esencial que las experiencias buenas predominen sobre las malas. La calidad de la experiencia va a depender del objeto externo y de la carga del instinto de muerte del bebé. La privación externa (física) impide la gratificación y representa una vivencia de aniquilación y muerte, pero aunque el objeto externo proporcione experiencias que se puedan calificar de gratificantes, los factores internos del bebé (carga instintiva de agresión y hostilidad) pueden alterar e impedir que se vivan como gratificantes.

Klein plantea que la envidia temprana es uno de los factores que actúan desde el nacimiento y que afectan las primeras experiencias del bebé con el pecho, pudiendo interferir con las experiencias buenas gratificantes cuando la envidia temprana es excesiva.

La posición esquizo-paranoide se caracteriza por:

- La inmadurez del yo del bebé, que percibe al objeto externo como parcial.
- La presencia de la escisión, que permite la aparición de los objetos divididos en buenos y malos, a los que el yo ama y odia.
- El predominio de la proyección, que permite depositar en el objeto original (pecho) el instinto de muerte deflexionado en agresión-destrucción.
- La presencia y predominio de la identificación proyectiva, que es el "resultado de la proyección de partes del yo en un objeto. Este mecanismo puede tener como consecuencia que se perciba al objeto como habiendo adquirido las características de la parte proyectada del yo, pero también puede resultar que el yo llegue a identificarse con el objeto de su proyección". (6)
- La presencia de la ansiedad que surge como consecuencia de los mecanismos de escisión y proyección y por la aparición de los objetos malos y persecutorios que amenazan con destruir al yo y a su objeto ideal.
- La presencia de un objeto ideal o idealizado con el cual el yo se identifica.
- Situaciones en que se proyecta lo bueno, para mantenerlo a salvo de lo que se siente como abrumadora maldad interna y situaciones en que se introyectan los perseguidores en un intento de controlarlos.

Klein piensa que el bebé vive una lucha interna entre los instintos de vida y muerte, de sexo y agresión, que en sus principios es ajena a la influencia del medio externo, pero que luego se proyecta a este mundo externo ..."a medida que el cerebro y los órganos sensoriales del niño, desarrollan la capacidad de discernir objetos externos". (7) Esto se refiere a que el niño nunca es capaz de experimentar los objetos reales en forma realmente objetiva.

En esta posición, el predominio de las experiencias buenas sobre las malas va a permitir que el bebé progrese hacia la posición depresiva.

La posición depresiva comienza alrededor del sexto mes cuando el yo más desarrollado del bebé puede percibir a la madre como objeto total.

Esta posición se refiere a que si el desarrollo del bebé se efectúa en condiciones favorables, éste siente cada vez más que su objeto ideal y sus propios impulsos libidinales amorosos son más fuertes que el objeto malo y que sus propios impulsos agresivos. Esto hace que el bebé se pueda identificar cada vez más con su objeto ideal. Gracias a esta identificación introyectiva y también al crecimiento y maduración de su yo, éste se fortalece y capacita para defenderse a sí mismo y a su objeto ideal.

Cuando el bebé siente que su yo es fuerte y a la vez firme poseedor de un objeto ideal fuerte, sus propios impulsos agresivos le asustan menos y se ve menos obligado al uso de proyecciones masivas.

Al disminuir los mecanismos proyectivos e integrarse más el yo, éste distorsiona menos la proyección de los objetos, de modo que el objeto malo y el ideal se aproximan el uno al otro, estimulándose aún más la integración del yo.

La integración del objeto hace que el bebé reconozca más y más claramente que él ama y odia a una misma persona: su madre.

El bebé se enfrenta entonces con los conflictos vinculados con su propia ambivalencia. Esta integración del objeto y del yo trae consigo un cambio en el tipo de ansiedad.

En la posición depresiva las ansiedades surgen de la ambivalencia y el motivo principal es el que sus propios impulsos agresivos y hostiles hayan destruido o lleguen a destruir al objeto bueno amado, de quien depende totalmente.

El bebé más integrado en la posición depresiva puede percibir nuevos sentimientos hasta entonces desconocidos para la posición esquizo-paranoide, que son los sentimientos de duelo y nostalgia por el objeto bueno al que siente perdido y destruido. Surge así la

culpa, un sentimiento característico de la posición depresiva, abriendo así el camino para la aparición de los deseos de reparación.

Klein plantea que la posición depresiva nunca llega a reemplazar por completo a la posición esquizo-paranoide, así que la integración lograda nunca es total y pueden presentarse regresiones, por lo cual el sujeto puede enfrentar problemas que surjan durante su vida, con características de acción de cualesquiera de las dos posiciones.

La base de la estructura de la personalidad se va a encontrar en "la forma de integración de las relaciones objetales durante la posición depresiva", (8) ya que al llegar a esta posición el bebé establece su relación con la realidad.

Por otro lado encontramos que "el punto de fijación de las enfermedades psicóticas yace en la posición esquizo-paranoide y en los comienzos de la posición depresiva". (9)

Así si el sujeto sufre una regresión a la posición esquizo-paranoide, el sentido de la realidad se pierde y el individuo se psicotiza. "Pero si se alcanzó la posición depresiva y se elaboró por lo menos en parte, las dificultades que aparecen en el desarrollo posterior, no son de carácter psicótico sino neurótico". (10)

Si tomamos en cuenta que ninguna experiencia del desarrollo humano se borra o desaparece completamente, podemos observar que aún al individuo "más normal", algunas situaciones le provocan ansiedades, a las cuales responde poniendo en funcionamiento los tempranos mecanismos de defensa que utilizó en las posiciones.

Sin que esto tenga ningún carácter patológico, señala cómo una buena elaboración de dichas posiciones, lleva a una personalidad bien integrada en la cual todas las etapas del desarrollo quedan incluidas, ninguna está escindida, apartada o rechazada.

Esta integración está en función de que las experiencias buenas predominen sobre las malas en la elaboración de ambas posiciones. Si por el contrario, ya sea por razones internas o externas, y generalmente por una combinación de ambas, las experiencias malas predominan sobre las buenas, se presentarán trastornos patológicos en la personalidad.

De lo anterior se desprende la importancia de la obra de Melanie Klein para explicar el desarrollo de la personalidad de un sujeto y las formas que ulteriormente tendrá para elaborar la angustia.

## M. KLEIN

1. Segal, H., citada en Kernberg, O. La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. México: Paidós, 1977, p. 95.
2. Segal, H., citada en Guntrip, H. El self en la teoría y la terapia psicoanalíticas. Buenos Aires: Amorrortu, 1973, p. 56.
3. Segal, H. Introducción a la obra de Melanie Klein. (2a. ed.) México: Paidós, 1985, p. 20.
4. Guntrip, H. El self en la teoría y la terapia psicoanalíticas. Buenos Aires: Amorrortu, 1973, p. 62.
5. Segal, H. Introducción a la obra de Melanie Klein. (2a. ed.) México: Paidós, 1985, p. 17.
6. Segal, H., op. cit., p. 122.
7. Guntrip, H., op. cit., p. 61.
8. Segal, H., op. cit., p. 17.
9. Segal, H., op. cit., p. 77.
10. Idem.

## W. R. FAIRBAIRN

Fairbairn es un original psicoanalista inglés, que a partir de las décadas de 1930 y 1940 destaca las relaciones de objeto, encontrándose en desacuerdo con la noción de pulsión.

Se ve influido por Klein, de quien toma varios conceptos que en su obra adquieren un sentido distinto, pero también se aparta de ella en nociones tales como las pulsiones de vida y muerte y la formación del yo, entre otras.

El principio del cual derivan sus formulaciones es que la libido es una función del yo y es buscadora de objetos y no de placer. Para él, su principal fin es la búsqueda de relaciones satisfactorias con los objetos, con la madre en primer lugar.

Propone su propio modelo de aparato mental, al cual denomina "estructura endopsíquica", basado en la relación de objeto y no en la pulsión, y esto "...lo acerca a la segunda tópica freudiana y al igual que en Melanie Klein, podemos rastrear el origen de sus formulaciones acerca del objeto en Duelo y melancolía. (1)

Para él, la estructura endopsíquica es una "...estructura dinámica, en la que se describen activos intercambios entre sus distintos componentes. Sostiene que las relaciones de objeto se

establecen desde el comienzo mismo de la vida postnatal. La indefensión inicial del ser humano lleva al niño a buscar en su madre seguridad, protección y amor. El fracaso de ésta en procurarle tales sentimientos la tornan un objeto malo para el niño, sumiéndolo en una situación de frustración y de conflicto, para protegerse de lo cual éste pone en funcionamiento una serie de mecanismos de los que resulta la formación del inconsciente y la estructuración de la personalidad".

(2)

Vemos entonces que las relaciones con la madre resultan imprescindibles para que el niño adquiera seguridad y confianza y logre un ajuste y maduración emocional adecuados, pasando de un estado de dependencia infantil al establecimiento de relaciones maduras.

Un concepto fundamental en Fairbairn, lo constituye la "posición esquizoide", la cual se refiere a los estados de disociación del yo y de los objetos, que se producen durante la formación de la personalidad, que subyacen a todos los cuadros psicopatológicos y que constituyen la estructura endopsíquica.

En su opinión, cierto grado de disociación del yo está invariablemente presente en el nivel mental más profundo. A esto lo llama "situación endopsíquica básica".

Basado en el estudio de casos esquizoides, elabora un esquema de desarrollo de las relaciones objetales, denominándolo "Teoría de las relaciones de objeto basada en el tipo de dependencia del objeto". En este esquema plantea tres etapas:

- 1) Etapa de dependencia infantil.
- 2) Etapa de transición o cuasi-independencia.
- 3) Etapa de dependencia madura.

La etapa de dependencia infantil comprende dos fases, la oral primaria y la oral secundaria. En ella se desarrolla la estructura oníptica y se establecen las tendencias esquizoide y depresiva.

En esta etapa los rasgos más característicos en cuanto a la relación con el objeto son: la incondicionalidad, la identificación y una actitud de incorporación oral con predominio del tomar sobre el dar.

La incondicionalidad se refiere a que el niño depende completamente de su objeto, tanto para asegurar su existencia como para la satisfacción de sus necesidades físicas y psicológicas.

La dependencia psicológica se acentúa por la naturaleza de la relación objetal, que está basada en la identificación.

Para Fairbairn la dependencia se da en su forma más extrema durante la vida intrauterina y ..."desde el punto de vista psicológico, este estado se caracteriza por un grado absoluto de identificación y ausencia de diferenciación. Por tanto podemos considerar que la identificación representa la persistencia en la vida extrauterina de una relación existente antes del nacimiento". (3)

Otra de las características importantes de la dependencia infantil es el narcisismo que surge de la identificación con el objeto, pudiéndose definir al narcisismo primario como un estado de identificación con el objeto, y al narcisismo secundario, como un estado de identificación con un objeto internalizado. (4)

En la fase oral primaria el objeto es el pecho de la madre (objeto parcial); la relación con este objeto es preambivalente y se caracteriza por la succión e incorporación.

El paso a la fase oral secundaria se caracteriza porque se sustituye el objeto parcial por uno total (la madre), al cual sin embargo se le sigue tratando como parcial, y porque surge la tendencia a morder, en competencia con la incorporación.

..."El morder, debe ser considerado como un propósito esencialmente destructivo y como prototipo de toda agresión diferenciada". (5)

Así en la fase oral primaria, si el objeto se presenta como bueno, se incorpora; si por el contrario, se presenta como malo, se rechaza. En cambio en la fase oral secundaria, si el objeto se presenta como malo, puede ser mordido, lo cual explica la ambivalencia que caracteriza a esta fase.

En estas fases surgen distintos conflictos emocionales respecto a las relaciones objetales.

Durante la fase oral primaria la alternativa se presenta entre "incorporar o no", esto es, "amar o no".

Por otro lado, en la fase oral secundaria la alternativa se da entre "incorporar o morder", es decir, "amar u odiar".

En relación con lo anterior, se habla de dos estados psicopatológicos básicos que surgen como consecuencia del fracaso de establecer relaciones objetales satisfactorias durante la etapa de dependencia infantil.

Cuando las relaciones son insatisfactorias en la fase oral primaria, se produce un trauma ..."que provoca en el niño una reacción que estructura la idea de que no es amado porque su propio amor es malo y destructivo y esta reacción provee la base para una subsecuente tendencia esquizoide". (6)

Para el individuo esquizoide el mayor problema es "cómo amar sin destruir con su amor". Sintiendo su amor tan destructivo, tiende a mantener a sus objetos distanciados y a alejarse de ellos; los rechaza y al mismo tiempo les sustrae libido, la cual dirige hacia sus objetos internalizados, y se vuelve introvertido como consecuencia.

"Los valores del esquizoide se encuentran, en esencia, en la realidad interior. En lo que a él respecta, el mundo de los objetos internalizados sobrepasa siempre al mundo de los objetos exteriores y en la proporción que esto acontece, pierde sus objetos reales". (7) Esto debilita su yo y lo llena de un sentimiento de futilidad.

En cambio, cuando las relaciones son insatisfactorias durante la fase oral secundaria, lo que sucede es que el niño cree que no es amado debido a la maldad y destructividad de su odio y esto sienta la base para una subsecuente tendencia depresiva. Aquí el problema reside en "cómo amar sin destruir con su odio".

El depresivo evita la experiencia de sentir que su amor es malo, y a diferencia del esquizoide es capaz de establecer relaciones con sus objetos externos, sin embargo, la dificultad en mantenerlas surge de la ambivalencia.

"El hecho de que en cada caso una tendencia esquizoide o depresiva dé lugar eventualmente a un real estado esquizoide o

depresivo, depende de las circunstancias que el individuo deba enfrentar en su vida posterior. Pero el factor determinante más significativo es el grado en que los objetos han sido incorporados durante las fases orales". (8)

La etapa de transición se caracteriza por la tendencia progresiva a abandonar la actitud de dependencia infantil. El conflicto que tiene lugar en esta etapa surge de "...la necesidad progresiva de dominar la actitud infantil de identificación con el objeto y el apremio regresivo de mantener esta actitud". (9) Es así, que la conducta durante este periodo se caracteriza por los esfuerzos del individuo por separarse del objeto y al mismo tiempo lograr una unión con él.

Para tratar de manejar las dificultades en las relaciones objetales que surgen en el estadio de transición, se puede recurrir a cuatro técnicas específicas: la obsesiva, la paranoide, la fóbica y la histérica, las cuales son consideradas por otros autores como cuadros neuróticos, pero para Fairbairn son técnicas empleadas por el yo y "...actúan funcionalmente como defensas contra la emergencia de tendencias esquizoideas y depresivas". (10)

Un individuo puede usar distintas técnicas en un intento de alcanzar la madurez de la tercera etapa, pero esto no siempre se logra y muchas personas permanecen siempre en el estado de transición.

Para Fairbairn, la capacidad del niño para renunciar sin desconfianza a su dependencia infantil estriba en el hecho de obtener una evidencia suficientemente convincente de que sus padres lo aman y aceptan su amor, lo cual le permite depender sin peligro de los objetos reales. Si esto no sucede, la separación se ve cargada con demasiada angustia, impidiéndole renunciar a la actitud de dependencia infantil, ya que ... "esta renuncia significaría perder cualquier esperanza de obtener la satisfacción de sus necesidades emocionales insatisfechas".

(11)

Por último, la etapa de dependencia madura se caracteriza por una relación con el objeto externo en la que existe una absoluta discriminación y un predominio del dar sobre el tomar. Aquí el individuo alcanza la capacidad adulta de mantener relaciones personales totales y equilibradas.

Para Fairbairn, el mundo de los objetos internalizados aparece en la etapa de dependencia infantil y luego persiste como inconsciente psicopatológico.

Considera que las dos posiciones básicas de Klein, la esquizo-paranoide y la depresiva, pertenecen a esa misma etapa. Posiciones que ... "representan las dos situaciones de objeto malo interno en que el niño puede quedar atrapado. Pero considera a lo esquizoide no como un aspecto de una posición inevitable dentro del desarrollo, sino como

una fuga dictada por el miedo a la relación objetal (la raíz más profunda de las enfermedades mentales)". (12)

Conforme va desarrollando su teoría, Fairbairn introduce modificaciones a su primera posición teórica y en 1963 resume de la siguiente manera su teoría de las relaciones de objeto (13):

1. Un yo está presente desde el nacimiento.
2. La libido es una función del yo.
3. No existe un instinto de muerte, y la agresión es una reacción frente a la frustración o la privación.
4. Puesto que la libido es una función del yo y la agresión es una reacción frente a la frustración o privación, no existe un "ello".
5. El yo, y por consiguiente la libido, es fundamentalmente buscador de objeto.
6. La forma más temprana y originaria de angustia que el niño vivencia es la angustia de separación.
7. La internalización del objeto es un recurso defensivo que el niño originariamente adopta para manejar su objeto originario (la madre y el pecho) en la medida en que el objeto es insatisfactorio.
8. La internalización del objeto no es producto de una fantasía de incorporación oral de él, sino un proceso psicológico diferenciado.

9. Dos aspectos del objeto internalizado -el aspecto excitador y el frustrador- son escindidos del núcleo principal del objeto y reprimidos por el yo.
10. Por esta vía se constituyen dos objetos internos reprimidos, el objeto excitador (o libidinal) y el rechazador (o antilibidinal).
11. El núcleo principal del objeto internalizado, que no está reprimido, es descrito como el objeto ideal o ideal del yo.
12. Por el hecho de que tanto el objeto excitador (libidinal) como el rechazador (antilibidinal) están catectizados por el yo originario, ellos arrastran a la represión unas partes del yo que lo catectizan; el núcleo central del yo (yo central) no es reprimido, sino que actúa como el agente de la represión.
13. De todo ello resulta una situación interna en la que el yo originario queda dividido en tres: un yo central (consciente) adherido al objeto ideal (ideal del yo), un yo libidinal reprimido adherido al objeto excitador (libidinal) y un yo reprimido, antilibidinal, adherido al objeto rechazador (anti-libidinal).
14. Esta situación interna representa una posición esquizoide básica más fundamental que la posición descrita por M. Klein.
15. El yo antilibidinal, en virtud de su adherencia al objeto rechazador (antilibidinal), adopta una actitud intransigentemente hostil hacia el yo libidinal y así tiene por efecto un poderoso refuerzo de la represión del yo libidinal por el yo central.
16. Lo que Freud expuso como "superyó" es en realidad una estructura compleja que incluye el objeto ideal o ideal del yo, el yo antilibidinal y el objeto rechazador (antilibidinal).

17. Estas consideraciones constituyen la base de una teoría de la personalidad concebida por referencia a las relaciones de objeto, en oposición a las que se concibieran por referencia a los instintos y sus destinos.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

W. R. FAIRBAIRN

1. Resnicoff, B. "Revisión de las ideas de W.R. Fairbairn: Su ubicación en el contexto actual", en Baranger, W. y cols., Aportaciones al concepto de objeto en psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu, 1980, p. 65.
2. Resnicoff, B., op. cit., p. 66.
3. Fairbairn, W.R.D. Estudio psicoanalítico de la personalidad. Buenos Aires: Hormé, 1970, p. 58.
4. op. cit., p. 59.
5. op. cit., p. 59.
6. op. cit., p. 65.
7. op. cit., p. 61.
8. op. cit., p. 65.
9. op. cit., p. 55.
10. op. cit., p. 164.
11. op. cit., p. 51.
12. Resnicoff, B., op. cit., p. 106.
13. Fairbairn, W. R. "International Journal of Psychoanalysis", 44, 1963, pp. 224-225, en Fine, R. Historia del Psicoanálisis. Vol. 2. Buenos Aires: Paidós, 1982, pp. 96-97.

## D. W. WINNICOTT

Winnicott, pediatra y psicoanalista inglés, afirma haber derivado la mayor parte de sus conceptos de Freud. (1) Sin embargo, en lo que se refiere a su marco teórico, pueden reconocerse variadas fuentes además de Freud: Klein, Hartmann, Kris, Mahler, Spitz, Fairbairn, Mead, Erikson. (2)

Da una gran importancia al desarrollo evolutivo infantil; basándose en sus observaciones clínicas destaca el papel de la madre y de un medio ambiente facilitador.

Elabora nuevos conceptos como son los objetos y fenómenos transicionales y la diferencia entre el "verdadero self" y el "falso self", entre otros.

Su obra ha ayudado a incrementar la comprensión del tipo y calidad de las experiencias de la infancia temprana y su influencia dinámica en la vida adulta.

En la primera fase del desarrollo del niño, Winnicott describe un fenómeno psicológico en la madre: "la preocupación maternal primaria", la cual se presenta durante el embarazo, especialmente al final y se prolonga algunas semanas después del nacimiento, para extinguirse progresivamente. Esta condición psicológica que Winnicott

compara con un estado de replegamiento, de disociación, e incluso con un estado esquizoide, puede llegar a confundirse con un estado patológico, pero es un síntoma de salud mental. Esto permite a la madre responder a las necesidades del bebé, ponerse en su lugar y tener una habilidad especial para hacer lo correcto. Pero esta habilidad también puede presentar alteraciones como el que la madre no logre aproximarse y sentir a su bebé, que sea incapaz de satisfacer sus necesidades, o por otro lado, que haga del bebé su preocupación patológica por mucho tiempo.

Para este autor, un bebé no puede existir solo, sino que es parte esencial de una relación y por lo mismo no se puede separar el estudio del proceso psíquico en la infancia del de la función materna. El lactante y la atención materna forman una unidad. En el principio el bebé se encuentra tan desvalido que requiere de un ambiente facilitador. Este es necesario para que el potencial innato del bebé -núcleo de la persona- se desarrolle satisfactoriamente.

Según Winnicott, el proceso de desarrollo pasa por tres estadios de dependencia:

Primero, en la "dependencia absoluta", el bebé no cuenta con los recursos para reconocer los cuidados maternos, que son principalmente profilácticos. No puede controlar lo que está bien o mal hecho, sino únicamente sacar provecho o sufrir una perturbación.

Después, en el estadio de "dependencia relativa", el bebé ya es capaz de darse cuenta de los cuidados maternos y de relacionarlos con sus propias necesidades.

Finalmente, en el estadio "hacia la independencia", puede prescindir de estos cuidados, lo que se logra a través del almacenamiento de recuerdos, de la proyección de las necesidades personales y de la introyección de detalles de dichos cuidados.

Winnicott señala que aunque la madurez individual implica un movimiento hacia la independencia, "algo así como independencia" no existe, y que no sería sano para un individuo estar tan alejado como para sentirse independiente e invulnerable, ya que forma parte de una sociedad. (3)

Dentro de los estadios de la dependencia, Winnicott distingue tres roles en la función materna: "Holding", "handling" y "object presenting", que son fundamentales para que se integre un verdadero self.

El "holding", se refiere a la capacidad de la madre para identificarse con su bebé. Corresponde al sostenimiento y crianza del niño, no sólo físico sino también psicológico. "La función del "holding" en términos psicológicos es proveer apoyo al yo, en particular en el estadio de dependencia absoluta, antes del logro de

la integración yoica. El establecimiento del desarrollo de integración de una relación sana del ego con los objetos que lleve a una sensación de plenitud, descansa en un buen holding". (4)

El "handling" se refiere a las manipulaciones del cuerpo, como son los cuidados higiénicos, vestir al bebé, etc., pero también a las caricias y a varios intercambios cutáneos.

El "object presenting" se refiere a la capacidad de la madre para poner a disposición del bebé al objeto en el preciso momento en que lo necesita. De esta manera, el niño adquiere un sentimiento de poder, como si él hubiera creado al objeto.

El holding, que empieza en la vida intrauterina, se amplía gradualmente para abarcar todo el cuidado adaptativo del niño, incluyendo el handling, y al final este concepto se puede extender para incluir la función de la familia.

Para llevar a cabo esta función de holding, lo que se requiere es una actitud afectiva para saber cómo se siente el niño, y no necesariamente tener conocimientos intelectuales de lo que sucede en el individuo.

En un ambiente que sostiene suficientemente bien al niño, éste es capaz de un desarrollo personal de acuerdo a sus tendencias heredadas.

El resultado es una continuidad de la existencia que se convierte en una sensación de existir del self y que finalmente lleva a la autonomía. (5)

Además un buen holding permite que el bebé tenga sus primeras experiencias objetales de tipo omnipotente, así cuando la madre es suficientemente buena, el niño desarrolla un sentimiento de omnipotencia y poder. Tiene la ilusión de crear el mundo a su alrededor. Esta actividad mental del niño transforma un ambiente "suficientemente bueno" en un "ambiente perfecto".

Si por el contrario, el ambiente no es favorable para la evolución personal y las necesidades del niño se ven insatisfechas, el desarrollo se interrumpe y se desvirtúa. "El self verdadero que existe allí en estado de latencia, no se realiza. Emerge entonces un falso self sobre la base de una pauta de conformismo o de adaptación, o de lo contrario de rebelión contra ese medio insatisfactorio. En tales circunstancias, su finalidad no es ya desarrollar una mismidad verdadera, vigorosa, espontánea y creativa, sino tratar tan sólo de sobrevivir en las condiciones menos penosas posibles". (6)

Para Winnicott, desde que el niño nace, se enfrenta al problema de la relación entre lo que es percibido objetivamente y lo que es concebido subjetivamente. Para que el niño pueda resolver este problema, necesita de una madre suficientemente buena que se adapte a

sus necesidades y le permita ..."la ilusión de que existe una realidad exterior que corresponde a la necesidad de crear del propio niño". (7)

Dicha ilusión se encuentra en la base de la iniciación de la experiencia y sin ella, el niño no le encuentra sentido a la ..."idea de una relación con un objeto"... (8) que sea exterior a él.

A través de la ilusión se crea una zona neutral de la experiencia sobre la cual no se discute si pertenece a una realidad interna o exterior. Pero la existencia de esta área, asegura una transición entre el yo y el no yo. También representa un estado intermedio entre la incapacidad y la capacidad en desarrollo del niño para reconocer y aceptar la realidad.

A este campo pertenecen y representan las fases precoces del uso de la ilusión, los fenómenos y objetos transicionales, los cuales designan ..."la zona intermedia de experiencia, entre el pulgar y el osito, entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto, entre la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya se ha introyectado". (9)

Dentro de esta zona intermedia, no discutida, se dan la mayoría de las experiencias del niño, y se conserva durante la vida en algunas como pueden ser las artes y la religión, la vida imaginativa y la labor científica creadora.

Winnicott destacó a lo largo de toda su obra, la importancia universal que tiene la diada madre-hijo y el papel decisivo de un ambiente facilitador para el desarrollo del individuo.

Finalmente, vemos que fue la noción de "relación objetal", implícita en el pensamiento de Freud, lo que sirvió de guía a Klein, a Fairbairn y a Winnicott, para explorar hasta sus más remotos orígenes el acontecer psíquico interno del yo en su proceso de desarrollo.

## W. D. WINNICOTT

1. Winnicott, D.W. Home is where we start from. Middlesex, England: Penguin Books, 1986, p. 21.
2. Romano, E. "Objeto transicional: Su status teórico", en Baranger, W. y cols., Aportaciones al concepto de objeto en psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu, 1973, p. 108.
3. Winnicott, D.W., op. cit., p. 21.
4. Michaca, P. Desarrollo de la personalidad: Teorías de las relaciones de objeto. México: Pax-México, 1987, p. 61.
5. Winnicott, D.W., op. cit., pp. 27-28.
6. Guntrip, H. El self en la teoría y la terapia psicoanalíticas. Buenos Aires: Amorrortu, 1973, p. 107.
7. Winnicott, D.W. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Laia, 1981, p. 326.
8. Idem.
9. Winnicott, D.W. Realidad y juego. (3a. ed.) México: Gedisa, 1982, p. 18.

**SEGUNDA PARTE:  
METODOLOGIA**

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los autores revisados coinciden en la descripción de características comunes en pacientes con migraña, y clasifican a la migraña y a la cefalea tensional como trastornos psicósomáticos. Incluso suponen una misma estructura básica de personalidad en ambos trastornos. (Kolb, 1982)

El objetivo de este estudio fue comparar los tipos de relaciones objetales que se presentan en un grupo de pacientes con migraña y en otro con cefalea tensional. Para lo cual, nos planteamos las siguientes preguntas:

- 1) ¿Existe un patrón característico de relaciones objetales en cada uno de los grupos?
- 2) ¿Existen diferencias entre los patrones característicos de relaciones objetales en cada uno de los grupos?
- 3) ¿Qué semejanzas existen en el tipo de relaciones objetales en ambos grupos?

## HIPOTESIS

1. Existe un patrón característico de relaciones objetales en la migraña.

2. Existe un patrón característico de relaciones objetales en la cefalea tensional.
3. Existen diferencias entre ambos patrones.
4. Existen similitudes en ambos patrones.

## **TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio correlacional, en el que se compararon dos grupos. El grupo A estuvo compuesto por pacientes con migraña crónica y el grupo B, por pacientes con cefalea tensional.

## **MUESTRA**

La muestra estuvo compuesta por 20 sujetos que acudieron de enero a junio de 1989 a la Unidad de Neurología del Hospital General de México por presentar cefalea.

De acuerdo al diagnóstico neurológico, se dividieron en dos grupos.

Un grupo A, compuesto por 10 sujetos con migraña y un grupo B, compuesto por 10 sujetos en el que se estableció el diagnóstico de cefalea tensional.

El grupo de migraña estuvo formado por 6 sujetos de sexo femenino y 4 de sexo masculino, con una edad promedio de 27 años, 4 meses; una máxima de 38 años y una mínima de 11 años.

La escolaridad promedio fue de 9 años.

Con respecto al estado civil hubo 5 solteros, 2 casados, 2 divorciados y un viudo.

La ocupación principal del grupo se distribuyó de la siguiente manera:

7 empleados, 2 dedicados al hogar y 1 estudiante.

El tiempo promedio de evolución del padecimiento fue de 9 años, 6 meses y 7 de los sujetos reportaron antecedentes familiares de migraña.

El grupo de cefalea tensional estuvo formado por 8 sujetos de sexo femenino y 2 de sexo masculino, con una edad promedio de 25 años, 6 meses; una máxima de 36 años y una mínima de 17 años.

La escolaridad promedio fue de 7 años, 6 meses.

Con respecto al estado civil hubo 8 solteros, 1 casado y 1 divorciado.

La ocupación principal del grupo se distribuyó de la siguiente manera:

6 empleados, 1 dedicado al hogar, 1 estudiante y 2 sin ocupación.

El tiempo promedio de evolución del padecimiento fue de 6 años, 2 meses y 2 de los sujetos reportaron antecedentes familiares de cefalea tensional.

## **ESCENARIO**

Se evaluó a los pacientes, previo diagnóstico médico en el Servicio de Psicología de la Unidad de Neurología del Hospital General de México de la Secretaría de Salud.

## **INSTRUMENTOS**

Se diseñó una entrevista que cubría, además de los datos generales del paciente, la evolución del padecimiento, antecedentes familiares patológicos y no patológicos, antecedentes personales no patológicos; actitud frente al padecimiento, estado emocional habitual; síntomas, reacción a los medicamentos, etc. (Ver anexo 1)

Además de la entrevista, se utilizaron el Test de Relaciones Objetales de Phillipson y el Test de los Colores de Lüscher.

Se eligió el TRO, puesto que la cefalea está íntimamente ligada a problemas de relaciones interpersonales, que pueden preceder o acompañar al padecimiento.

Se aplicó el Test de los Colores de Lüscher, por ser un test en el cual no intervienen aspectos intelectuales. Es un test que no depende tampoco de la escolaridad, memoria o procesos reflexivos, ya que estimula al examinado a través de la preferencia que expresa hacia los colores, a revelar su estado de ánimo, que no solamente es actual, sino que representa un patrón habitual de emotividad o fondo endotímico. (Ver anexo 3)

## **DEFINICION DE VARIABLES.**

### **1. EXAMEN DE REALIDAD.**

Se refiere a la percepción de los elementos que provee la lámina en función del número de las figuras humanas y del escenario físico.

Las categorías tomadas en cuenta son:

Inclusiones.- Cuando se agregan figuras que no aparecen en la lámina.

Omisiones.- Cuando una o más figuras no son percibidas.

Distorsiones.- Deformaciones de la percepción.

Percepciones inusuales.- En relación a la normalización del test.

## 2. CONFLICTO PRINCIPAL

Situaciones que implican desacuerdo o contradicción de opiniones, sentimientos, metas, ya sean a nivel interpersonal o en forma de dilema intrapersonal.

## 3. CONCEPCION DEL AMBIENTE.

Se refiere a la atmósfera, al clima emocional, al calor o la frialdad aparentes, o a la invitación o amenaza implicadas en la situación, como respuesta al impacto sombreado-color de las láminas.

## 4. SEXO DE LAS FIGURAS.

Se refiere al género, masculino o femenino asignado a las figuras percibidas, principales y secundarias.

Las categorías tomadas en cuenta son:

Masculino

Femenino

Indeterminado.- Cuando no se especifica el sexo.

Correspondencia del sexo de las figuras con el del examinado.

#### 5. ATRIBUTOS DE LAS FIGURAS.

Se refiere a las cualidades que los sujetos asignan a los personajes.

#### 6. DINAMISMO.

Se refiere a la cualidad de la actividad de los personajes:

Pasivo.- El que no hace nada y espera que los demás lo hagan por él.

Activo rutinario.- El que espera que le digan qué hacer, sin tener un propósito propio.

Creativo.- El que tiene metas propias y extrae placer de lo que hace.

## 7. NECESIDADES.

Requerimientos esenciales, demandas, carencias que tienen que ser satisfechas.

Las categorías tomadas en cuenta son:

- Básicas o fisiológicas.
- De seguridad.
- De relación, las cuales se subdividen en:
  - Sumisión.
  - Rebeldía.
  - Reciprocidad.
- De reconocimiento.

## 8. OBSTACULOS

Dificultades que afectan a los personajes e impiden la realización de una tarea, meta, objetivo; deseo.

## 9. RELACIONES.

Son las interacciones, que pueden ser con personas y con objetos o situaciones.

**Relación con personas.-** Interacción manifiesta entre dos o más figuras humanas percibidas o agregadas en la historia.

**Relación con objetos y situaciones.-** Interacciones entre uno o más personajes y el medio circundante, en forma activa o pasiva.

Estas relaciones pueden ser de "vinculación" o de "alejamiento".

**VINCULACION:** Cuando los personajes tienden a interactuar, no importando la intención.

- **Acercamiento:** Cuando una o más personas buscan establecer una relación, la cual es vivida como gratificante.

- **Cooperación:** Cuando dos o más personas llevan a cabo una acción en la que participan en igualdad de condiciones.

- **Dependencia:** Cuando en la relación uno de los miembros se muestra más activo, poderoso, seguro; situaciones en las que uno protege, guía, enseña, y el otro escucha, aprende.

- **Competencia:** Cuando entre dos o más miembros existe rivalidad con respecto al logro de una meta, objetivo, o a vincularse con otra persona.

- **Agresión unilateral:** Cuando la relación es definida en términos desiguales, donde una persona, situación u objeto, agrede a otra en forma verbal o corporal, y la otra sufre la acción soportándola.

- **Agresión mutua:** Cuando dos o más personas se vigilan, espían, miran entre sí con el fin de dominar, de interferir en la conducta, o de enterarse de cosas que el otro no quiere revelar.

- **Contacto unilateral:** Intento de acercamiento por parte de uno o más miembros a una persona, situación u objeto.

**ALEJAMIENTO:** Cuando los personajes tienden a evitar el contacto, cualquiera que sea la connotación.

- **Huida:** Cuando una o más personas escapan de una relación que es vivida como peligrosa o frustrante.

- **Replegamiento:** Cuando se plantea una acción en la que una o más personas no pueden o no desean interactuar, sin que haya necesariamente un alejamiento explícito o corporal.

- **Separación:** Cuando dos o más personas se separan debido a circunstancias que no impliquen persecución o evitación.

## 10. DESENLACE.

Forma en que el sujeto da por terminada la situación planteada en la historia.

Existen dos tipos principales de desenlace:

Ausente.- Cuando este no es mencionado cuando la trama de la historia continúa de la misma manera en forma indefinida.

Presente.- Se subdivide en real y fantaseado, los cuales a su vez pueden ser optimistas y pesimistas:

Real.- Cuando existe un cambio concreto en la conducta, acción o sentimiento de los personajes.

Fantaseado.- Cuando el cambio es imaginado o deseado, sin ser llevado a la acción.

Optimista.- Cuando hay un cambio favorable en la situación.

Pesimista.- Cuando hay un cambio desfavorable.

## **PROCEDIMIENTO**

En una primera sesión se realizó una entrevista semidirigida con el objeto de establecer rapport con los pacientes y de obtener datos relevantes para el estudio.

En una segunda sesión, se aplicaron los tests en el siguiente orden:

- 1) Test de los Colores de Lüscher. (1a. aplicación)
- 2) Test de Relaciones Objetales de Phillipson.
- 3) Test de los Colores de Lüscher. (2a. aplicación)

Antes de concluir la sesión se dió tiempo a los pacientes para que hicieran los comentarios que desearan.

## **PROCESAMIENTO DE LOS DATOS**

### **ENTREVISTA:**

Los datos significativos de la entrevista se sometieron a un análisis de frecuencia y se reportan a través de barras.

## TEST DE RELACIONES OBJETALES:

Se aplicó el test completo siguiendo las instrucciones del autor y se obtuvieron 13 relatos por paciente.

Se codificaron buscando 25 diferentes categorías en cada uno de los relatos, pero un primer análisis mostró que había confluencia en algunas de estas categorías iniciales, las cuales se englobaron en una, y otras estaban muy pobremente representadas, de manera que se eliminaron, por lo que se redujeron a 10.

También se eliminaron los relatos correspondientes a la lámina 13 (blanca) por no ser significativos.

Estas variables fueron sometidas a un análisis de frecuencia.

Posteriormente se compararon las frecuencias obtenidas en ambos grupos, con una prueba de significancia no paramétrica ( $\chi^2$ , Chi Cuadrada), para establecer si los grupos diferían con respecto a la frecuencia de ocurrencia de determinadas características.

Para calcular los valores de  $\chi^2$  se utilizaron las siguientes fórmulas:

Para tablas mayores de 2x2 casillas

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Para tablas de 2x2 casillas

$$\chi^2 = \frac{N(AD - BC - \frac{N}{2})^2}{(A+B)(C+D)(A+C)(B+D)}$$

Para determinar la significancia de  $\chi^2$  se utilizó la tabla C de Valores Críticos de Chi Cuadrada. (1)

#### TEST DE LOS COLORES DE LÜSCHER:

Primeramente se procedió a establecer la secuencia promedio (serie preferencial) para cada grupo, siguiendo el manejo estadístico propuesto por Max Lüscher. (2)

Posteriormente se estableció una correlación entre ambos grupos, y de ambos grupos con la "norma autógena" (ver anexo 3), utilizando el

Coefficiente de Correlación de Rangos de Spearman. Para calcular los valores de dicho coeficiente, se usó la siguiente fórmula:

$$r_{ho} = 1 - \frac{6 \sum D^2}{N(N-1)}$$

La prueba se cuantificó y se graficó de acuerdo con un sistema propuesto por A. Brüggmann. (3)

## METODOLOGIA

1. Siegel, S. Estadística no paramétrica: aplicada a las ciencias de la conducta. (2a.ed.) México: Trillas, 1972, p. 283.
2. Lüscher, M. Lüscher-Test. Basilea, Suiza: Test-Verlag, 1969, pp. 50-52.
3. Brüggmann, A. La prueba de Lüscher en la detección de cambios en el estado de ánimo. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología. U.N.A.M. México, 1977, pp. 89-91.

## TERCERA PARTE

## RESULTADOS Y DISCUSION

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las variables al comparar los patrones de respuesta de los grupos. Sin embargo, observando las frecuencias obtenidas de las diferentes categorías en que se dividieron las variables, encontramos diferencias, que si bien no son significativas a nivel estadístico, si difieren cualitativamente.

Analizando las diferencias cualitativas, vemos que las características de los grupos difieren más de lo que reveló el primer análisis de los datos.

De la entrevista se deduce que la actitud del grupo de migraña hacia la enfermedad es principalmente de enojo, mientras controla sus sentimientos de desesperación e impotencia; por su parte, el grupo de cefalea puede controlar el enojo, pero no sus sentimientos de impotencia, y mucho menos de desesperación. (Fig. 1)

En ambos grupos, la mayoría de los sujetos se viven a sí mismos como hijos no deseados. (Fig. 2)

En sus relaciones con figuras significativas presentan conductas de vinculación con la figura materna y con los hermanos. De alejamiento con la figura paterna y con los pares y amigos.

En el grupo de migraña, la vinculación con los hermanos es la conducta de mayor frecuencia de ocurrencia, mientras que en la cefalea tensional, la mayor ocurrencia de una conducta es el alejamiento de los pares y amigos, el cual es casi total. (Fig. 3)

En el Test de Relaciones Objetales se encontró que la percepción de los elementos que provee una situación, en función del número de figuras y del escenario físico, el grupo de migraña no percibe algunas figuras y agrega otras que no pertenecen a la situación, mientras que la característica del grupo de cefalea tensional es la omisión de figuras. (Tabla 1)

En las situaciones que implican desacuerdo o contradicción de opiniones, sentimientos y metas, ya sean a nivel interpersonal o en forma de dilema intrapersonal, no encontramos diferencias. Para ambos grupos los conflictos principales son la depresión y el conflicto con la autoridad.

En este punto es importante señalar que la enfermedad no es percibida como un conflicto significativo en ninguno de los dos grupos. (Tabla 2)

Se encontraron diferencias pequeñas, pero significativas con respecto a la atmósfera, al clima emocional, al calor o frialdad aparentes, a la invitación o amenaza implicadas en las situaciones.

En el grupo de migraña, la mayoría concibe el ambiente como depresivo; un menor número de sujetos como cálido/seguro, otros lo sienten tenso, y por último un número reducido lo percibe como persecutorio. (Tabla 3)

En ambos grupos, predomina la percepción de figuras de sexo masculino, en comparación con las figuras femeninas y las indeterminadas. (Tablas 4 y 6)

Respecto a las cualidades de las figuras, ambos grupos coinciden en asignar la indefensión como principal atributo tanto a las figuras principales como a las secundarias. (Tablas 7 y 8)

En los siguientes atributos, existen diferencias entre las figuras principales y las figuras secundarias en cada grupo, y diferencias entre los dos grupos en las figuras principales, concordando en las figuras secundarias. El grupo de migraña jerarquiza a las figuras principales como indefensas, responsables y cariñosas (Tabla 7); a las figuras secundarias como indefensas, cariñosas y agresivas. (Tabla 8)

En la cefalea, las figuras principales se jerarquizan como indefensas, responsables o poderosas (Tabla 7), e indefensas, cariñosas o agresivas a las figuras secundarias. (Tabla 8)

Respecto al dinamismo, ambos grupos perciben a las figuras principales como pasivas en su mayoría, que no hacen nada y esperan que los demás lo hagan por ellas. En segundo lugar como activas rutinarias, que esperan que les digan qué hacer, sin tener un propósito propio, y dejan en último lugar a los personajes creativos, que tienen metas propias y extraen placer de lo que hacen. (Tabla 9)

En lo que se refiere al dinamismo de las figuras secundarias, las diferencias son muy claras e incluso estadísticamente significativas. El grupo de migraña continúa percibiendo la actividad de las figuras con el mismo patrón: pasivo, activo rutinario y creativo; este último muy pobremente representado.

Por su parte, el grupo de cefalea modifica todo su patrón, en primer lugar activo rutinario, en segundo creativo, y pasivo en tercer lugar. (Tabla 10)

Los dos grupos comparten las mismas necesidades de seguridad, de relación, de reconocimiento y básicas, para las figuras principales (Tabla 11). En las necesidades de las figuras secundarias también coinciden, pero para estas figuras las necesidades principales son de relación, seguidas por las de seguridad, de reconocimiento y básicas. (Tabla 12)

Los obstáculos que afectan a los personajes e impiden la realización de una tarea, meta, objetivo, deseo, son diferentes para

cada grupo, y las diferencias son estadísticamente significativas. Los principales obstáculos para el grupo de migraña son: las figuras masculinas de autoridad, obstáculos sociales y la dependencia. Seguidos por enfermedad, económicos y naturales, obstáculos que no son importantes para el grupo. (Tablas 13 y 14)

Para los pacientes con cefalea el obstáculo más importante es la dependencia, seguido por las figuras de autoridad. Los otros obstáculos no son significativos para estos pacientes. (Tablas 13 y 14)

En las relaciones que los pacientes de ambos grupos establecen entre las figuras percibidas en las diferentes situaciones, predominan las relaciones de vinculación sobre las de alejamiento. En esta variable se destaca principalmente que todas las figuras tratan de vincularse, y por la diferencia de puntajes entre las dos categorías se puede suponer una gran necesidad en ambos grupos por vincularse y un temor al alejamiento. (Tablas 15, 16 y 17) La única diferencia entre los dos grupos es de grado en las relaciones de las figuras principales con la situación, donde el grupo de cefalea se destaca por el grado de vinculación que presenta. (Tabla 18)

Con respecto a la forma en que los dos grupos dan por terminadas las situaciones que se les plantean, la mayoría de las veces no hay un

desenlace, ya que no se menciona, o la trama de la historia continúa de la misma manera en forma indefinida. (Tabla 19)

Cuando está presente, el desenlace es más de tipo fantaseado que real, siendo esto más intenso en el grupo de cefalea. (Tabla 20)

Los desenlaces reales para ambos grupos son más optimistas que pesimistas (Tabla 21), mientras que los desenlaces fantaseados son más optimistas para el grupo de migraña, y más pesimistas para el grupo de cefalea tensional. (Tabla 22)

# ACTITUD DEL PACIENTE HACIA LA ENFERMEDAD

FRECUENCIAS

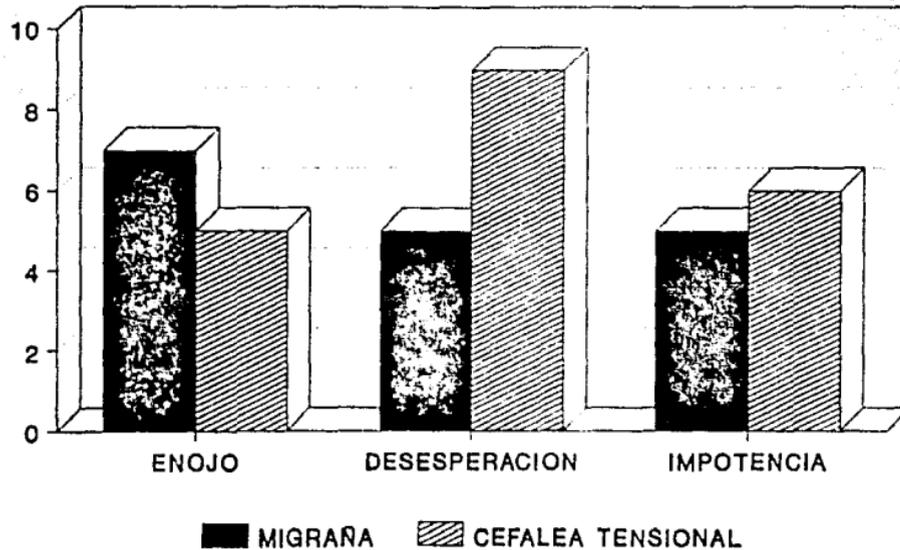


Figura No. 1

## EL PACIENTE SE VIVE A SI MISMO COMO UN HIJO:

FRECUENCIAS

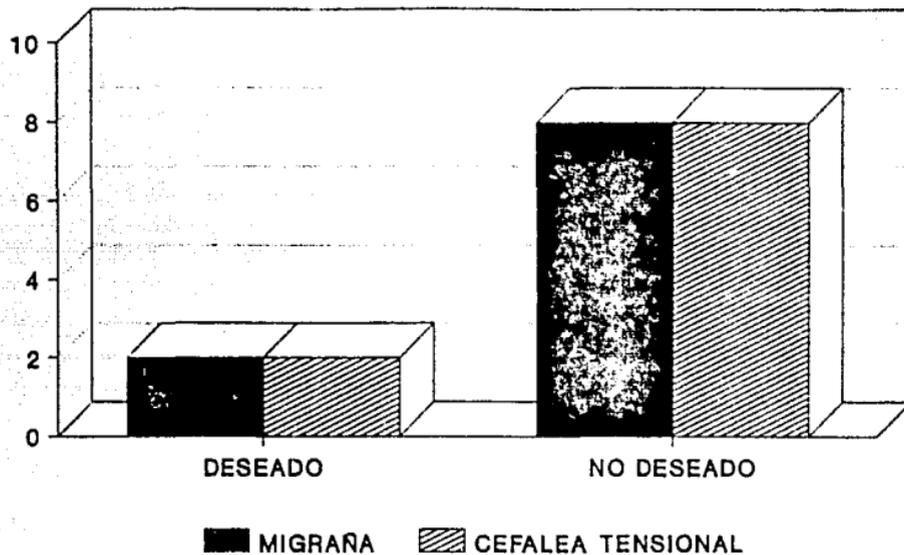
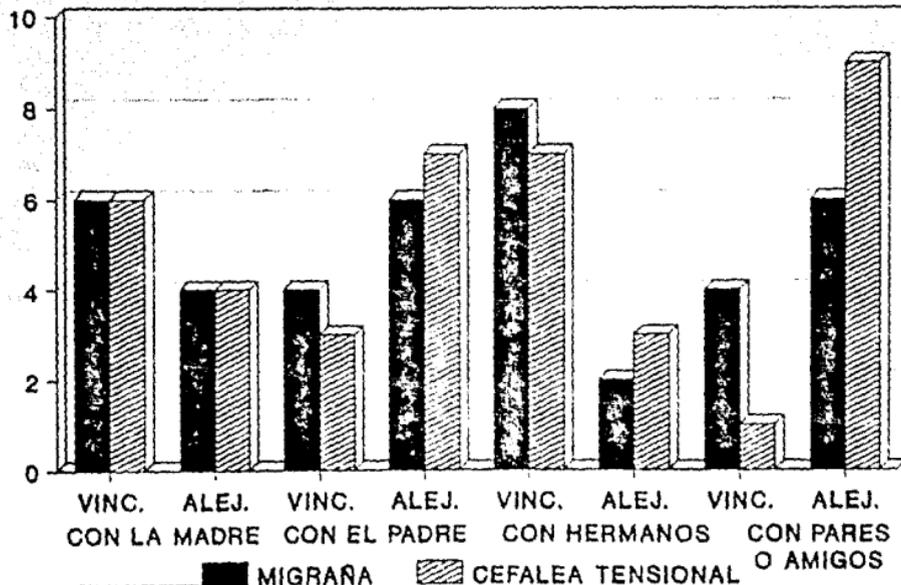


Figura No. 2

# RELACIONES

FRECUENCIAS



VINC-VINCULACION  
ALEJ-ALEJAMIENTO

Figura No. 3

# SIMBOLOGIA

$\chi^2$  = Chi Cuadrada

gl = Grados de Libertad

$\beta$  = Nivel de Significancia

**Tabla No. 1**  
**Examen de Realidad**

Var 1	Migraña	Cefalea Tensional
Inclusiones	12	7
Omisiones	22	27
Distorsiones	5	5
Percepciones Inusuales	7	5

x <sup>2</sup>	gl	β
2.07	3	0.50

**No Significativa**

**Tabla No. 2**  
**Conflicto Principal**

Var 2	Migraña	Cefalea Tensional
Depresión	32	31
Con la Autoridad	24	18
Enfermedad	13	12
Dependencia	9	7
Rivalidad	7	10
Heterosexuales	5	7

x <sup>2</sup>	gl	β
1.85	5	0.90

**No Significativa**

**Tabla No. 3**  
**Concepción del Ambiente**

<b>Var 3</b>	Migraña	Cefalea Tensional
Persecutorio	28	26
Depresivo	45	32
Tenso	32	30
Cálido/Seguro	34	23

$\chi^2$	gl	$\beta$
1.28	3	0.70

**No Significativa**

## Tabla No. 4

### Sexo de las Figuras

1.- Sexo de las Figuras Principales

<b>Var 4</b>	Miagraña	Cefalea Tensional
Masculino	53	42
Femenino	19	21
Indeterminado	21	18

x <sup>2</sup>	gl	$\beta$
0.78	2	0.70

No Significativa

## Tabla No. 5 Sexo de las Figuras

2.- Correspondencia del Sexo de las Figuras  
Principales con el del Examinado

Var 4	Migraña	Cefalea Tensional
Masculino	28	15
Femenino	17	18

x <sup>2</sup>	gl	β
1.53	1	0.20

**No Significativa**

## Tabla No. 6 Sexo de las Figuras

### 3.- Sexo de las Figuras Secundarias

Var 4	Migraña	Cefalea Tensional
Masculino	40	39
Femenino	32	18
Indeterminado	33	27

x <sup>2</sup>	gl	β
2.22	2	0.30

**No Significativa**

## Tabla No. 7

### Atributos de las Figuras

1.- Atributos de las Figuras Principales

<b>Var 5</b>	Migraña	Cefalea Tensional
Indefenso	34	43
Cariñoso	15	10
Responsable	17	19
Comunicativo	11	5
Protector	10	5
Poderoso	9	13
Agresivo	9	5

x <sup>2</sup>	gl	β
7.30	6	0.30

**No Significativa**

## Tabla No. 8

### Atributos de las Figuras

2.- Atributos de las Figuras Secundarias

Var 5	Migraña	Cefalea Tensional
Indefenso	17	16
Cariñoso	19	15
Responsable	5	9
Comunicativo	9	5
Protector	8	8
Poderoso	6	5
Agresivo	16	14

x <sup>2</sup>	gl	β
2.39	6	0.90

**No Significativa**

## Tabla No. 9

### Dinamismo de las Figuras

1.- Dinamismo de las Figuras Principales

Var 6	Migraña	Cefalea Tensional
Pasivo	47	30
Activo Rutinario	24	19
Creativo	18	16

$\chi^2$	gl	$\beta$
0.73	2	0.70

**No Significativa**

## Tabla No. 10

### Dinamismo de las Figuras

#### 2.- Dinamismo de las Figuras Secundarias

<b>Var 6</b>	Migraña	Cefalea Tensional
Pasivo	43	16
Activo Rutinario	29	24
Creativo	5	18

x <sup>2</sup>	gl	β
17.82	2	0.001

**Significativa**

## Tabla No. 11 Necesidades

### 1.- Necesidades de las Figuras Principales

Var 7	Migraña	Cefalea Tensional
Básicas	11	5
de Seguridad	43	46
de Relación	36	24
de Reconocimiento	17	7

x <sup>2</sup>	gl	β
5.40	3	0.20

**No Significativa**

## Tabla No. 12 Necesidades

### 2.- Necesidades de las Figuras Secundarias

<b>Var 7</b>	Migraña	Cefalea Tensional
Básicas	7	5
de Seguridad	28	16
de Relación	31	27
de Reconocimiento	7	5

x <sup>2</sup>	gl	β
0.65	3	0.90

**No Significativa**

## Tabla No. 13 Obstáculos

1.- Obstáculos de las Figuras Principales

Var 8	Migraña	Cefalea Tensional
Enfermedad	6	5
Económicos	5	6
Sociales	20	7
Naturales	5	10
Figuras de Autoridad	22	16
Dependencia	20	29

x <sup>2</sup>	gl	β
10.56	5	0.05

Significativa

## Tabla No. 14 Obstáculos

2.- Obstáculos de las Figuras Principales  
con las Figuras de Autoridad

Var 8	Migraña	Cefalea Tensional
Masculinas	14	10
Femeninas	8	6

x <sup>2</sup>	gl	β
0.07	1	0.80

No Significativa

## Tabla No. 15 Relaciones

1.- Relaciones de las Figuras Principales  
con las Figuras Secundarias

Var 9	Migraña	Cefalea Tensional
Vinculación	19	12
Alejamiento	8	5

$\chi^2$	gl	$\beta$
0.10	1	0.90

**No Significativa**

## Tabla No. 16

### Relaciones

2.- Relaciones de las Figuras Secundarias  
con las Figuras Principales

Var 9	Migraña	Cefalea Tensional
Vinculación	21	17
Alejamiento	10	5

$\chi^2$	gl	$\beta$
0.20	1	0.70

**No Significativa**

## Tabla No. 17

### Relaciones

#### 3.- Relaciones entre Figuras Secundarias

<b>Var 9</b>	Migraña	Cefalea Tensional
Vinculación	60	52
Alejamiento	8	5

$\chi^2$	gl	$\beta$
0.06	1	0.80

**No Significativa**

## Tabla No. 18

### Relaciones

4.- Relaciones de las Figuras Principales con la Situación

<b>Var 9</b>	Migraña	Cefalea Tensional
Vinculación	6	17
Alejamiento	5	7

$\chi^2$	gl	$\beta$
0.22	1	0.70

No Significativa

**Tabla No. 19**  
**Desenlace**

<b>Var 10</b>	<b>Migraña</b>	<b>Cefalea Tensional</b>
Ausente	74	63
Presente	50	56

$\chi^2$	gl	$\beta$
0.46	1	0.80

**No Significativa**

Tabla No. 20  
Desenlace

Var 10	Migraña	Cefalea Tensional
Real	21	14
Fantaseado	29	42

$\chi^2$	gl	$\beta$
2.72	1	0.10

No Significativa

## Tabla No. 21 Desenlace

<b>Var 10</b>	Migraña	Cefalea Tensional
Real Optimista	22	17
Real Pesimista	7	5

$\chi^2$	gl	$\beta$
0.05	1	0.80

**No Significativa**

**Tabla No. 22**  
**Desenlace**

<b>Var 10</b>	<b>Migraña</b>	<b>Cefalea Tensional</b>
<b>Fantaseando Optimista</b>	18	19
<b>Fantaseando Pesimista</b>	11	23

<b>x<sup>2</sup></b>	<b>gl</b>	<b>β</b>
0.13	1	0.90

**No Significativa**

## RESULTADOS OBTENIDOS A TRAVES DE LA PRUEBA DE LOS COLORES.

### MIGRAÑA

El paciente con migraña desea la admiración y el aprecio de los demás, que se le acepte por sus propios valores y pide constantemente que se le preste atención.

Representar un papel sobresaliente, ser el centro de atención y conseguir una buena reputación, se vuelven para él, necesidades imperiosas.

A pesar de lo anterior, tiene la sensación de que está en una situación de desventaja, que no se aprecian sus méritos y que no se le comprende. Sin embargo, tiene la necesidad de adaptarse a esta situación y a aceptarla, por lo que en sus relaciones no establece una vinculación afectiva.

Desea una pareja ideal que satisfaga sus altas expectativas, que posea una gran sensibilidad, comprensión, consideración y cortesía. Alguien con quien pueda compartirlo todo en una atmósfera de serenidad y armonía. Pero su compulsión por demostrar su individualidad lo lleva a adoptar una actitud crítica y exigente con su pareja, alternando periodos de aproximación íntima con otros de

distanciamiento, que no permiten el desarrollo del estado ideal que ansía.

Cuando falta esta relación armoniosa, existe la tendencia a evitar la entrega afectiva y las asociaciones íntimas lo dejan sin ninguna sensación de relación afectiva. Esto origina tensión por la incapacidad para mantener relaciones firmes en una condición deseable. Pero también en un estado de aislamiento, el anhelo de una relación es tan intenso que se percibe como un impulso que demanda satisfacción y que pone en peligro la seguridad.

Entonces, a pesar del apremio de satisfacer los impulsos eróticos, se impone un gran autodomnio, en la creencia de que esto prueba su superioridad, enmascarando sus frustraciones tras una fachada de decisión y seguridad.

El paciente con migraña sufre de una sobre estimulación contenida que amenaza con descargarse en accesos de conducta impulsiva. Espera encontrar una salida que lo libere de la situación tensional en que se halla, pero le resulta difícil decidirse por el camino apropiado a seguir.

Es perspicaz, crítico y tiene una tendencia a adoptar sus propios puntos de vista, lo cual lo capacita para juzgar las cosas por sí mismo y para expresar sus opiniones con autoridad. Le gusta lo

original, lo ingenioso, lo sutil, y se esfuerza por asociarse con personas con gustos parecidos a los suyos, que puedan ayudarlo en su desarrollo intelectual.

Su deseo de autoafirmación lo lleva a asumir una actitud de protesta y a oponerse obstinadamente a cualquier cuestionamiento. Se aferra con terquedad a sus propios propósitos, con lo cual se engaña a sí mismo de que es autónomo e independiente.

## CEFALEA TENSIONAL

El paciente con cefalea tensional es una persona que quiere causar una impresión favorable y ser visto como una personalidad sobresaliente. Tiene la sensación de ser superior y emplea tácticas para influir y conseguir reconocimientos especiales.

Actúa con calma y con un mínimo de trastornos, de modo que pueda manipular a sus amistades presentes.

Le gusta sentirse relajado y llevarse bien con sus compañeros y todos sus íntimos.

Está constantemente observando a los demás para constatar cómo reaccionan ante su presencia y para ver si logra impactarlos. Con esta forma de actuar siente que mantiene el control de la situación.

Juzga que tiene derecho a todo lo que pueda aspirar y se vuelve desvalido y angustiado cuando las circunstancias le son adversas.

Si bien en sus relaciones quiere causar una buena impresión, se siente inseguro y preocupado acerca de sus probabilidades de éxito. Como sus expectativas son exageradas, cualquier obstáculo que se le presente hace que se sienta impotente e indefenso. Se vive entonces en el rol de la persona que se indigna, se desilusiona, se siente engañada y se considera a sí misma como una víctima, de quien se ha abusado.

Tiende a dramatizar sus sentimientos, los que no corresponden totalmente a la realidad, en un intento de combatir la angustia ante la pérdida de reconocimiento y de influencia.

Como resultado de las frustraciones en este paciente, existen tensiones que lo han llevado a un estado donde su vitalidad agotada ha producido intolerancia hacia cualquier nueva estimulación o demanda sobre sus recursos. Esto le produce un sentimiento de impotencia que lo somete a agitación y angustia.

Por otro lado, este paciente quiere vincularse sentimentalmente con alguien, mostrando disponibilidad para gozar de la tranquilidad y satisfacción de una relación afectiva. Aunque está dispuesto a la entrega afectiva y sensual, siente que las circunstancias lo están forzando a abstenerse por el momento de estos placeres.

Cuando las cosas no van como él quisiera trata de evadirse, buscando un mundo ilusorio sustitutivo en el cual todo esté más cerca de sus deseos.

## RESULTADOS OBTENIDOS A TRAVES DE LA PRUEBA DE LOS COLORES DE LUSCHER

En las tablas No. 23, 24, 25 y 26 se presentan los pasos que se siguieron para obtener la serie preferencial de la primera aplicación del test, al grupo de migraña (M1).

Las otras tres series preferenciales (tabla No. 28), es decir la segunda aplicación al grupo de migraña (M2) y la primera (CT1) y segunda (CT2) aplicaciones al grupo de cefalea tensional, se obtuvieron siguiendo el mismo procedimiento. (cf. Procesamiento de los datos)

La tabla No. 29 muestra las correlaciones de las series preferenciales intra e intergrupos, y con la norma autógena. (Tabla No. 27)

Unicamente la correlación entre M1 y M2 resultó significativa, lo cual indica que existe consistencia interna en el grupo de migraña.

Las figuras 4 y 5 representan en forma gráfica las series preferenciales de cada uno de los grupos respectivamente, así como la norma autógena, en donde se puede observar que existen claras diferencias entre los dos grupos, lo cual nos habla de personalidades diferentes.





# Tabla No. 25

Lugar Multip.	1	2	3	4	5	6	7	8	Grado de Prefer	Rango
	8	7	6	5	4	3	2	1		
0	8	7	12	5	16	0	2	0	50	3
1	8	14	6	0	8	6	2	1	45	6
C	2	0	7	12	15	4	9	0	47	5
o	3	16	14	6	0	8	0	2	48	4
l	4	16	7	12	10	0	0	4	50	2
o	5	0	7	12	5	4	6	2	38	7
r	6	0	0	0	10	0	9	8	28	8
	7	32	14	0	5	0	0	0	54	1

Tabla No. 26  
Serie Preferencial

M1 =	7	4	0	3	2	1	5	6
------	---	---	---	---	---	---	---	---

Tabla No. 27  
Norma Autogena

Aut=	3	4	2	5	1	6	0	7
------	---	---	---	---	---	---	---	---

Tabla No. 28  
Serie Preferencial  
Finales de Grupo

M1 =	7	4	0	3	2	1	5	6
------	---	---	---	---	---	---	---	---

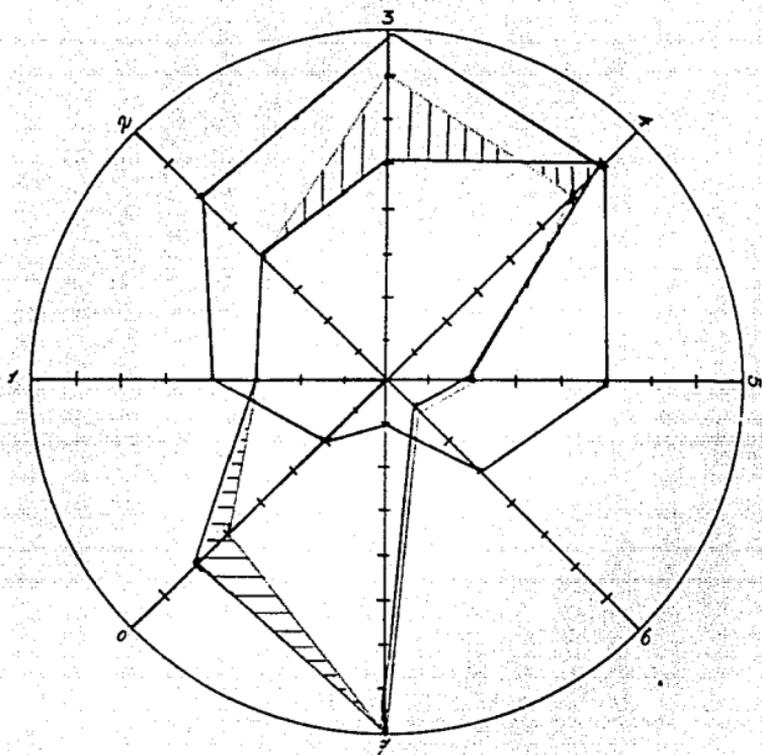
M2 =	7	3	4	0	2	1	5	6
------	---	---	---	---	---	---	---	---

CT1=	5	2	1	7	4	0	6	3
------	---	---	---	---	---	---	---	---

CT2=	5	2	1	0	6	7	4	3
------	---	---	---	---	---	---	---	---

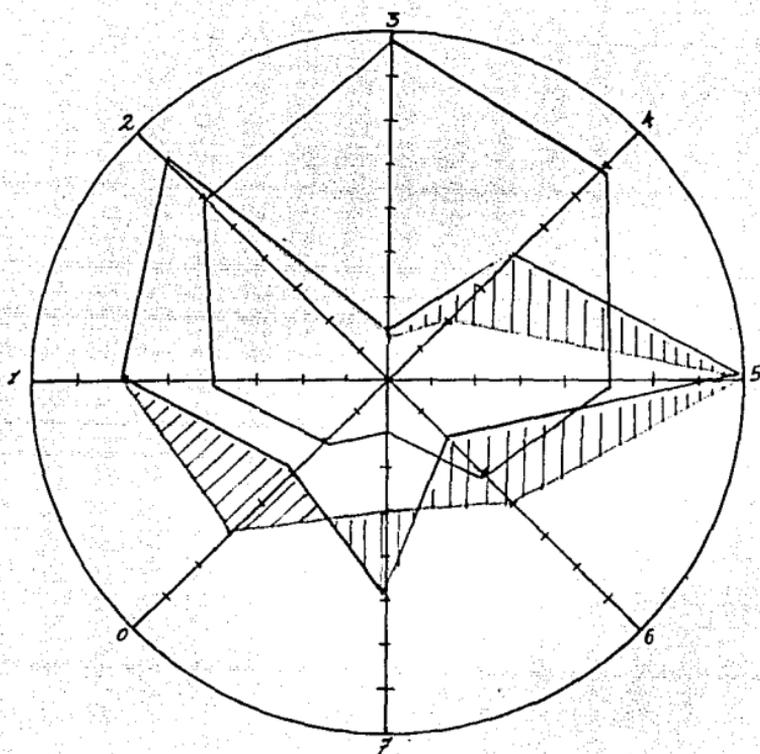
Tabla No. 29  
Resumen de las Correlaciones  
de Spearman

M1 ----- M2 = 0.70
M1 ----- AUT = 0.10
M2 ----- AUT = 0.16
CT1 ----- CT2 = 0.26
CT1 ----- AUT = 0.30
CT2 ----- AUT = 0.09
M1 ----- CT1 = 0.53
M1 ----- CT2 = 0.05
M2 ----- CT1 = 0.08
M2 ----- CT2 = 0.10



- Norma Autógena 34251607  
 M<sup>a</sup> Migración (1<sup>a</sup> Aplicación) 77032156  
 M<sup>a</sup> Migración (2<sup>a</sup> Aplicación) 73402156

*Figura N.º 4*



- Norma Autógena 54251607
- Ct. 1. Cefálica Tensional (1ª Aplicación) 52174063
- Ct. 2. Cefálica Tensional (2ª Aplicación) 52166745.

*Figura N.º 5.*

En nuestra muestra el 70% de los pacientes con migraña tienen antecedentes familiares del padecimiento, lo que concuerda con los hallazgos de Cutler (1986), quien reporta que la mitad de los casos con migraña tienen estos antecedentes.

Estos datos indican que en este trastorno existe una predisposición heredada a adquirir el padecimiento, pero que se deben considerar también factores de aprendizaje.

Los pacientes con migraña son en apariencia sujetos estables, prácticos, críticos, perfeccionistas, que se interesan en cuestiones intelectuales y en lograr el éxito, características que los hace sentirse superiores.

Lo anterior coincide con lo reportado por Cutler (1986), y con los resultados obtenidos por Ross y Mc. Naughton (1945).

Desean ser el centro de atención, ser aceptados y admirados. Para lograr sus propósitos son tenaces, tratan de imponer sus puntos de vista en forma directiva y autoritaria, y de controlar las situaciones, adecuándolas para que coincidan con sus necesidades, lo cual no aceptan conscientemente.

Esto se vincula estrechamente con lo que mencionan Ross y Mc. Naughton (1945), que describen a los pacientes con migraña como personas inflexibles e intolerantes, datos que corroboramos con el test de Lüscher.

Perciben el ambiente como deprimente y cuando no pueden resolver un conflicto se deprimen y tratan de manejarlo negando, desplazando o somatizando.

Esto concuerda con la descripción de Knopf (1925), quien los clasifica como fáciles víctimas del temor y la depresión, y con los resultados del estudio realizado por Henryk-Gutt y Rees (1973), en el cual obtuvieron calificaciones altas en los indicadores de ansiedad y somatización en estos pacientes.

Su conflicto principal es con la autoridad, a la cual sienten también como el obstáculo más importante para lograr sus deseos.

Otros obstáculos significativos para estos sujetos son los sociales, ya que dependen en alto grado de la aprobación, atención y estima de los demás, en especial de la figura materna.

Es por esto que aprenden a reprimir los sentimientos hostiles y cualquier manifestación de agresión que hagan peligrar sus relaciones, y les provoquen sentimientos de culpa, mostrándose en apariencia serenos, controlados y seguros de sí mismos.

Todo esto coincide con algunos de los hallazgos de Fromm-Reichmann (1937); Wolberg (1945); Wolff (1948); Furmanski (1952); Marty (1963); Jonckheere (1971); Bank Diamond (1979) y Cutler (1986).

Ante la frustración responden con enojo, se muestran rebeldes, tercos, poco flexibles y cerrados; características que no son evidentes en todas las circunstancias.

Estas características los vuelven menos adaptables y menos capaces de gozar de lo que les ofrece el medio que los rodea.

Se les puede considerar como caracteres obsesivos, ya que dudan constantemente, se sienten culpables, son rígidos, ordenados, tenaces, perfeccionistas, desligados y ambivalentes.

Los pacientes del grupo de cefalea tensional se muestran mucho más pasivos; dependen en alto grado de las personas a su alrededor, de las que esperan obtener apoyo, protección y cuidado.

Como son pasivo-dependientes y desean un apoyo incondicional, si éste les falla, fácilmente se sienten frustrados, desilusionados, abandonados, devaluados y no tomados en cuenta. Por lo mismo están alertas a la reacción que provocan en los demás. Pueden ser manipuladores y teatrales, mostrando reacciones emocionales exageradas para impresionar a las figuras de las que pretenden obtener apoyo.

Son personas lábiles, más inestables emocionalmente y con un yo débil.

Ante la enfermedad y la frustración no reaccionan con coraje como el grupo de migraña, sino que se deprimen, se aíslan, se sienten víctimas y se refugian en la fantasía.

Todo lo anterior coincide con lo que reporta Kudrow (1976): el 65% de los pacientes deprimidos tienen cefalea tensional y más del 60% de sus pacientes con este tipo de cefalea estaban deprimidos, y con los estudios a los que hace referencia Adams (1980), donde dice que estudios psicológicos de pacientes con cefalea tensional revelan síntomas prominentes de depresión, ansiedad y en menor grado hipocondriasis.

No tratan de modificar su situación, sino que se dejan llevar por su padecimiento en una actitud pesimista y pasiva, lo cual demuestra su inmadurez.

Dada su actitud demandante, no establecen relaciones de reciprocidad, por lo que prefieren relacionarse con figuras fuertes, muchas veces mayores, o con figuras parentales.

Por lo mismo sus relaciones con hermanos o pares no son de competencia como las de los pacientes con migraña, sino de indiferencia o lejanía.

Prefieren el trato maternal y tienen conflicto de autoridad con la figura paterna.

Esto está de acuerdo con lo que apuntan Paulson y Vander Well (1986) en su estudio sobre psicoterapia estratégica, donde todos los pacientes relacionan su cefalea al contexto de sus relaciones interpersonales.

Esta personalidad coincide más con un carácter histérico.

El tipo de elección objetal que ambos grupos establecen preferentemente, es por apoyo o anaclítica (Freud, 1914), ya que eligen sobre el modelo de las figuras parentales y esperan que los objetos les cubran todas sus necesidades.

Dentro del esquema de desarrollo de las relaciones objetales que plantea Fairbairn, y de acuerdo a los datos obtenidos, podemos ubicar a ambos grupos en la etapa de transición o cuasi-independencia. El conflicto que se presenta en esta etapa surge de la "necesidad progresiva de dominar la actitud infantil de identificación con el objeto (figura materna) y el apremio regresivo de mantener esta actitud". (Fairbairn, 1970)

La conducta durante esta etapa se caracteriza por los esfuerzos del individuo por separarse del objeto y al mismo tiempo lograr una unión con él.

Tanto en el grupo de migraña como en el de cefalea tensional, se encontró que existe una fijación con la figura materna y conflicto de autoridad con la figura paterna. Este conflicto se genera de una de las funciones de la figura paterna, que es la de romper la simbiosis de la díada madre-hijo, situación que no aceptan ninguno de los dos grupos.

Lo anterior se puede relacionar directamente con lo que para Fairbairn es el conflicto neurótico básico, "que es el que se suscita entre la dependencia y la independencia. La persona a quien uno recurre se transforma en la persona de quien uno debe alejarse". (Fairbairn, 1970) Como se sabe esta persona es la madre.

Otro dato significativo es que en ambos grupos el 80% de los pacientes se viven a sí mismos como hijos no deseados. Y de acuerdo con Fairbairn y con los otros autores revisados, las relaciones con la madre (las buenas relaciones principalmente) resultan imprescindibles para que el niño adquiera seguridad, confianza y logre un ajuste y maduración emocional adecuados, para pasar de un estado de dependencia infantil al establecimiento de relaciones maduras.

Con base en todo lo mencionado y en la teoría de relaciones objetales, se puede pensar, que las relaciones de los pacientes con la figura materna, en especial en la etapa de "dependencia infantil" de Fairbairn, o de "dependencia absoluta" de Winnicott, no cubrieron satisfactoriamente las necesidades de los pacientes.

Para varios autores como Spitz, Hoff, y Bergeret, también en esta etapa de desarrollo, son los problemas de la madre, que se reflejan en la relación madre-niño, los que predisponen al bebé a los primeros trastornos psicossomáticos, los cuales pueden constituir el punto de partida para ulteriores enfermedades psicossomáticas.

Se observó también, que a ambos grupos la dependencia y el conflicto de autoridad, les provoca depresión, agresión y frustración; que evitan la confrontación con el conflicto negando, desplazando y somatizando.

Estas características de acción para enfrentar los problemas, y la forma en que tratan de manejar la angustia que les provoca esta situación, corresponden a la posición depresiva de Melanie Klein, posición en la cual las ansiedades surgen de la ambivalencia, y el motivo principal es que el niño siente que sus propios impulsos agresivos y hostiles hayan destruido o lleguen a destruir al objeto bueno amado, de quien depende totalmente.

Si aunado a lo anterior se considera que todos los pacientes de la muestra reportan haber tenido una infancia difícil, debido a un ambiente poco favorable para su desarrollo personal, y a una serie de carencias que no les permitieron cubrir adecuadamente sus necesidades, se puede decir que su desarrollo no fue el más adecuado, que ha sufrido interrupciones, y que se ha desvirtuado. "El self

verdadero que existía (en estos pacientes) en estado de latencia, no se realiza. Emerge entonces un falso self sobre la base de una pauta de conformismo o de adaptación, o de lo contrario de rebelión contra ese medio insatisfactorio. En tales circunstancias, su finalidad no es ya desarrollar una mismidad verdadera, vigorosa, espontánea y creativa, sino tratar de sobrevivir en las condiciones menos penosas posibles". (Winnicott, 1973)

Todo esto, está muy ligado a los dos grupos, pero mientras el grupo de migraña lucha entre la adaptación y la rebelión contra el medio insatisfactorio, el grupo de cefalea tensional se conforma, fantaseando con un medio más favorable.

Para tratar de manejar las dificultades que surgen en las relaciones objetales en la etapa de transición, etapa en la que se ubicó a ambos grupos, se puede recurrir, según Fairbairn, a cuatro técnicas específicas: la obsesiva, la paranoide, la fóbica y la histérica. Estas técnicas, consideradas por otros autores como cuadros psicopatológicos, son para Fairbairn técnicas empleadas por el yo para tratar de mantener el equilibrio entre las estructuras internalizadas y sus objetos.

De acuerdo con este esquema, el grupo de migraña utiliza la técnica obsesiva preferentemente, y el de cefalea tensional, la histérica. Pero esto no quiere decir que sean las únicas técnicas

que puedan utilizar, ya que se pueden utilizar distintas técnicas en un intento de alcanzar la madurez de la tercera etapa, lo cual no siempre se logra, y muchas personas permanecen siempre en el estado de transición, como es el caso de los pacientes de nuestra muestra.

Por todo lo anterior, se puede decir que tanto el grupo de migraña como el de cefalea tensional difieren de un patrón sano y maduro de relación. Dentro del esquema de desarrollo de las relaciones objetales que plantea Fairbairn, no alcanzaron la etapa de dependencia madura, la cual se caracteriza por una relación con los objetos externos en la que existe una absoluta discriminación y un predominio del dar sobre el tomar, donde el individuo alcanzaría la capacidad adulta de mantener relaciones interpersonales totales y equilibradas.

## CONCLUSIONES

Existen patrones de relación característicos en cada uno de los cuadros, así como semejanzas y diferencias entre ambos.

Ambos grupos difieren de un patrón sano de relación, ya que tienden a establecer relaciones de dependencia, son exigentes con los demás y no están dispuestos a mostrar reciprocidad.

Ambos grupos tienen una relación de dependencia principalmente con la figura materna, y conflicto de autoridad con la figura paterna, lo cual les provoca depresión, agresión y frustración.

Ambos grupos evitan la confrontación con el conflicto negando, desplazando y somatizando.

En ambos grupos se observa cierto grado de patología, pero mientras el grupo de migraña coincide más con un carácter obsesivo, el grupo de cefalea coincide más con un carácter histérico.

Los sujetos con migraña son más consistentes intrapsíquicamente que los sujetos con cefalea tensional, los cuales son menos estables, presentando mayor labilidad emocional.

En ambos cuadros existe un alto nivel de ansiedad, pero el grupo de migraña tiene mayor control y mejor manejo de la ansiedad.

El grupo de migraña es más optimista y apegado a la realidad, mientras que el grupo de cefalea tensional es pesimista y más fantaseoso.

El grupo de migraña reacciona con enojo ante la enfermedad. El grupo de cefalea tensional reacciona con desesperación e impotencia.

El Test de los Colores de Lüscher fue más sensible que el Test de Relaciones Objetales de Phillipson para establecer diferencias entre los dos grupos a nivel estadístico.

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- La muestra fue pequeña y no estuvo balanceada con el mismo número de hombres y mujeres en cada uno de los grupos.
- No se controlaron variables como edad, escolaridad, nivel socio-económico y tiempo de evolución del padecimiento.
- El número de la muestra y los niveles de medición de las variables impidieron utilizar pruebas estadísticas de mayor potencia, con lo que se hubiera obtenido mayor confiabilidad en los resultados.
- La entrevista y la aplicación de los tests fueron realizadas por dos entrevistadores, lo cual pudo actuar como variable extraña, sin embargo se trató de que hubiera un acuerdo intrajueces.
- Dada la situación emocional de los pacientes por su padecimiento, es difícil contar con su colaboración en la aplicación de pruebas tan largas como el TRO en una sola sesión.

## SUGERENCIAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

- Replicar el estudio con una muestra mayor, balanceada, y controlando un número mayor de variables.
- Realizar un estudio comparativo entre hombres y mujeres en cada uno de los cuadros.
- Hacer una selección de las láminas del TRO, para explorar conflictos específicos, en lugar de aplicar el test completo.
- Ampliar la muestra utilizando el Test de los Colores de Lüscher, que fue sensible, permitió establecer patrones diferenciados, y es de fácil y rápida aplicación. Este test se podría también aplicar en su forma completa, la cual ha sido utilizada con mucha mayor frecuencia en Europa que en América.
- Utilizar el Psicodiagnóstico de Rorschach para buscar si existe una estructura básica de personalidad, común a ambos cuadros.
- Con base en las características particulares de relación que se identificaron en cada uno de los grupos, realizar una investigación con un enfoque preventivo, a fin de instrumentar un tipo de psicoterapia individual, grupal o familiar, que permita a los pacientes romper con algunos patrones nocivos de relación.

## ANEXOS

## ENTREVISTA

### FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre  
Edad  
Fecha y lugar de nacimiento  
Escolaridad  
Estado civil  
Ocupación  
Domicilio  
Teléfono

### FAMILIOGRAMA DE ORIGEN Y ACTUAL

### PROBLEMA ACTUAL

¿Desde cuándo tiene dolor de cabeza?  
¿Cómo es el dolor?  
¿Cuáles son los síntomas?  
¿Qué medicamentos toma?  
¿Desaparece el dolor con el medicamento?  
¿Cuánto tiempo dura el dolor?  
¿Qué le dijo el doctor que lo atiende?  
¿En qué circunstancias aumenta o disminuye el dolor?  
¿Se presentan cambios en su estado de ánimo horas o días antes de que aparezca el dolor?  
¿Cuál cree que sea la causa de su padecimiento?  
¿Quiénes en su familia tienen dolor de cabeza?  
¿Cómo se siente cuando se le presenta el dolor?  
¿Cómo les afecta a usted y a su familia el hecho de que se presente el dolor de cabeza?

## HISTORIA DEL DESARROLLO

Salud de la madre durante el embarazo.  
Actitud hacia el embarazo. Deseado o no.  
Sentimiento de los padres respecto del sexo del producto.  
Relación de los padres.  
Parto: Eutósico o distósico.  
Destete: Edad y método.  
Edad en que gateó, caminó.  
Edad en que empezó a hablar.  
Control de esfínteres. Método.  
Enuresis.  
Enfermedades importantes, accidentes, operaciones;  
Reacciones del paciente y de su familia.  
Hechos traumáticos.  
Miedos.  
Sueños repetitivos.  
Con quién dormía.  
Juguete y mascota preferidos.  
Relaciones con hermanos y pares.  
Preferencia de los padres.  
Recuerdos especiales.  
Disciplina.

## PERIODO ESCOLAR

Edad de inicio.  
Reacción.  
Comportamiento.  
Calificaciones.  
Preferencias: maestros, amigos, materias.  
Disciplina.  
Eventos sobresalientes.  
Pasatiempos.

## PERIODO ADOLESCENTE

Desarrollo físico y salud.  
Relaciones interpersonales.  
Fantasías.  
Metas.  
Experiencias importantes.

## PERIODO ACTUAL

Desarrollo físico y salud.  
Relaciones interpersonales.  
Fantasías.  
Metas  
Experiencias importantes.  
Experiencias laborales.

## MISCELANEA

Persona que más admira.  
Tres recuerdos importantes.  
Día más feliz y más triste.  
Pregunta desiderativa.

## TEST DE RELACIONES OBJETALES DE PHILLIPSON

El Test de Relaciones Objetales (TRO) fue elaborado por Herbert Phillipson y publicado en 1955 en Inglaterra.

Para su construcción, análisis e interpretación de los datos, el autor se basó en el modelo operativo del TAT (presentación pictórica de una situación psicosocial -relato de una historia- análisis e interpretación) como en algunos elementos del Rorschach (utilización de sombreado, color, indeterminación de las figuras).

El TRO combina en un estímulo la sugestividad del TAT con la indeterminación del Rorschach. Mientras el TAT es un test de contenido, dramático, en donde la percepción es recogida a través de la fantasía y el Rorschach un test de forma, dinámico, que recoge las proyecciones mediante la percepción, el TRO integra estas características, siendo un test de forma y contenido, dinámico y dramático, que recoge los comportamientos proyectivos perceptual y fantaseados en igual medida.

### DESCRIPCION DEL MATERIAL.

El TRO esta compuesto por tres series, A, B, y C, de cuatro láminas cada una y una lámina en blanco.

En cada serie aparecen situaciones unipersonales, bipersonales, tripersonales y grupales. Las figuras humanas son ambiguas en cuanto a sexo, edad, y expresión, dando amplio margen para la proyección.

Las situaciones que aparecen en las láminas se utilizan como las matrices a partir de las cuales se aprendió en el pasado a establecer relaciones y que en el presente son el núcleo para toda situación de interacción de relaciones objetales.

Cada una de las láminas tiende a evocar temas conflictivos, según lo han mostrado estudios normativos.

Existen variaciones entre las tres series en cuanto al ambiente, que provee el marco para las situaciones de relaciones objetales y en cuanto al clima emocional, dado a partir del sombreado y color.

Así, en la serie A, existen pocos elementos ambientales identificables y las láminas están dibujadas utilizando sombreado claro.

En la serie B, existen más elementos ambientales identificables que en la serie A y se utiliza un sombreado más oscuro, enfatizando el contraste blanco-negro.

En la serie C, el ambiente es considerablemente más rico en detalles que en las series anteriores y se incluye el uso del color.

## FUNDAMENTOS

La suposición que subyace al test, es que ..."la forma característica en la que una persona percibe el mundo que la rodea tiene congruencia dinámica con su forma de manejar las relaciones humanas en cualquier situación con que se enfrente, y que el producto de cualquier interacción con su medio (como sería la producción de una historia para una lámina del TRO) refleja también los procesos dinámicos por medio de los cuales expresa y regula las fuerzas conscientes e inconscientes que operan en su manejo de los temas de relaciones objetales inherentes a esa situación". (1)

Esta suposición se fundamenta en las concepciones psicoanalíticas de las relaciones objetales inconscientes, desarrolladas por M. Klein y Fairbairn principalmente.

De acuerdo con este punto de vista se tratan de ..."explicar los principales rasgos y conflictos en función de las necesidades del individuo de imponer sobre las gentes y las cosas de su mundo externo las diversas relaciones inconscientes entre él mismo y las figuras de su mundo interior -relaciones que han nacido de sus experiencias más tempranas". (2)

## CONSIGNA

Le mostraré algunas láminas. Desearía que viera cada una cuando la reciba y trate de imaginar qué puede representar. En la medida en que usted le vaya dando vida en su imaginación, construya una breve historia al respecto. Primero deber decir cómo se imagina que surgió esta situación. Esto lo podrá decir brevemente. Luego imagine qué está sucediendo, de qué personas se trata, qué están haciendo, y esto cuéntemelo con más detalle. Por último imagine que pasará luego, cómo terminará la historia. Esto también brevemente.

## ANTECEDENTES DEL TRO

Junto con la publicación del test en 1955 (Clínica Tavistock, Londres) aparecieron dos estudios normativos. El primero realizado por su autor, con una muestra de 50 pacientes de consulta externa, y el segundo por O'Kelly, con una muestra de 40 mujeres adolescentes de escuelas secundarias y técnicas.

Ambos estudios se centraron básicamente en las variables perceptuales, obteniendo datos sobre el contenido humano, el contenido de realidad, y el contexto de realidad o simbólico, tratando de evaluar la incidencia del estímulo en la producción en las tres series de láminas que componen el test.

El estudio de Coleman, Elkan y Shooter (1968), que incluye una comparación de sus propios resultados con los de Phillipson y los de O'Kelly, tuvo como objetivo examinar detalladamente las respuestas para ampliar el conocimiento del valor-estímulo de las diferentes láminas y detectar las características que ayudaran a diferenciar grupos clínicos con diferente patología en forma significativa. Compararon pacientes hospitalizados con pacientes de consulta externa. Cada uno de los grupos con diferentes diagnósticos. Concluyeron, entre otras cosas, que las variables perceptuales, y no las de contenido, son las que permiten una mayor diferenciación entre los grupos psicopatológicos.

Verthelyi, Nijamkin y Fernández (1972) realizaron en Argentina el primer estudio normativo en América Latina con el fin de:

- 1) Determinar las características de una muestra de su país, para lo cual utilizaron una población de "normalidad clínica", que consistió de 30 mujeres y 30 hombres (entre 20 y 40 años de edad).
- 2) Comparar los resultados obtenidos con los de Phillipson y Coleman.
- 3) Realizar un primer estudio exploratorio sobre la posible incidencia del sexo en la producción de las historias.

Además de los estudios normativos, se han realizado estudios con pacientes hospitalizados y en psicoterapia, con el fin de obtener indicadores de diagnóstico y pronóstico a través del TRO.

O'Kelly (1957) estudió un grupo de adolescentes delincuentes, de sexo femenino con la intención de detectar los efectos de la carencia materna temprana.

Orme (1959) comparó una muestra de 30 pacientes esquizofrénicos con los datos de la Clínica Tavistock, encontrando diferencias significativas en cuanto al número de personajes percibidos, el tipo de comentarios espontáneos y el monto de afecto expresado en las respuestas.

Haskell (1961) trabajó también con esquizofrénicos, utilizando el TAT, el Rorschach y el TRO. Encontró que en el TRO, existía una mayor correlación entre la agresión expresada en las historias y la conducta agresiva de los pacientes, que en los otros dos tests.

Rayner y Hahn (1964) mediante el análisis de contenido de las historias, seleccionaron pacientes para psicoterapia individual.

Coleman (1967) estudió el desarrollo de la percepción de las relaciones interpersonales en diferentes momentos de la adolescencia, con el fin de comprobar empíricamente hipótesis teóricas.

Aston (1971) seleccionó pacientes para terapia de grupo utilizando el TRO. Tomó en cuenta variables de contenido que indicaran un acercamiento intencional hacia las personas de manera

activa. De su estudio derivó un índice de "acercamiento" y señaló cómo la percepción de los propios límites y los del otro, permiten después, una integración grupal más efectiva y una más activa participación en el grupo terapéutico.

Friendenthal (1971) llevó a cabo un trabajo cuyo objetivo consistió en detectar las fantasmas de enfermedad, curación y análisis, que el paciente trasmite en las historias del TRO.

Fuera del marco clínico, se ha utilizado el TRO desde la década de los sesentas en Inglaterra, para selección de personal, para candidatos a puestos gerenciales de nivel medio y alto.

## ANEXO 2. TEST DE RELACIONES OBJETALES DE PHILLIPSON.

1. Phillipson, H. "Una breve introducción al test de relaciones objetales", en Verthelyi, R.F. de (comp.) et al. Actualizaciones en el test de Phillipson. Buenos Aires: Paidós, 1983, p. 20.
2. Sutherland, J. D., en Phillipson, H. Test de relaciones objetales. Barcelona: Paidós, 1981, p. 14.

## TEST DE LOS COLORES DE LÜSCHER

"Los colores de la naturaleza tienen gran influencia sobre el hombre, y esta influencia se relaciona íntimamente con su constitución física y psicológica que ha de recibir el impacto de los colores"...

(1)

Tomando esto en cuenta y sabiendo que los colores tienen un efecto sobre los Sistemas Nervioso y Endócrino, Lüscher construyó su test.

El test completo está compuesto por 7 series diferentes que contienen 73 placas de colores con 25 tonos y matices.

Se utilizó la "forma abreviada", (que es la única que existe comercialmente en México), la cual está compuesta por 8 colores, 4 básicos o primarios y 4 auxiliares o combinados.

"En el Test de los Colores, la preferencia por un color y el rechazo de otro significa algo determinado y refleja un estado mental o de equilibrio glandular, o las dos cosas" (2) Cada color tiene asignado un número, representando entonces algo diferente.

El orden en que se escojan los colores dará información acerca de las necesidades fisiológicas y psicológicas del sujeto en ese momento.

Habla también de conflictos (focos de tensión) y ansiedades, así como de las potencialidades del sujeto y cómo las utiliza.

## **COLORES BÁSICOS**

### **1. AZUL (OSCURO)**

Representa la profundidad de sentimiento y sus aspectos afectivos son la tranquilidad, reposo, satisfacción, ternura, amor y afecto.

### **2. VERDE (AZULADO)**

Representa la constancia de voluntad; sus aspectos afectivos son la persistencia, autoafirmación, obstinación y auto-estima.

### **3. ROJO (ANARANJADO)**

Representa la fuerza de voluntad; sus aspectos afectivos son la apetencia, excitabilidad, autoridad y sexualidad.

### **4. AMARILLO (CLARO)**

Representa la espontaneidad; sus aspectos afectivos son la variabilidad, expectación, originalidad, regocijo y dinamismo.

## COLORES AUXILIARES

### 5. VIOLETA

Significa o representa la identificación (en una unión íntima y erótica) y se refiere a la imaginación, fantasía, sensualidad, afecto; pero también significa inmadurez e inseguridad.

### 6. MARRON

Representa lo sensitivo, lo sensual; se relaciona directamente con el cuerpo, con las necesidades de protección, comodidad y confort o malestar y dolor físico.

### 7. NEGRO

Significa definitividad y enfatiza al color que acompaña en la serie; se relaciona con una actitud de protesta, de defensa.

### 8. GRIS

Representa una barrera, una actitud de defensa y se relaciona con la falta de compromiso.

## APLICACION

Se presentan las 8 láminas de colores y se le pide al sujeto que las coloque en orden de mayor a menor preferencia, obteniéndose una primera serie, dada por los números que corresponden a cada uno de los colores.

Se deja pasar un lapso y se repite la misma operación, obteniendo una segunda serie.

Según Lüscher el orden óptimo para seleccionar los colores es la serie 34251607, a la cual denomina "norma autógena", selección realizada por sujetos razonablemente sanos, equilibrados y adaptados, libres de conflictos y represiones mayores.

Para interpretar los resultados, ambas series se comparan entre sí y con la norma autógena.

Para una información más detallada referimos al lector al Manual del Test. (Ver bibliografía general).

### ANEXO 3. TEST DE LOS COLORES DE LÜSCHER.

1. Lüscher, M. Test de los colores. Buenos Aires: Paidós, 1974, pp. 13-14.
2. Lüscher, M. op. cit., p. 14.

## GLOSARIO

**ACETAMINOFEN.** Es útil como analgésico-antipirético, alternativo del ácido acetilsalicílico en pacientes seleccionados (casos de úlcera péptica, gota, hemofilia, etc.) y cuando exista dolor leve o moderado en cefaleas, mialgias, y en el postoperatorio; también en pacientes con cuadros febriles de diversa etiología. Este medicamento no produce erosión ni sangrado gastrointestinal, ni interfiere con la excreción del ácido úrico.

**ANALGESICO.** Medicamento que alivia o suprime el dolor, en principio sin alterar los demás tipos de sensibilidad.

**ARTERITIS.** Inflamación de las paredes de las arterias; puede ser aguda y crónica en relación con la brusquedad de sus síntomas y la rapidez de su curso.

**ATROFIA.** Disminución de peso y volumen de un tejido, órgano o miembro, como consecuencia de una nutrición insuficiente. También pérdida de alguna facultad.

**BRUCELOSIS.** Enfermedad infecciosa producida por bacterias del género *Brucella*, que puede desarrollarse tanto en los animales (bóvidos, porcinos) como en el hombre. Sinónimo de Fiebre de Malta.

**CAROTIDAS.** Son dos importantísimas arterias que se deslizan por el cuello, una por cada lado. Cada una de estas arterias está formada por un tronco inicial único (carótida primitiva), el cual al nivel del borde superior del cartilago tiroides de la laringe se divide en dos ramas: la carótida externa, que irriga de sangre la cara y la cabeza, y la carótida interna, que irriga el cerebro.

**CATABOLISMO.** Fase del metabolismo en la cual las moléculas complejas experimentan una degradación progresiva hasta dar lugar a moléculas más sencillas. Gracias a este proceso, el organismo asimila los nutrientes tomados del exterior y los incorpora para formar sus propias estructuras.

**CODEINA.** Es un narcótico que actúa en el cerebro para disminuir la tos. Se utiliza solo o en combinación con expectorantes, descongestionantes y antihistamínicos para aliviar las molestias de la tos y el catarro. En dosis mayores, se usa para aliviar el dolor.

**CONTRACTURA.** Estado de contracción persistente e involuntaria de uno o más músculos provocado por el exceso de tono muscular.

**EDEMA.** Engrosamiento o hinchazón de los tejidos por la imregnación anormal de líquido seroso.

**ENDORFINAS.** La palabra "endorfina" ha sido usada como sinónimo del término opioides péptidos, que originalmente indica cualquier polipéptido con actividades biológicas similares a las de las drogas opiáceas. Hasta ahora cuatro endorfinas han sido reportadas: alfa, beta, gamma y delta.

**ERGOTAMINA-CAFEINA.** Antimigrañoso. Esta mezcla es utilizada en el tratamiento de la migraña. Aún cuando la ergotamina es efectiva sola para el tratamiento de la migraña, la combinación es conveniente ya que la cafeína aumenta la absorción y la concentración plasmática de la ergotamina al doble.

**ESCOTOMA.** Es la pérdida de la facultad visual en zonas bien circunscritas del campo visual, en virtud de la cual no pueden observarse los objetos que proyectan su imagen en las zonas que corresponden a las lagunas visuales. Los escotomas pueden ser centrales y periféricos, según la localización de la laguna en el campo óptico. También la pérdida de la mitad del campo visual (hemianopsia) es una forma de escotoma.

**FLEBITIS.** Inflamación de las paredes venosas.

**HEMATOMA.** Es la colección de sangre extravasada por hemorragia en el seno de un tejido; las mallas del mismo se disocian y alejan del chorro sanguíneo del vaso lesionado y se forma una cavidad que recoge la sangre extravasada.

**HEMIANOPSIA.** Es la pérdida de la mitad del campo visual ocular, en virtud de la cual el individuo que padece este defecto visual ve sólo la mitad de un objeto externo. La hemianopsia puede localizarse en un solo ojo (unilateral) o con más frecuencia en ambos. En este último caso se habla de hemianopsia bilateral, que se denomina homónima o heterónoma, según que en los dos ojos queden ciegas las dos mitades del mismo nombre (es decir, las dos derechas o las dos izquierdas) o las dos mitades de nombre distinto (es decir, en un ojo la mitad derecha y en el otro la mitad izquierda).

**HEMIPLEJIA.** Es la parálisis (plejía) más o menos completa de una mitad del cuerpo. La migraña hemipléjica ilustra la naturaleza básica de las complicaciones intracraneanas de la cefalea vascular de tipo migrañoso. Esta variedad de ataques se acompañan de alteraciones sensitivas y motoras.

**HIPERPLASIA.** Desarrollo excesivo de un tejido por multiplicación de sus células, pero conservando una arquitectura y una capacidad funcional normales.

**HIPERTENSION.** Es el aumento de la presión arterial de carácter transitorio, intermitente o permanente.

**HIPERTROFIA.** Es el desarrollo excesivo de un tejido, de un órgano o de una zona completa del cuerpo; no se produce por el aumento del número de sus células constitutivas (en este caso sería hiperplasia), sino que se debe al aumento volumétrico de las células.

**HIPOTALAMO.** Del griego hypo = bajo + thálamos = cámara interior. Región del diencefalo que sirve como centro de control principal del sistema vegetativo.

**HOMEOSTASIS.** Del griego homois = semejante + stasis = permanencia. Tendencia a mantener la estabilidad del ambiente interno del organismo.

**LEUCOCITOSIS (LEUCOCITEMIA)** Los glóbulos blancos de la sangre, llamados también leucocitos, están normalmente presentes en la sangre circulante en una cantidad que oscila entre los 6000-8000 por milímetro cúbico de sangre. Cuando dicho número desciende se presenta la leucopenia; cuando aumenta, la leucocitosis o leucocitemia.

**LINFOPENIA (LINFOCITOPENIA)** Es la disminución (penia) del número de linfocitos en la sangre; esta disminución puede ser absoluta o relativa (es decir, en relación con los demás leucocitos). Se presenta en el periodo inicial de casi todas las infecciones agudas y en varias afecciones de los ganglios linfáticos productores de los linfocitos.

**MENINGITIS.** Inflamación de las membranas que rodean y protegen el tejido nervioso cerebral y medular.

**MIGRAÑA HEMIPLEJICA.** Ver "Hemiplejía".

**MIGRAÑA OFTALMOPLEJICA** Ver "Oftalmoplejía".

**MIOSITIS.** Inflamación de los músculos.

**NECROSIS.** Muerte de una o más células en un organismo vivo. Destrucción de un tejido orgánico, particularmente del tejido óseo.

**NEURALGIA.** Es un fenómeno de irritación dolorosa de un nervio sensitivo, que no está mantenida por ninguna alteración anatómica del nervio doloroso. (Este carácter diferencia la neuralgia de la neuritis).

**NOREPINEFRINA.** Transmisor sináptico en los ganglios autonómicos. Se encuentra presente en muchas células; es liberada por las glándulas adrenales, por lo cual también se denomina noradrenalina.

**OFTALMOPLEJIA.** Es la parálisis de los músculos del globo ocular. La migraña oftalmopléjica se asocia a parálisis del tercer par u otro nervio ocular.

**OSTEOARTRITIS.** Es aquel proceso inflamatorio -de curso agudo, subagudo o crónico- que se localiza simultáneamente en los elementos propios de una articulación (membrana sinovial principalmente) y en el tejido óseo de una o ambas cabezas (epífisis) óseas, que forman dicha articulación.

**PAROXISMO.** Culminación o intensificación súbita de ciertos síntomas.

**PLAQUETAS.** Células sanguíneas muy pequeñas, producidas en la médula, que liberan tromboplastina, esencial para la coagulación de la sangre.

**PRODROMICO.** "Que corre delante", es el significado etimológico (del griego) de este adjetivo que se refiere a un síntoma, casi siempre subjetivo (es decir, advertido únicamente por el paciente), que anuncia la aparición inminente de una enfermedad o de un fenómeno patológico accesional.

**PROPRANOLOL.** Se prescribe comúnmente para problemas cardiovasculares: hipertensión arterial, angina de pecho. Más recientemente se ha venido usando para prevenir la migraña. El propranolol pertenece a un grupo de drogas a las que se refiere como "bloqueadores beta". Bloquea una reacción química en el Sistema Nervioso.

**PROSTGLANDINAS.** Sustancias derivadas de ácidos grasos no saturados, con la misma estructura carbonada que el ácido prostanoico. Hay seis tipos, denominados con las letras de la A a la F. Se descubrieron en la próstata y líquido seminal. No están en la sangre y actúan localmente, probablemente como reguladoras celulares, sobre el aparato genital, el circulatorio, bronquial, digestivo, riñón y glándulas endocrinas.

**SEROTONINA.** Amina biogénica también denominada 5HT (5-hidroxitriptamina). Se forma a partir del aminoácido triptófano. Se encuentra en el cerebro, particularmente en el Sistema de Raphé. Se le reconoce como transmisor sináptico y por el papel que juega en la psicosis. Los niveles de serotonina son dramáticamente alterados por tranquilizantes como la reserpina.

**TUMOR.** En sentido genérico indica cualquier aumento de volumen bien circunscrito y redondeado de un órgano o tejido. En sentido específico es una "neoformación" de uno o varios tejidos cuyas células reproducen atípicamente la estructura del tejido normal en que se implanta el tumor; esta neoformación que se presenta en la mayoría de los casos espontáneamente, se desarrolla con un crecimiento más o menos rápido en completa independencia y autonomía de nuestro organismo, entrando en conflicto con las fuerzas vitales del mismo y actuando como si fuera un parásito, es decir sustrayendo los elementos nutritivos necesarios para subsistir y crecer.

**VASCULAR** Es el adjetivo de vaso. Se denomina "Territorio vascular" la zona de un órgano o de un tejido dependiente para su nutrición de un determinado vaso sanguíneo; cuando dicho vaso sanguíneo se ocluye o se estrecha, el territorio vascular sufre una falta de nutrición, con la consiguiente disminución de su vitalidad, a no ser que se establezca una circulación colateral suficiente que repare el déficit irrigatorio.

## BIBLIOGRAFIA GENERAL

## BIBLIOGRAFIA GENERAL

Abt, L.E., y Bellak, L. Psicología Proyectiva: Enfoque clínico de la personalidad total. México: Paidós, 1985.

Adams, R.D. "Headache" en Isselbacher, K.J., et al. Harrison's principles of internal medicine. (9th. ed.) Tokyo: Mc. Graw-Hill Kogakusha, 1980.

Ajuriaguerra, J. de. Manual de psiquiatría infantil. (4a. ed.) México: Masson, 1983.

Ajuriaguerra, J. de. Manual de psicopatología del niño. México: Masson, 1984.

Alexander, F., Ross, H., et al. Psiquiatría dinámica. Buenos Aires: Paidós, 1979.

Amery, W.K.; Waelkens, J. y Vanderbergh, V. Migraine warnings. Headache, 1986 (feb), vol. 26 (2), pp. 60-66. en Psychological Abstracts, 1987, vol. 4, p. 1101.

Bakal, D.A. "Headache" en Encyclopedia of Clinical Assessment. vol. 1, Robert Henley Woody, Editor.

Bank Diamond, M. La psicología clínica y la psicopatología: La migraña. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología U.N.A.M. México, 1970.

Baranger, W. et al. Aportaciones al concepto de objeto en psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu, 1980.

Barr, M.L. El Sistema Nervioso Humano: Un Punto de Vista Anatómico. (2a. ed.) México: Harla, 1975.

Barrera, B. L. de la. Epidemiología de la migraña clásica en el Hospital General de México y revisión bibliográfica. Tesis de especialización en neurología. Hospital General de México, Secretaría de Salud, México, 1987.

Benedetti, G. El paciente psíquico y su mundo. Madrid: Morata, 1966.

Bergeret, J. Manual de psicología patológica: Teoría y clínica. Barcelona: Toray-Masson, 1975.

Blanchard, E. B. et al. Reduction in headache patients' medical expenses associated with biofeedback and relaxation treatments. Biofeedback and Self Regulation, 1985 (mar), Vol. 10 (1), pp. 63-68, en Psychological Abstracts, 1987, vol. 1, p. 201.

Blanchard, E. B.; Andrasik, F.; Evans, D.D. and Hillhouse, J. Biofeedback and relaxation treatments for headache in the elderly: A caution and a challenge. Biofeedback and Self Regulation, 1985 (mar), vol. 10 (1), pp. 69-73, en Psychological Abstracts, 1987, vol. 1, pp. 201-202.

Blanchard, E. B. et al. Three studies of the psychologic changes in chronic headache patients associated with biofeedback and relaxation therapies. Psychosomatic Medicine, 1986 (ene-feb), vol. 48 (1-2), pp. 73-83, en Psychological Abstracts, 1987, vol. 3, p. 831.

Blanchard, E. B.; Andrasik, F.; Guarnieri, P.; Neff, D. F. et al. Two, three, and four-year follow-up on the self-regulatory treatment of chronic headache. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1987 (abr), vol. 55 (2), pp. 257-259, en Psychological Abstracts, 1987, vol. 10, p. 2803.

Brüggmann, A. La prueba de Lüscher en la detección de cambios en el estado de ánimo. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología. U.N.A.M. México, 1977.

Calderón Narváez, G. Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas, 1984, pp. 128-130.

Cameron, N. Desarrollo psicopatológico de la personalidad: Un enfoque dinámico. México: Trillas, 1982, p. 673.

Cutler, R. W. P.: "Cefalea" en Medicina Científica Americana. Vol. 3. Editora Científica Médica Latinoamericana, 1986. 7 Neurología XI-I.

Dalessio, D. J. Cefaleas de Wolff. (4a. ed.) México: El Manual Moderno, 1984.

Diamond. Coping with your headache problem. En Shape, 1988, vol. 7, no. 9.

Eco, H. Como se hace una tesis: Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura. (6a. ed.) México: Gedisa, 1984.

Enciclopedia Hispánica. Micropedia e índice. 2 vols. Kentucky, E. U.: 1989-1990.

Fairbairn, W. R. D. Estudio psicoanalítico de la personalidad. Buenos Aires: Hormé, 1970.

Fenichel, O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. (2a. ed.) Barcelona: Paidós, 1984.

Fine, R. Historia del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 1982, 2 vols.

Formisano, R. et al. Il test M.M.P.I. in pazienti cefalalgici. Medicina Psicosomática, 1985 (abr-jun), vol. 30 (2), pp. 119-135, en Psychological Abstracts, 1987, vol. 3, p. 794.

Freud, S. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973. 3 vols.

Fuente, R., de la. Psicología Médica. México: Fondo de Cultura Económica, 1959 (21a. reimpresión, 1983) pp. 336-339.

Garma, A. El psicoanálisis: Teoría, clínica y técnica. (3a. ed.) Buenos Aires: Paidós, 1978.

Gómez, M. Relaciones objetales en pacientes con neurodermatitis. Tesis de maestría, Facultad de Psicología, U.N.A.M. México, 1986.

Grosskurth, Ph. Melanie Klein: Her world and her work. London: Maresfield Library, 1986.

Guntrip, H. El self en la teoría y la terapia psicoanalíticas. Buenos Aires: Amorrortu, 1973.

Hesnard, A. La obra de Freud: Y su importancia para el mundo moderno. México: Fondo de Cultura Económica, 1972.

Heyck, H. Dolor de cabeza: Diagnóstico diferencial y tratamiento para el médico práctico. Barcelona: Manual Martín, 1959.

Hoff, H. y Ringel, E. Problemas generales de la medicina psicosomática: Clínica y tratamiento de la "somatización" de las neurosis. Madrid: Morata, 1969.

Kerlinger, F.N. Investigación del comportamiento: Técnicas y metodología. (2a. ed.) México: Interamericana, 1985.

Kernberg, O. La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. México: Paidós, 1977.

- Klein, M. El sentimiento de soledad y otros ensayos. (4a. ed.) Buenos Aires: Hormé, 1982.
- Kolb, L.C. y Brodie, H.K. Psiquiatría clínica. (10a. ed.) México: Interamericana, 1985.
- Kraft, A.M. Psiquiatría: Para la práctica general. México: Interamericana, 1981.
- Kunkle, E. Ch. "Headache" en Conn, H.F. Current Therapy. Philadelphia: Saunders, 1975.
- Kurk, L., et al. Curso de prácticas del primer nivel: Individual unidimensional. (ed. rev.) Coordinación de laboratorios, Facultad de Psicología, U.N.A.M. México, 1983.
- Lander, R. Melanie Klein: Reflexiones sobre su vida y su obra. Caracas: Ateneo de Caracas, 1979.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. Diccionario de Psicoanálisis. (3a.ed.) Barcelona: Labor, 1983.
- Larson, B.; Daleflod, B.; Hakansson, L. y Melin, L. Therapist assisted versus self-help relaxation treatment of chronic headaches in adolescents: A school based intervention. Journal of Child Psychology and Allied Disciplines, 1987 (ene) vol. 28 (1), pp. 127-136, en Psychological Abstracts, 1987, vol. 8, p. 2299.
- Lerman, C. y Brody, D.S. Enfoque positivo de los trastornos de somatización. Mundo Médico, 1988, vol. 15, no. 171.
- Levin, J. Fundamentos de estadística en la investigación social. México: Harla, 1983.
- Lira, M.A. Ritmos cardíacos en la depresión a través de la prueba de Lüscher. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología U.N.A.M. México, 1980.
- Lüscher, M. Lüscher-Test. Basilea, Suiza: Test-Verlag, 1969.
- Lüscher, M. Test de los colores. Buenos Aires: Paidós, 1974.
- Mc. Guigan, F.J. Psicología experimental: Enfoque metodológico. (3a.ed.) México: Trillas, 1983.
- Mac Kinnon, R.A., y Michels, R. Psiquiatría clínica aplicada. México: Interamericana, 1973.

Michaca, P. Desarrollo de la personalidad: Teorías de las relaciones de objeto. México: Pax-México, 1987.

Michaux, L. et al. Psychiatrie. Paris: Flammarion, 1977.

Mitchell, J. The selected Melanie Klein. Middlesex, England: Penguin Books, 1986.

Murray, H.A. Test de apercepción temática: Manual para la aplicación. Buenos Aires: Paidós, 1984.

Nágera, H. Desarrollo de la metapsicología en la obra de Freud. Buenos Aires: Hormé, 1982.

Paulson, B. and Vander Well, A. Treating a symptom can be a headache. Journal of Strategic and Systemic Therapies, 1986, vol. 5 (1-2), A.28-A.36, en Psychological Abstracts, 1987, vol. 10.

Phillipson, H. Test de relaciones objetales. Barcelona: Paidós, 1981.

Pick, S., y López, A.L. Cómo investigar en ciencias sociales. (3a.ed.) México: Trillas, 1984.

Rizzo, P. A. et al. Pain, anxiety, and contingent negative variation: A clinical and pharmacological study. Biological Psychiatry, 1985 (dic), vol. 20 (12), pp. 1297-1302, en Psychological Abstracts, 1987, vol. 3.

Roazen, P. Freud y sus discípulos. Madrid: Alianza Editorial, 1978.

Rodríguez Carranza, R. Vademécum Académico de Medicamentos. 2 vols. México: U.N.A.M. 1984.

Rodríguez, E. Las relaciones objetales: Dos métodos de evaluarlas. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología. U.N.A.M. México, 1976.

Rycroft, Ch. A critical dictionary of psychoanalysis. Middlesex, England: Penguin Books, 1972.

Saper, J.R. A last look at migraines. Shape, 1988, vol. 7, no. 9

Smidt, F.N.; Carney, P. and Fitzimmons, G. An empirical assessment of the migraine personality type. Journal of Psychosomatic Research, 1986, vol. 30 (2).

- Segal, H. Introducción a la obra de Melanie Klein. (2a. ed.) México: Paidós, 1985.
- Segal, H. Melanie Klein. Madrid: Alianza Editorial, 1985.
- Segatore, L. y Poli, G. Diccionario Médico. Barcelona: Teide, 1975.
- Selye, H. Stress in health and disease. Boston: Butterworth, 1976.
- Siegel, S. Estadística no paramétrica: Aplicada a las ciencias de la conducta. (2a.ed.) México: Trillas, 1972.
- Solomon, Ph., y Patch, V.D. Manual de Psiquiatría. México: El Manual Moderno, 1976.
- Spitz, R. A. El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica, 1969.
- TIME. Prescription Drugs. Medical Reference Library. E.U.: American Society of Hospital Pharmacists, 1983.
- Verthelyi, R.F. de (comp.) et al. El test de relaciones objetales de H. Phillipson: Actualización. Aportes clínicos, de investigación y normativos. Buenos Aires: Nueva Visión, 1976.
- Verthelyi, R.F. de (comp.) et al. Actualizaciones en el test de Phillipson. Buenos Aires: Paidós, 1983.
- Winnicott, D.W. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Laia, 1981.
- Winnicott, D.W. Realidad y Juego. (3a. ed.) México: Gedisa, 1982.
- Winnicott, D.W. Home is where we start from. Middlesex, England: Penguin Books, 1986.
- Zetzel, E.R., y Meissner, W.W. Psicoanálisis: Su estructura conceptual. Buenos Aires: Hormé, 1980.