

01962
2 ej 4



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**Relaciones Objetales en Pacientes
con Neurodermatitis.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
Maestro en Psicología Clínica

P R E S E N T A E L

M.C. MARIANO GOMEZ VIDAL

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1986



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.

R E S U M E N

El presente trabajo compara aspectos psicológicos de las relaciones objetales en un grupo de 25 personas con neurodermatitis y otro de igual número de pacientes con otras enfermedades de la piel.

En ambos grupos se efectuó una entrevista psicológica individual de estructura mixta, con tribuna libre encauzada hacia las relaciones objetales, y se aplicó el Test de Relaciones Objetales de Herbert Philipson.

Según las narraciones de los pacientes, sus relaciones objetales fueron consideradas como vinculares o circunstanciales, electivas o generales, y positivas o negativas. Las posibilidades de preferencia de uno y otro grupo crearon las hipótesis de investigación y nulidad.

Las puntuaciones obtenidas fueron analizadas estadísticamente por el método de ji cuadrada (X^2) en tablas de 2×2 y con corrección de Yates. Se tomó el nivel de significación (P) menor de 0.05 como de certidumbre razonable, y entre 0.05 y 0.12 como probabilidad digna de reflexión.

Considerando, en orden de importancia, significación, proximidad a la significación, registro contratransferencial y respuestas no categorizadas, se contestaron hipótesis y se infirieron conjeturas y proposiciones teóricas.

En los pacientes con neurodermatitis predominaron significativamente las relaciones de carácter vincular y electivo, y mostraron rasgo negativo en sus expectativas.

Se puede especular razonablemente que el paciente con neurodermatitis no sabe emplear su soledad, anhela una relación vincular, evita el contacto físico, se angustia ante el reto, desea integrarse a un grupo, y tiende al sometimiento o conciliación ante la autoridad.

Teóricamente, se propone que el intercambio de señales entre la madre y el hijo durante los primeros meses o semanas se altera debido a la peculiar carga genética con hipersensibilidad cutánea del niño, lo que genera interacción defectuosa y propiciatoria de los rasgos encontrados.

I N D I C E

Resumen	
Agradecimiento	
1. Introducción	1
2. Antecedentes	4
2.1 La piel	4
2.1.1 Fisiología cutánea	5
2.1.2 Sensibilidad de la piel.	10
2.1.3 Participación de la piel en la comunicación no verbal.	15
2.2. Fenómenos de	
2.2. Fenómenos de somatización.	23
2.2.1 La conversión	23
2.2.2 Organo - neurosis	25
2.3 Relación de objeto	28
2.3.1 Etapa indiferenciada, narcisista o sin objeto	30
2.3.2 La etapa transitoria	31
2.3.3 La etapa de relaciones objetales	33
2.3.4 Importancia de la etapa de relaciones objetales	39
2.4 La neurodermatitis	40
3. Postulados para las psicodermatosis	44
4. Método	49
4.1 Las categorías	49
4.2 Hipótesis	55
4.3 Muestra, diseño y población	56
4.4 Instrumentos	57
4.4.1 La entrevista	57
4.4.2 El Test de Relaciones Objetales de Herbert Phillipson	59
4.5 Procedimiento	61
4.6 Tratamiento estadístico	69
5. Resultados	71
5.1 Características de los grupos	71
5.2 La entrevista	74
5.3 El Test de Relaciones Objetales	76
5.3.1 Las categorías primordiales	76
5.3.2 Resultado del análisis de las historias	80
6. Conclusiones	88
6.1 Aceptación o rechazo de hipótesis	88
6.2 Conjeturas adicionales	90
6.3 Proposición teórica	92
Referencias	99

1. INTRODUCCION.

"Totvs homo in cvte", es el atinado lema de Dermatología, Revista Mexicana. En efecto, dentro de ese continente que es la piel se encuentra nuestra herencia biológica y nuestro Yo. Es el órgano mediante el cual nos relacionamos y el único accesible a la inspección. Gracias a él damos desde el primer momento una impresión de aceptación o rechazo que nuestra conducta modificará o confirmará posteriormente.

Toda la superficie cutánea tiene función erógena. Cualquier sensación, estímulo o contacto es, en potencia, un estímulo erótico capaz de gratificar u originar conflicto. No es de extrañar, pues, la relación entre salud cutánea y emocional.

Muchos investigadores han encontrado, o creído encontrar, enfermedades de la piel vinculadas a eventos psicológicos. A. Saúl (1975) en su libro "Lecciones de Dermatología", dedica un capítulo a las "psicodermatosis", en el que incluye al vitiligo, alopecia areata, neurodermatitis diseminada, neurodermatitis circunscrita y a la tricotilomanía. E. Escalona (1971), en "Dermatología. Lo -- Esencial para el Estudiante", reserva un capítulo, titulado: "Neurodermatitis. Sicodermatosis", al estudio del vitiligo, alopecia en áreas y neurodermatitis circunscrita. Parrish (1978), en su "Dermatología", incluye un capítulo con el nombre de "Emociones, Cambios Cutáneos y Trastornos de la Piel", en el que menciona 18 enfermedades, entre ellas al eritema facial y la hiperhidrosis (sudoración excesiva), considerados por otros como simples trastornos; en cambio, omite al liquen plano, señalado por Chang (1983), Obermayer - Cormia, McKenna, Gómez O, Arndt y Latapí (Chang, 1983) entre las dermatosis ligadas a algún aspecto emocional.

Las verrugas vulgares, tumores de la piel de etiología viral - demostrada, involucionan por efecto de la sugestión (Sanz, 1979).

Una sola revista médica, Dermatología, Revista Mexicana, señala en su último índice, correspondiente a los 25 años que van de 1956 a 1981, 32 citas, entre artículos publicados y conferencias, referentes a "psicodermatosis", mostrando una persistente preocupación por el tema (Dermatología, suplemento, 1981).

Lo hasta aquí escrito prueba que los investigadores aceptan la relación entre fenómenos psicológicos y dermatológicos; pero discrepan en varios aspectos.

Algunos de los citados consideran enfermedades a la tricotilomanía y la delusión por parásitos, que para otros son simples síntomas de neurosis obsesiva o psicosis.

El vitiligo es considerado, a gusto del autor, psicodermatosis, autoinmunidad contra pigmento o síndrome (plurietiológico).

La importancia de los aspectos emocionales en la urticaria, liquen plano y otras enfermedades de la piel es también motivo de polémica.

El desacuerdo es mayor cuando se estima el grado de importancia de los diversos factores que intervienen en padecimientos considerados "multifactoriales". Así, los aspectos comúnmente invocados en la exacerbación de la neurodermatitis: emocionales, dietéticos, contactantes, ecológicos, etc. (Cortes, 1972), son negados, afirmados, minimizados, exaltados o, simplemente, omitidos, según el - -

investigador.

La confusión mencionada es motivación suficiente para tratar - de esclarecer, aunque sea en parte, el problema, por lo que elegí - una enfermedad de la piel y un aspecto psicológico concreto: la neurodermatitis y las relaciones objetales.

La neurodermatitis es importante y frecuente. En los últimos 20 años ha estado entre los 5 padecimientos de la piel más frecuentes (Ruiz-Maldonado, 1964), (Gómez-Vidal, 1969), (Camacho, 1978) en el País y la Capital.

En la tesis de especialización de A. Camacho (1978), última - destinada al estudio de la frecuencia de los padecimientos de la - piel en el Centro Dermatológico "Pascua", S.S.A., de la Ciudad de - México, queda asentado que durante 1976 se atendieron 23,327 pacientes por primera vez, de los que 1,298 (5.56%) padecían neurodermatitis diseminada. La enfermedad ocupó el tercer lugar en frecuencia hasta los 15 años, el cuarto de los 15 a los 54, decreció a partir de esa edad y se consideró globalmente la quinta en frecuencia.

Dado que los fenómenos psicológicos están condicionados por la historia del individuo y que las perturbaciones de los primeros meses, o la regresión, es una característica de la neurosis y de otras alteraciones psicológicas, éstas deben ser comprendidas por el estudio y conocimiento, hasta donde sea posible, de los primeros estadios de la vida: durante la formación del yo, el descubrimiento de objetos y la identificación primaria.

Si el ensayo de una metodología de estudio es productiva en - cuanto esclarecer datos, o al menos heurística, podrá aplicarse a -

otras enfermedades de la piel, presuntas "psicodermatosis", y compararse entre sí.

2. ANTECEDENTES.

Del capítulo anterior concluimos que la piel es un órgano íntimamente vinculado al psiquismo de la persona. Un ejemplo de ello parece ser la neurodermatitis, padecimiento dermatológico pre- sumtamente influido por las relaciones objetales.

Para aceptar o rechazar esa hipótesis consideremos primero lo que al respecto se conoce de la piel, los fenómenos de somatización, las relaciones objetales y la neurodermatitis.

2.1 La piel

El órgano cutáneo, o piel, es el tegumento que envuelve a todo el cuerpo. Su grosor es de 0.5 mm en tímpanos, hasta 0.5 cm. en plantas y tercio superior de la cara posterior del tórax. Destaca su delgadez en párpados, pliegues del codo y huecos popliteos, asiento habitual de la neurodermatitis. Se estima que un adulto de 70 K y 1.70 mts. de talla tiene un revestimiento corporal de 1.85 m² y 4.2 K de peso (el 6% corporal). Su irrigación alcanza el 30% de la sangre circulante. (Quiroga, 1965).

Una inspección cuidadosa descubre la regularidad de su superficie interrumpida por eminencias, depresiones y orificios. Las primeras dadas por elevaciones puntiformes (queratosis folicular, elevaciones foliculares por frío, etc.) y crestas interpapilares que forman los dermatoglifos o huellas digitales. Las depresio-

nes incluyen surcos interpapilares, pliegues articulares y arrugas; los orificios, poros sudorales y pilosebáceos (Quiroga, 1965)

El color, de tanta importancia social, varía según el grupo étnico, y va del negro (melanodermos) al blanco (leucodermos), pasando por diversos matices, como el amarillo (xantodermos).

Su inspección microscópica descubre dos capas: la epidermis y la dermis, así como diversas estructuras: glándulas sebáceas y sudoríparas, folículos pilosos, receptores sensoriales, plexo irrigador, músculos lisos y músculos estriados. El número promedio de glándulas y folículos pilosos varía con la edad y de una persona a otra, circunstancia importante, pues su proporción está de acuerdo al tipo de piel, a lo que se considera constitucional y terreno propicio para sufrir o no algunas enfermedades. En promedio, la piel sana (eudérmica) tiene en cada centímetro cuadrado de la cara un promedio de 15 glándulas sebáceas, 100 sudorales y 5 folículos pilosos. La de la persona con neurodermatitis suele ser con aspecto seco y poco grasa (alópica), propia de personas que no padecen acné o lo tienen leve, y diferente a la piel grasosa (seborreica) (Gómez O., 1976) (Domonkos, 1978).

2.1.1 Fisiología cutánea.

La importancia de la piel es tal que si se destruye en un 30% por cualquier agente nocivo (físico, químico o traumático) pone en serio peligro la vida, y si la pérdida es mayor al 40% es incompatible con ella. Posee un conjunto de propiedades importantes e indispensables para conservar la existencia y la salud.

a) Actuando como barrera, evita la intromisión de agentes - patógenos y conserva nuestro medio interno.

b) Interviene en la regulación de la temperatura corporal, - por la acción de las glándulas sudorales y vasomotricidad de su - plexo irrigador.

c) Recoge información del medio externo: frío, calor, tacto, dolor.

Además, la actividad fisiológica de la piel comprende las - funciones de queratinización, seboreica, sudoral y pigmentaria.

La queratinización consiste en la formación de queratina, - escleroproteína fibrosa que constituye el estrato más superficial de la epidermis.

Los queratinocitos, o células epidérmicas, transforman su - citoplasma y núcleo mediante un proceso de deshidratación que concentra su contenido de azufre, los endurece y compacta de manera que logra la uniformidad de nuestra capa cutánea más superficial: la córnea. La formación de pelos y uñas se logra mediante la prolongación del proceso de queratinización hasta que la queratina se vuelva escleroqueratina.

La función queratínica, o queratopoyesis, se ve influida y - modificada por diversas sustancias y circunstancias. El arsénico y los estrógenos la favorecen, la vitamina A la inhibe, la presión constante la estimula (callosidades).

Se conoce por función sebácea al mecanismo de secreción pro-

ducido por las glándulas sebáceas y gracias al cual se lubrica la superficie cutánea. Sin esa lubricación cualquier roce produciría desgaste excesivo de la capa córnea y fisuras posteriores.

El sebo cutáneo está compuesto de ácidos grasos libres, saturados y no saturados; ácidos grasos esterificados, glicéridos y no glicéridos; colesterol, una parte libre y otra combinada; hidrocarburos; fosfolípidos; tocoferoles y huellas de otros compuestos que, además de las distintas proporciones de los anteriores, confieren propiedades organolépticas individuales.

Sabemos que el mecanismo de secreción (más bien excreción) tiene relación con la existencia de grasa cutánea, aumenta si se limpia la superficie y se inhibe a medida que se satura.

El calor fluidifica a los lípidos de la piel y facilita su excreción, al contrario del frío.

Durante la adolescencia aumenta la producción de lípidos cutáneos por la hipertrofia de las glándulas. De modo que hasta los 14 años, edad en que la neurodermatitis declina, la cuantía de grasa es menor.

Las regiones de la piel con mayor cantidad de grasa son la frente, porción centrofacial y tercio superior del tórax en su cara posterior (zonas seborreicas). Los pliegues del codo, huecos poplíteos y párpados, regiones elegidas por la neurodermatitis, son escasas en lípidos.

No existe inervación propia de las glándula sebácea, lo que

dificulta cualquier teoría que relacione su patología con procesos de somatización, a no ser por la mediación de la secreción sudoral, pues ésta fluidifica, emulsiona y facilita la distribución de grasa.

Por la función sudoral entendemos la actividad de las glándulas sudorales y la consiguiente secreción de sudor, líquido formado en un 99% por agua y en un 1% por sólidos, divididos en partes iguales entre orgánicos y no orgánicos.

Existen dos tipos de glándulas sudoríparas: las ecrinas y las apocrinas. Las primeras son más numerosas, están en palmas, plantas, piel del cráneo y diseminadas por el cuerpo; las apocrinas se localizan en axilas, región mamaria, porción umbilical, pubis, periné y, en general, en la línea media del cuerpo.

Las glándulas ecrinas están inervadas por fibras simpáticas, pero que farmacológicamente son colinérgicas.

El sudor nervioso puede ser directo o a través de una acción refleja, de carácter axónico o espinal, diencefálico o cortical. El reflejo axónico sudoral se manifiesta por la acción de la acetil-colina, que aparte de su acción directa sobre la glándula tiene otra sobre las terminaciones simpáticas. Su falta expresa la degeneración de las terminaciones nerviosas (se acompañara de una "triple respuesta" incompleta a la acción de la histamina).

Puede determinarse también un reflejo sudoral intrasimpático ganglionar, o diencefálico y cortical, cuyas vías eferentes en estos últimos casos serían la corteza, el diencefalo, el asta lateral, el ganglio simpático y la glándula (Cómez O., 1976).

La corteza estaría sometida a estímulos psíquicos; el diencéfalo a térmicos, y el resto a estímulos no térmicos. Los estímulos térmicos, sensoriales y mentales se interrelacionan; así a mayor calor mayor respuesta al estímulo mental o psíquico. En la lesión cortical hay falta de inhibición y mayor sudoración.

Las glándulas apocrinas aparecen en la pubertad, su actividad y crecimiento están vinculados con el desarrollo sexual, se activan en la época pre menstrual, disminuyen con el aumento de estrógenos, la excitación sexual hace más perceptible su olor, la vejez y menopausia anuncian su atrofia. Tienen inervación adrenérgica y las características del sudor que producen difiere del ecrino.

La función melánica, o melanogénesis, consiste en la formación del pigmento que colorea la piel. Ese pigmento es la melanina, producida por los melanocitos, células procedentes de la cresta neural desde los comienzos de la vida fetal y que, después de atravesar la dermis se alojan entre los queratinocitos para inyectarles su pigmento.

La síntesis de la melanina se debe a un proceso de reacción enzimática oxidativa aerobia. Acentúan la melanogénesis el calor, la luz, los traumas leves y repetidos, las inflamaciones crónicas, la hormona melanocito-estimulante (producida por la hipófisis y químicamente similar al A.C.T.H.) y la melatonina (de origen hormonal) (Cortés, 1972) (Domonkos, 1978).

La acción de las sustancias de carácter hormonal está controlada por influencias nerviosas, según se demuestra en ensayos de trasplante, se trata de una influencia neurotrófica.

En la experimentación con animales se ha observado que la ceguera causa, a través de influencias nerviosas, despigmentación. Las sustancias simpaticomiméticas concentran las granulaciones melánicas alrededor del núcleo celular y las parasimpáticas causan el efecto contrario.

El tinte peculiar de la piel en cada individuo y grupo étnico depende de la actividad química del melanocito, no de su número. Dicho de otra manera, tanto el albino como el individuo negro poseen igual cantidad de melanocitos.

2.1.2 Sensibilidad de la piel.

La piel tiene cuatro modalidades básicas de sensaciones: dolor, frío, calor y presión. Es dudoso que las cuatro modalidades sean percibidas por receptores específicos que, según el orden enumerado, serían: terminaciones nerviosas libres, corpúsculos de Krause, corpúsculos de Ruffini, y corpúsculos de Pacini y Meissner.

Las investigaciones se contradicen. Lele y Weddell, citados por Thompson (1980), han producido las cuatro modalidades con la estimulación adecuada de la córnea, que sólo posee terminaciones nerviosas.

La duda persistirá mientras no se conozcan los procesos por los cuales un estímulo cutáneo se transforma en fenómeno eléctrico capaz de activar la fibra nerviosa aferente.

Henry Head (Thompson, 1980) propuso dividir la sensibilidad en dos categorías, de acuerdo a su relación con las vías del sistema nervioso central: la epicrítica y la protopática, la primera comprende sensaciones específicas de tacto ligero y presión, la segunda sensaciones difusas de tacto, dolor y temperatura.

En la piel existen receptores específicos para la presión, son los corpúsculos de Meissner en la porción superficial y los corpúsculos de Pacini en un plano más profundo. En el sistema muscular hay receptores sensoriales en los husos musculares y los órganos de Golgi en los tendones para enviar información sensorial. Los citados receptores originan fibras mielinizadas de gran diámetro que se subdividen en la porción media de la raíz dorsal a medida que penetran en la médula. Una vez en la médula espinal, dan lugar a anastomosis y a vías ascendentes que llegan a la corteza cerebral y al cerebelo. Las citadas estructuras y vías constituyen el sistema epicrítico, relacionado con el tacto ligero, la presión y el sentido de posición.

El resto de aferentes cutáneos proviene de plexos nerviosos finos, no específicos, compuestos por fibras de pequeño diámetro, no mielinizadas en su mayoría, que penetran en la médula a través de la porción lateral de la raíz dorsal y emiten conexiones con las vías ascendentes. Integran una vía multisináptica del tracto espinotalámico que transmite información de dolor, temperatura y tacto difuso a la formación reticular, al tálamo y a la corteza.

Se ha prestado poca atención a la importancia de la sensibilidad como educadora de nuestros movimientos, en particular los finos. La mayor parte de nuestras acciones las aprendemos inadvertidamente, inconscientemente, gracias a la sensibilidad. Cuando co-

gemos un vaso con líquido caliente lo hacemos en su parte superior (la menos caliente), con sólo el pulgar y el índice (intercambiándolo con el dedo medio) y sin sostenerlo en la mano durante mucho tiempo. Todo fumador toma el cigarro cerca de la boquilla (lejos de la lumbre), no del medio, lugar lógico para sostenerlo en equilibrio. Cuando se pierde la sensibilidad por cualquier neuropatía periférica (lepra, diabetes, lues, etc.), la persona cambia su estilo motriz-táctil, la persona tomará el cigarro de la parte media y abarcará el vaso caliente con la firmeza de todos los dedos y la consiguiente quemadura posterior.

Las vías del tálamo y espinotalámica, del sistema somato-sensorial, llegan al tálamo, que a su vez tiene relaciones corticales e hipotalámicas.

Estudios anatómicos en los que se utilizó la degeneración retrógrada y degeneración terminal, demostraron la existencia de vías que se originan en la substancia reticular del bulbo y terminan en núcleos talámicos extrínsecos, substancia gris periacueductal del mesencéfalo y en el hipotálamo.

La piel es una estructura bidimensional; el tálamo lo es tridimensional, por lo que resulta difícil la proyección cutánea en el sistema talámico.

Mountcastle y Henneman (Thompson, 1980) demostraron, por medio de la técnica del potencial evocado, que cada pequeña porción de la superficie cutánea se proyecta a regiones diminutas, "puntos" o "cubos" de células del tálamo. De modo que cada zona cutánea tiene un equivalente talámico.

Las células del complejo ventrobasal del tálamo han sido bien estudiadas en el mono, y se sabe que responden a una sola modalidad de estimulación. El 42% son específicas a la estimulación de la piel, el 32% a la presión profunda y el 26% al movimiento articular.

El tálamo tiene por funciones: participar en el mecanismo del cual dependen las emociones, al asociar impulsos sensitivos con sentimientos de agrado o desagrado; participar en el mecanismo de despertar; participar en el mecanismo productor de movimientos reflejos complejos; y recibir sensaciones.

El hipotálamo, con el que el tálamo guarda las conexiones mencionadas, tiene por función principal el traducir impulsos nerviosos y, por medio de la neurosecreción, producir secreción hormonal a partir de las glándulas endócrinas.

Las investigaciones en personas con cerebros bisectados han aportado conocimientos a propósito de la interrelación de procesos psicológicos y neurológicos (Ornstein, 1984).

La sección del cuerpo caloso, que une anatómicamente ambos hemisferios cerebrales, se ha venido efectuando en animales para experimentar y en seres humanos con fines terapéuticos, para tratar de remediar algunos casos de epilepsia. Al parecer, los pacientes con cerebro bisectado no presentan ninguna alteración y desarrollan normalmente sus actividades; pero, sutiles exploraciones clínicas y por medio de tests, demuestran sorprendentes hallazgos.

Si se envía un haz de luz roja o verde sólo al hemisferio derecho de una persona diestra (cosa que se logra proyectando la luz

a la porción derecha de cada retina), el paciente no puede decir - qué color vió, a pesar de conocerlo y saberlo, puesto que el hemisferio izquierdo es el poseedor del habla. Al cabo de unos cuantos ensayos y aciertos casuales, el paciente empieza a acertar todas - las veces. ¿Cómo lo logra?. Contesta un color, al hazar, en voz alta (por medio del hemisferio izquierdo que no vió el color); el hemisferio derecho lo oye, si no acierta mueve la cabeza negativamente (el hemisferio derecho genera motilidad) y el hemisferio izquierdo corrige mencionando el otro color. En caso de acertar a - la primera, no hay corrección y el hemisferio izquierdo, con su fa cultad sonora, reafirma.

Según lo anterior, el hemisferio derecho busca una forma de - comunicación extraverbal cuando el hemisferio izquierdo no puede - expresarse.

Si, por el procedimiento anterior, se envía una imagen atrevi damente pornográfica el hemisferio derecho, la persona se cohibe, enrojece, sonríe, pero no puede decir que vió (insistimos en la ca rrencia de capacidad lingüística del hemisferio derecho), sólo ex- clamar frases como "qué máquina tan chistosa". Al igual que en la represión y negación, el lenguaje no tiene acceso a la información emocional, como la tienen los sueños.

El experimento anterior sugiere que el inconsciente es una - incapacidad informativa (autoinformativa) y que los dobles mensa- jes: "no estoy enojado", en los que no hay relación entre gesto, - tono de voz y expresión verbal, son una fusión de impulsos e inhi- biciones bihemisféricas.

Si se pide a un paciente derecho (al igual que los anteriores)

con cerebro bisectado que dibuje un cuadrado, se limita a marcar cuatro ángulos, sólo dibuja esquinas, no une segmentos; en cambio la izquierda logra dibujar figuras espaciales, a pesar de su incapacidad para escribir o copiar palabras.

Los estudios citados, junto con muchos otros similares, hacen pensar que el hemisferio izquierdo es lógico y analítico; el derecho es holístico, gestáltico, con orientación espacial y artístico (Sperry, 1964, 1967) (Galín, 1972).

2.1.3 Participación de la piel en la comunicación no verbal.

Está demostrada la comunicación no verbal en la Naturaleza. Frish (1931), Lorenz (1935), Tinberger (1951), y otros muchos etólogos, han demostrado la comunicación entre abejas por medio de danzas, así como la de peces, pájaros y mamíferos a partir de conductas. Recordemos el espeluznante manejo que de algunas serpientes hacen domadores, muchas veces gente ignorante, pero capaces de anticipar intuitiva o empáticamente cualquier movimiento hostil del animal, llegando incluso a besar cobras.

Un interesante relato de Pfungst (1911), citado por Golden-son (1975) y Watzlawick (1983), refiere como un caballo aprendió a observar a su amo y seguir la trayectoria de su mirada y postura de su cabeza con tal exactitud que parecía obedecer palabras más que la comunicación no verbal.

Para Spitz (1981), el sistema de comunicación madre-hijo que se establece durante los primeros meses de vida, antes del desa-

rollo de las relaciones objetales, se basa en una Anlage filogenética con características expresivas (afectivas) más que dirigidas. Los elementos principales de esa comunicación son, para Spitz, el indicio, el signo, la señal y el símbolo.

El indicio es una percepción ligada naturalmente a la experiencia de un objeto o de una situación.

El signo es una percepción empíricamente asociada a la experiencia de un objeto o de una situación, y susceptible de sustituir a dicha experiencia.

La señal es una percepción asociada artificialmente a un objeto o a una situación.

El símbolo es una signo encargado de representar un objeto, un acto, una situación, y de sustituirlo en un momento dado.

El niño nace dotado de un sistema de señales. Durante el primer año de vida, el lactante dotado de medios de comunicación de limitada extensión y naturaleza egocéntrica, se transforma en un ser social, aprende a distinguir entre familiares y extraños, desarrolla un repertorio de señales que es capaz de usar discriminativamente según el individuo o la situación, e instaura con ello su primera relación social.

El sistema de señales del niño se compone de: la sonrisa, la risa, los llantos, el balbuceo, el levantamiento de brazos, la atracción de atención, la tendencia al acercamiento, la succión y el comportamiento de exploración (Ricci, 1980).

La sonrisa es un componente importante del sistema de señalación facial del individuo, es normalmente considerada el principal indicador de afectos positivos: felicidad, placer, sentimientos de ternura, etc.

La sonrisa de un niño actúa de estímulo social desencadenante, cuyo resultado previsible es que la madre, a quien va dirigida la sonrisa, reaccione en forma amorosa, prolongue la interacción con el hijo e inicie nuevas formas de comunicación. La respuesta hostil a la sonrisa inhibirá nuevas sonrisas, dificultará la interacción y desquiciará el proceso expresivo del infante.

Hay varios estudios dedicados a los estímulos desencadenantes, inhibidores y supresores de la sonrisa. Según Salzen, Piaget Ahrens, Kaila y Wolff, citados por Ricci (1980), Spitz (1981), - Bowlby (1976) y otros, inicialmente un cambio de luminosidad, con traste en ambiente visual, o un objeto que pueda ser reconocido - por el niño es suficiente para evocar la sonrisa. Posteriormente el rostro humano o una máscara la provocan (sobre todo, los ojos tienen un efecto especialmente desencadenante). Después de los seis meses las voces y el tono de la voz empiezan a ser importantes. Pasados los siete meses de edad, solamente el rostro de la madre - y algunos familiares o allegados alcanzan la respuesta gratificante de una sonrisa.

Se ha observado que en niños ciegos de nacimiento la sonrisa - aparece más tardíamente, hacia los cinco o seis meses en lugar del primero o segundo, pero reconocen antes la voz materna, siendo ésta su primer estímulo, cosa que ocurre en torno a las diez semanas de vida.

Cualquier estímulo adverso es inhibitorio o supresor de la sonrisa, habiendo relación con el grado de adversidad.

La risa también ha sido estudiada por diversos autores (Wolff, 1969), sobre todo en la edad de guardería. Coinciden en el hecho de que aparece más frecuentemente relacionada con el movimiento enérgico y con el juego que implica movimiento.

La presencia de otros niños puede producir risa. Las pequeñas desgracias de algún compañero, que para el observador adulto resultan humorísticas, para otros niños suelen producir atención y no risa.

Resulta interesante destacar que si bien los movimientos bruscos (hasta cierto límite) causan risa, no la producen cuando esa brusquedad implica violencia en vez de juego. La calidad (violencia o juego) de ese movimiento es discernible por la sensibilidad del niño.

Con el nombre genérico de llanto nos referimos a un conjunto de señales que se hallan diferenciadas desde la fase de recién nacido. Se trata de formas de comportamiento no verbal originariamente distintas.

En el estado actual de las investigaciones y gracias a estudios espectrográficos (Rowell, 1965), se conoce un llanto de hambre, un llanto de dolor y un llanto de rabia (se omiten llantos relacionados a condiciones patológicas, como el existente en lesiones cerebrales).

Entre las condiciones que suscitan los llantos se encuentran la presión (ropa, fajas), la actividad visceral interna, la humedad, la temperatura, etc. Los lactantes en incubadoras lloran mucho más cuando están a 25°C que cuando están a 31°C.

Son inhibidores del llanto: la succión no nutritiva, el contacto físico, la oscilación, la vista de un rostro humano y objetos visuales interesantes (grandes, luminosos).

El llanto de hambre es de comienzo lento, sumiso, rítmico; luego se intensifica y acompasa. Con frecuencia es un grito espiratorio que se alterna con silbido inspiratorio.

El llanto de dolor es súbito, intenso desde su inicio y prolongado, le sigue un silencio apnéico y culmina con inspiraciones y espiraciones alternas.

El llanto de rabia es furioso. En él los componentes básicos del llorar (llanto-pausa-inspiración-pausa) son diferentes en duración e intensidad.

Los espectrogramas del llanto muestran que éste es tan característico como las huellas digitales, por lo tanto se trata de una comunicación selectiva que la madre logra reconocer. En el estudio de una muestra de 23 madres (Wolff, 1969), la mitad de ellas reconoció el llanto de su hijo a partir de las 48 horas del nacimiento.

Wolff (1969) halló que la mayoría de las madres aprenden selectivamente a reconocer el llanto de su hijo si se encuentra en

un cuero acompañado de varios infantes. Este reconocimiento no se produce entre las madres de niños con padecimientos del encéfalo.

En todos sus tipos, el llanto es una comunicación que influye en el comportamiento de los adultos, principalmente en la madre, a quien induce a proteger, alimentar y tranquilizar. Es una interacción madre-hijo.

El balbuceo se manifiesta a partir de la cuarta semana y cuando el niño no experimenta dolor, ni hambre, ni soledad; es decir, cuando está despierto y contento. En la madre causa sonrisa, caricia, deseo de tomarlo en brazos y hablarle, etc. Es frecuente que después de ser cogido en brazos o contactado deje de emitir gorgoros.

El gesto de levantar los brazos se presenta a partir de la décimo cuarta semana. Es más frecuente cuando la madre está cerca. Esta interpreta el gesto como deseo de ser cogido en brazos y su respuesta inicia una interrelación. En ocasiones, el llanto y el levantamiento de brazos van juntos y, al ser tomado por la madre, cesa el primero y el infante se tranquiliza.

A partir de los 8 meses, justamente cuando aparece la angustia de separación, aparece el intento de atraer y mantener la atención materna. La insistencia del niño en hacer que estén al pendiente de sus actividades llega a ser molesto para el adulto, pero debe comprenderse que forma parte del comportamiento de apego. Lo esencial de este comportamiento adaptativo es que la madre sepa donde está el niño y pueda auxiliarlo en caso de peligro; a la vez,

la respuesta materna asegura al infante de su presencia y evita su angustia de separación.

La tendencia a acercarse a la madre y seguirla parece una variante de lo anterior. Los niños con alteración en su aparato locomotor la presentan dentro de sus posibilidades, ya sea arrastrándose, a gatas, o, simplemente, cogiéndose de la madre en una actitud que recuerda la habitual del simio.

La succión no alimenticia, considerada como un complemento alucinatorio, parece tener una función de apego. Del criterio de Bowlby (1976) y los experimentos de Rowell (1965) se concluye que es mayor el tiempo invertido en la succión no alimenticia (pulgarcillo, chupón) que en la nutritiva. Tanto el niño como el mono incrementan la succión en estados de alarma o agitación, en ambos actúa como sedante. En monos criados experimentalmente sin madre y niños de cunero se manifiesta más la succión. Los infantes cuya madre ha estado ausente por algún tiempo se aferran con más insistencia al pezón. Estudios experimentales en monos confirman que la succión alimenticia va dirigida a la botella (fuente de alimento) y la no alimenticia a la persona que lo atiende. Cabe aclarar que la succión nutritiva es diferente en su ejecución (menos suave, entre otras características) a la no nutritiva; por lo tanto, es significativo que se ejecute la primera ante una botella (deseo de alimento) y la segunda ante una persona (presunto deseo de apego o vínculo).

Por comportamiento de exploración, se entiende una respuesta de orientación de cabeza y cuerpo que sitúa los órganos sensoriales en posición óptima para explorar el objeto de estímulo, una progre-

siva aproximación del cuerpo al objeto-estímulo, de manera que facilite la obtención de datos, y la inspección del objeto mediante su manipulación.

Otras formas de comunicación no verbal han sido estudiadas; recordaremos solamente a los gestos y al comportamiento espacial.

Por conocidos, no se insiste en los gestos. El comportamiento espacial se refiere a una serie de conductas, ya sea tolerancia de la proximidad, orientación, postura, etc., que presentan, tanto sanos como enfermos, en respuesta a situaciones de interrelación. -- Así, por ejemplo, los autistas rechazan la proximidad, los simbióticos la buscan.

Quedan por estudiar otras formas de comunicación no verbal. - Ya Freud recordaba el sueño de nodriza, a propósito de la madre capaz de dormir plácidamente en medio de un gran bullicio y despertar al menor quejido de su hijo. (Freud, 1900).

Una posibilidad poco o nada estudiada de comunicación no verbal es el considerar a la madre como conjunto informativo. Esta, - con su brusquedad o suavidad de contacto, modo de friccionar, acariciar o arrullar, tono de voz, calor y olor de su piel, ritmo respiratorio, etc., todo ello regido principalmente por su estado emotivo (amor, angustia, cólera, depresión), envía en un momento dado un mensaje diferente ante un acto determinado, como puede ser el amamantar. De modo que recibimos un mensaje diferente en cada amamantamiento, al igual que de adultos recibimos un mensaje diferente en cada abrazo, ya sea de saludo, felicitación, despedida o duelo.

2.2 Fenómenos de somatización.

Hay dos categorías de perturbaciones somáticas de origen psicológico, son la conversión y las órgano-neurosis (Fenichel, 1966).

2.2.1 La Conversión.

Se entiende por conversión toda alteración en las funciones fisiológicas que, inconscientemente y de manera deformada, expresa impulsos reprimidos. Lo característico es que expresan, a través del cuerpo (somáticamente), representaciones reprimidas que son la traducción de una fantasía somática al lenguaje corporal, tienen un significado psíquico definido y tan accesible al psicoanálisis como puede ser un sueño.

Dos requisitos son necesarios para producir la conversión, uno de carácter somático y otro psicológico. El somático se trata de una erogencia general del cuerpo; o sea, ser capaz de constituir la fuente de una excitación sexual, de comportarse como zona erógena. El psicológico consiste en un abandono de la realidad por la fantasía, una substitución de los objetos sexuales reales por fantasías representativas de objetos de la infancia.

La personalidad propicia para presentar síntomas convertivos es la histérica.

Los síntomas físicos de la histeria pueden ser motores o sensoriales. Los motores son de diversa índole, pero en ningún caso la función alterada presenta cambios anatómicos ni fisiológicos. Las parálisis pueden tomar la forma de monoplejía, hemiplejía o paraplejía, y ser flácidas o espásticas; pero los reflejos profundos

no se pierden en las formas flácidas, y si están exagerados en las espásticas, es sin clonus verdadero ni reacción de Babinsky.

Entre los otros síntomas históricos se conocen la retención urinaria, los tics y los temblores.

En los síntomas sensoriales hay trastorno perceptivo e indemnidad anatómica y fisiológica. Entre los más frecuentes se encuentran anestesia, parestesia, prurito, dolor, ceguera y sordera (Kolb, 1976)

La elección de la región afectada, ya sea en síntomas motores o sensoriales, está determinada, o facilitada, por cuatro factores: erogeneidad de la parte afectada y fantasías libidinales inconscientes ligadas a ella, predisposición genética (labilidad vaso-motora - en la urticaria), grado de actividad o tensión de un órgano en el momento de producirse lo reprimido que lo genera.

La explicación general respecto al mecanismo de conversión es que los impulsos reprimidos, intensamente cargados de emoción, producen angustia. En un intento de mitigar esa angustia se la "convierte" en síntoma funcional que encuentra una ventaja primaria, neurótica, (defenderse contra la angustia) y una ventaja secundaria al producir "algo" en favor del paciente (mimos, interés, atenciones). Si una madre muestra atenciones exageradas hacia el niño que sufre leve trastorno, establece la predisposición a obtener satisfacción ante una situación similar posterior. O bien, si un niño observa con envidia la atención de su madre a un hermano, se pueden producir fantasías de sufrimiento "benéfico" que permanecen reprimidas hasta que un conflicto posterior las haga surgir para obtener ventaja primaria, secundaria o ambas.

2.2.2 Organo-neurosis.

Las perturbaciones órgano-neuróticas son aquellas que afectan una función u órgano debido a actitudes instintivas e inconscientes, pero sin ser un significado o lenguaje corporal. Se diferencian de las conversiones, además de su carencia de significado ligado al síntoma, en que, a corto o largo plazo, producen alguna alteración anatómica, fisiológica o ambas.

Se distinguen cuatro clases de síntomas órgano-neuróticos: - equivalentes de afecto, cambios en el quimismo de la persona insatisfecha, resultantes físicos de actitudes o conductas inconscientes, combinaciones de las tres posibilidades (Penichel, 1966).

Todos los afectos se exteriorizan por mecanismos motores o de secreción sin que la persona suela percatarse de ello. En la anterior afirmación coinciden las corrientes psicoanalíticas (Laplanche, 1979) y conductista, entendiéndose por ésta la posición sistemática que sostiene que todas las funciones psicológicas pueden explicarse en términos de movimientos musculares, secreciones glandulares y nada más (Marx, 1978). Según eso, la excitación sexual o la angustia pueden substituirse por sensaciones en el aparato digestivo, muscular, cardíaco o la piel, con un valor de descarga menor al afecto que les dió origen. La ira, que habitualmente produce tensión muscular, dilatación pupilar, etc., puede substituir sus síntomas por secreción gástrica exagerada.

El hecho de que los afectos se exterioricen por mecanismos motores y de secreción, implica modificaciones químicas y un substrato glandular (secreción hormonal). Del substrato somático, glandular,

depende la percepción de estímulos (sean leves o intensos) y la reacción (también leve o intensa) a ellos. La consumación del acto instintivo se logra mediante una modificación química de lo que causó la perturbación. Cuando las circunstancias externas o las inhibiciones internas, conscientes o no, evitan la realización del acto, se altera el quimismo normal del proceso excitación y gratificación. Expresando lo mismo en un ejemplo, recordaremos que la presentación de alimento produce, entre otros cambios, la secreción gástrica que se emplea en la digestión del propio alimento; pero, si no se consuma el acto de comer, la secreción produce alteraciones inmediatas y mediatas, como son la hiperacidez primero y la úlcera péptica más tarde.

Una variedad de esta forma de órgano-neurosis es la alteración nociva de los reflejos innatos; o sea, las respuestas no aprendidas, involuntarias, estereotipadas, de una parte del cuerpo frente a un estímulo.

Desde Pavlov se sabe que los estímulos neutros pueden suplir a los innatos si se les relaciona entre sí en lo llamado reflejo condicionado (el sonido es un estímulo neutro, el polvo de carne un estímulo innato que produce salivación; la proximidad de presentación del primero al segundo crea un reflejo condicionado y el sonido producirá salivación).

Cualquier estímulo neutro puede llegar a ser estímulo condicionador, a alterar la química orgánica. Un trabajo, en principio estímulo neutro, puede volverse estímulo condicionador de comida o prestigio (satisfacción), o de cansancio y angustia (displacer).

Incluso un intervalo puede ser un estímulo neutro (si damos

comida a un perro en intervalos regulares, el animal acaba salivando al final de un intervalo de no repetición). Un intervalo rítmico, como es la semana laboral, causará placer (viernes, al inicio del descanso) y displacer (domingos por la noche).

La actividad cotidiana de un individuo está influida por necesidades instintivas conscientes e inconscientes. Las conscientes se regulan automáticamente, ya sea de inmediato o postergándolas; pero las inconscientes, si no encuentran una ruta de satisfacción - buscan vías consoladoras, substitutos de descarga, que no serán tan satisfactorias, por lo tanto serán repetitivas y duraderas.

Finichel (1966) pone como ejemplo al carraspeo forzado y continuo, originado por algún motivo inconsciente, que al cabo de semanas llega a producir una faringitis.

El aseo frecuente, constante, minucioso y exagerado de genitales o ano, originado por diversas causas inconscientes (permanecer puro y limpio, desplazamiento de temores de castración, etc.), suele producir dermatitis y prurito crónico.

Se comprende la posible combinación de las tres formas de órgano-neurosis mencionadas.

También debe considerarse que la conversión y las órgano-neurosis pueden estar formando parte, importante o no, de algunos padecimientos considerados "multifactoriales", o bien añadirse a enfermedades de etiología exclusivamente somática.

El caso de la Sra. A. nos ilustra al respecto. Se trata de -

una mujer de 40 años, ama de casa y madre de tres hijos que se presentó a consulta por sarna, padecimiento del que debía mejorar después de la primera aplicación de medicamento y curar en una semana. Se entera casualmente del nombre de su enfermedad y es presa de fantasías y temores infundados. En vez de aplicarse el medicamento - una vez al día lo hace en 3 ó 4 ocasiones y previo enérgico baño. - Teme contagiar a sus hijos y, a manera de profilaxis, les aplica su mismo tratamiento. Al cabo de un año es vuelta a ver en otro servicio dermatológico. Ha peregrinado por varias instituciones y se ha aplicado infinidad de tratamientos. Al igual que sus tres hijos, - padece ahora de una dermatitis por contacto crónica, causada por el deseo de curarse una sarna que desapareció en la primera semana y - puede que en el primer día de tratamiento.

2.3 Relación de objeto.

Con el término "relación de objeto", u "objetal", la teoría psicoanalítica (Laplanche, 1979) se refiere al modo de conectarse, o vincularse, un sujeto con su mundo, conexión que es el resultado complejo y total de la organización de su personalidad, de una - - aprehensión más o menos fantasmática de los objetos y de unos tipos de defensa predominantes.

La importancia del término amerita explicar su propia definición.

Según la teoría psicoanalítica, el instinto posee cuatro rasgos: una fuente, una finalidad, un objeto y un ímpetu. La fuente - corresponde a una necesidad física; la finalidad es la eliminación -

de la necesidad; el objeto es la cosa y la conducta mediante la cual se alcanza la finalidad; ímpetu es la fuerza del instinto.

La expresión "Trieb", utilizada por Freud y traducida por instinto, no corresponde al concepto de pauta heredada e inmutable, propia de la especie animal; sino que los Triebe varían en su fin y objeto por influencias ambientales (Freud, 1915).

El objeto tiene gran importancia en el aspecto dinámico. Es aquello en lo cual y mediante lo cual la pulsión busca alcanzar su fin, la satisfacción de eliminar una necesidad. Puede referirse a una persona, a una parte de persona, a una cosa, ser real o fantaseado. Como correlato de libido o agresión, el objeto se refiere a la relación con la persona total, o a la relación del yo con una totalidad, sea persona, entidad, ideal, etc.

Por "fantasma" se entiende, según la teoría psicoanalítica, una escenificación imaginaria en la que se halla presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y, en último término, de un deseo inconsciente. Son fantasmas las fantasías conscientes o sueños diurnos, estructuras subyacentes a contenidos manifiestos y ciertas estructuras típicas (castración, seducción, escena primaria etc.) (Laplanche, 1979).

La importancia y trascendencia de las relaciones objetales tempranas en el destino de cada individuo es tan grande y abarca aspectos tan variados (personalidad, bienestar, salud, neurosis, relaciones interpersonales) que su estudio ha sido enfatizado por importantes psicólogos y psiquiatras, además de ser parte fundamental

de la psicología del yo.

Coinciden los psicólogos del yo en las etapas de evolución -yoica: indiferenciada, transitoria y de relaciones objetales; pero discrepan en algunos conceptos de cada etapa.

2.3.1 La etapa indiferenciada, narcisista o sin objeto.

Cada cual nace con su dotación congénita, integrada por factores hereditarios, influencias intrauterinas y vicisitudes del parto. Las primeras respuestas tienen un carácter orgánico, sin discriminación perceptual del ambiente.

A. Freud (1946) considera en esta etapa el inicio de las relaciones objetales, debido a la gratificación de necesidades, en especial la alimenticia.

La catexis libidinal está vinculada a la experiencia de satisfacción y alivio. Durante la tensión establece conexiones transitorias con el medio ambiente; después del alivio permanece autocentrado, narcisista. El infante no ama a la madre, pero va catectizando la experiencia de alimentación, va poniendo su energía libidinal en esa experiencia.

Spitz (1981) llama a esta etapa "preobjetal", en ella no hay distinción entre sí mismo y el medio que lo rodea, sea persona, se no o cosa. Coincide con el criterio de Hartmann, Klein y el propio Freud, con la salvedad que el narcisismo de Spitz, en su propia expresión, es un narcisismo sin narciso.

Hasta el comienzo del segundo mes el lactante sólo reconoce la señal del alimento cuando tiene hambre, no conoce la leche por sí misma, ni el biberón, ni el pecho; reconoce el pezón cuando lo tiene en la boca, pues generalmente empieza a mamarlo.

Según Melanie Klein (Segal, 1980), al nacer existe suficiente yo para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer incipientes relaciones objetales, primero en la fantasía y luego en la realidad. No significa que el yo del recién nacido esté integrado desde el primer día.

Ante la ansiedad provocada por el impacto de la realidad (trauma del parto, hambre, frío) el yo, sigue diciendo M. Klein, se reflexiona, proyecta fuera una parte que contiene instinto de muerte, agresión, poniéndola en el objeto externo original: el pecho. Al mismo tiempo se establece una relación con el objeto ideal, al que se le proyecta libido. El yo tiene relación con dos objetos, el pecho disociado en ideal (bueno) y persecutorio (malo, con la agresión que se le ha puesto).

2.3.2 La etapa transitoria.

En este periodo, a causa de las sensaciones cutáneas que vienen del exterior y de las percepciones internas, el cuerpo se va diferenciando del ambiente y se hace posible distinguir entre lo que es uno mismo y lo que no lo es, entre yo y no yo, aparece el primitivo yo corporal. Con él se empiezan a desarrollar las funciones yoicas, los receptores de la distancia (ojos, oídos) toman importancia, se establecen las huellas de memoria; pero falta la capacidad para catectizar a un objeto, se ama ya no la experiencia de un

alimento, sino la leche, el pecho, la mamila, pero no a la madre.

En el segundo y tercer mes se inicia y culmina la respuesta sonriente al rostro humano. Es la primera manifestación activa intencionada, el tránsito de la pasividad a la actividad. En esta época ningún objeto, sea alimento o biberón, logra la respuesta sonriente. Para obtenerla se requiere la Gestalt cara en la pregnancia de frente, ojos y nariz, en movimiento de un todo y de frente. La respuesta no se logra si el movimiento, gesto o sonrisa del adulto se detiene, o si la cara se presenta de perfil; en cambio, hay respuesta ante la máscara y la cara de cualquier persona, sea o no la madre.

Sptiz (1981) llama a esta etapa "objeto precursor", ya que el niño no reconoce las cualidades esenciales del objeto, sino atributos superficiales. Esto es lo que distingue al objeto libidinal de las cosas: el primero se caracteriza por cualidades esenciales ligadas a su génesis e invariables pese a transformaciones de los atributos superficiales; las cosas se caracterizan por sus atributos superficiales y toda modificación impide su identificación.

Dos conceptos importantes relacionados con la etapa transitoria son el de confianza básica (Erikson, 1980) y ansiedad básica (Horney, 1945).

El niño, dependiente, pasivo y expectante, si es atendido, va ganando confianza en que sus necesidades serán satisfechas. El tener cierto grado básico de confianza le permite desviar su atención de necesidades internas y ponerla en el medio ambiente. La mala atención del niño, la que perturba la seguridad del infante en rela

ción con el medio, primordialmente sus padres, produce ansiedad básica (Horney, 1945) o desconfianza básica (Erikson, 1980).

Para emprender cualquier acción se requiere una confianza básica, o superación de la desconfianza básica. Iniciar la marcha, - trabajar o establecer relaciones sería imposible sin la confianza - de no caerse, recibir el pago salarial o ser correspondido.

2.3.3 Etapa de relaciones objetales.

Esta importante etapa, ubicada cronológicamente a partir del tercer o cuarto trimestre de la vida, se inicia en el momento que - el infante percibe a la madre como una persona separada de él. Existe ya una imagen del objeto que es mantenida por una rudimentaria - memoria independientemente de placer, displacer o satisfacción, y no suplida por la de otra persona que ocasionalmente satisfaga alguna necesidad. Es el inicio de la constancia de objeto. La fuerza libidinal se dirige ahora a un objeto, no a una necesidad. La realidad debe ser enfrentada.

Es interesante atender los conceptos y aportaciones de los - principales estudiosos del yo al respecto de esta etapa.

Para Freud (1905) la forma más primitiva de lazo afectivo - con el objeto es la identificación primaria. Se trata del deseo de ser como la otra persona, tal anhelo antecede a una verdadera relación con el objeto y consiste en el deseo de poseer a la otra persona. La identificación primaria puede ser amor, ternura, o deseo de apartar a alguien.

La introyección es el mecanismo mediante el cual se realiza la identificación. En la fase oral, señala la teoría psicoanalítica, el infante introduce cosas en su boca e incorpora lo bueno, lo que ama. Una vez incorporado el objeto, puede creerse semejante a la cosa amada. Puesto que amar es equivalente al deseo de incorporarlo o introyectarlo, la introyección oral es el medio precursor de la identificación primaria.

Es importante reconocer cierta evolución en el concepto de identificación primaria y que, en un principio, Freud lo empleó para referirse a la identificación con el padre, cuando el niño lo toma como ideal o prototipo. Se trata de una identificación directa e inmediata, que se sitúa antes de toda catexis de objeto.

Otto Fenichel (1966) dice que cuando el niño está libre de estímulos perturbadores, cae dormido. Al retornar los estímulos se produce hambre, frío, dolor, deseo de evacuar, y el niño desea objetos satisfactorios. O sea, anhela la realidad y trata de desembarazarse de ella. En ese momento nace una contradicción de fundamental importancia para la vida humana, el anhelo de satisfacción y de estímulos, el deseo de relajación y de objetos (deseo hambre para comer y no tener hambre).

Melanie Klein (Segal, 1980) opina que cuando el niño supera las etapas anteriores (para ella posición esquizo-paranoide), los procesos de escisión, proyección e introyección le ayudaron a ordenar sus percepciones y emociones, a separar lo bueno de lo malo y a organizar su universo. Está apto para reconocer un objeto total y relacionarse con él, se percata de que sus buenas y malas experiencias no proceden de un pecho bueno y otro malo, sino de una madre que es fuente de lo bueno y lo malo.

Al percibir a la madre como objeto total, el niño puede recordarla y relacionarla con anteriores experiencias de gratificación y frustración, lo que implica un conflicto de ambivalencia.

En etapas anteriores el motivo principal de angustia era la amenaza del objeto malo; en la etapa actual (posición depresiva), la angustia emana de la ambivalencia y el temor de que los propios impulsos agresivos hayan destruido el objeto amado de quien se depende.

Cuando el infante reconoce a la madre como objeto total, no sólo cambia su relación con ella, sino también su percepción del mundo. Reconoce a las personas como seres individuales e interrelacionados; en particular advierte el importante vínculo entre su madre y su padre. Esto inicia el complejo de Edipo (Segal, 1980).

Bion (Grinberg, 1979) se apoya en el concepto de relaciones objetuales tempranas para explicar su teoría del pensamiento.

La actividad de pensar es, en su origen, un procedimiento destinado a liberar el psiquismo del exceso de estímulos que lo abruman (Grinberg, 1979). Los pensamientos son genética y epistemológicamente previos a la capacidad para pensar. Al principio los pensamientos son sólo impresiones sensoriales y experiencias emocionales muy primitivas (protopensamientos) relacionadas con la experiencia concreta de una "cosa-en-si-misma" (lo incognoscible de la cosa; el lápiz es un tubo de madera en cuanto a "cosa-en-si-misma", no un instrumento que sirve para escribir).

Bion (Grinberg 1979) plantea que una preconcepción (expectación

innata; del pecho, por ejemplo), si se combina con una realización - produce una concepción. Cuando la preconcepción no se encuentra con el pecho real y se combina con una frustración, da lugar a un pensamiento propiamente dicho.

Frente a la frustración, la personalidad tiene dos opciones. - Si la intolerancia es grande, la personalidad tiende a evadirla por medio de elementos mentales sin capacidad para vincularse entre sí y destinados a evacuarse a través de la identificación proyectiva. - Una adecuada tolerancia a la frustración pone en marcha mecanismos - tendientes a modificarla, de los que resultan elementos - - apropiados para pensar, ejercer funciones intelectuales, recordar o soñar.

Una vez destacada la importancia de la tolerancia a la frustración, Bion continúa su teoría del pensamiento señalando que dicha capacidad de tolerancia depende de dos factores: uno innato, heredado; otro circunstancial, disposición de la madre para funcionar como un continente efectivo de las sensaciones del lactante, de lograr transformar su hambre en satisfacción, dolor en placer, soledad en compañía, miedo en tranquilidad. Esta disposición de la madre de estar - abierta a las proyecciones-necesidades del bebé, de hacer tolerable las frustraciones, se denomina capacidad reverie (ensoñación).

Winnicott (1979), expone una interesante hipótesis en la que relaciona objetos y fenómenos transicionales.

Los recién nacidos, afirma el autor, usan el puño o los dedos para estimular la zona erógena oral, para satisfacer los instintos - en esa zona y, además, para una tranquila unión. Posteriormente, los

bebés encuentran placer en jugar con muñecos u otros objetos. Existe relación entre ambos fenómenos separados por un lapso más o menos largo.

Hay una amplia variedad de secuencias que se inician con las primeras actividades de introducción del puño en la boca y que a la larga llevan al apego al osito o juguete. Existe algo importante - además de la excitación y satisfacción oral, aunque éstas son la base de todo lo demás. Se puede estudiar: a) La naturaleza del objeto. - b) La capacidad del niño reconocer el objeto como un "no-yo". c) La ubicación del objeto. d) La capacidad para crear, idear, imaginar, producir, originar un objeto. e) El inicio de un tipo afectivo con el objeto.

Winnicott (1979) introduce los términos "objetos transicionales" y "fenómenos transicionales" para designar la zona intermedia de experiencia entre el pulgar y el osito, el erotismo oral y la relación de objeto, la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya se ha introyectado, el desconocimiento primario y el conocimiento.

Cuando jugamos, oímos música o nos permitimos fantasías, no estamos en la realidad ni en lo irreal, simplemente en una zona intermedia que habitualmente controlamos. Esa zona tiene su psicopatología (pérdida de control) y resulta interesante de explorar por la clínica.

Spitz (1981) señala que entre el sexto y octavo mes, cuando la discriminación diacrítica ha progresado, se presenta un fenómeno - que él juzga de graves consecuencias. El infante distingue entre - amigo y extraño. Si se aproxima un desconocido, en vez de la sonri-

sa guardad para el amigo, el niño responde con un comportamiento - hostil. Puede bajar los ojos o llegar a lloros y gritos, esconderse entre las sábanas, ponerse boca abajo en su cuna, ocultar el rostro, subir su camisa o falda, taparse el rostro con las manos, etc. Lo anterior es, al decir de Spitz, la manifestación objetiva del fenómeno de "la angustia de los ocho meses", la primera muestra de angustia real, diferente a muestras de simple displacer o dolor.

Esa angustia no es patológica, al contrario. La buena relación madre-hijo ha creado un vínculo libidinal en el niño; de haber mala relación el niño no llora ante un extraño y busca crear vínculos con un objeto al que le es imperativo poner su libido.

Posteriormente el autor enfatiza la frecuente ausencia de angustia de los ocho meses en niños con neurodermatitis.

Al estudiar el inicio de las relaciones objetales resulta interesante atender los conceptos y puntos de vista de Margaret Mahler (1980) quien facilitó la comprensión y evolución de los fenómenos que se presentan en esta etapa.

Mahler llama "simbiosis" al estado de indiferenciación, de fusión con la madre, en la que el yo no se distingue del no-yo, ni lo interno de lo externo. Es una fusión ilusoria o alucinatoria, somatopsíquica y omnipotente con la madre.

El niño llega a la simbiosis alrededor del tercer mes, dejando atrás su narcisismo primario, empezando a percibir confusamente la satisfacción de la necesidad viniendo de un objeto parcial.

Cuando la necesidad no es tan imperativa y el desarrollo somático, auxiliado por el afecto materno, permiten al infante mantener la tensión en espera, empieza a poder aguardar y esperar una satisfacción. Ese inicio de confianza es el principio de un yo que más tarde alcanzará la individuación.

A partir del último trimestre del primer año, la actividad motora del infante le permite acelerar su separación de la madre y exploración de la realidad. Mientras más cerca de lo óptimo de la simbiosis haya estado la conducta materna, más habrá ayudado al niño a diferenciar sus autorrealizaciones de las representaciones simbióticas hasta ahora fusionadas.

2.3.4 Importancia de la etapa de relaciones objetales.

Resumiremos los más importantes hechos psíquicos que se generan en la etapa de relaciones objetales, y que nos ayudaran a comprender acontecimientos futuros, para evitarlos, propiciarlos o corregirlos.

Nace la contradicción, descrita por Fenichel, respecto al deseo simultáneo de satisfacción y estímulo.

Se adquiere confianza, o desconfianza, básica.

El individuo empieza a constituirse sobre el modelo de otro, que servirá de base para la elección de modelos posteriores.

Capacita a la persona para adquirir empatía y modera la identificación proyectiva.

Se inicia el establecimiento de vínculos, ya sean patológicos (con envidia y voracidad) o sanos (afectos de aceptación).

Empieza el enfrentamiento con la realidad y la angustia.

Comienza el aprendizaje de utilización de la zona intermedia de realidad.

La persona se enfrenta a una posición depresiva que conduce al deseo de reparación.

Se inicia la integración yoica y el conocimiento de las personas como entes separados.

Principia el Edipo.

2.4 La Neurodermatitis.

Desde su descripción por Besnier (Besnier, 1892), la neurodermatitis ha sido objeto de una gran variedad de nominaciones e intentos de definición. Se la ha llamado prurigo de Besnier, eczema - - constitucional, eczema infantil y dermatitis atópica.

A sabiendas de que no tendremos la aprobación unánime, definiremos a la neurodermatitis diciendo que se trata de un proceso inflamatorio de la piel, pruriginoso, crónico, con remisiones y exacerbaciones, predominante en pliegues de flexión, y de etiología - multifactorial.

De los múltiples factores, los más aceptados son la predisposición congénita y los aspectos psicológicos.

Apoyan a la predisposición congénita numerosas observaciones: unas incuestionables y otras dudosas. Describiremos las primeras.

Con mucha frecuencia los familiares del enfermo han tenido -- neurodermatitis y como él solían sufrir concomitantemente de asma bronquial, rinitis alérgica y urticaria, padecimientos considerados de reacción inmunológica tipo uno, o mediados por inmunoglobulina E anticuerpo comúnmente elevado en el suero de estos pacientes.

Otros rasgos inmunológicos encontrados con frecuencia son: alteración en la quimiotaxis de los neutrófilos, número de linfocitos T disminuido, mala respuesta a la proliferación de los leucocitos periféricos por la fitohemaglutinina, dificultad a la hipersensibilización ante antígenos intradérmicos y al dinitroclorobenceno por -- aplicación cutánea (Fundenberg, 1978).

Al rayar con un objeto como la piel de un enfermo, suele aparecer una línea pálida, conocida por dermatografismo blanco y debida a que el acúmulo de edema vasomotor anormalmente producido enmascara el color de los vasos subyacentes.

La respuesta a la inyección de histamina, acetilcolina o serotonina no corresponde a la habitualmente observada y conocidas respectivamente por "triple respuesta", "bloqueo diferido" y "eritema sin roncha".

También se encuentra alterada la respuesta vasomotora al calor y al frío. Las porciones distales de las extremidades de los sujetos con neurodermatitis se enfrían más rápidamente y se calientan más lentamente que las de las personas sanas; pero la piel de los huecos poplíteos y pliegues del codo vasodilata aceleradamente ante el calor (Kierland, 1965), además de tener una temperatura habitualmente más elevada. (Domonkos, 1978).

La piel es de tipo alfépico, rara vez seborreica.

Balint (1948) denominó al conjunto de fenómenos cutáneos con el nombre de "excitabilidad refleja aumentada".

Aspectos dudosos son los que relacionan al padecimiento con la dieta o con factores ambientales.

Los aspectos psicológicos han sido seriamente estudiados por algunos investigadores. Entre otros, podemos mencionar a Campos (1964), Santiago Ramírez (Campos, 1964), Bergman (1963), Marmon (1956), Miller (1960), Obermayer (1963), Andrews y Domonkos (Domonkos, 1978), Spitz (1981). Ellos fundamentan sus opiniones en: observaciones directas y metódicas de la conducta de los pacientes y sus familiares en situaciones naturales y experimentales; aplicación de pruebas psicológicas; y estudio de películas que muestran el comportamiento de los enfermos, con análisis de "pantalla"; y entrevistas grabadas.

Domonkos (1978) cita textualmente: "En muchos pacientes con eczema atópico (neurodermatitis), asma y fiebre de heno resulta evidente una relación característica psicósomática: tienen un resentimiento

miento reprimido contra sus padres u otras personas y se muestran -
pendencieros. Son hipersensibles, fácilmente deprimibles, tensos,-
intolerables, superactivos, con sentido pervertido de la fatiga, pues
nunca se cansan ni quieren dormir hasta que están completamente --
exhaustos. Son comunes la autoafirmación y la melancolía. A estos
pacientes debe recomendárseles la relajación mental, evitando toda
clase de excesos emocionales y tensión nerviosa. La base del trata
miento reside en la relajación física y mental completas. El pacien
te tiene que frenar su angustia si quiere recuperarse".

Pavlov, citado por Spitz (1981), en uno de sus experimentos -
reflexiológicos, estableció por estímulo eléctrico sobre la piel del
muslo de un perro, un reflejo condicionado. Una vez logrado, fue -
aproximando los puntos de estimulación eléctrica, forzándole así a -
una diferenciación cada vez más difícil. Cuando el animal no logró
diferenciar la señal, desarrolló una dermatosis en la piel estimula
da.

Estudios posteriores demostraron la constante curación espon
tánea al suspender los estímulos y que sólo algunos perros son sus
ceptibles a desarrollar esa "neurosis cutánea experimental", a éstos
se les describe tradicionalmente como de "temperamento lábil".

La neurodermatitis evoluciona en tres fases: la del lactante,
la del escolar, y la del adolescente y adulto.

La del lactante comienza después del primer mes de vida. Afec
ta principalmente las mejillas y está constituida por eritema, vesí
culas y costras hemáticas y melicéricas. Cursa con prurito y evolu
ciona por brotes que suelen ser cada vez menos intensos para desapa

recer sin dejar huellas durante el segundo año de edad.

Reaparece a los 3 ó 4 años, después a los 7 u 8 y más tarde a los 12 ó 14, ahora en localización bilateral y simétrica que corresponde a huecos poplíteos y pliegues del codo y con morfología similar a una dermatitis por contactantes. El prurito sigue siendo su indeseable y fiel compañero.

Pasada la adolescencia es mucho menos frecuente. Afecta párpados, manos, pliegues del puño o porción peri oral, con vesículas, fisuras, costras y prurito.

Los padecimientos intercurrentes y hallazgos asociados más frecuentes son: impétigo, infecciones virales tóxicas, opacidad del cristalino y los mencionados padecimientos alérgicos.

El tratamiento consiste en evitar tópicos irritantes, proporcionar sedantes y antipruriginosos orales, y aplicar pomadas que restablezcan la eudermia cutánea. Los corticoesteroides, ya sea tópicos o sistémicos, están totalmente contraindicados.

3. Postulados para las psicodermatosis.

Postulado es un supuesto que se admite como base de posteriores razonamientos.

En el caso de las enfermedades infecciosas hay un grupo de hechos clínicos, conocidos como postulados de Koch, que satisfacen el

supuesto y confirman la etiología de la enfermedad cuando se demuestran.

Tratándose de padecimientos multifactoriales es más difícil exigir hechos que confirmen postulados, puesto que las variables de terminantes de la enfermedad pueden estar presente en personas sanas. Recuérdese que la flora bacteriana propia del acné y los hongos dermatofitos patógenos se encuentran en la superficie de la piel de muchas personas que no padecen acné ni tiña.

Existen padecimientos que sin cumplir los hechos que apoyan su postulado etiológico, éste se acepta. Tal es el caso de la lepra, enfermedad producida por un bacilo hasta ahora no cultivado, requisito indispensable para confirmar su postulado etiológico.

En un intento de encontrar hechos que apoyen el postulado de que determinada enfermedad es de etiología psicológica, se proponen los siguientes: Que no haya evidencia de una variable de carácter somático que por si sola cause la enfermedad. Que haya relación entre una o varias emociones o motivaciones y la aparición, evolución y desenlace de una enfermedad.

Lo anterior obliga a concretar el concepto de emoción y motivación.

Las emociones son estados internos que se caracterizan por cogniciones, sensaciones, reacciones fisiológicas y conducta expresiva muy propios (Davidoff, 1984), con tendencia a la repentina aparición y de difícil control.

Las cogniciones y sensaciones son el componente subjetivo de la emoción. Al ser víctima de enojo, los pensamientos de una persona suelen corresponder a temas violentos y terribles. La sensación de una emoción es lo agradable, desagradable, leve o intensa que resulta.

Desde hace más de 50 años se sabe que las respuestas fisiológicas propias de cada emoción proporcionan energía a los animales para enfrentar emergencias (Cannon, 1933). Durante las emociones se generan las reacciones fisiológicas que las acompañan.

La formación reticular activa a la corteza para que preste plena atención a una situación. La corteza cerebral identifica, evalúa y toma decisiones a partir de datos sensoriales. El sistema límbico regula la información sensorial que pasa por él hacia la corteza, habiendo una interacción córtico-límbica. El hipotálamo, estructura límbica, activa el sistema nervioso simpático y participa en el temor, enojo, hambre, sed y sexo; mientras las amígdalas y los tabiques, otras estructuras límbicas, lo hacen con el placer, el dolor y también con la ira y temor.

El sistema nervioso autónomo tiene relación con músculos lisos, órganos internos, glándulas, corazón y vasos sanguíneos por medio de los cuales influye en actividades cardio-respiratorias y componentes hemáticos. (Thompson, 1980) (Davidoff, 1984).

Todo individuo responde a sus emociones con expresiones faciales, movimientos y acciones. Algunas de esas expresiones conductuales, como las mencionadas en el capítulo anterior, son conocidas; otras, seguramente muchas, faltan por descubrirse, pero todas son formas de interacción.

Cada persona, infante o adulto, reacciona de manera particular a una emoción; lo que a unos produce hiperclorídia, a otros causará taquicardia, hipertérmia o vasodilatación periférica. El patrón de respuesta fisiológica personal parece depender de factores genéticos y psicológicos individuales.

Se han descrito y estudiado muchos "disparadores" de emociones. Freud (1926) mencionó como disparadores de ansiedad al peligro real y la eventualidad de un castigo por expresar impulsos sexuales, agresivos o prohibidos por una conducta inmoral. En el primer caso, la causa de ansiedad son situaciones reales que traen perjuicios; en el segundo, la causa son cogniciones, ya sean conflictos entre expectativas, creencias, actitudes, percepciones, concepciones o similares que provocan disonancia cognoscitiva (ansiedad - por contradicción).

El término motivación es un constructo; es decir, una palabra empleada para designar la producción de una síntesis de impresiones, en este caso un proceso interno hipotético que parece explicar una conducta, pero que no se puede observar ni medir directamente. El término connota un estado interno, producto de una necesidad y activador de una conducta orientada a satisfacer esa necesidad.

Son motivaciones los impulsos básicos, motivos sociales, motivos para estimulación sensorial, motivos para el crecimiento personal, y las ideas.

Los impulsos básicos son motivos que impulsan a la conducta a satisfacer necesidades propias de la fisiología del sujeto y relacionadas con la supervivencia. Alimento, sexo y evitación del dolor.

son ejemplos de necesidades provocadoras de conductas.

Motivos sociales son aquellos cuya satisfacción depende del contacto con otras personas y satisfacen las necesidades de sentirse amado, aceptado, aprobado, estimado y, por lo tanto, apoyado ante un eventual peligro u otra necesidad. Los motivos sociales están estrechamente ligados a las relaciones objetales, puesto que desde el primer momento de la vida el infante está ligado a otros, primordialmente a la madre.

Según la contradicción señalada por Fenichel, constantemente nos procuramos estímulos, ya sea silbando, contando, soñando despiertos o moviéndonos en la zona intermedia de Winnicott. Son ejemplos de búsqueda exagerada de estímulos: el paracaidismo, las carreras de automóviles o motos, juegos de azar, aventuras y elección de un estilo de vida extravagante. La curiosidad, o deseo de exploración ambiental, suele ser una sana motivación de este tipo.

Motivos para el crecimiento personal se refieren a lo relacionado con luchas de dominio. La competencia es un ejemplo de este tipo de motivación, tan explotado por maestros. Es difícil comprender el deporte sin competencia.

Los valores, convicciones, metas y planes son ideas que actúan como motivos. Nadie duda que una convicción política o religiosa es eficaz motivación.

Al igual que las emociones, las motivaciones generan reacciones fisiológicas. Para no ser repetitivos omitiremos los procesos

y referiremos algunos ejemplos. Las personas con Enfermedad de Addison tienen mayor requerimiento de sal en sus necesidades básicas y, a la vez, mayor apetencia por lo salado. Los sujetos aislados por su grupo (motivo social) contraen el "síndrome del ostracismo", con insomnio, apatía, descuido personal, etc. La renuncia a autoestimulación (fantasía, silbido) se vincula a casos de irritabilidad, depresión y disminución de actividad creadora, según describe Csikszentmihalyi (Davidoff, 1984). El frío es tan estimulante para algunas personas como un baño caliente para otras.

4.- Método.

Para la metodología de estudio de las relaciones objetales eslabonaremos los pasos siguientes: precisar categorías, proponer hipótesis, elegir diseño de investigación, emplear instrumentos de medición, aplicar un procedimiento y dar un tratamiento estadístico a los datos obtenidos.

4.1. Las categorías.

Todo análisis se fundamenta en particiones o divisiones. Categoría es la parte o división de un análisis que se establece según ciertas reglas; a saber: basarse en un problema o propósito de investigación; ser exhaustivas, abarcar todos los sujetos del universo de estudio; ser excluyentes e independientes; derivarse de un principio de clasificación; y estar en el conjunto que contiene todos los objetos que intervienen en el discurso, estar en un solo "nivel de discurso".

Desde su génesis, las relaciones objetales van adquirien-

do ciertas características que las hacen peculiares en cada individuo.

Podrá haber ausencia, como es el caso del autismo, rechazo o aceptación.

Los pasos, tiempo, características y motivos que dan por resultado ese rechazo o aceptación, constituyen las peculiaridades individuales, personales, al igual que el grado de acentuación de alguna o algunas de esas características.

De los autores citados se deduce que el rechazo es debido a ciertos motivos: vivenciar el objeto como malo o predominante malo; vivenciarlo en objeto parcial; pánico simbiótico, o de engolfamiento; hipertrofia fantasmagórica; independencia y madurez yoica propiciatoria de sublimación. Esos motivos pueden dar lugar a una conformidad o a un conflicto, consciente o no, con el rechazo.

Al ser aceptadas las relaciones, hay aceptación del objeto, luego éste es bueno, o más bien bueno, no es parcial sino total, pleno.

El objeto, difícilmente todo bueno, además de tener una proporción más o menos generosa de bondad, puede ser "bueno y malo" a la vez (como el gris es blanco y negro a la vez), o "bueno más malo", con partes buenas y otras malas (en tablero de ajedrez, blanco y negro), suma de parcialidades.

Es claro que para quien vivencie el objeto total, "bueno y malo", sus relaciones serán generales, múltiples, con

mucha gente. Y quien viva el objeto por suma de parcialidades, "bueno más malo", sus relaciones, además de cautas, serán específicas, selectivas, únicamente para lo identificado por "bueno" y rechazante para lo identificado por "malo".

Cuando hay confianza, la relación objetal tiende a ser permanente, vincular, duradera. Si la confianza no es total, o perfecta, o no ha habido una suficiente confianza básica, la relación será circunstancial, endeble, al menos inicialmente.

La idealización, producida muchas veces por el "hambre de objeto", busca el carácter vincular, pero suele ser frágil, sensible al desengaño.

De haber habido experiencias de envidia y voracidad, a su vez manifestaciones del instinto de muerte, habrá un carácter egoísta, explotador, negativo, en la relación. Pero si las experiencias han sido de culpa por el remordimiento de haber dañado objetos buenos introyectados (nucleo del superyo) darán un carácter positivo a la relación, un deseo de reparar, compensar.

A manera de ejemplo señalaremos que el psicópata tiene un tipo de relación objetal consistente en aceptarlas, de manera general, circunstancial y negativa. Dicho de otra manera, se relaciona, con mucha gente, de manera superficial para él (si acaso busca que el otro se vincule), para provecho propio. El buen líder también las acepta de manera general y circunstancial (no puede vincularse con tanta gente, aunque lo desee), pero con fines positivos.

Nótese que la Historia está llena de ejemplos de psicópatas confundidos con líderes prometedores, pues el carácter diferencial de relación, el positivo o negativo, sólo se demuestra "a posteriori".

En la elección de un tipo de relación objetal se presentan habitualmente características que reflejan la situación psicológica de un individuo en un momento dado.

Si a una persona le anunciamos la presentación de un desconocido, lo más seguro es que espere, en la realidad o la fantasía, un eventual intercambio de favores, servirse de sus habilidades y ofrecerle las propias. Pero, si a esa persona le anunciamos la presentación cuando se encuentre visita en una ciudad desconocida, lo más probable es que, también en la realidad o la fantasía, espere una amistad que propicie compañía durante su viaje.

En el primer caso la relación esperada será de carácter circunstancial (podrá desear un mecánico que remedie la descompostura del automovil, o una avería futura); en el segundo caso la relación fantaseada será de carácter vincular más que circunstancial (se deseará un acompañante que remedie la soledad del momento).

No existe una clasificación universalmente aceptada de las relaciones objetales; sin embargo es necesario tener algunos puntos de referencia para su estudio y comparación.

Esos puntos de referencia podrían ser, en primer lugar, su frecuencia de aceptación o rechazo. Y, cuando consciente

o inconscientemente, se acepte una relación, referirnos a sus características antagónicas de general o electiva, - circunstancial o vincular, positiva o negativa.

La característica "general" es la forma de interrelación inafectiva, propia entre vendedor y cliente, servidor y - servido, o la que suele haber entre simples conocidos oca - sionales. Con frecuencia son la base de una elección y - vinculación posterior para muchas personas, evolución que logran, o al menos intentan, si sus necesidades afectivas no están satisfechas.

El rasgo "electivo" es el que nos mueve a seleccionar una relación para la satisfacción de necesidades emocionales insatisfechas: noviazgo, matrimonio, maternidad, amistad íntima.

El carácter "circunstancial", frecuente acompañante del - general, es el motivado por el interés transitorio más - que por el afecto y propio de la relación maestro-alumno, terapeuta-paciente, etc. También base de una elección y vinculación posterior.

"Vincular" es el carácter propio de una relación afectiva y es más frecuente en quien desea afecto, protección o - amparo.

Los rasgos "positivo" y "negativo" se refieren a la inten - ción en una relación, como puede ser la de gratificar o - explotar. En el caso de pretender un intercambio faltan

los rasgos positivo o negativo, o es difícil diferenciarlos. Los estados depresivos y maníacos se confunden con el tipo de intención en una relación; puesto que, con frecuencia, la negación a corresponder un favor es debida a una imposibilidad depresiva más que a una negación egóista.

Para el presente trabajo, entendemos por positivo todo rasgo que revele, en la relación o la soledad, una fantasía de esperanza gratificante, de aceptación o ayuda; y por negativo el que implique rechazo, culpa, castigo o perspectiva desagradable.

Se entiende que ninguna persona es exclusivamente general o electiva, circunstancial o vincular, positiva o negativa, en sus relaciones; pero siempre hay una tendencia a destacar alguno o algunos de sus caracteres y que excluye al contrario.

El rasgo general suele ir acompañado al circunstancial, y el electivo al vincular. Lo contrario suele ser neurótico o psicótico. Sería el caso de una persona que deseara vincular con un recién conocido (transferencia masiva) o de otra que tratara a sus familiares con la indiferencia que se tiene para los transeuntes.

Ateniéndonos a la definición y uso del término "relación de objeto", para que éste sea verdadero requiere los caracteres de electivo y vincular.

Con fundamento en lo anterior, se tomará en cuenta para -

el presente trabajo la frecuencia de aceptación o rechazo de las relaciones objetales, y, cuando sean aceptadas, sus rasgos: general o electivo, circunstancial o vincular, positivo o negativo.

Las respuestas obtenidas en las narraciones de las historias de cada lámina de la prueba proyectiva que se aplicará, serán divididas en categorías y subcategorías; pero, por desconocerse la temática que resultará en las historias, se categorizarán una vez logrado ese material y según las reglas mencionadas.

4.2 Hipótesis.

Primera hipótesis. Hay diferencia significativa en la frecuencia de rechazo de relaciones objetales entre pacientes con neurodermatitis y enfermos de la piel con otros padecimientos dermatológicos.

No hay diferencia significativa en la frecuencia de rechazo de relaciones objetales entre pacientes con neurodermatitis y enfermos de la piel con otros padecimientos dermatológicos.

Segunda hipótesis. Cuando los pacientes con neurodermatitis entablan relaciones objetales, éstas son, con frecuencia significativa, de carácter más electivo que las entabladas por los enfermos de la piel con otros padecimientos dermatológicos.

Cuando los pacientes con neurodermatitis entablan relacio-

nes objetales, éstas no son, con frecuencia significativa, de carácter más electivo que las entabladas por los enfermos de la piel con otros padecimientos dermatológicos.

Tercera hipótesis. Cuando los pacientes con neurodermatitis entablan relaciones objetales, éstas son, con frecuencia significativa, de carácter más vincular que las entabladas por los enfermos de la piel con otros padecimientos dermatológicos.

Cuando los pacientes con neurodermatitis entablan relaciones objetales, éstas no son, con frecuencia significativa, de carácter más vincular que las entabladas por los enfermos de la piel con otros padecimientos dermatológicos.

Cuarta hipótesis. Cuando los pacientes con neurodermatitis entablan relaciones objetales, éstas son, con frecuencia significativa, de carácter más positivo que las entabladas por los enfermos de la piel con otros padecimientos dermatológicos.

Cuando los pacientes con neurodermatitis entablan relaciones objetales, éstas no son, con frecuencia significativa, de carácter más positivo que las entabladas por los enfermos de la piel con otros padecimientos dermatológicos.

4.3 Muestra, diseño y población.

Se estudiaron 50 enfermos de la piel, 25 de ellos con neurodermatitis diseminada y 25 afectados por otras enfermedades dermatológicas.

Todos los pacientes se presentaron por libre demanda a la consulta del Servicio de Dermatología del Hospital "Juárez", S.S.A. o al Centro Dermatológico "Pascua", S.S.A.

En todos los casos de neurodermatitis diseminada, o dermatitis atópica, las manifestaciones clínicas del padecimiento fueron típicas y el diagnóstico emitido por más de un dermatólogo, cuyas experiencias profesionales excediera los 25 años. De este grupo se eligieron las 25 primeras personas que se presentaron y aceptaron someterse al estudio.

El grupo integrado por personas con otras enfermedades de la piel, considerado grupo testigo, se integró al azar, con el único requisito de carecer de toda sospecha de haber padecido neurodermatitis. También fue supervisado por más de un dermatólogo y avalado por una experiencia profesional superior a 25 años.

4.4 Instrumentos.

Para el presente estudio se emplearon dos instrumentos: Una entrevista encauzada a conocer las relaciones objetales, apoyada por un cuestionario-guía, y el Test de Relaciones Objetales de Herbert Phillipson.

4.4.1 La entrevista.

Le entrevista fue individual en todos los casos; de estructura mixta, con tribuna libre encauzada hacia las relaciones objetales; y diagnóstica en sus fines.

Las metas de la entrevista fueron: establecer rapport, - contar con un instrumento que ratificara o rectificara lo aportado por el Test de Phillipson y solucionar alguna duda que se presentara.

El cuestionario-gufa fue el siguiente:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Origen:

Escolaridad:

Ocupación:

Domicilio:

De qué número de embarazo fue producto?: Deseado o no?

Edad en que caminó: Inició el habla:

Controló esfínteres: Inició a comer solo:

Dormía solo (edad): Chupaba dedo o colcha:

Reconoció primero a su madre (8 meses):

Apego a familiares, amigos, mascota, juguetes:

Tuvo accidentes "casuales":

De lo que continúa conteste: Siempre 1. Frecuente 2. Ocasional 3. Nunca 4.

Es: Alegre . Meticuloso . Activo . Destructivo

Egoísta . Exageradamente limpio . Dependiente .

Temeroso . Agresivo . Comunicativo . Triste .

Tímido . Dependiente . Destructivo .

La enfermedad le produce:

Tristeza . Angustia . Desesperación . Indiferencia

. Preocupación . Agresividad . Mal humor .

Afecta sus actividades .

Hacia la familia suele ser:

Hostil . Tenso . Agresivo . Cariñoso . Indiferente

. Comunicativo . Reservado .

La actitud de la familia es de:

Rechazo . Aceptación . Sobreprotección . Indiferencia .

Qué cosas tiene en común con el padre, la madre o los familiares?:

(Aficiones, favoritos en deportes, etc):

En el futuro desea ser: Su mejor amigo:

Sus fantasías y a qué le gusta jugar:

Relaciona algo con exacerbación o remisión de la enfermedad:

Anotar registro contratransferencial:

4.4.2 El Test de Relaciones Objetales de H. Phillipson.

El Test de Phillipson es un instrumento de alta saturación proyectiva que logra integrar la información del T.A.T. - (Test de Apercepción Temática, de Murray) y del Rorschach.

En tanto la proyección es recogida en el T.A.T. a través - de la fantasía y en el Rorschach a través de la percepción, el Test de Phillipson recoge los comportamientos proyectivo perceptual y fantaseado. Fusiona la dramatización sugestiva de las láminas del T.A.T. con la neutralidad temática de las manchas del Rorschach, concilia el movimiento interno de lo humano con el estatismo externo de las cosas (Phillipson, 1981).

El material del test consiste en tres series de cuatro láminas cada una con figuras sombreadas y una lámina en blanco. Cada figura sombreada tiene de 12 a 18 cm. y las lámi

nas 22 por 33 cm. aproximadamente. Las series, denominadas A, B y C, presentan situaciones de relación objetal - básica: situaciones de una, dos, tres personas y grupales. Por eso se designa cada serie A 1, A 2, A 3 y AG, según correspondan a número de personas o grupo, al igual que con las series B y C. La situación de relación objetal - varía en cada serie en cuanto a su contenido de realidad y a su contexto de realidad.

Al presentar cada lámina se pide al paciente que describa lo que puede representar, cómo se llegó a esa situación - y cual será el desenlace.

La fundamentación del test parte del supuesto que la forma característica en la que una persona percibe su ambiente tiene congruencia dinámica con su forma de manejar las relaciones humanas en cualquier situación que se enfrente (Phillipson, 1983), y que la resultante o producto con su medio (como la producción de una historia para una lámina) refleja también los procesos dinámicos por medio de los cuales expresa y regula las fuerzas inconscientes que operan en su manejo de los temas de relación objetal inherentes a esa situación.

Ese supuesto deriva de la teoría psicoanalítica y de la teoría de las relaciones objetales tal como la describen Klein, Fairbairn y otros analistas (Phillipson, 1983). De acuerdo a esta teoría, la forma como una persona maneja su relación con otras es el resultado de una larga historia de aprender a manejar relaciones que deriva de sus interacciones con objetos más tempranos, de los que dependía para la satisfacción de sus necesidades biológicas y psicológicas primarias.

4.5 Procedimiento.

Las cincuenta entrevistas se efectuaron en cubículo privado y fueron individuales.

Se iniciaron con algunas preguntas del cuestionario guía. Al entablarse rapport se daban las instrucciones y consigna respecto al Test de Phillipson, que consistían, más o menos, en: " Voy a mostrarle unas láminas para que me cuente una historia sobre cada una. Dígame quién, o quiénes, son las personas, qué están haciendo, cómo llegaron a esa situación y cómo va terminar la historia".

Durante la descripción se anotaba taquigráficamente el relato, las reacciones del paciente y vivencias personales.

Al concluir las trece láminas se hacían algunas preguntas del cuestionario que habían quedado pendientes y que ahora resultaban más pertinentes y se interrogaba respecto algún aspecto en particular.

Una vez retirado el paciente se repasaba el material obtenido y anotaba el registro contratransferencial.

La duración de las entrevistas fue, en promedio, de una hora.

Posteriormente se calificaban las respuestas y en días posteriores se recalificaban y comparaban ambos criterios. Los casos de discrepancia eran conciliados. Una tercera

calificación dió confianza en la uniformidad de criterio para los cincuenta pacientes.

Se calificaron las doce láminas con figuras. La entrevista y la lámina en blanco sirvieron para confirmar el material aportado y para decidir algunas calificaciones dudosas.

De cada lámina se consideró la ausencia o presencia de relación objetal. Cuando hubo presencia de relación se anotó las características electiva o general, vincular o circunstancial, y si había o no un carácter positivo o negativo.

El criterio general de calificación fue:

CATEGORIAS. -

Láminas A 1, B 1, C 1 :

- a: Ausencia (A). Presencia (P)
- b: Electiva (E). General (G)
- c: Circunstancial (C). Vincular (V).
- d: Positiva (+). Negativa (-)

- A: Una sola persona con asunto a tema personal (Hombre pensando)
- a: P: Más de una persona o tema de relación (Persona esperando a otra).
- E: Relación con persona en especial (Papa visita a su hijo).
- b: G: Relación con persona indeterminada (Médico visita a "un" paciente)
- C: Relación ocasional (Persona pregunta la hora a un transeunte)
- c: V: Nexo en la relación (Hombre espera a su prometida)
- P: Tema gratificante, libidinal (Se aliviará, se casará)
- N: Tema deprimente, castigo (Morirá, sufrirá).

Láminas A 2, B 2, C 2:

- a: A: Una sola persona (Persona mirándose en un espejo)
 B: Más de una persona (Pareja de novios)
- b: E: Pareja íntima (Familiares, esposos, novios)
 G: Pareja ocasional (Compañeros de estudio o trabajo).
- c: C: Relación transitoria (desconocidos que se preguntan algo)
 V: Búsqueda de nexos (Quieren casarse, ayudarse, unirse)
- d: P: Tema o relación gratificante.
 N: Depresión, culpa, castigo.

Láminas A 3, B 3, C 3:

- a: A: Se identifica con el excluido del trío.
 B: Tema de un trío integrado (Uno llega a un encuentro)
- b: E: Tema de relación bipersonal con tercero excluido.
 G: Relación simétrica del trío.
- c: C: Asunto intrascendente en el trío.
 V: Asunto importante (Planean algo unidos)
- d: P: Tema gratificante.
 N: Tema deprimente, con culpa o castigo.

Láminas A G, B G, C G:

- a: A: No hay personas (Paisaje, camino)
 P: hay personas.
- b: E: Familia o grupo (En un entierro, en una conferencia)
 G: Desconocidos (Personas pasando por la calle)
- c: C: Reunión ocasional (Partido de Fútbol).
 V: Tema de nexos o relación (Extraño que es recibido - en un grupo).
- d: P: Tema gratificante (Día de campo).
 N: Tema deprimente (Le pegarán al recién llegado).

A manera de ejemplo, transcribiré y puntuaré el caso número 5.

Se trata de D.A.S., femenino, de 17 años, estudiante de preparatoria y paciente con neurodermatitis estudiada en el Hospital Juárez de la S.S. A. : Es la mayor de cuatro hermanos. El padre "se cuidaba poco de la familia", discutía con la madre y se separó del hogar hace dos años. "Dice que quiere a sus hijos, pero más bien creo que trata de comprarnos con regalos e invitaciones". La madre contrajo segundas nupcias y la paciente convive y se "lleva bien" con el padrastro. Refiere no tener amigos y sentirse muy sola. De chica jugaba en cosas "propias de varón". La madre, persona poco afectiva y, al parecer insatisfecha, tuvo siempre la responsabilidad de la casa.

Contestó al test de la siguiente manera:

- A 1: Un señor viendo una fuente. Llegó ahí caminando y seguirá caminando. (Se calificó: ausencia de relación objetal. No hubo puntaje positivo ni negativo).
- A 2: Dos novios platicando. Se quedaron de ver y venían juntos. Luego la irá a dejar a su casa. (Respuesta de carácter vincular y electivo, pero no es positiva o negativa).
- C 3: Una familia reunida en el comedor de su casa. El padre viene del trabajo, el hijo de la escuela y la madre hace el quehacer. Luego irán a descansar. - - (Vuelve a ser una respuesta vincular y electiva y, -

como la anterior, sin gratificación ni castigo, ni positiva ni negativa).

- B 3: Unos esposos. Vienen del trabajo. Trabajan separados y él pasó por ella. Llegan contentos a descansar. (Además de vincular y electiva, la respuesta es positiva, puesto que vienen a descansar; pero -- "contentos").
- A G: ¡Ay! ... Unas almas, espíritus que vagan....- ¡Angustia! Se mueven. No saben del pasado. Regresarán de donde vinieron. Están en un panteón. (La respuesta fue calificada negativa y ausente de relación).
- B 1: Una muchacha llega de la universidad a su recámara.- Estudiará o verá televisión. (Ausencia de relación. No es respuesta positiva ni negativa).
- C G: Vista de un balcón en día nublado y triste. Hubo sol, pero luego lloverá. (Lo "triste" del día amerita puntaje negativo).
- A 3: Tres personas, desconocidas entre sí, rezando. Legaron por la muerte de alguien. Se irán a su casa. - (La respuesta tuvo un caracter general, circunstancial y negativo).
- B 2: Otros novios. Están frente a la casa de ella. El venía del trabajo y ella salió. La dejará y se irá. (Hay relación, vincular y electiva, pero sin gratificación ni reproche).

- B G: Muchachos fuera de la escuela. Uno solo; que no - comparte con los otros. Salieron de clase. El so lo está triste por problemas en su casa, o re probó. Se irá a su casa cada quien. (Ausencia de relación y tema negativo).
- C 2: Un señor llega a su casa, viene del trabajo, luego descansará. (Hubo ausencia de relación y de tema - positivo o negativo).
- C 1: Casa pobre o cabaña olvidada. Está sola o la gente no tiene tiempo. Vivía una familia que se fue.. Tal vez algún día regrese otra familia. (Tema negativo y ausente de relación).

Blanca: (Pausa)... ¡Ay!... (la paciente acusa angustia y sonríe)... Podría ser yo como profesional. Estudié. Puse mucho de mi parte. Tal vez me case. . . ¿no?.

Durante la prueba, la paciente tomó las láminas, contestó rápidamente y se mostró segura.

En el registro contratransferencial se anotó aceptación - general de la paciente que, al principio de la entrevista, se alternaba con rechazo al oír sus expresiones despectivas respecto al padre; pero se interpretó como una respuesta a la frustración de afecto no correspondido.

Expondré algunos otros ejemplos y consideraciones a propósito de calificaciones y procedimiento:

Una historia para la lámina A 3 fue: "Un muchacho se encuentra a su padre por casualidad en la calle y lo detiene para preguntarle la hora. El padre viene con un amigo" La respuesta resulta incongruente; pues, de encontrarse con el padre, lo habitual es saludar o presentar respetos. Se calificó como respuesta de carácter electivo y circunstancial. En el contexto de la entrevista se interpretó como un rasgo esquizoide.

La historia: "Una pareja que tendrá relaciones sexuales", relativamente frecuente para A 2 y B 2, se calificó, según el paciente, en positiva o negativa, pues para unos la frase tuvo un sentido de gratificación y para otros de sometimiento o engaño.

Los temas de hospital, pacientes, médicos y enfermeras resultaron frecuentes debido al ambiente donde se aplicó el test.

Una vez terminadas de calificar, por categorías, las 12 primeras láminas del Test de Phillipson, fueron estudiadas e interpretadas las respuestas a cada una de ellas, e incluida la 13. Algunos aspectos fue posible puntuar, es el caso de la frecuencia en determinado tema; algunos otros aspectos no fue posible hacerlo, pues implican factores subjetivos; así, la infidelidad, resultó rechazable para todos en cuanto a expresión, pero difícil de juzgar la fuerza emotiva puesta en esa expresión de rechazo.

En el análisis secuencial de las historias se obtuvieron las siguientes categoría y subcategorías:

Una historia para la lámina A 3 fue: "Un muchacho se encuentra a su padre por casualidad en la calle y lo detiene para preguntarle la hora. El padre viene con un amigo" La respuesta resulta incongruente; pues, de encontrarse con el padre, lo habitual es saludar o presentar respetos. Se calificó como respuesta de carácter electivo y circunscritiva. En el contexto de la entrevista se interpretó como un rasgo esquizoide.

La historia: "Una pareja que tendrá relaciones sexuales", relativamente frecuente para A 2 y B 2, se calificó, según el paciente, en positiva o negativa, pues para unos la frase tuvo un sentido de gratificación y para otros de sometimiento o engaño.

Los temas de hospital, pacientes, médicos y enfermeras resultaron frecuentes debido al ambiente donde se aplicó el test.

Una vez terminadas de calificar, por categorías, las 12 primeras láminas del Test de Phillipson, fueron estudiadas e interpretadas las respuestas a cada una de ellas, e incluida la 13. Algunos aspectos fue posible puntuar, es el caso de la frecuencia en determinado tema; algunos otros aspectos no fue posible hacerlo, pues implican factores subjetivos; así, la infidelidad, resultó rechazable para todos en cuanto a expresión, pero difícil de juzgar la fuerza emotiva puesta en esa expresión de rechazo.

En el análisis secuencial de las historias se obtuvieron las siguientes categoría y subcategorías:

- A 1: Soledad vs. compañía. Soledad provechosa, útil, vs. soledad con angustia.
- B 1: Aceptación de soledad reparadora vs. rechazo de ella. En soledad, se trabaja o interactúa vs. se sufre o angustia.
- C 1: Hay congruencia en las relaciones vs. no la hay. Se tratan de ordenar las incongruencias vs. desquician.
- A 2: Se acepta el contacto en la pareja vs. no se acepta. La pareja es heterosexual vs. homosexual.
- B 2: Es una pareja relacionada vs. no es una pareja relacionada. La relación es vincular u ocasional.
- C 2: Hay reparación vs. no hay reparación. Al no reparar, hay depresión vs. justificación o evasión.
- A 3: Conflicto vs. no conflicto. En ausencia de conflicto hubo compañerismo vs. indiferencia o evasión del tema
- B 3: Pareja sin intruso vs. con intruso. El intruso es aceptado vs. es rechazado.
- C 3: Clima amable vs. clima hostil. En el clima amable, hay apoyo vs. tolerancia, convivencia.
- A G: Depresión vs. no depresión. Se integra un grupo vs. se desintegra un grupo.

B G: Grupo integrado vs. grupo no integrado. El personaje distante, se va a integrar vs. es segregado.

C G: Se acepta la autoridad vs. se rechaza. Rebeldía vs. búsqueda de conciliación.

Blanca: Temas de afecto vs. temas de poder o dominio. Soledad vs. compañía.

Una vez obtenidas las respuestas a las historias, y catalogadas en categorías y subcategorías, se interpretarán con la siguiente prioridad: significación, aproximación a niveles significativos, aspectos subjetivos, respuesta no categorizadas.

4.6 Tratamiento estadístico.

Se entiende por estadística, la teoría y el método de analizar datos cuantitativos obtenidos a partir de muestras de observaciones, a fin de estudiar y comparar las fuentes de varianza de los fenómenos, hacer decisiones sobre la aceptación o rechazo de relaciones hipotéticas entre los fenómenos, y facilitar la obtención de inferencias fidedignas a partir de observaciones empíricas. (Kerlinger, 82).

Lo anterior implica: toma de datos, estudio de población, toma de decisiones y obtención de inferencias.

Resumiremos la ya explicada toma de datos y estudio de población muestra, señalando que se sumaron las puntuaciones en los grupos de pacientes con neurodermatitis y de testi-

gos, según los rasgos antagónicos de relaciones generales o electivas, circunstanciales o vinculares, positivas o negativas, de aceptación o rechazo.

Para la toma de decisiones se empleó la técnica de chi (*) cuadrada (X^2) en tablas de 2 por 2 y corrección de Yates - (Smith, M., 71), o sea:

$$\text{Chi cuadrada } (X^2) = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

$$\text{Corrección de Yates} = \frac{(F_o - F_e - 0.5)^2}{F_e}$$

De donde:

\sum = Sumatoria. F_o = Frecuencias obtenidas.
 F_e = Frecuencias esperadas.

Por tratarse de tablas de 2 por 2, el grado de libertad - (gl) fue, en todos los casos, de 1.

Posteriormente se buscó el valor de X^2 , según grado de libertad, o sea 1, en la tabla de significancia (tabla IV de Fisher y Yates). Así, las probabilidades, conforme H_o , de $X^2 \cong$ Chi cuadrada, son:

Chi cuadrada (X^2)	Nivel de significación (P)
1.64	0.20
2.71	0.10
3.84	0.05
5.41	0.02
6.64	0.01
10,83	0.001

(*) Es más común el término "Ji cuadrada"; pero, por ser de uso más frecuente, se prefiere "chi cuadrada".

La interpretación de los niveles de significación, facilita, a su vez, la interpretación de inferencias.

El nivel .05, por ejemplo, quiere decir que un resultado, obtenido, significativo a dicho nivel, podría ocurrir por azar sólo 5 veces en 100 intentos o experimentos.

Es difícil escoger un nivel de significación. Si se elige 0.01, o 1 probabilidad al azar de 100, se logra un buen grado de certidumbre, pero se corre el riesgo de eliminar resultados realmente significativos. De preferirse 0.1, o 10 posibilidades de azar en 100, la veracidad de la decisión está expuesta al riesgo de la eleatoriedad.

Para el presente trabajo se considera el nivel de significación menor de 0.05 como de certidumbre razonable, y los mayores, que no exceda a 0.12, como resultados dignos de reflexión. Lo anterior corresponde, respectivamente a -- Chi cuadrada de 3.84 y 2.5

5.- Resultados.

A continuación se describirán las características del grupo de estudio y del testigo, las diferencias encontradas entre ambos durante la entrevista y el contraste de respuestas al Test de Relaciones Objetales de Phillipson.

5.1 Características de los grupos.

Ambos grupos fueron muy homogéneos en cuanto a edad, sexo, escolaridad, estado civil y lugares de origen y residencia

GRUPO	PROBLEMA	TESTIGO
Número:	25 Personas	25 Personas
Padecimiento	Neurodermatitis: 25	Acné, 7. Vitiligo, 7. Impétigo, 2. Tiña, 2. Urticaria, 2. Alopecia areata, 1. Dermatitis por contacto, 1. Escoriaciones neuróticas, 1. Liquen, 1. Psoriasis, 1.
Edad:	Mínima 12 años Máxima 41 años Mediana (Mdn) 22 años	Mínima 13 años Máxima 60 años Mediana (Mdn) 22 años.
Sexo:	Femenino 19 Masculino 6	Femenino 18 Masculino 7
Escolaridad:	Primaria incompleta 1 Primaria completa 9 Secundaria completa 5 Bachillerato completo 3 Estudia licenciatura 2 Profesionista 1 Carrera corta 4	Primaria incompleta 4 Primaria completa 8 Secundaria completa 5 Bachillerato completo 3 Estudia licenciatura 1 Profesionista 2 Carrera corta 2
Estado civil:	Solteros 14 Casados 11 Separados --	Solteros 11 Casados 13 Separados 1
Residencia:	D. F. 23 Zona metropolitana 2 Provincia --	D. F. 21 Zona metropolitana 2 Provincia 2
Origen:	D. F. 19 Hidalgo -- México 3 Tabasco 2 Veracruz 1	D. F. 17 Hidalgo 1 México 4 Tabasco -- Veracruz 3

Láminas del Test de Relaciones Objetuales de Phillipson



LAMINA 1 (A1)



LAMINA 2 (A2)



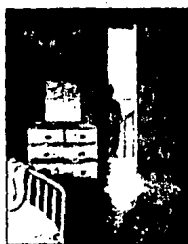
LAMINA 3 (C3)



LAMINA 4 (B3)



LAMINA 5 (AG)



LAMINA 6 (B1)



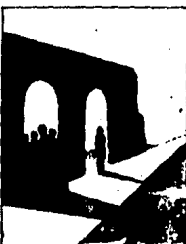
LAMINA 7 (CG)



LAMINA 8 (A3)



LAMINA 9 (B2)



LAMINA 10 (BG)



LAMINA 11 (C2)



LAMINA 12 (C1)

5.2 La entrevista.

En todos los casos, la entrevista tuvo coherencia con lo proyectado en el Test de Phillipson. Resultó un eficaz medio para entablar rapport, aminorar resistencias y aportar datos, algunos de éstos difíciles de cuantificar, por ser poco objetivos, pero que dejaron impresiones subjetivas interesantes de correlacionar.

En el grupo de pacientes con neurodermatitis fue notorio el empleo de la entrevista como medio de seducción y manipulación. Con frecuencia buscaron la intervención del consultado para mejorar alguna situación familiar o para beneficio personal: "si alguien le hiciera ver a mi papá que me regaña demasiado", "si alguien le hiciera ver a mi novio que es muy celoso o dominante", "si tuviera un horario más cómodo podría cumplir todas mis citas", etc.

El grupo testigo no empleó tanto la seducción y manipulación.

La tendencia a dramatizar fue mayor en los pacientes con neurodermatitis, pero una dramatización triste, que recordaba al histérico deprimido.

La búsqueda de relación con personas apacibles y el rechazo e intolerancia de individuos angustiados o violentos fue superior en el grupo con dermatitis atópica. La paciente No. 4 señaló: "Me casé con mi ex jefe, que es tranquilo y me apacigua... Creo que las agresiones de mi madre me producen brotes cutáneos". En contraste, la No. 3, del

grupo testigo, dijo: "Mi marido tiene un hijo con otra mujer... toma mucho... es muy celoso... hace 6 años que ya no lo soporto (¡)".

El antecedente de tener un padre enérgico casado con mujer muy joven, poco afectiva y frecuentemente minimizada fue frecuente en el grupo de pacientes con neurodermatitis. El respeto a la figura paterna se manifestó al nombrarlo "señor" en la representación proyectiva, en vez de "figura" u "hombre", como solió hacerlo el grupo testigo ("Señor - llegando a la casa", en vez de "Hombre llegando a la casa")

Las relaciones de noviazgo y matrimonio fueron mucho más solemnes y vinculares en los pacientes con neurodermatitis, detalle en que posteriormente se insistirá estadísticamente. La respuesta de la paciente No. 8, del grupo testigo, a la pregunta de que si tenía novio fue: "Se puede decir - que sí tengo". Tal contestación resultaría extraña en una paciente del grupo en estudio.

Las aficiones y los entretenimientos privados (leer, pintar) fueron más frecuentes en los pacientes con neurodermatitis; en contraste con los testigos que prefirieron los de carácter social o público (bailes, fiestas).

Los juegos y deportes de competencia fueron preferidos por los pacientes con dermatitis atópica como medio de afirmación, cuando pensaban ganar o destacar en ellos. Los que dudaban de sus posibilidades preferían la gimnasia u otros no competitivos. Se diría que el deporte era para afirmación, no para diversión.

Los antecedentes de conductas de apego a mascotas y juguetes, también fue superior en pacientes con neurodermatitis.

La necesidad de logro fue mayor en los enfermos con dermatitis atópica.

Contratransferencialmente, los pacientes del grupo de estudio fueron más amenos y las entrevistas más agradables. Las anotaciones marginales de aburrimiento, tales como: "me distraigo", "me aburro" o "aborto bostezos" pertenecieron a expedientes de enfermos del grupo testigo, nunca a pacientes con neurodermatitis.

5.3 El Test de Relaciones Objetales de Phillipson.

Del Test de Relaciones Objetales de Phillipson se estudiaron las respuestas correspondientes a las categorías primordiales y se analizaron las secuencias de las historias emitidas, procurando dividir las en nuevas categorías y subcategorías.

5.3.1 Las categorías primordiales.

Solamente un paciente del grupo de estudio no contestó a 1 de las 12 láminas; o sea, contestaron en total 299 láminas. En el grupo testigo hubo 8 negativas a responder, por lo que se obtuvieron 292 láminas contestadas.

Repitiendo y aclarando lo expuesto en procedimiento, se

tomaron en cuenta hasta 4 respuestas por lámina, de la 1 a la 12, según hubiera aceptación o rechazo de relación, y en caso de aceptación sus características de electiva o general, vincular o circunstancial, positiva o negativa.

Hubo 11 respuestas consideradas incongruentes, 5 emitidas por el grupo problema y 6 por el testigo.

Una paciente del grupo testigo tuvo 3 incongruencias y se negó a contestar la lámina A3. Se trató de una paciente esquizoide, con vitiligo y bajo tratamiento psiquiátrico.

El resultado general de las respuestas de ambos grupos fue:

		A1	B1	C1	A2	B2	C2	A3	B3	C3	AG	BG	CG	Total
P r o b l e m a	Rechazo:	19-	22-	19-	4-	0-	12-	3-	1-	0-	7-	9-	14-	110
	Generales:	3-	1-	2-	6-	6-	1-	12-	4-	10-	13-	15-	8-	81
	Circunstanciales:	3-	1-	2-	6-	6-	1-	12-	4-	10-	12-	13-	8-	78
	Electivas	3-	2-	5-	15-	19-	12-	10-	20-	15-	5-	1-	2-	109
	Vinculares:	3-	2-	5-	15-	19-	12-	10-	20-	14-	6-	3-	2-	111
	Positivas:	9-	4-	2-	10-	12-	10-	4-	11-	6-	4-	7-	7-	86
	Negativas:	2-	4-	10-	0-	1-	6-	7-	3-	1-	9-	6-	7-	56
G r u p o	Rechazo:	14-	21-	17-	1-	1-	16-	5-	0-	2-	10-	7-	9-	103
	Generales:	9-	2-	4-	9-	11-	3-	13-	4-	14-	13-	18-	13-	113
	Circunstanciales:	8-	2-	4-	8-	10-	3-	12-	5-	14-	12-	18-	13-	109
	Electivas:	2-	2-	4-	15-	13-	6-	5-	21-	7-	1-	0-	0-	76
	Vinculares:	3-	2-	4-	16-	14-	6-	6-	20-	7-	2-	0-	0-	80
	Positivas:	10-	7-	2-	11-	12-	8-	6-	11-	8-	4-	10-	5-	94
	Negativas:	1-	2-	5-	4-	1-	2-	0-	3-	3-	4-	3-	5-	33

De la anterior resulta que en cuanto a rechazo o aceptación de relaciones objetales, se obtuvo:

Grupo problema: 110 rechazos y 189 aceptaciones.

Grupo testigo: 103 rechazos y 189 aceptaciones
 De donde, chi cuadrada (X^2): 0.088 Nivel de significación:
 N.S.

Respecto a la frecuencia de relaciones electivas o generales, cuando hubo aceptación de relación objetal, las respuestas fueron:

Grupo problema: electivas: 109 y generales: 81
 Grupo testigo: electivas: 76 y generales: 113
 Luego, chi cuadrada: 10.36
 Nivel de significación: ≤ 0.05

El caracter vincular o circunstancial de las relaciones objetales, se manifestó con la siguiente frecuencia:

Grupo problema: vincular: 111 y circunstancial: 78
 Grupo testigo: vincular: 80 y circunstancial: 109
 De donde, chi cuadrada (X^2): 9.512
 Nivel de significación: ≤ 0.05

Del caracter positivo o negativo se calificaron unicamente 269 respuestas de los 2 grupos, pues la ambigüedad o difícil interpretación obligó la anulación de muchas e imposibilitó la calificación de otras.

Grupo problema: positivas: 86 y negativas: 56
 Grupo testigo: positivas: 94 y negativas: 33
 Luego, chi cuadrada (X^2): 4.878
 Nivel de significación: ≤ 0.05

Buscando la relación de respuestas positivas y negativas con otras; y considerando que, prácticamente, todas las vinculares son electivas y todas las generales son circunstanciales, tendremos:

RESPUESTAS	Vinculares y electivas	Circunstanciales y generales	Rechazo o soledad	TOTAL
<u>Grupo con - neurodermatitis:</u>				
POSITIVAS	49	15	22	86
NEGATIVAS	13	14	29	56
<u>Grupo testigo:</u>				
POSITIVAS	39	34	21	94
NEGATIVAS	11	8	14	33

Comparando las respuestas vinculares, positivas y negativas que resultaron de uno y otro grupo (49, 13; 39, 11) nos indicará la expectativa grupal respecto a "lo que viene del vínculo", de la relación vincular, lo que se espera de ella ya sea bueno o malo. La Chi cuadrada, χ^2 , indica 0.0086, - con nivel de significación, P, no significativo, N.S.; por lo tanto, ambos grupos tienen expectativas similares y esperan algo bueno, sea aprobación, aceptación, gratificación, etc.

Dando el anterior tratamiento a las respuestas circunstanciales (15, 14; 34, 8), nos resulta χ^2 igual a 5.556, con P 0.05; indicador de que la expectativa de los "demás" es buena para el grupo testigo, mientras que los pacientes -

con neurodermatitis no esperan tanto de ese tipo de relación.

Comparando las respuestas positivas, en vinculares y circunstanciales (49, 15; 39, 34), nos indicará la expectativa de procedencia de lo bueno, de qué tipo de relación. - En este caso, la X^2 igual a 6.972 y $P < 0.05$, indica que los pacientes con dermatitis atópica lo esperan casi únicamente de la relación vincular, y que en el grupo testigo la esperanza esta en equilibrio entre la relación vincular y la circunstancial, con leve tendencia a la primera.

Repitiendo el tratamiento estadístico con las respuestas negativas, tanto vinculares como circunstanciales (13, 14; 11, 8), tendremos X^2 igual a 0.123, P, N.S.; indicador de que la expectativa de algo malo procede, para los dos grupos, de uno u otro tipo de relación.

Atendiendo a la expectativa, positiva o negativa, ante la soledad (22, 29; 21, 14); X^2 es igual a 1.734, que, a pesar de tener P, N.S., está próxima a la significación e indica la mejor expectativa del grupo testigo ante la soledad.

5.3.2. Resultado del análisis de las historias.

Además de poner atención a las respuestas categorizadas y subcategorizadas, se consideraron también las usuales y originales (Phillipson, Ø 81) (Verthelyi, 1983).

La serie de láminas que tiene por número el 1 se refiere -

a situaciones unipersonales, de soledad. La A1 suele evocar sentimientos de dependencia y sensación de incertidumbre. La soledad en B1 es más concreta, se refiere a una habitación o lugar de privacidad, propio para el reposo. La C1 muestra un ambiente cálido y atractivo; pero con elementos discordantes e incongruentes. La serie 1 explora la soledad en sus aspectos de incertidumbre, privacidad y ante la perspectiva de buenas o malas relaciones objetales.

En el grupo problema, para A1, hubo 19 respuestas de soledad y 6 de interacción, por 14 y 11 del testigo, lo que está dentro de lo usual esperado y apenas acusa cierta tendencia a la soledad en el grupo problema, según se señala en el resumen. Un poco más significativo fue el tema de soledad con angustia o abandono "señor triste, vagando" - contra el de soledad útil "hombre pensando resolver sus problemas, lo logrará", y del que el grupo de pacientes con neurodermatitis refirió 10 y 7 ocasiones respectivamente, contra 4 y 10 del testigo.

En B1, el grupo problema dió 15 respuestas usuales, de reposo, y 19 el testigo. Los temas de persona en sufrimiento o trabajo se dieron en 10 y en 6 ocasiones respectivamente. Pese a la falta de diferencia significativa, se apreció, subjetivamente, un descanso deprimente en los temas del grupo problema, contra un descanso gratificante en el grupo testigo.

Para la lámina C1, el grupo de pacientes con neurodermatitis resolvió congruentemente los elementos mostrados en 14 ocasiones y el testigo en 16. Al no solucionar el problema de congruencia, el grupo problema se limitó a describir

la lámina en 4 ocasiones y se desquició con incongruencias en otras 7, contra 6 descripciones y 3 incongruencias del testigo. A pesar de que la dificultad para manejar congruentemente los problemas emanados de las relaciones objetales no es estadísticamente significativo, sí lo es en lo subjetivo, pues las soluciones congruentes fueron más complicadas y cargadas de angustia en pacientes con neurodermatitis que en el grupo testigo.

La serie de láminas señaladas con el número 2 sugiere situaciones bipersonales. La A2 induce al paciente en fantasías que involucran contacto personal y posibilidad de idealización. La B2 evoca el clima emocional en torno a la pareja, además deja implícito el tema de conspiración, amenaza o unión. En la lámina C2 los temas subyacentes de relaciones objetales están relacionados con responsabilidad, daño y reparación.

En la lámina A2, el tema de la pareja en contacto, ya sea tomada de la mano o del brazo, fue referido en 6 ocasiones por el grupo problema y 11 por el testigo, contra 19 y 11 respectivas respuestas de no contacto, como simple plática. Para el grupo en estudio, 17 respuestas refirieron parejas heterosexuales y 14 para el testigo. La escasez de temas de contacto entre los pacientes con neurodermatitis está próxima a alcanzar significación y se interpreta como represión.

Para B2, ambos grupos señalaron el tema de una pareja y para ambos fue heterosexual en 17 ocasiones, otras parejas fueron de amigos, hermanos, padre e hijo, etc. Sin embargo, destacó que el nexo de la pareja, heterosexual o no, era fuertemente vincular, podemos decir, simbióticamente vincular, en 19 narraciones del grupo problema, por sólo 9 del testigo. Lo anterior alcanza significación.

El tema de reparación, propio de C2, fue dado en 6 narraciones del grupo de pacientes con neurodermatitis, 14 fueron de contenido deprimente y 5 de justificación o evasión del tema; los pacientes con otras enfermedades de la piel respondieron con 10 historias de reparación, 8 deprimentes y 7 evasiones o justificaciones. Se apreció una tendencia, en el grupo problema, a no saber manejar la reparación y canjearla por depresión.

Las láminas de la serie 3 representan situaciones tripersonales. En A3 queda implícito el tema de reto o desafío. B2 evoca una situación edípica con intrusión y celos. C3, con sus rasgos menos definidos y estímulos de color, propios de la serie C, explora tendencias emocionales de la situación tripersonal.

En A3, el grupo problema refirió 14 temas de conflicto, 6 de colaboración o compañerismo y 5 de contenido diverso o evasivo; el testigo, respondió, en el mismo orden, 6, 9 y 10. Resultó significativa la frecuencia de la temática conflictual en el primer grupo.

Respecto a B3, el grupo de pacientes con neurodermatitis respondió con temas de: "intruso", 12; pareja unida e intruso excluido, 8; otros temas, 5. El grupo testigo contestó: temas de "intruso", 10; pareja sin intruso, 9; -- otros, 6. Cabe señalar la apreciación subjetiva de mayor agresión hacia el "intruso", las 7 veces que no fue aceptado, por el grupo de pacientes con neurodermatitis que en las 5 rechazado por el testigo.

El clima emocional evocado en Cs, inspiró en el grupo problema, 5 temas de tensión, 15 de convivencia o tolerancia y 5 de apoyo y otros temas; en contraste poco significativo dado por el grupo testigo: 6 temas de tensión, 13 de tolerancia o convivencia y 6 de apoyo y otros temas.

La serie G representa situaciones grupales. AG, de textura clara e inestructurada, es considerada deprimente. BG representa un grupo de personas y una figura apartada, evoca temas de soledad o exclusión. CG representa, confusamente, una muchedumbre de pie, en reto o desafío por una autoridad ubicada en lo alto.

Las respuestas referidas para AG fueron 12 veces deprimentes en el grupo problema y 8 en el testigo; pero lo significativo resultó ser el motivo de esa depresión, pues para en el primer grupo era que un conjunto de personas no pudiera integrarse ("se miraban", "tenían que separarse", "se encontraban en un camino con rumbos opuestos", etc.,) y para los pacientes testigo era que un conjunto de gente se desintegraba ("se murió el jefe de la familia y sus miembros tienen que separarse"). Los temas de imposibilidad de integración y disolución de conjunto integrado fueron narrados 9 y 2 veces por el grupo de pacientes con neurodermatitis, contra 3 y 8 por el de pacientes con otras enfermedades de la piel, quienes dieron 3 respuestas originales de disolución o no integración sin ser deprimente. Resultó estadísticamente significativa la diferencia de relación depresión con integración o disolución.

En BG volvió a surgir el tema de integración grupal o no integración. Para los pacientes problema las respuestas -

fueron: 5 de integración grupal y 20 de conjunto no integrado, pues en 12 ocasiones una persona era rechazada y - en 8 buscaba la manera de integrarse, con éxito o sin él; mientras que para los pacientes testigo 12 veces narraron historias de grupales y 13 de conjuntos no integrados, - pues en 12 ocasiones era rechazado y sólo 1 trataba de integrarse. Ambas categorías de respuestas, integración-no integración y segregación-deseo de integración estuvieron muy próximas a la significación estadística, con respectivas chi cuadrada de 3.208 y 2.677.

Para la lámina CG, los pacientes del grupo problema dieron 15 historias de aceptación de autoridad 10 de no aceptación, proporción invertida en el grupo testigo, o sea, 10 y 15. La no aceptación se resolvió con rebeldía en 4 ocasiones en el primer grupo y con conciliación en 6, en contraste de las 10 rebeldías y 5 conciliaciones de los - testigos. Lo anterior delata mayor tendencia a la pasividad frente a la autoridad en los pacientes con neurodermatis.

Como era de esperarse, las respuestas a la lámina blanca fueron muy diversas, incluso hubo 7 negativas a responder la, 6 del grupo testigo. Los temas de afecto se dieron - 17 veces entre los pacientes con neurodermatitis y ninguno de poder o dominio, por 7 de afecto y 6 de dominio o - poder imitados por los pacientes sin neurodermatitis. - Las narraciones de soledad fueron 7 en el primer grupo y 17 las de compañía, por 8 y 11 de los testigo. Es significativo la preferencia de temas de afecto en el grupo de estudio, quienes, además aprovecharon la lámina blanca en

4 ocasiones para narrar sus vidas, permitirse una catarsis, pedir consejo y tratar de vincular con el entrevistador. Las negativas a responder, más frecuentes en los testigos, alcanzaron una chi cuadrada de 2.656, proxima a alcanzar significación.

RESUMEN de láminas 1. Situación unipersonal.

<u>A1</u>	Categoría y subcategoría:	Soledad vs. compañía.	- Soledad provechosa vs. soledad con angustia.
	Chi cuadrada:	1.425	- 1.735
	Significancia:	N. S.	- N. S.
<u>B1</u>	Categoría y subcategoría:	Soledad reparadora vs. rechazo a ella.	- Trabajo o interacción vs. sufrimiento o angustia
	Chi cuadrada	0.827	0.164
	Significancia:	N. S.	N. S.
<u>C1</u>	Categoría y subcategoría:	Congruencia vs. no congruencia.	- Esfuerzo por ordenar vs. desquiciamiento.
	Chi cuadrada:	0.0832	- 0.822
	Significancia:	N. S.	N. S.

RESUMEN de láminas. 2. Situación bipersonal.

<u>A2</u>	Categorías	Contacto en la pareja vs. pareja sin contacto	- Pareja heterosexual vs. pareja homosexual.
	Chi cuadrada:	1.425	0.339
	Significancia:	N. S.	N. S.
<u>B2</u>	Categoría y subcategoría:	Pareja relacionada vs. no relacionada.	- Relación vincular vs. relación ocasional.
	Chi cuadrada:	0.00	- 6.572
	Significancia:	N. S.	≤ .05

<u>C2</u>	Categoría y subcategoría:	Reparación vs. no reparación.	- Depresión vs. justificación.
	Chi cuadrada:	0.826	- 0.750
	Significancia:	N.S.	- N. S.

RESUMEN de láminas 3. Situación tripersonal.

<u>A3</u>	Categoría y subcategoría:	Conflicto vs. no conflicto.	- Compañerismo vs. indiferencia o evasión.
	Chi cuadrada:	4.082	- 0.146
	Significancia:	$\leq .05$	- N. S.

<u>B3</u>	Categoría y subcategoría:	Pareja sola vs. pareja con intruso	- Intruso aceptado vs. intruso rechazado.
	Chi cuadrada:	0.081	- 0.009
	Significancia:	N. S.	- N. S.

<u>C3</u>	Categoría y subcategoría:	Clima amable vs. clima hostil.	- Apoyo vs. tolerancia o convivencia.
	Chi cuadrada:	0.00	- 0.002
	Significancia:	N. S.	- N. S.

RESUMEN de láminas G. Situación grupal.

<u>AG</u>	Categoría y subcategoría:	Depresión vs. no depresión.	- Integración grupal vs. desintegración grupal.
	Chi cuadrada:	0.750	- 5.582
	Significancia:	N. S.	- $\leq .05$

<u>BG</u>	Categoría y subcategoría:	Grupo integrado vs. grupo no integrado.	- Integración vs. segregación.
	Chi cuadrada:	3.208	- 2.677
	Significancia:	.12	- .12

<u>CG</u>	Categoría y subcategoría:	Se acepta la autoridad vs. se rechaza.	- Rebeldía vs. conciliación.
	Chi cuadrada:	1.440	- 0.818
	Significancia:	N. S.	- N. S.

RESUMEN de la lámina blanca.

Categorías:	Temas de afecto vs. temas de dominio.	- Soledad vs. compañía.	- No responde vs. si responde
Chi cuadrada:	4.650	- 0.315	2.656
Significancia:	<.05	- N. S.	.12

6.- Conclusiones.

Con base en los resultados obtenidos, se pueden aceptar o rechazar las hipótesis propuestas, hacer conjeturas adicionales y proponer una teoría al respecto.

6.1 Aceptación o rechazo de hipótesis.

La primera hipótesis se refería a la frecuencia de aceptación de relaciones objetales en pacientes con neurodermatitis, comparada con la de otros enfermos de la piel.

Apartir de los datos obtenidos, debemos aceptar la hipótesis de nulidad; puesto que la frecuencia con que fueron aceptadas o rechazadas las relaciones objetales, según los instrumentos aplicados, fue similar en ambos grupos. Se destacó y se insistirá en el deficiente uso que de la soledad hace el paciente con dermatitis atópica.

La segunda hipótesis de investigación pretendía que cuando los pacientes con neurodermatitis entablaban relaciones objetales, éstas eran de carácter más electivo que las de los pacientes con otras enfermedades de la piel.

Para esta hipótesis, los instrumentos aplicados indicaron, significativamente, la preferencia de los pacientes con neurodermatitis en buscar relaciones de carácter electivo, selecto, para determinadas personas.

El mundo de las relaciones objetales para el grupo problema se limitó al padre, la madre, los hermanos, el cónyuge y el novio o novia. Los temas de las historias narradas, fueran de apoyo, conflicto o fantasías futuras, se refería, casi siempre, al mismo y reducido grupo de personas. Se puede afirmar que las relaciones con transeuntes, compañeros (salvo algún amigo íntimo) o condiscípulos están reducidas al mínimo. Es notoria la sobre valoración del círculo electivo y la indiferencia, "cosificación" para los demás.

La tercera hipótesis propone que cuando los pacientes con neurodermatitis entablan relaciones objetales, éstas son de carácter más vincular que las establecidas por otros enfermos de la piel.

Los instrumentos aplicados afirmaron significativamente esta hipótesis de investigación.

Las narraciones de los pacientes del grupo problema suponían un nexo, ya fuera de dependencia o simbiótico, en el que se fundamentaba la historia y que era indispensable para su congruencia. Les era difícil integrar una narración sin vínculo, lograr la historia era encontrar un vínculo. Cualquier ruptura vincular equivalía a hecatombe emocional del paciente e imposibilidad de reparar lo narrado ("se fue para siempre", "murió").

La cuarta hipótesis supone que cuando los pacientes con dermatitis atópica entablan relaciones objetales, lo hacen con un carácter más positivo que las logradas por otros en fermos de la piel.

Con un nivel de significación menor a las hipótesis anteriores, pero también significativo, se aceptó la hipótesis de nulidad. Las historias de los pacientes con neurodermatitis estuvieron inspiradas, en temas de desengaño, abandono, explotación, rechazo. Las narraciones de recompensa, aceptación, aprobación o fortuna, si bien predominaron sobre las negativas, fue en proporción menor al grupo testigo.

6.2 Conjeturas adicionales.

Independientemente de los resultados obtenidos a propósito de las hipótesis planteadas, se adquirieron datos interesantes para ser considerados.

Las narraciones de las láminas A1, B1, y C1 sugieren cierta dificultad en el paciente con neurodermatitis para encontrar utilidad en su soledad; ya sea pensar, disfrutar, resolver problemas o descansar. Teme algo malo de esa soledad con mayor frecuencia que el grupo testigo, y tiene menor congruencia en su orden interno para iniciar, desde su soledad, una relación cuya llegada desea; o sea, se le dificulta entablar una relación.

En la situación bipersonal, anhela el vínculo íntimo, sólido, simbiótico, es la situación para él ideal, fantaseada y añorada de la que espera su mejor dicha y teme menos infortunios. Sin embargo, reprime el contacto, lo que puede interpretarse como un énfasis incestuoso exagerado, un deseo de disimular o proteger ese vínculo de posible rivalidad o envidia que el paciente siente y proyecta, o experiencias contactuales desagradables, interpretación ésta por la que siento inclinado.

En la situación tripersonal tuvo un comportamiento similar al del grupo testigo, pero todo reto o desafío creó conflicto y dificultad para solucionarlo. El grupo testigo no invocó situaciones negativas emanadas del reto; en cambio, los pacientes con dermatitis atópica narraron temas de ataque al vínculo del tercero, con quien se identificaban, como separación, engaño y muerte. Ante el Edipo reaccionó a la par que el grupo testigo, pero con mayor agresión y menor aceptación para el "intruso".

Ante el grupo, el paciente con neurodermatitis trató de integrarse, evitar la segregación. Incluso se sometió a la autoridad y trató de conciliar problemas para lograr aceptación. Puede decirse que el paciente con neurodermatitis se lanza temerariamente a la integración grupal con la misma intrepidez que a los ocho meses se lanzó sin angustia a tratar de vincularse con una persona que no era su madre.

Ante la lámina blanca, los pacientes con neurodermatitis contestaron con temas de afecto. En cambio, el grupo testigo se negó a contestarla en 6 ocasiones, al parecer como respuesta desafiante al haber sido estudiados en lo íntimo

situación que el grupo problema aceptó de mejor gana por tener conciencia del fondo psicológico de su padecimiento e interpretar el test como preocupación más que intromisión; además, prefirió llevar siempre la iniciativa de la conversación, posiblemente para silenciar, evitar preguntas indiscretas y defender su represión.

6.3 Proposición Teórica.

Por los datos obtenidos, es evidente que el paciente con neurodermatitis desea una relación objetal vincular, anhelada un compañero simbiótico.

Para explicarnos cómo llega a ese intenso deseo, empezaremos por considerar que se trata de un paciente con una carga genética peculiar, dermosensible, hijo, o hija, de una madre que, según Spitz (Spitz, 1981), "disfraya su hostilidad con angustia". Al respecto, no podemos decir que la madre sea primariamente hostil o a consecuencia de la interacción con ese hijo de tan difícil comunicación y capaz de angustiar y producir hostilidad. Sea como sea, el equilibrio homeostático del infante está alterado y las demandas hechas a la compañera simbiótica rebasan a la madre. No es raro que al principio, a los ocho meses, el niño busque a un extraño y, no angustiándose ante él, trate de establecer una relación; pero también fracasa, pues lo frecuente es que el extraño devuelva el infante a la madre - después de un breve lapso de jugueteo, con el consiguiente desencanto del pequeño; o que esa devolución se vea precipitada por el llanto de un niño difícil de ser comprendido contactualmente. Ante tales fracasos, resulta que la úni-

ca fuente de satisfacciones, aunque insuficiente, es la madre; por lo tanto, se anhela un vínculo que garantice la conservación y mejor satisfacción de las demandas; pero, mientras se anhela no se tiene, luego no hay confianza.

Sin suficiente confianza básica, el niño con neurodermatitis llega a la época de individuación, en que su autonomía motora le permitirá, entre otras cosas, asir y soltar tomar y dejar, es decir, elegir. Posibilidad de elección más desconfianza equivale a duda. Al dudar respecto al medio externo queda la opción de tomar posesión de sí mismo, madurar precozmente y engendrar rasgos obsesivos. Lo anterior cuenta con el apoyo de varios observadores, entre los que se cuentan los citados Saúl y Campos, quien en una investigación al respecto (Campos, 1964) refiere: "La modalidad defensiva, tanto en el síntoma como en el carácter, es de tipo obsesivo (limpieza con manifestación neurótica y referencia a hábitos de pulcritud en el C.A.T.)

De seguir sin solución el problema de desconfianza y la deficiente satisfacción de demandas, los caracteres "bueno" y "malo" del objeto se acentúan, lo "bueno" por apreciarse más ante la carencia y lo "malo" por acumulación de insatisfacciones. Es de esperarse una identificación con el objeto bueno y una proyección, en este caso parcial, de lo "malo"; además, se desea un vínculo fuerte con el objeto bueno, al que ya se puede aplicar la facultad de elección, y habrá cierta desconfianza, que no llega a fobia, para vincularse con "los demás", hacia donde ha ido parte de lo proyectado.

Si, como lo indica el presente estudio, no existe exceso de culpa ni total proyección de lo malo, ¿dónde queda el caudal agresivo, producto de frustraciones acumuladas?. Es razonable especular que se castiga al yo por las fallas e insatisfacciones del objeto, cosa que para un individuo dermosensible es fácil hacer en su piel; así, - mientras se da un placentero tormento cutáneo, agrade al objeto malo residual y obtiene el beneficio secundario - de recibir más atención y la añorada complacencia de sus muchas demandas insatisfechas. Todo a costa de depresión por autoagresión, y dificultad para entablar relaciones - de tipo circunstancial y general, que a la postre resultaron poco atractivas para ejercer iniciativa e intimar.

La mencionada disociación de objeto bueno y objeto malo - hacen fácil la identificación con el bueno, pues, al mismo tiempo, libera del malo. Pero esa identificación está muy idealizada, puesto que se es muy dependiente y sólo - de ella se esperan satisfacciones. Lo mismo ocurre al introjectar el super yo. De esa importante dependencia resulta la seguridad o no de la persona con neurodermatitis, luego es de comprenderse el respeto a las figuras de autoridad y una disposición más conciliadora que rebelde ante ellas, conciliación que se antoja racionalizada. El yo - ideal internalizado no se desarrolla, requiere aprobación y aceptación constante para conservar su autoestima, al - igual que afianzarse mediante logros y competencia propia.

Considerando la identidad como la suma de identificaciones previas, y éstas plegadas de idealización y desconfianza en el paciente con dermatitis atópica, es de suponerse

la dificultad para fusionar su identidad en una relación íntima, es más fácil integrarse a un grupo, pertenecer y vincularse al grupo. El temor al super yo permite una selección grupal y la búsqueda de metas altruistas más que rebeldes.

Atendiendo al aspecto económico, señalaremos que en la persona sana y bajo condiciones favorables, la energía puesta inicialmente en el vínculo se diversifica, gracias a la confianza, permitiendo una amplia y equilibrada gama de relaciones y expectativas realista, acordes a lo aprendido. En el paciente con neurodermatitis la energía vincular no se diversifica, se retrae, después de algunas aventuras de carácter circunstancial y general, para más tarde intentar la integración grupal, pero siempre con expectativas negativas, posimistas.

Es extraña la existencia simultánea de rasgos obsesivos e histéricos. Los segundos pueden explicarse a partir de la situación de enfermedad, propiciadora de consideraciones, cuidados y menores castigos. El paciente aprende a dramatizar y exagerar para conseguir protección y afecto, lo que incrementa su dependencia. Participa así, parcialmente, de la dinámica propia del histérico; por ejemplo, si el apego vincular es al progenitor heterosexual, le hace reprimir el sexo; si es al progenitor del mismo sexo, le hace reprimir agresión.

Cuando preguntamos al paciente sobre la causa aparente de exacerbaciones y remisiones, suele señalar algún evento emocional, lo que nos obliga a pensar si es una realidad o parte del juego de manipulación. Independientemente de la

etiología de la enfermedad, es interesante conocer la influencia de las relaciones objetales en su curso y sus manifestaciones clínicas.

En los cambios somáticos de carácter psicógeno, hay alguna, o algunas, causas que propician la elección de la región afectada y del síntoma presente. La peculiar carga genética de la neurodermatitis hace comprensible que sea la piel del paciente la primordialmente afectada, y una reacción local inespecífica, o inflamación, el síntoma existente.

Considerando los posibles mecanismos psicológicos propiciatorios o inhibitorios de la aparición clínica del padecimiento, vemos que el enfermo con dermatitis atópica cumple los requisitos para hacer fenómenos conversivos: tiene tendencia a la fantasía e hipersensibilidad en un órgano con tanta erogeneidad como es la piel.

Toda expresión de afecto, y principalmente durante la infancia, va acompañada de una descarga motora, sensitiva y automática. Las insatisfacciones, con su agresividad acumulada, implican sentimientos cuya expresión se vuelve imperiosa. La represión logra actuar sobre el afecto, pero no contra la descarga, que una vez consumada puede actuar en forma de disfunción del sistema nervioso. Cuando la disfunción actúa en la motilidad o sensibilidad se tiene la conversión histérica, circunstancia poco frecuente en la neurodermatitis; pero cuando actúa en secreciones glandulares se obtiene una somatización conversiva. En ambos casos el síntoma se puede presentar de manera pasiva o ac

tiva, inhibición o exaltación, podrá haber parálisis histé-rica o ataque histérico, según haya inhibición o exalta-ción del impulso. De igual manera el síntoma puede actuar por medio del sistema nervioso autónomo, ya sea vasodila-tando, inhibiendo suprarrenales, etc.

Aun en ausencia de equivalentes simbólicos, los afectos -son exteriorizados por mecanismos motores, sensitivos o de secreción, de manera personal y, en muchas ocasiones, in-consciente. Cuando una emoción queda ligada a una actitud física, ésta puede emplearse como expresión, ya sea de la emoción o de lo inherente a ella. Si un paciente con neu-rodermatitis recibe atención por su padecimiento, aprende a demandar por medio de él, a pesar de las molestias que -le ocasione. Podemos decir que, inconscientemente, apren- de la química para lograr su equilibrio homeostático, como el mazoquista aprende, inconscientemente, la manipulación del medio ambiente para sufrir.

Al no realizarse un acto, fisiológico o no, ya sea comer, cubrirse del frío, rascarse, etc. se perturba el proceso -normal de excitación y gratificación, demanda y satisfacción. El paciente con neurodermatitis tiene muchas demandas difi-ciles de comprender y, por lo tanto, de satisfacer. Por -ejemplo: recordando que el padecimiento se presenta en sus comienzos en las mejillas, es evidente que durante el ama-mantamiento el bebé evite el roce de su hipersensible cara con la madre y, si ésta lo busca, la rechace; así, el ama-mantamiento se vuelve, en vez de un acontecimiento con sa-tisfacción mutua y precursor de interacciones promisorias, un acto necesario, pero generador de imprevisibles conse-cuencias. Ese mismo bebé tendrá deseos de ser limpiado, -

cubierto, tocado, acariciado, pero la calidad de sus demandas de contacto, debido a su piel hipersensible, con vasomotilidad y reflejos anormales, es diferente a la que aprendió a dar la madre.

De las presuntas causas provocadoras del proceso psicológico que desencadene o coadyuve el cuadro de neurodermatitis, es creible que predominará la correspondiente al problema primordial del paciente y, según el presente estudio, los incidentes que ataquen o comprometan la seguridad vincular con la persona elegida son los que despiertan más angustia y conflicto.

Claro está, que cualquier teoría del comportamiento humano debe comprenderse como un punto de vista general, sin desconocer los múltiples factores particulares, propios de la historia individual, que la modifican y hacen de cada persona un ser único e imposible de reproducir que existe dentro de su piel. Como decíamos al principio: "Totvs homo - in cvte".

REFERENCIAS

- Andrews, C.: Tratado de Dermatología. Salvat Eds. S.A. 2da. Edic. Barcelona. 1978; 136-143.
- Balint, M.: Individual differences of behavior in early infancy and - an objective method for recording them. J. Genetic Psychology. Londres, 1948; 73-117.
- Benedek, T.: The Organization of the Reproductive Drive. Int. J. - - Psycho-Anal., 41: 1-15, 1960.
- Benjamin, J.D.: The Innate and the Experiential in Child Development. - Lectures on Experimental Psychiatry. Ed. H. Brosin, - - Pittsburgh. 1961.
- Bergman, R. y Aldrich, C.R.: The natural history of infantile eczema: a follow-up study. Psychosom. Med. 1963; 25: 495.
- Besnier, E.: Première note et observations préliminaires pour servir - d'introduction a l'étude des prurigo diathésiques. Ann. - Derm. Syph. Paris. 1892; 634-648.
- Bowlby, J.: La Separación Afectiva. Ed. Paidós, Buenos Aires. 1976.
- Camacho, A.: Las 10 Dermatosis más Frecuentes. Tesis. U.N.A.M. México. 1978.
- Campos, F.J. y Cervera, R.: Neurodermatitis disseminada. Dermatología, Rev. Mex., México, 1964: VIII; 123-134.
- Cannon, W.B.: Hunger and Thirst. Murchison. Worcester. 1933.
- Cortes, J.L.: Dermatología Clínica. Ed. del Autor. México. 1972; 81-85 y 474-482.
- Czikszenmihalyi, M.: Beyond Boredom and Anxiety. San Francisco. Jossey Bass. 1976.
- Chang, W.P.: Liquen plano. Estudio de 30 casos y revisión del tema. - Dermatología. Rev. Mex. México. 1983; XXVII; 177-193.

- Davidoff, L.L.: Introducción a la Psicología. McGraw-Hill. México. 1984
- Dermatología, Rev. Mex. 1981. XXV; índice.
- Dolto, F.: Psicoanálisis y Pediatría. Siglo XXI Eds. 8va. Edic. México, 1983; 155-162.
- Erikson, E.H.: Infancia y Sociedad. Hormé. Buenos Aires. 1980; 222-226.
- Escalona, P.E.: Dermatología, lo Esencial para el Estudiante. Impresiones Modernas. México. 1971; 229-241.
- Fenichel, O.: Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Paidós Eds. Buenos Aires. 1966; 272-.
- Freud, A.: The Psycho-analytical Treatment of Children (1918-1946). International Universities Press. New York. 1955.
- Freud, S.: (1900-1926) La Interpretación de los Sueños. Biblioteca Nueva. Madrid. 1973.
- Tres Ensayos para una Teoría Sexual. Biblioteca Nueva. Madrid. 1973.
- Los Instintos y sus Destinos. Biblioteca Nueva. Madrid. - 1973.
- Inhibición, Síntoma y Angustia. Biblioteca Nueva. Madrid 1973.
- Frisch, K.: Aus dem Leben der Bienen. Springer. Berlín. 1931.
- Fudenberg, H.H.: Inmunología Clínica. Manual Moderno. México. 1978.
- Galin, D.: Lateral Specialization of Cognitive Mode: An EEG Study. - Psychoophysiology. 1972.
- Goldenson, R.: Misterios de la Mente. Ed. Diana, México, 1975; 285-298.
- Gómez-Orbaneja, J.: Dermatología. Aguilar. Madrid. 1976; 3-31.
- Gómez-Vidal, M.: La consulta dermatológica en el Hospital Juárez, S.S.A V Cong. Mex. Dermat. Memorias. México, 1969, 197-200.

- Gómez-Vidal, M.: Aspectos psicológico en la neurodermatitis. Rev. Cir. H.J. México, 1984; LIV: 19-20.
- Grinberg, L.: Introducción a las Ideas de Bion. Nueva Visión. Buenos Aires. 1979.
- Horney, K.: Our Inner Conflicts. Norton. New York. 1945; 41-60.
- Kerlinger, F.N.: Investigación del Comportamiento. Interamericana. México. 1982.
- Kierland, R.R.: Vascular Reactions of the Skin in Eczema. J. Pediat. - 66: 203. 1965.
- Kolb, L.C.: Psiquiatría Clínica Moderna. P.M.M. México. 1976; 504-509.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B.: Diccionario de Psicoanálisis. Labor, - S.A. 2da. Edic. Barcelona. 1979.
- Lorenz, K.: Der Kumpan in der Umwelt des Vogels. J.f. Ornithologie, 83, 2, 1935.
- Mahler, M.: Simbiosis Humana. Las vicisitudes de la Individuación. - Ed. J. Mortiz. México. 1980.
- Marmon, J. y Cols.: The mother-child relationship in the genesis of - neurodermatitis. A.M.A. Arch. Derm. 1957; 74-99.
- Marx, M.H. y Hillix, W.A.: Sistemas y Teorías Psicológicas Contemporáneas. Paidós. Buenos Aires. 1978.
- Menninger, K.: Teoría de la Técnica Psicoanalítica. Ed. Paz. México. - 1962.
- Miller, H.: Evaluation of the emotional factors noted in eczema and neurodermatitis. Psychosom. Med. 1960; 18: 167-169.
- Milton-Smith, G.: Estadística Simplificada para Psicólogos y Educadores. Manual Moderno. México. 1971.
- Obermayer, M.E.: Medicina Psicosomática. Caminos para su estudio. I - Cong. Mex. Dermat. México. Memorias. 1963; 562.

- Ornstein, R. E.: *Psicología de la Conciencia. Manual Moderno.* México. 1984; 43-63.
- Perrish, J.A.: *Dermatología. Manual Moderno.* México. 1978; 281-291.
- Pfungst, O.: *Clever Hans: The Horse of Mr. Von Osten*, Ed. H. Holt & Company, Nueva York. 1911.
- Phillipson, H.: *Test de Relaciones Objetales.* Paidós. Buenos Aires. - 1981.
- *Introducción al Test de Relaciones Objetales.* Paidós. - Buenos Aires. 1983.
- Quiroga, M.: *Cosmética Dermatológica Práctica.* El Ateneo. Buenos Aires. 1965; 29-34 y 41-50.
- Ramírez, S.: *Infancia es Destino.* Ed. Siglo XXI. México. 1983.
- Ramírez-Bojorques, A.M. y Heredia, E. Y.: *Observación de la relación madre-hijo en niños con neurodermatitis atópica.* Tesis, U.I.A. México, 1983.
- Ricci, B.P. y Cortesi, S.: *Comportamiento no Verbal y Comunicación.* - Ed. Gili, S.A. Barcelona. 1980.
- Rowell, T.: *Some Observations an Hand-Rearch Bâboon. Determinants of Infan Behavior.* Vol III. Ed. B.M. Foss, Methuen, Londres 1965.
- Ruiz-Maldonado, R.: *Epidemiología de las Enfermedades de la Piel en la Ciudad de México.* Tesis. U.N.A.M. México. 1964.
- Sáenz, M.R. y Cols.: *Tratamiento de Verrugas Múltiples con Levamisol y Placebo. Estudio Doble Ciego.* Memorias IX Congreso Mexicano Dermatología. Veracruz. 1979; 1057-1063.
- Segal, H.: *Melanie Klein, Obras Completas.* Paidós. Buenos Aires. 1980.
- Sperry, R.W.: *The Grant Cerebral Commissure.* Scientific American. 1964; 42-52.

- Sperry, R.W.: The Split Brain in Man. Scientific American. 1967; 24-29.
- Spitz, R.: El Primer Año de Vida del Niño. Aguilar Eds. 3ra. Edic. - Madrid. 1981; 95-104.
- Thompson, R.F.: Fundamentos de Psicología Fisiológica. Trillas. México. 1980; 275-293.
- Tinbergen, N.: Study of Instinct. Ed. Clarendon Presa. Oxford. 1951.
- Verthelyi, R.F.: Actualizaciones en el Test de Phillipson. Paidós. Buenos Aires. 1983.
- Watzlawick, P.: Teoría de la Comunicación Humana. Herder. Barcelona. - 1983; 64-65.
- Winnicott, D.W.: Realidad y Juego. Gedisa. Barcelona. 1979.
- Wolff, P.H.: The Natural History of Crying and other Vocalizations - in Early Infancy. Vol IV, B.M. Foss, Methuen, Londres. - 1969.