

01962
10



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

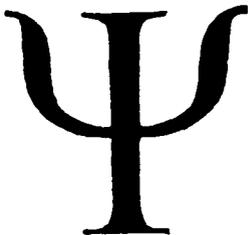
DERMATITIS ATÓPICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
REPRESENTACIÓN DEL PADECIMIENTO
(UN ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CASOS)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
P R E S E N T A :
ANTONIA GODÍNEZ IBARRA

DIRECTOR DE TESIS: MTRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ

CÓMITE DE TESIS: DRA. MA. ENEDINA MONTERO Y LÓPEZ LENA
DRA. BERTHA BLUM GRINBERG
DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ NÚÑEZ
DRA. MA. EMILY R. ITO SUGIYAMA



OCTUBRE DEL 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACIÓN DESCONTINUA

DEDICATORIA

A los niños que viven la experiencia de la dermatitis atópica y a sus familias, especialmente a los de la muestra de este estudio.

AGRADECIMIENTOS

Al pueblo de México, que gracias a sus impuestos y que por medio del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) fue posible realizar mis estudios de Maestría, mediante la beca con registro 114686.

A la UNAM, a la Facultad de Psicología y especialmente a la Dra. Bertha Blum Grinberg por la oportunidad de participar en el proyecto de posgrado que ella coordinó.

A mi directora de tesis, Mtra. Lucy Ma. Reidl Martínez, por su guía, comprensión y apoyo. Es un honor.

A las doctoras Emily Ito Sugiyama y Ma. Enedina Montero L. , así como al doctor José de Jesús González Núñez, por su valiosa orientación, sus correcciones y su comprensión.

A mis hermanos Oliva y Carlos por su gran apoyo solidario e incondicional.

A Gerardo por su comprensión.

A Marco A. Olavaria y a Beatriz Tapia, del I.N.P.

A Emilia y a Ahmed por su tolerancia y asesoría.

A todos los que de algún modo hicieron posible este trabajo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CONTENIDO

	Página
ÍNDICE DE FIGURAS	iii
ÍNDICE DE CUADROS	iv
RESUMEN	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. DERMATITIS ATÓPICA. ASPECTOS MÉDICOS	3
1.1 Definición	3
1.2 Prevalencia	3
1.3 Cuadro Clínico	4
1.4 Etiopatogenia	5
1.5 Pronóstico	8
1.6 Tratamiento	9
CAPÍTULO II. PSICOSOMÁTICA	11
2.1 Freud y los precursores	13
2.2 Estudios sobre la diada madre-hijo	18
2.3 Von Weiszaecker y su enfoque filosófico-biológico	20
2.4 Escuela francesa de psicossomática	20
2.5 Orientación lacaniana	26
2.6 Aproximación basada en la teoría general de sistemas	28
2.7 Abordaje desde la terapia conductual y el condicionamiento	29
CAPÍTULO III. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS DERMATOLÓGICOS	33
3.1 El cuerpo	33
3.2 La piel	37
3.3 La dermatitis atópica	40
CAPÍTULO IV. LA FUNCIÓN SIMBÓLICA EN EL NIÑO	43
4.1 La representación	43
4.2 El Dibujo	47
4.3 La Representación mental de la enfermedad	53
CAPÍTULO V. ESTUDIOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DERMATITIS ATÓPICA.	56
5.1 Edad de los sujetos	56
5.2 Sujetos implicados en el estudio	56
5.3 Instrumentos utilizados en los estudios antecedentes	57
5.4 El impacto familiar del padecimiento	57
5.5 La calidad de vida	59
5.6 Eventos estresantes de vida o factores asociados a la aparición y/o mantenimiento del padecimiento	61
5.7 Estudios sobre el vínculo padres-hijo, especialmente madre-hijo.	63
5.8 Rasgos y trastornos psicológicos y/o psiquiátricos en pacientes psicossomáticos.	68

5.9 Estudios sobre el estrés y su relación con la DA	72
VI. METODO	74
Planteamiento del problema	74
Objetivo general	74
Objetivos específicos	74
Variables	75
Tipo de estudio	75
Sujetos	75
Muestreo	75
Consideraciones éticas	75
Diseño	76
Instrumentos y materiales	76
Procedimiento	77
Análisis de resultados	77
VII. RESULTADOS	80
7.1 Resultados de los Niños	81
7.1.1 Los dibujos	81
7.1.2 Análisis de frecuencias con datos de la entrevista	85
7.1.3 Análisis de correspondencia simple con datos de la entrevista	89
7.1.4 Análisis de conglomerados jerárquico con datos de la entrevista	97
7.2 Resultados de las Madres	103
7.2.1 Análisis de frecuencias con datos de la entrevista	103
7.2.2 Análisis de correspondencia simple con datos de la entrevista	108
7.2.3 Análisis de conglomerados jerárquico con datos de la entrevista	112
7.3 Resultados de la comparación de las respuestas del niño y de la madre y de la relación entre diversas variables entre sí.	115
7.3.1 Análisis de frecuencias con datos de la entrevista	115
7.3.2 Análisis de diferencias para las variables exploradas en ambos miembros de la diada.	129
VIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	131
8.1 Interpretación de los dibujos de los niños	131
8.2 Discusión de resultados obtenidos mediante la entrevista	140
CONCLUSIONES	157
CONSIDERACIONES Y SUGERENCIAS	161
REFERENCIAS	163
ANEXOS	174
A. Guía de Entrevista para Niños	175
B. Guía de Entrevista para Madres	176
C. Significado Variables de los Niños	177
D. Significado Variables de las Madres	184
E. Descripción del caso, Familiograma y Dibujo	189

ÍNDICE DE FIGURAS

Número		Página
1	Panorama de diversas aproximaciones teóricas a la psicósomática.	32
2	Distribución de las respuestas de 11 niños con dermatitis atópica en función de los 2 ejes principales, obtenidos con la matriz de correspondencia de 47 variables nominales.	91
3	Distribución de las respuestas de 11 niños con dermatitis atópica en función de los ejes principales 1 y 3, obtenidos en la matriz de correspondencia de 47 variables nominales.	93
4	Distribución de las respuestas de 11 niños con dermatitis atópica, en función de los ejes principales 1 y 4, obtenidos en la matriz de correspondencia de 47 variables nominales.	96
5	Dendrograma de agrupación de 11 niños con dermatitis atópica con base en 13 variables elegidas mediante el análisis de correspondencia simple.	98
6	Dendrograma de agrupación de 13 variables nominales, para 11 niños, elegidas mediante el análisis de correspondencia simple.	101
7	Distribución de 13 variables, para 11 niños, en función de los 2 ejes principales.	102
8	Distribución de las respuestas de 11 madres de niños con dermatitis atópica, en función de los 2 ejes principales, obtenidos con la matriz de correspondencia de 17 variables nominales.	110
9	Dendrograma de agrupación de 11 madres de niños con dermatitis atópica, con base en las 8 variables elegidas mediante el análisis de correspondencia simple.	113

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE DE CUADROS

Número		Página
1	Número de sujetos que contestaron a cada categoría de las 8 variables, para la Dermatitis Atópica (DA) y la piel (PL).	88
2	Valores de descomposición de la inercia y chi-cuadrada del análisis de correspondencia simple para las variables de mayor varianza global en 11 niños con dermatitis atópica.	89
3	Contribuciones Absolutas (CA) y Relativas (CR) asociadas con el eje principal α -ésimo del análisis de correspondencia simple para 13 variables en 11 niños con Dermatitis Atópica.	90
4	Valores de descomposición de la inercia y chi-cuadrada del análisis de correspondencia simple para las variables de mayor varianza global (Madres).	109
5	Contribuciones Absolutas (CA) y Relativas (CR) asociadas con el eje principal α -ésimo del análisis de correspondencia simple para 8 variables de 11 madres de niños con Dermatitis Atópica.	109
6	Descripción de la coincidencia, por frecuencias, entre respuestas de la diada niño-madre, para 24 variables.	121
7	Variables que obtuvieron el porcentaje de acuerdo, más alto y más bajo, entre cada niño con su madre.	121
8	Comparación de la forma que los 11 niños adjudican ya sea a su Dermatitis o a su Piel, en la visualización y en el dibujo.	122
9	Valores de N y de t, en la prueba de Rangos Señalados y Pares Igualados de Wilcoxon, para 18 variables, donde Nñ=niño y M=madre (en negritas los valores que muestran diferencias significativas).	130

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo conocer la representación que los niños con Dermatitis Atópica (DA) se han formado de su padecimiento y cómo esa representación se relaciona con los conceptos maternos (y familiares). El estudio se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Pediatría, fue de tipo descriptivo, no probabilístico y propositivo. Los sujetos fueron once niños, con un rango de edad entre seis y diez años, que cursaran con DA, que no tuvieran retraso mental, enfermedad psiquiátrica, daño orgánico cerebral ni alguna otra enfermedad crónica grave. También se tomó a cada una de las madres de los menores. La representación se midió a través de la técnica de dibujo, tanto de la DA como de la piel, y de una entrevista semiestructurada para cada niño, así como de una entrevista semiestructurada con cada madre. La información obtenida fue codificada por categorías. El análisis de resultados se hizo a través de análisis de frecuencias, de un Análisis de Correspondencia Simple (ACS) para observar la dispersión de las respuestas y de un análisis de conglomerados (para conocer la tendencia de agrupamiento), tanto para el trato de los datos obtenidos, por la entrevista con el paciente, como para los obtenidos con su madre. Asimismo se efectuó un análisis de diferencias mediante la prueba de Rangos Señalados y Pares Igualados de Wilcoxon, para conocer el grado de coincidencia entre las respuestas del niño con las de su madre, en los aspectos valorados para ambos. Adicionalmente, considerando diversos lineamientos establecidos por la literatura, y con enfoque psicodinámico, se realizó una interpretación de los dibujos de los niños. Según el ACS, las variables que más explicaron la dispersión de los niños, fueron trece, predominando las relativas a diversos atributos otorgados a la piel y a la DA. Son esas también las variables que influyen para la agrupación de los menores (especialmente el color asignado a la DA y a la piel). Para las madres, son 8 las variables que explicaron mayormente la dispersión de sus respuestas, destacan la creencia de que el estrés causa la DA, la depresión y la ansiedad en el niño por su afección y la creencia que tiene la familia acerca de una causa mágica de la DA. Existiendo una concordancia entre los resultados del ACS y los del análisis de conglomerados. Según el análisis de frecuencias, las diadas cuyas respuestas tienen mayor semejanza son la niña nueve y su madre y el niño 10 y su madre; en tanto que las que menos coinciden son la niña cuatro y su madre y la niña once y su madre; así, los niños con DA de niveles menos graves parecen coincidir más en sus respuestas con las de sus madres, que los niños de mayor severidad. Los resultados permitieron concluir: 1) que los niños con DA cuentan con una representación de su padecimiento y pueden expresarlo tanto a nivel verbal, como gráfico, representación cargada de elementos asociados a su vivencia del padecimiento y de la dinámica familiar; 2) La representación que el niño se hace de su DA está influida por la concepción de su piel y los colores más asociados al padecimiento son los tonos rosa a rojo; 3) que no existen diferencias significativas entre las respuestas de los niños y de sus madres con relación a diversos aspectos explorados en la diada, a excepción de la percepción de depresión y ansiedad en el menor. Los niños se autodescriben más como deprimidos que como ansiosos y enojados, sus madres, en cambio les perciben más ansiosos y enojados que deprimidos; 4) la DA impacta negativamente la calidad de vida del paciente y su familia, los niños consideran que se ven más afectados en sus actividades recreativas y en el bienestar físico; 5) el manejo de información acerca del tratamiento médico, es un punto muy importante a considerar. Se analizan las implicaciones clínicas, y de intervención, de tales conclusiones y se brindan sugerencias para futuras investigaciones sobre el fenómeno.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (DA) es un padecimiento común en la consulta dermatológica, es frecuente en la primera infancia y en la niñez e impacta la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias, con el efecto que esto tiene para un ser que se haya en desarrollo.

Es por ello que llama la atención el hecho de que en nuestro país no existan estudios sobre el tema que consideren a los niños como sujetos, tampoco existen investigaciones sobre las creencias y teorías que los pacientes tienen sobre su padecimiento, siendo que esto tiene gran importancia para la adherencia al tratamiento.

De allí que el presente estudio tuvo como propósito principal conocer si existen o no teorías personales sobre el padecimiento y de ser así, cuáles y cómo son éstas en los niños y qué tanto se parecen a las de la madre o la familia y en qué aspectos difieren.

La dermatitis atópica pertenece a las denominadas enfermedades psicósomáticas. La "psicósomática" es un término que no se puede evitar ni siquiera en el ambiente médico. En el capítulo dos del marco teórico se aborda, mostrando la dificultad que existe para llegar a un consenso, la psicósomática y algo de su historia, queda de manifiesto la amplia gama de corrientes y aproximaciones en el estudio de las enfermedades denominadas psicósomáticas. Sin importar su etiología, la dermatitis se presenta en un sujeto, en su cuerpo, en su piel, en el capítulo 3 se revisan estos conceptos y su relación con los aspectos psicológicos, en especial con la dermatitis atópica.

Como en esta investigación es central conocer la representación del paciente sobre su enfermedad y la forma en que ésta coincide o no con lo que piensan sus madres, el capítulo 4 del marco teórico revisa la función simbólica del niño, su capacidad de representación y, más concretamente, el dibujo como expresión gráfica de tal función.

Abundantes son las investigaciones, especialmente extranjeras, que sobre diversos aspectos de la enfermedad dermatológica, principalmente la dermatitis atópica, se han realizado y que son revisadas en el apartado de Antecedentes.

En la sección de resultados se presentan los datos obtenidos para los niños, las madres y la combinación niños-madres, según el análisis de frecuencias, según el análisis de correspondencia simple y según el análisis de conglomerados jerárquico. Es de especial

importancia el punto donde se combinan los resultados niño-madre ya que allí se analizan las relaciones entre un serie de variables cuyos resultados fueron comparados niño vs madre.

Finalmente, en la sección de discusión de resultados, se presenta una breve interpretación, basada en trabajos de autores experimentados en la valoración del dibujo infantil.

De la discusión y conclusiones se desprenden una serie de consideraciones que aportan información importante sobre la concepción de los niños y de sus familias acerca del padecimiento y sobre los lineamientos de atención que conviene seguir a partir de tales resultados; además esa discusión da lugar a las sugerencias para próximas investigaciones sobre el tema (y sobre la atención integral al paciente) y a la consideración de las limitantes halladas en la elaboración del presente estudio.

Por último, los anexos tienen una importancia considerable ya que presentan las guías de entrevista, el cuadro de significación de cada variable considerada en el estudio , tanto de las madres como de los niños. También se anexa un apartado que reúne, para cada uno de los 11 casos, una breve viñeta, el familiograma (para ubicar el lugar que ocupa el paciente en la constelación familiar) y los dibujos realizados por los niños sobre la representación que se hacen de su dermatitis atópica y de su piel.

CAPÍTULO I. DERMATITIS ATÓPICA

1.1 DEFINICIÓN.

La Dermatitis Atópica (DA) "es una dermatosis de causas desconocidas que se caracteriza por piel seca con bajo umbral al prurito" (Ruiz-Maldonado, Parish y Beare, 1992, p.620). Se trata de un proceso inflamatorio de la piel, pruriginoso (del latín prurire, comezón, es una sensación que provoca el deseo de rascado), crónico, que se presenta con remisiones y exacerbaciones, predominante en pliegues de flexión y de etiología multifactorial.

A este padecimiento también se le ha denominado eczema, eczema atópico, eczema infantil, eczema constitucional, prurito de Besnier y Neurodermatitis (entre otros).

La primera descripción la hace Suetonis en el año 63 a. C., quien describe un padecimiento dermatológico muy similar en el emperador Augusto (Isart y Montero, 1995). Sin embargo, no es hasta 1892 cuando Besnier la describe propiamente (Gómez, V., 1986). En 1906 Clemens Von Pirquet introduce el término de alergia, que significa "trabajo exagerado" o hipersensibilidad específica y adquirida. En contraste, en 1922, Coca separa un grupo de afecciones alérgicas caracterizadas por alta incidencia familiar y personal de alergia y un cuadro clínico provocado por un agente externo y debido a una hipersensibilidad específica mediada por la reagina (IgE), a esta modalidad le llamó "atopia" que significa "fuera de lugar" o "enfermedad extraña", con ella se designa a una hipersensibilidad inespecífica y constitucional (Frouchtman, 1985). De allí que es en 1933 cuando Sulzberger y Wise denominan Dermatitis Atópica a este padecimiento, nombre con el que internacionalmente se le conoce hoy (Isart y Montero, 1995).

En una amplia revisión documental, Aizpuru (1980), rastrea el concepto y su historia.

1.2 PREVALENCIA.

Para Ruiz Maldonado (1975) del Instituto Nacional de Pediatría (INP), en nuestro país, la DA es una de las enfermedades de la piel más frecuente en los niños, ocupa el primer lugar entre las enfermedades de la piel en pediatría. Según este autor, dentro de la frecuencia por edades la incidencia mayor está de los 2-12 años (el 64%), en tanto que el 32% en edad preescolar y el 31% en edad escolar. Otro estudio realizado en el INP refiere que la DA constituye el 13% de las dermatosis, ocupando el segundo lugar entre las enfermedades de la

piel en población infantil (Herrera y cols., 1992). Quizá las cifras proporcionadas por diferentes autores no coincidan; pero la realidad es que se trata de un padecimiento muy frecuente. Es un problema presente sin distinción de razas, su prevalencia es preocupante porque abarca el 2% de la población general y el 14% de los niños (Ruiz Maldonado, 1975).

A nivel mundial, los estudios refieren un incremento en el porcentaje de niños diagnosticados con DA Según un estudio epidemiológico realizado en Berlín, en 1991, la frecuencia de este desorden sigue incrementándose. Adicionalmente, se reporta que algunas de las formas de atopia (DA, fiebre de heno y asma) ocurren en un 22% de la población general (Schachner, Field, Hernández-Reif, Duarte y Krasnegar, 1998).

La diferencia por sexos no es significativa. Sin embargo, en mi experiencia en el INP, se observaban más casos entre niñas de nivel escolar que entre los niños de esta misma edad

1.3 CUADRO CLÍNICO.

El cuadro clínico tradicionalmente se ha descrito en tres etapas, pero según los dermatólogos, en la actualidad ya no se presentan así, más bien se suman unas a otras debido a los tratamientos que reciben los pacientes desde su inicio.

Para Domínguez-Soto y Saúl-Cano (1996), al igual que para Ruiz-Maldonado (1975), se hablaría de tres etapas.

a) Etapa de lactante. La enfermedad suele iniciarse en los primeros meses de vida, a veces casi desde el nacimiento. Las lesiones afectan la cara: mejillas, frente (respetando su centro y la nariz, principalmente la punta); afectan también la piel cabelluda, los pliegues, las nalgas (área del pañal), las superficies extensoras de los miembros, el tronco y el dorso de los pies. Las lesiones son de tipo eczematoso sobre todo sobre la cara, por el rascado (piel llorosa, húmeda y costrosa): eritema (rojizo), vesículas y costras melicéricas con costras hemáticas con signo de rascado. Estas lesiones altamente pruriginosas (que dan comezón) evolucionan por brotes y en general si el paciente no es tratado inadecuadamente, tienden a involucionar al año de edad. Además son lesiones que fácilmente se infectan en forma secundaria.

b) Fase del escolar. Se inicia hacia los 3 a 7 años cuando el niño empieza a ir a la escuela, comprendiendo hasta los 12 años aproximadamente. Las lesiones son preferentemente en las áreas de flexión: cuello, pliegues de codo y huecos de la corva. La morfología corresponde a la

de una dermatitis crónica: zonas de eritema y liquenificación (índice de rascado crónico) y costras hemáticas; periódicamente sufren eczematización, si no existen los cuidados adecuados. Según Ruiz Maldonado (1975), en aproximadamente el 5% de los casos se afecta el 90% o más de la superficie cutánea. La enfermedad evoluciona por brotes, hay temporadas en que no existen lesiones aun cuando persiste una piel xerótica (seca) y pigmentada con intenso prurito. Alrededor del 90% de los pacientes mejoran después de la pubertad.

c) Etapa del adulto. Se consideran aquí también a los adolescentes. En este caso además de las zonas flexurales, se presentan lesiones periorbitarias y peribucales y lesiones vesiculosas en las manos. Son lesiones tanto liquenificadas como eczematosas, muy pruriginosas, que alternan con periodos asintomáticos.

Este patrón de presentación, con una frecuencia mayor del padecimiento en edades tempranas (como ya fue reportado en el apartado de prevalencia), quizá varíe según el país, ya que por ejemplo en Finlandia, para Havu y Jansen (1973), la DA afecta principalmente a los adultos entre 30 y 50 años de edad.

La enfermedad puede complicarse con impétigo, una infección estreptocócica o estafilocócica de la piel, caracterizada por la erupción de vesículas (Diccionario de la Lengua Española, 1996), ya que los estafilococos son abundantes en la piel atópica y en este caso se añaden francas pústulas (vejiguilla inflamatoria llena de pus). Otras veces se añade una dermatitis por contacto ya que es una piel muy irritable y sufre agresiones de medicamentos y remedios caseros. La eritrodermia (piel rojiza, irritada) puede ser complicación por el abuso de corticoesteroides y en tal caso toda la piel se afecta, se pone rojiza y escamosa con intenso prurito (Dominguez-Soto y Saúl-Cano, 1996).

1.4 ETIOPATOGENIA.

Para la ciencia médica la DA es una enfermedad multifactorial, en la que intervienen factores constitucionales y ambientales.

Dentro de los factores ambientales Domínguez-Soto y Saúl-Cano (1996), mencionan los siguientes:

a) La Atopia. Es una hipersensibilidad inespecífica y constitucional (no es una alergia). En la atopia interviene el mecanismo I de la clasificación de Gell y Coombs con participación

importante de la IgE (Inmunoglobulina E). La atopia puede o no expresarse clínicamente; cuando lo hace en la piel hablamos de dermatitis atópica, cuando lo hace en el aparato respiratorio se habla de asma y rinitis atópicas y hay también conjuntivitis atópica; pero muchas veces, quizá lo más frecuente, la atopia no tiene expresión clínica y no puede ser detectada en una persona o familia. La atopia se hereda con un patrón autosómico dominante, y así es posible encontrar, en un 70% a 80% de los pacientes atópicos, antecedentes familiares o expresión de dicha atopia en varios órganos.

b) Fenotipo cutáneo. los pacientes atópicos tienen una piel seca, escamosa e irritable con bajo umbral al prurito. Es frecuente observar un envejecimiento de la piel con arrugas y pliegues.

c) Sistema neurovegetativo. Hay una tendencia a la vasoconstricción prolongada, palidez de tegumentos (membrana que cubre el cuerpo de un animal o algunas de sus partes internas), intolerancia al calor, retención sudoral y respuesta anormal a la histamina y a la acetilcolina con dermografismo blanco. De estas alteraciones la enfermedad tomó el nombre, más usado en Europa, de neurodermatitis diseminada (que no se refiere a que sea "por nervios").

d) Inmunología. La inmunidad humoral está exacerbada con una producción elevada de IgE (un Anticuerpo o Inmunoglobulina E llamada Reagina) sobre todo en las fases agudas de la enfermedad; sin embargo, este hecho no es exclusivo de la DA, es decir, la concordancia entre los niveles de IgE elevados y la presencia de la enfermedad atópica no siempre está presente. La IgA (Inmunoglobulina A) está transitoriamente disminuida en los inicios de la enfermedad, con lo cual se pretende explicar por qué las células epidérmicas quedan desprotegidas y dejan pasar antígenos hacia los linfocitos B cuyo estímulo produciría IgE que se fijaría en los mastocitos permitiendo, ante una gran diversidad de antígenos, degranularse y producir los mediadores de la inflamación. La dermatitis se ha pensado como una reacción alérgica, concretamente por una hipersensibilidad clínica de tipo reacción anafiláctica (de desprotección) con anticuerpos IgE y una reacción humoral inmediata. Sujetos normales o alérgicos pueden presentar una hipersensibilidad específica a determinados alérgenos, pero pueden pasar años, o toda la vida, sin manifestación clínica alguna a pesar de persistir el contacto con el alérgeno, no hay expresión clínica. En los asmáticos, por ejemplo, diversas causas pueden provocar su aparición o provocarles crisis, tales como posibles influencias psicógenas, por esfuerzo, etc. Así, la alergia es la expresión de la reactividad alterada del organismo y cuyas causas desencadenantes el clínico debe estudiar en cada caso. En

conclusión, ante un antígeno (polvo u otro estímulo), los linfocitos B producen anticuerpos (IgE, reagina) contra el antígeno, esta gran reacción es la alergia; si se da al paciente Inmunoterapia específica aparecen anticuerpos de la clase IgG capaces de bloquear la anterior reacción alérgica, evitando o disminuyendo la liberación de histamina (un mediador químico formado en los mastócitos y basófilos, células sanguíneas de defensa) con lo cual se produce hiposensibilidad. Sin embargo, no existe pleno acuerdo entre los autores sobre la IgE en suero y en pruebas cutáneas; cualquiera que sea la etiología, por ejemplo del asma, no se observa relación alguna entre el nivel de IgE sérica y el estado clínico, no hay correlación entre el resultado de las pruebas y los niveles de IgE (Frouchtman, 1985).

Por otro lado, continuando con Domínguez- Soto y Saúl-Cano (1996), la inmunidad celular está disminuida en cuanto a los linfocitos CD4, lo cual determina una mayor susceptibilidad a bacterias, virus y hongos. Además, la quimiotaxia de neutrófilos está disminuida y está presente una eosinofilia periférica.

Existe una teoría no probada que habla del bloqueo de receptores beta adrenérgicos, lo cual causaría sensibilidad a la acetilcolina con los fenómenos vasculares concomitantes.

e) Flora bacteriana. El estafilococo dorado coloniza en especial la piel de estos pacientes. El 90% de lesiones crónicas presentan ese germen y el 100% de las lesiones eczematosas lo tienen. Tomando en cuenta que en la piel normal está prácticamente ausente, ello explica la facilidad con que este tipo de piel se infecta.

Llama la atención que en una publicación médica se considere el siguiente factor.

f) Personalidad. Se trata de ciertos rasgos de personalidad atópica, con los que se nace, constitucionales, mismos que pueden variar con la enfermedad misma: el prurito intenso, su cronicidad, el deterioro de la imagen corporal que la enfermedad causa. Además de otros aspectos que estos autores mencionan y serán tratados en otro apartado con mayor detenimiento. Según Frouchtman (1985) las tensiones emotivas pueden participar como factor coadyuvante en el desencadenamiento de las crisis de enfermedades de factor alérgico como el asma y la dermatitis. En el mismo sentido Gfesser, Rakoski y Ring (1996) señalan que la piel tiene como función formar una barrera permeable entre el interior y el exterior. En pacientes con DA la función de barrera se ha encontrado anormal no sólo en lesiones eczematosas, sino también en áreas secas y en piel clínicamente normal en las zonas de predilección de la

enfermedad. Esto sugiere que el stratum de lípidos tiene cambios cualitativos y cuantitativos y la membrana intercelular. La alteración en la función de barrera epidermal se debe a la pérdida de agua transdermal, eso es típico en pacientes con DA, al no funcionar la barrera diversos alérgenos pueden más fácilmente penetrar la piel, induciendo un círculo vicioso y perpetuando las lesiones eczematosas.

En cuanto a los factores medioambientales mencionados por Domínguez-Soto y Saúl- Cano (1996), están:

- a) Factores ambientales. El clima seco ya sea caluroso o frío empeora la enfermedad y el medio húmedo favorece el buen estado de la piel; el agua clorada es perjudicial y en cambio el agua de mar y el clima de las costas es favorable al paciente.
- b) Estrés y factores emocionales.
- c) Ambiente familiar.

Estos dos últimos puntos serán revisados con mayor detenimiento posteriormente, sin embargo, al ser mencionados por dermatólogos, no cabe duda que incluso la medicina les concede un papel en la etiología de la DA

1.5 PRONÓSTICO.

La historia natural de la DA conduce a su desaparición hacia la pubertad, con algunos brotes en la edad adulta; sin embargo, esta evolución puede ser alterada por los tratamientos sobre todo a base de corticoesteroides, permitiendo que la enfermedad se prolongue indefinidamente (Domínguez-Soto y Saúl-Cano, 1996).

En algunos casos se desarrolla posteriormente otra enfermedad atópica. Los factores que pueden empeorar el pronóstico son, entre otros, la historia familiar positiva de DA, asociación de asma, rinitis y afectación cutánea severa. En un estudio el pronóstico fue malo cuando los síntomas comenzaron antes de los 2 años de edad y cuando las lesiones comprometieron no sólo áreas de flexión sino también las superficies extensoras. Los factores que no influyeron en el pronóstico fueron: la severidad en su inicio, la posición cronológica del niño en la familia, la forma de alimentación y la asociación con ictosis (padecimiento que se presenta súbitamente por efecto de un golpe). Se ha visto también que separando al menor de su ambiente familiar desaparecen las lesiones, reapareciendo al regresar a su marco familiar (Ruiz Maldonado, 1975; Vickers, 1980).

1.6 TRATAMIENTO.

No hay tratamiento específico para la D. A., la mayoría de los regímenes terapéuticos usados pueden dar alivio sintomático temporal.

La medida más benéfica para los pacientes y los padres es la explicación adecuada y amplia sobre la naturaleza y evolución del padecimiento y lo que se espera del tratamiento que se indicará, además de las medidas generales de cuidados para la piel.

Las medidas son evitar el sol excesivo, el agua clorada de albercas, el uso de jabón (indicar jabones neutros o cremosos sólo en genitales, axilas y pies), no tallar la piel para nada. El caso es evitar cualquier elemento que irrite a esa piel hipersensible, de allí que se aconseja el uso de ropa de algodón únicamente y se prohíbe el uso de pomadas y remedios caseros así como de cosméticos que irritan la piel.

En cuanto a las dietas, existe controversia. En lo general se permite al paciente que coma de todo.

En cuanto al tratamiento tópico, depende del estado de la piel; si está eczematosa (inflamada y llorosa) debe secarse antes de aplicar cualquier pomada. El uso de fomentos con agua de manzanilla o suero fisiológico es útil. Estando la piel ya seca, se usan pastas inertes que llevan óxido de zinc y calamina en una base de vaselina y lanolina que son protectoras y antipruriginosas. Si la piel está muy seca y liquenificada (engrosada), los fomentos y baños serán emolientes, con almidón y aceites seguidos de cremas o pomadas más grasosas que llevan vaselina, coldcream y óxido de zinc. En general se les prescribe el uso muy frecuente de cremas humectantes que les ayudan a mantener el manto ácido grasa-agua, que se pierde en la DA Si hay dermatitis por contacto o impétigo hay que tratar primero estas complicaciones con sulfato de cobre y pomadas con vioformo o mupirocín. En el caso de eritrodermia, los baños emolientes y el uso de la vaselina será lo indicado.

Los corticoesteroides tópicos son los medicamentos más usados en esta enfermedad. En los niños se han utilizado mucho, pero a gran cantidad no se les proporcionan por temor a los efectos secundarios de usarlos a largo plazo, efectos tales como atrofia dérmica, daño al crecimiento, supresión adrenal e incluso asma; de allí que se ha propuesto incluso la fotoquimioterapia con psoralen oral (PUVA) (Patel, Clayton, Addison, Price y David, 1995; Sheehan, Atherton, Norris y Hawk, 1993). Incluso se ha escrito que: estos medicamentos "no

curan nada, sólo engañan al paciente [...] la enfermedad [...] sólo se oculta y se modifica". Al pasar el efecto del medicamento se presenta el rebote y más tarde la corticodependencia (Domínguez Soto y Saúl Cano, 1996, p.15).

También se han utilizado antihistamínicos sobre todo de la primera generación que son sedantes como la clorfeniramina y la hidroxicina, que ayudan a mejorar el prurito; otros antihistamínicos inhiben la producción de histamina. También son de ayuda, al igual que los sedantes suaves tanto para el paciente como para los padres que se angustian. La talidomida ha mostrado ser de ayuda en casos de DA corticoestropeada, en su fase eritrodérmica. Sólo que recuerdese que este último es un medicamento prohibido para mujeres embarazadas, así que requiere de una buena explicación y conocimiento de los posibles riesgos por parte de la paciente.

Los antibióticos tipo dicloxacilina, serán necesarios cuando haya infección o simplemente eczematización por el estafilococo dorado.

Para Frouchtman (1985) una terapéutica eficaz debe tener en cuenta los posibles factores que de una u otra forma se han sumado y contribuido a precipitar las crisis, como los factores ambientales, los influjos psicológicos, etc. Considera que en el tratamiento es necesario suprimir el alérgeno o desalergenizar, alejarse del contacto con el alérgeno e hiposensibilizar (dar inmunoterapia específica). Se recurre a la inmunoterapia específica para aumentar la tolerancia ante la acción de los alérgenos responsables mediante la administración del antígeno causal en concentraciones progresivas (vacunas).

"En una palabra, más actúa en estos casos una buena explicación, una terapéutica conservadora que no haga iatrogenia y un apoyo del médico al paciente y su familia, que modernos y agresivos medicamentos que dañan más que mejorar una enfermedad que aunque molesta sigue siendo benigna para la vida del paciente" (Domínguez Soto y Saúl Cano, 1996, p. 16).

La DA continúa siendo un padecimiento que despierta muchas preguntas, incluso para la medicina ya que, como se ha visto, en ella intervienen múltiples factores. Uno de ellos es el aspecto psicológico, este padecimiento ha sido considerado como trastorno psicósomático. En el siguiente capítulo se presenta una revisión teórica sobre la psicósomática.

CAPÍTULO II. PSICOSOMÁTICA

Como especialidad la psicosomática es muy joven, aproximadamente 60 años. Pero en la práctica existe desde el inicio de la medicina.

A lo largo de la historia, en todas las culturas, la medicina estaba muy ligada con la religión. Inicialmente, el encargado de dar salud y felicidad (en culturas como la india, la china y la egipcia) era un sacerdote-médico, en nuestra cultura pensemos en los curanderos y chamanes (Maldonado, 1994). Junto con esa práctica religiosa dominante, siempre existió también la corriente empírico-racional más o menos tolerada por las religiones de la época pre-cristiana.

Dentro de esta raíz mágica-religiosa el elemento mágico-sugestivo era imprescindible para la curación, aspecto que el sacerdote complementaba con medidas prácticas, físicas y farmacológicas.

En la Grecia antigua, existían templos dedicados a Esculapio (semidiós hijo de Apolo), donde los enfermos buscaban curarse. La terapia se basaba en la empatía humana, había un reconocimiento físico y apoyo moral y una rehabilitación social, se daba dietoterapia, hidroterapia, masaje, drogas tales como los sedantes, terapia ocupacional y recreativa; además de sesiones individuales donde un filósofo estaba dedicado a escuchar y resolver problemas. Eran templos-sanatorios y alrededor de éstos se constituyeron las escuelas griegas de medicina (muy influenciados por todo lo aprendido de los egipcios sobre el tema). Las doctrinas de Hipócrates son el resumen de todo el saber médico de su época y cuya influencia nos alcanza.

Según la teoría humoral de Hipócrates, salud, enfermedad, temperamento y carácter dependen de los 4 humores cardinales del cuerpo (sangre, linfa, bilis negra y bilis amarilla). De acuerdo con la predominancia de alguno, los temperamentos pueden ser: sanguíneo, flemático, melancólico y colérico. Tales temperamentos predisponen a diversas enfermedades.

En el año 200 a. C. Los romanos dominan Grecia; pero asimilan sus conocimientos médicos. Según Galeno (médico griego emigrado a Roma en el siglo II d.C.) el alma regula las funciones corporales y conserva la vida. Él, al igual que Platón, diferenciaba tres tipos de alma, como tres formas fundamentales de la vida: a) alma psíquica, localizada en el cerebro; b) alma animal, localizada en el corazón y c) alma vegetativa, localizada en el hígado. Galeno

es el último representante de la medicina antigua, sus escritos son la base de la ciencia médica no religiosa de la Edad Media.

Cuando se impone el cristianismo católico, como religión oficial del poder (en cualquier lugar y momento histórico), la iglesia compite con las religiones paganas y con sus ritos mágicos de curación y elimina a la antigua corriente científica de la medicina, conservándose sólo la raíz mágica. Esta nueva religión prometía salud espiritual y física a todos y una curación por la fe; no había lugar para el médico, Dios era el único que daba el don de curar, no era necesario estudiar, sino ser elegido. Con todo, la teoría humoral de Hipócrates, transmitida por Galeno, fue el único puente de unión entre la medicina antigua y la moderna.¹

Aunque el enfoque psicosomático de concebir al hombre como ser cuyas funciones corporales están estrechamente vinculadas con las psíquicas, mentales o espirituales, es muy antigua –valga una digresión, tal vez esta afirmación no sea tan justa ya que habría que definir si lo que hoy se denomina psicosomática es en algo análoga a esa práctica antigua y empezando por definir mejor a qué nos referimos con este concepto, ya que justamente lo que se plantea en este capítulo es la gran dificultad de reunir bajo un mismo cuerpo todo eso denominado psicosomática-- , el sustantivo “psicosomático” es de aparición reciente (como concepción nueva de la medicina) –1946—y se utiliza para designar, en general, una concepción nueva que incluye factores psíquicos en la determinación de las afecciones orgánicas.

El término “psicosomático” ya se había empleado por el psiquiatra alemán Heinrich Heinroth en 1818 para caracterizar una forma de insomnio, era un adjetivo. El término fue variando: somatopsíquico, psicofísico, psicomédico. La expresión “medicina psicosomática” fue creada en 1939, al fundarse la American Journal of Psychosomatic Medicine. (Gorali, 1994; Marty, 1992; Mittelman, 1967).

Si hablamos de psicosomática (sea cual fuese la definición que de ella tengamos) la referencia obligada es el psicoanálisis, aunque sólo sea porque de él procede inicialmente y de él, como escribe Marty (1992), se ha diferenciado y distinguido hasta ampliar su campo de interés. El psicoanálisis fundó la medicina psicosomática que ha tratado de buscar en el síntoma psicosomático un sentido que vaya más allá de la mera exteriorización orgánica y permita reconstruir una interpretación.

¹ Hasta aquí nuestro recorrido a través de Békei (1986) y la lectura hecha en UNAM (1975).

Preocupado por distanciarse de la medicina oficial de su época, que había recibido mal el concepto de inconsciente, y siguiendo su exploración psicológica, Freud sólo rara vez se dedicó directamente a los problemas de enfermedad psicósomática. Sin embargo, siempre supo de la presencia de componentes psíquicos en numerosas perturbaciones orgánicas afirmando que los fenómenos mentales y los fisiológicos ejercen influencia recíproca; hablaba del misterioso salto desde la mente al cuerpo (en el hombre de los lobos, 1909). Pero fue con sus estudios sobre la histeria y la neurosis de angustia (fobia) y con los conceptos de conversión y de equivalente de angustia con lo que dio las primeras indicaciones esenciales para una interpretación psicodinámica del síntoma orgánico, además con eso puso las bases para la posterior investigación.

2.1 FREUD Y LOS PRECURSORES.

Freud consideró los síntomas orgánicos de la histeria como resultado de una represión especial que llamó “conversión”. Pero de forma paralela al modelo de la conversión desarrolló una segunda hipótesis sobre la génesis de los síntomas psicósomáticos, hipótesis centrada en el concepto de “equivalente somático de angustia”, en 1895. Freud hace notar que algunas manifestaciones orgánicas (como las perturbaciones cardíacas y respiratorias, temblores, vértigos, parestesias) acompañan o a menudo sustituyen completamente al ataque de angustia, adquiriendo el significado de equivalentes somáticos de la angustia o de “la angustia enmascarada”. A diferencia de la conversión, éstos parecen ser la expresión de una excitación somática desagradable, de un “ansia indiferenciada” que no se puede referir a un proceso de elaboración psíquica. Así, Freud asocia la conversión con la represión y el equivalente somático de angustia con la proyección, el más primitivo mecanismo de defensa y el más difícil de “reducir al análisis psicológico” (Onnis, 1990).

A pesar de escribir que “el yo es primero y principalmente yo corporal”, Freud no se ocupó de los trastornos orgánicos que actualmente se consideran psicósomáticos; sólo por cuadros neuróticos con síntomas corporales, como la histeria de conversión con síntomas somáticos, de sentido simbólico, y las neurosis actuales, cuyos síntomas orgánicos no tienen sentido simbólico.

En 1905 (en “*tres ensayos sobre la teoría sexual*” y en “*el caso Dora*”), Freud interpreta los síntomas somáticos de conversión como el resultado de procesos de catexis que están

reemplazando excitaciones sexuales inhibidas y a los que está ligado por asociación. Poco a poco va precisando las hipótesis sobre la psicogénesis de muchos síntomas somáticos y señala que: a) en situaciones de dificultad y de conflicto interno o externo se puede producir una regresión de la libido a fases precedentes del desarrollo de la misma y a fijaciones sobre zonas erógenas u objetos relacionados a esa fase, y b) la pulsión parcial vuelve a dominar y la zona erógena que se relaciona con esa pulsión busca su satisfacción en forma aislada.

Así, los órganos y tejidos de las zonas erógenas se tiñen de sexualidad, determinando que aparezcan perturbaciones orgánicas funcionales (formas enmascaradas de satisfacción de una pulsión parcial en la zona erógena relacionada con ella). De allí que, la regresión a la fase oral y la fijación en ella justifica vómitos, anorexia, la regresión a la fase anal produce estreñimiento o colitis. Para Freud los síntomas de conversión pueden verificarse en todos los órganos.

En la elección del síntoma sobre cualquier órgano o función, deben considerarse la biografía del individuo (traumas somáticos y psíquicos infantiles, adaptabilidad de ciertos órganos a la representación simbólica de conflictos, momento y fuerza de las fijaciones de la libido y de la regresión que resulta de eso, además de factores, que al no poder justificar, Freud llama “predisposición o complacencia somática”. En el caso Dora (1905) aparecen las hipótesis de Freud sobre lo psicossomático (Onnis, 1990).

En su “*carta a Groddeck*” (5 de junio de 1917) Freud le preguntaba si acaso lo inconsciente fuera el “eslabón perdido” entre psíquico y somático. Le comenta que el inconsciente no necesita ninguna extensión más grande para abarcar las experiencias referidas a las enfermedades orgánicas; ya que el inconsciente es un poder que influye preponderantemente sobre los procesos somáticos, ejerce sobre ellos una acción plástica intensa que el acto consciente nunca alcanza (Onnis, 1990).

Según Onnis (1990), el “inconsciente del cuerpo” tocó en la puerta de Freud unas tres veces al menos: a) por la especulación fliessiana sobre el “periodicismo” y la bisexualidad; b) con el aspecto del “ello” groddeckiano, principio rector del par psíqué-soma y c) en el periodo de “declinación del complejo de Edipo”, con la forma del cuerpo soporte de la “función del orgasmo” en W. Reich y el “trauma de nacimiento” de Rank.

Figuras diversas, pero que tienen el mismo efecto: biologizar la represión y someter el conflicto edípico a la ley superior del cuerpo. Freud resiste (según Assoun, 1998) firme los

embates, para recordar la necesidad de desvincular la lógica de la represión del goce corporal no darle a ese goce corporal la función sustitutiva. Esas confrontaciones productivas le permiten a Freud delimitar la incrustación física del síntoma.

Según Assoun (1998) es esa posición o reacción de Freud lo que dejó la impresión de que el cuerpo no tenía nada que hacer en el psicoanálisis, era indeseable y/o temido, Freud no lo vio así. El poderío del cuerpo tiene un lugar que le corresponde. Es necesario, continúa, examinar bien el punto de vista freudiano sobre el cuerpo, ya que en el momento que se nombró a la psicósomática, en su concepto “moderno”, se presentó como la decisión de llenar un vacío y pretendía suplir una carencia de la teoría psicoanalítica del cuerpo. Cualquier enfoque pasado o moderno en la psicósomática nunca ha perdido de vista la “necesidad” de complementar la teoría freudiana, de pensar un destino de la somatización más allá de la conversión histérica. En conclusión, Assoun (1998) piensa que desde la misma metapsicología freudiana habría sido posible abordar estos trastornos corporales, no era necesaria una disciplina aparte, pues haciendo un montaje metapsicológico de cuatro puntos esenciales de la teoría freudiana (pulsión, narcisismo, yo cuerpo y pulsión de muerte) se puede abordar. La metapsicología freudiana, dice, está totalmente equipada para producir ese efecto clínico, sin el añadido de un montaje teórico “psicósomático”. Basta con la metapsicología general del cuerpo y la clínica de la corporeidad.

Por otro lado, Baur (1989), en su libro sobre la hipocondría considera que las manifestaciones de la hipocondría moderna son diversos problemas considerados como psicósomáticos, dentro de los que incluye a las enfermedades de la piel.

Pero después de Freud, vienen otros autores, tales como Groddeck, Deutsch, Alexander, Marty, Sami-Ali, por señalar algunos.

Los dos conceptos freudianos de “conversión” y de “equivalente somático de angustia” fueron retomados en los desarrollos posteriores rumbo a la psicósomática. Se intentó extenderlos también a aquellos procesos somáticos a los cuales Freud consideraba inicialmente sin significado particular desde el punto de vista psíquico. A esos se remiten, de manera más o menos directa, todos los autores que, siguiendo a Freud han interpretando psicodinámicamente el síntoma psicósomático.

a) Groddeck.- Propuso una generalización de la conversión histérica. Escribió “*el libro del Ello*” (del que Freud tomó el término para describir el sector del inconsciente pulsional) donde afirma que el hombre es “vivido” y “usado” por el Ello, que para obtener sus fines usa ya sea los procesos orgánicos o los dinámicos psíquicos. Por lo cual no hay diferencia entre evento somático y psíquico, de allí que la génesis de los síntomas orgánicos debería entenderse de manera análoga al trabajo del sueño y a la formación del síntoma neurótico; resultando que cada manifestación, ya sea somática o psíquica, sea la expresión simbólica de las “determinaciones profundamente escondidas del ello”. Este autor llega a hablar de “cuerpo como símbolo”.

b) Deutsch.- Autor perteneciente a la escuela de Boston, retoma el concepto de conversión, pero trata de precisar su proceso a través del principio de “simbolización”. Concordando con la idea freudiana de que el sentido de realidad deriva de la proyección de sensaciones del cuerpo sobre objetos externos, este autor considera que tal proyección se da en una fase de indiferenciación total del niño, por lo que se viven esos objetos como partes separadas o pérdidas del propio cuerpo y por eso trata de reunirlos al cuerpo a través de una “introyección” o de “simbolización” (a través de catexis de la libido en aquellas áreas somáticas que habían tenido un vínculo primario con el objeto). Cuando se revive el conflicto por pérdida o por agresividad con respecto al objeto, cuando no hay sustituto y no funcionan bien los mecanismos de represión habituales, se produce una conversión somática. En ese sentido Deutsch habla de “lenguaje del cuerpo” (Deutsch, 1994 [1950]; Onnis, 1990).

Otros autores, que por el contrario, se inspiraron en el concepto de “Equivalente de Angustia”, se mencionan a continuación.

c) Alexander.- Funda la Escuela de Chicago y en 1930 realiza las primeras investigaciones sistemáticas sobre la psicósomática. El introduce la denominación de “neurosis vegetativa” para la enfermedad psicósomática, distinguiéndola claramente de los síntomas de conversión. Va más allá de Freud en el “equivalente somático de angustia” (para Freud, detrás de ese equivalente hay fenómenos pulsionales indiferenciados que escapan a la investigación) concentrando todos sus esfuerzos por investigar psicodinámicamente los estados emotivos con los cuales los procesos psicológicos son concomitantes (Onnis, 1990).

Alexander afirma que el dualismo mente-cuerpo desaparece si consideramos el fenómeno psíquico como un aspecto subjetivo de ciertos procesos fisiológicos. A partir de su “noción de órgano”, y tomando críticamente los perfiles dilucidados por Dunbar entre rasgos de personalidad y manifestaciones mórbidas, elabora la noción de “constelaciones psicodinámicas características de ciertos cuadros de neurosis vegetativa (Alexander, 1994 [1950]; Marty, 1992).

Así, hace una lista de siete enfermedades psicósomáticas a estudiar (úlceras pépticas, colitis ulcerosa, asma bronquial, neurodermatitis, artritis reumatoide, hipertensión esencial y tireotoxicosis), todas ellas caracterizadas por lesión tisular y propone la existencia de un “conflicto psicodinámico específico” (Onnis, 1990).

En esta perspectiva psicogenética, la enfermedad pasa a ser el producto de cierto número de factores tales como reacciones emocionales que producen angustia, agresividad y actitudes afectivas que esas reacciones traen consigo. Esas actitudes afectivas alimentan una tensión crónica y se vuelven patógenas por exceso de excitaciones viscerales (Marty, 1992). Por ejemplo, Alexander subraya la existencia de una relación estrecha entre ataques de glaucoma y acontecimientos emocionales específicos, donde la tensión muscular aumenta al crecer la agresividad y la angustia concomitante (Sami-Ali, 1974). Su teoría está construida según el modelo psicofisiológico dualista, es por eso que, según Marty (1992), no pudo dar una explicación a los “nexos orgánicos”. Su teoría floreció en los años cincuenta y declinó hacia los sesentas, aunque su influencia continúa, ya que su aporte más importante fue el impulso a la investigación sistemática.

Estos teóricos (Groddeck, Deutsch, Alexander) buscaron constantemente los significados del síntoma somático (que se veía antes como fenómeno “natural” sin más). Pero corrían el riesgo de perder “el cuerpo” y centrarse sólo en lo psíquico y una concepción rigidamente psicogenética de los síntomas somáticos divide al individuo en dos entidades aisladas (psiquisoma) unidas por una relación lineal de causalidad, por lo cual el hecho psíquico (conflicto psicodinámico o estructura de personalidad) causa el evento somático. El concepto de conversión o somatización con el cual se trata de explicar el paso de una enfermedad psíquica a los órganos del cuerpo tiene detrás de sí el dualismo cartesiano de cuerpo-alma (dualismo

que Lacan impugna en 1946 ya que afirma que para Descartes no hay espíritu sin una existencia material [Gorali, 1994]).

Para intentar explicar por qué el conflicto neurótico elige en algunos casos el camino de la exteriorización somática en vez de la psíquica, esos autores recurrieron a un “factor de constitucionalidad”, concepto impuesto que plantea el problema de la naturaleza indefinida de la “complacencia somática” freudiana (Onnis, 1990).

En el intento de superar ese obstáculo, otra corriente de estudios y orientación psicósomática, los teóricos del yo o de la Psicología del Yo, comienza a interesarse también por las relaciones interpersonales y a valorar la influencia de la relación con las figuras parentales (especialmente la madre) en la génesis de las perturbaciones psicósomáticas.

2.2 ESTUDIOS SOBRE LA DÍADA MADRE-HIJO.

Estos se concentraron en las funciones yoicas y en sus eventuales alteraciones precoces. Trataron de profundizar el nexo entre el desarrollo del yo y la formación de las primeras relaciones objetuales privilegiando en particular la relación madre-hijo.

Algunos de los más significativos son:

a) Spitz.- Él da particular importancia a la relación madre-hijo en la génesis de las enfermedades psicósomáticas de la infancia. Para él, las perturbaciones de la personalidad de la madre pueden reflejarse negativamente en el hijo, ejerciendo influencia psicológica nociva que es base de los síntomas del niño. Distingue dos tipos de perturbaciones: la debidas a las inapropiadas relaciones madre-hijo y las debidas a la insuficiencia de tal relación. Trata de relacionar cada perturbación psicósomática del niño con un particular “esquema nocivo” de conducta materna (cólicos de primer trimestre con una solicitud materna excesiva y ansiosa). Son ampliamente conocidos sus estudios con madres reclusas de niños con dermatitis (Spitz, 1969), donde plantea que el eczema se relaciona con una actitud maternal entre hostil y ansiosa.

b) Kreisler, Fain y Soulé.²- Aunque no se ubican en la psicología del yo, estos autores dan mucha importancia a la interacción del niño con su madre, por ello se les ubica, en este estudio, junto a autores como Spitz. En un inicio, Fain, en 1971, establece una relación causal entre el trastorno del vínculo temprano madre-hijo y las enfermedades psicósomáticas. Los tres, en un arduo trabajo clínico conjunto, escriben en 1974 el libro *“el niño y su cuerpo”*. Estudios sobre la clínica psicósomática de la infancia”. Ellos sostienen que la madre tiene un papel esencial en la comprensión y satisfacción de las necesidades del niño, dándole la posibilidad de compensar mecanismos de integración mental que aún son insuficientes en él. Esa función es asumida en virtud del “instinto maternal”. Pero si hay carencia total o parcial de tal “instinto”, o si el comportamiento materno es “desorganizante” (por contradicción entre nivel consciente que expresa cuidados excesivos y nivel inconsciente que refleja hostilidad) en lugar de un desarrollo normal, el niño debe enfrentar solo una obra de integración que el aún es incapaz. La evolución resulta disarmónica y puede involucrar un componente psicósomático. Para ellos la perturbación psicósomática representa el síntoma aparente de un síndrome más complejo debido a la disfunción en la diada madre-hijo (Kreisler, Fain y Soulé, 1974).

c) Ammon.- Este autor, escribe Assoun (1998), retomando el concepto de “límite del yo (de Federn), sostiene que en la base de la perturbación psicósomática existe un defecto estructural narcisista en la construcción del límite del yo que define como “agujero del yo”. Atribuye una importancia fundamental a una distorsión de la relación diádica madre-hijo, para determinar este déficit estructural en la imagen corporal. Además, formula el concepto de “madre psicósomatógena” para definir el perfil de una figura materna que, a causa de sus propios conflictos no resueltos por un problema de identidad propio, no logra funcionar como yo auxiliar de su hijo y no le proporciona la catexis narcisista necesaria sobre los límites del yo; en cambio reacciona, ante sus enfermedades, con la libido, catectizando al cuerpo sufriente del niño que para ella termina por existir sólo en cuanto enfermo. Ammon (en Assoun, 1998), habla de la necesidad de superar el uso de la óptica psicológico-individual en la investigación psicósomática y afirma que las manifestaciones psicósomáticas deben ser vistas como una perturbación del proceso interpersonal madre-hijo en el desarrollo psíquico y somático.

² Pediatra el primero, psicoanalista y psicósomatista francés el segundo y psiquiatra y psicoanalista el tercero.

El problema con esta psicología del yo es que el acento se puso sobre las características de la personalidad de las madres (sobreprotectoras, dominantes, ambivalentes, inconsistentemente hostiles) y su influencia negativa, es “la madre que causa la enfermedad del hijo” (modelo de causalidad lineal) y lo que queda en la sombra es el concepto de interacción, reciprocidad y la inserción en una estructura familiar y social.

No se puede dejar de lado una visión interesante sobre la enfermedad (que hoy parece permear los Comités de Ética en las instituciones médicas) es la del médico Weiszaecker, quien plantea sus ideas alrededor del 1950.

2.3 VON WEISZAECKER Y SU ENFOQUE FILOSÓFICO-BIOLÓGICO.

Él propugnó por una nueva medicina a la que le llamaría “medicina biográfica o antropológica” en vez de psicosomática. Para él era necesario definir la medicina como tema de las relaciones médico-paciente: “los seres vivos, el hombre, son objetos [de estudio] que contienen un sujeto” (Gorali, 1994; Weiszaecker, 1994 [1950]). Los postulados de la medicina antropológica eran los siguientes:

todo individuo es alguien o algo y tiende hacia algo.

la reciprocidad vital: un ser vivo debe tratar al ser vivo de otro modo que a la muerte.

Solidaridad con la muerte, ya que es inevitable.

Tener una actitud de : “¡enfermedad sí, pero no así!”.

2.4 LA ESCUELA FRANCESA DE PSICOSOMÁTICA.

Dos autores son centrales, Pierre Marty y Sami-Ali.

En 1948, Marty elabora su teoría. Proveniente de la SPP (Sociedad Psicoanalítica de París, que era la Asociación Psicoanalítica de Francia), junto con otros miembros, entre los que se hallaba Kreisler, conforman un grupo de reflexión e investigación (decía que había que dejarle su lugar a la biología) y fundan en 1960, bajo la dirección de Marty, la Escuela Psicosomática de París (SPP), según Marty (1992) allí la psicosomática conquistó su autonomía y alcanzó la condición de disciplina científica. Aproximadamente, en 1991, ésta se convierte en el Instituto Psicosomático de París (IPSO) dirigido por Marty.

Marty inventa un método y una técnica para abordar la psicósomática, formula nuevas hipótesis y precisa la semiología indispensable para la investigación y la enseñanza en psicósomática; además de ser original en sus nociones centrales ya que afirma que las nociones de Freud fracasan en la perspectiva psicósomática.

Según Marty, la economía individual no es sólo psíquica, por lo tanto la teoría (aunque parte del psicoanálisis) debe intentar explicar el “conjunto fisiológico y patológico de las relaciones psyché-soma”. Él considera que el psicósomatista debe ser un analista que conozca a Freud y que inicie formación específica que no rechace el cuerpo no-erógeno. Conformar una nosología de las “enfermedades y enfermos en su cuerpo”, que son tratables por el analista.

La teoría de Marty está organizada por el principio evolucionista, discrimina entre instintos (con objetos que no son convertibles) y pulsiones (cuyos objetos pueden variar y que toman la vía mental bajo la forma de imágenes psíquicas). Para él, tanto los unos como las otras se originan en excitaciones corporales y ciertas situaciones (como frustraciones y pérdidas) agudizan o desencadenan dichas excitaciones. Menciona que las excitaciones tienen dos vías de descarga: la actividad mental y la actividad sensorio-motriz de los comportamientos. Cuando cualquiera de esas dos vías no está disponible, los aparatos somáticos deben responder. Ese es el origen de las somatizaciones cuyo índice de gravedad da forma a la nosología psicósomática. Todo lo basa en el Pensamiento Operatorio, producido por fallas en el funcionamiento del psiquismo, concretamente del Preconsciente (Prc.).

Cuando las excitaciones se acumulan o son muy intensas, resulta insoportable para los sistemas funcionales, las desorganizan dando paso a traumas o fijaciones que impiden el desarrollo normal del psiquismo. Es así como de dan, ya sea:

Insuficiencias del Prc. (o fallas en la evolución psíquica) debidas en general a la “indisponibilidad” afectiva de la madre.

Borramiento del Prc., que deja lugar al pensamiento automático u operatorio (o mejor dicho vida operativa) emparentada con la alexitimia (dificultad para reconocer las emociones propia).

Al hablar de los procesos de somatización menciona que los traumatismos afectan en primer lugar al aparato mental, éste busca dar trámite en el interior de sí mismo a la variación de excitaciones que el trauma provocó. Así, el aparato mental bloquea, toponea y atempera o no,

los movimientos de desorganización antes que lleguen al terreno somático. Un aparato mental de larga y regular madurez tiene todas las posibilidades de lograr que el efecto desorganizador inicial de los traumas se agote y pierda antes de llegar a la esfera somática. Un aparato mental adecuado se basa en una organización adecuada de los dos sistemas tópicos consciente-inconsciente; además de condensación y desplazamiento, moviliza permanentemente las representaciones preconscientes de los diversos niveles del desarrollo y las anima haciendo resurgir los conflictos ligados a la castración y al edipo gracias a la presencia del superyó post-edípico; utiliza los movimientos de interiorización y de proyección; puede elaborar los duelos y se detiene también en regresiones que alcancen parcialmente fijaciones anteriores.

El problema central de las somatizaciones es la circulación de las excitaciones instintuales y pulsionales (de esencia agresiva y erótica). Normalmente, las excitaciones se elaboran en el aparato psíquico y se expresan en rasgos de carácter y de comportamiento. Tales elaboraciones y expresiones deben aplicarse precisamente a esas excitaciones. Pero si los valores afectivos no corresponden a las necesidades actuales del sujeto, las actividades mentales y conductuales no resuelven nada. Los obstáculos para el flujo adecuado de excitaciones son obstáculos dentro del aparato mental y obstáculos en el nivel de los comportamientos (por imposibilidades o insuficiencias funcionales sobre todo sensorio-motoras, o por inhibiciones, evitaciones o supresiones de conductas eróticas y agresivas).

Explica Marty (1992) que existen dos polos opuestos en los procesos de somatización: desorganizaciones y regresiones. **Las Desorganizaciones Psicossomáticas**, son secuela de desorganizaciones mentales, son desorganizaciones progresivas. Y dan lugar a enfermedades evolutivas. **Las Regresiones Somáticas** que se asemejan a regresiones mentales, las acompañan o completan. Dan lugar a enfermedades reversibles.

Para él, el desencadenamiento de una somatización viene después de una desorganización más o menos profunda del funcionamiento mental. Cuando el lapso es breve entonces la somatización generalmente es de tipo regresivo, rápida y hasta inmediata. Cuando el lapso es prolongado frecuentemente es progresiva la desorganización. Una desorganización que en primer lugar es mental. Esa desorganización va acompañada siempre por una depresión poco acusada si aparece pronto una solución regresiva; en cambio, la depresión puede ser prolongada y esencial cuando no hay posibilidad de una regresión sintomática mental en las desorganizaciones progresivas. La depresión esencial origina una somatización. Una

desorganización progresiva puede durar tiempo variable. A veces el sujeto logra tener o recuperar sistemas regresivos mentales o somáticos y a partir de ellos ocurren estabilizaciones relativas, incluso reorganizaciones. Ciertas funciones somáticas (anteriormente marcadas por fijaciones) recorridas por el movimiento contra evolutivo global de las organizaciones, son capaces de retardar ese movimiento provocando enfermedad. Por lo tanto, las ráfagas de diversas enfermedades representan un signo de que hay desorganizaciones progresivas (las enfermedades que sobrevienen en el curso de las desorganizaciones son a menudo atípicas en su descripción clínica y evolución comparadas a las mismas enfermedades de tipo regresivo). Para que se mantenga la somatización es necesario que se mantengan los factores traumatizantes (la duración de la depresión esencial que la originó) y que no haya una regresión mental o somática que establezca la situación. También es necesario considerar la naturaleza de las afecciones somáticas producidas: la duración de su curso natural, la irreversibilidad de las lesiones (como en diabetes insulino dependiente), las que tienen evolución autónoma (como el cáncer). Todos esos son fenómenos que han escapado al poder jerárquico del sistema psico-afectivo de los sujetos.

Para Marty (1992), la somatización termina cuando cesan los movimientos desorganizadores, cuando la depresión esencial termina (pues ella en parte ha desencadenado, mantenido, agravado y complicado esas enfermedades). También puede desaparecer gracias a aferramientos regresivos que inesperadamente pueden aparecer. La depresión esencial al desaparecer produce ya sea un cambio radical del estado psico-afectivo del enfermo respecto al valor traumático de los acontecimientos o situaciones pasadas. O bien el alivio del peso traumático inicial y la desaparición de otras cargas traumáticas que puedan haber surgido entretanto. Las terapéuticas médicas y quirúrgicas clásicas, si bien no curan la somatización, sí equilibran (siendo esto similar a las regresiones), pero dosis muy débiles de medicamentos no aseguran la homeostasis que permite a las defensas biológicas anteriores del individuo recuperarse; dosis muy fuertes obstaculizan la recuperación de esas defensas. A la larga, tales procedimientos son eficaces sólo si desaparece la depresión del paciente. Un cambio psico-afectivo del estado anímico del sujeto puede deberse a un milagro, enamorarse o elevarse místicamente, algo sublimatorio (artístico o social), a un acontecimiento inesperado, un nacimiento o renacimiento de investidura afectiva emparentada con la investidura desaparecida. Ese cambio casi siempre viene de la psicoterapia conducida por un

psicosomatólogo. Pero también pueden desaparecer las cargas traumáticas gracias a los beneficios que el sujeto ha recibido de su enfermedad, ya sean directos (cuando la enfermedad está investida como un objeto que tiende a reemplazar al objeto desaparecido) o beneficios indirectos o secundarios, cuando la organización familiar, social y médica adopta posiciones nuevas, satisfactorias para el individuo por su enfermedad o sus complicaciones.

Y continúa, los fenómenos de una depresión esencial y de una desorganización psicosomática han intervenido antes que la recto-colitis y el cáncer. Estos fenómenos que modifican el funcionamiento mental en su esencia, han hecho desaparecer justamente toda posibilidad de representación simbólica en los sujetos afectados. Hay muchos fenómenos que parecerían histerias (cefalalgia, gastritis, asma y s, etc.) pero no lo son ya que no son casi objeto de erotizaciones, generalmente no dan soluciones a los conflictos; sólo secundariamente se basan en representaciones y carecen de significado simbólico (mientras que la histeria de conversión procede de mecanismos mentales de la represión), proceden de las desorganizaciones psíquicas o de las supresiones de representaciones. En estos fenómenos, las regresiones somáticas son muy importantes, primero se da una fijación somática y luego viene una fijación mental “el retorno regresivo a estas fijaciones somáticas da lugar a patologías somáticas”; las regresiones somáticas pueden prolongar, completar o reemplazar a las regresiones mentales.

Según Gorali (1994) parece que para Marty un psicoanalista es un analista al que le interesa más la enfermedad que el sujeto. Esa psicosomática intenta separarse del método freudiano; aplica conceptos válidos en la medicina o la fisiología pero no ya en psicoanálisis, como el concepto de trauma que Freud descartó a partir del momento en que ya no fue el evento mismo el causante del trastorno, sino la represión subsiguiente (resignificación) la que le dio su eficacia. Por otro lado, aunque Marty acepta el concepto de inconsciente, en su teoría, éste queda desarticulado. Los conflictos en las representaciones del sistema preconsciente (donde el destino de ellas puede ser represión) podrían llegar a suponerse una organización psíquica perfectamente organizada sin necesidad del inconsciente, organización donde las representaciones seguirían todas el camino de la elaboración mental. Por todo ello, lo que queda claro es que, aunque la psicosomática parte del psicoanálisis en realidad, ya desde Marty, está muy alejada de aquél. Ello explica seguramente también el campo de investigación

tan amplio y heterogéneo que se hace bajo el rubro de “psicosomática”, situando su causalidad desde el estrés emocional de corte culturalista, pasando por el pensamiento operatorio, el sistema familiar, la visión estructuralista lacaniana e incluso (y usando en su marco teórico la denominación “psicosomática”) investigaciones e intervenciones de corte conductista.

Otro autor de la Escuela Francesa, cuya teoría está muy emparentada con la de Marty, es Sami-Ali. Elabora sus propias teorías y plantea el concepto de “espacio imaginario”³

Especialmente importante es su concepto de espacio imaginario, que es una región limítrofe donde los intercambios entre el individuo y el mundo se producen de manera misteriosa por mediación del cuerpo propio. Ese espacio corresponde a una amplia gama de fenómenos (normales o patológicos) y está en las fronteras de lo interior y lo exterior, de la representación y la expresión, del afecto y la percepción. Es una región limítrofe, además existe una identificación constante del espacio y del cuerpo, como si las características espaciales del cuerpo y el mundo estuvieran indisolublemente ligadas. Aunque el inconsciente desconozca el orden cronológico, no puede prescindir de la simbólica espacial para expresar el tiempo. Esa mutación del tiempo en espacio exige que uno y otro se reduzcan a sus elementos comunes, que son las coordenadas del espacio corporal. El cuerpo propio da lugar al símbolo porque posibilita la percepción de una identidad allí donde la razón sólo comprueba una diferencia radical (por ejemplo, el agua gaseosa da la misma sensación que una pierna dormida) (Sami-Ali, 1974).

En el espacio imaginario los intercambios entre el sujeto y el mundo se producen por mediación del cuerpo propio. Así, el cuerpo se transforma en un espacio imaginario. Esa metamorfosis se da en la fobia (el cuerpo imprime al espacio circundante sus propias dimensiones; los límites corporales reales retroceden y se establecen correspondencias imaginarias. Arriba, abajo, adelante, atrás, dentro, fuera ya no son puntos de referencia objetivos del exterior; ahora se invisten de un valor corporal primordial (remiten a partes y funciones corporales). Los sueños abundan en ejemplos de esta simbolización del cuerpo propio o de algunos de sus órganos por el espacio exterior. Hay una equivalencia simbólica entre el cuerpo y el espacio. El espacio imaginario obedece al total imperio del cuerpo propio sobre lo real. En la clínica se observan casos de niños donde prevalece la problemática del

³ Ha publicado diversos libros sobre psicosomática. En 1967 publica “*etude de l'image du corps dans l'urticarie*”.

espacio o niños que no leen ni escriben ni cuentan, con perturbaciones del esquema corporal y lateralidad deficiente (relacionados con madre muy ambivalente). Es posible expresar claramente las distintas formas espaciales de organización según que impliquen o no la noción de profundidad, de acuerdo con las modalidades de la relación madre-hijo. Aproximadamente, desde los dos años de edad, al iniciar intensa motricidad, se instaura la diferenciación del niño con su madre, ella se ausenta. Por lo tanto, la necesidad de constituirse como un cuerpo autónomo choca con la amenaza de perder por completo un objeto ya parcialmente perdido (Sami-Ali, 1974).

La génesis del espacio debe plantearse en términos de grados de diferenciación respecto al cuerpo materno (remite a una dificultad de integrarse en el edipo). Sami-Ali hace referencia a Freud en el fort-da, que es la primera manifestación de una actividad fantaseada y verbalizada, de que algo emerge. Juego en el niño de un año y medio a cinco años, juego completo de aparición y desaparición. A partir de ese ejercicio se está en el umbral del espacio imaginario, ese juego le da un dominio del objeto (madre), objeto incluido en una configuración espacial determinada. El cuerpo propio funciona como esquema de representación. Piaget trabajó el tema del espacio (de los seis a los doce meses de edad). El manejo táctil de los objetos es muy importante. La permanencia del objeto se funda en “la creencia de que el objeto está a disposición del acto esbozado”. El gesto (de tocar en un niño) puede crear una presencia tan próxima y palpable como cualquier otra realidad material.

Según Sami-Ali (1977), el primer paso de la psicopatología fue asociar a un perfil psicológico una patología orgánica precisa. Pero hoy ya no se puede mantener una relación o significación unívoca entre un síndrome particular y un tipo de personalidad dinámicamente definida. Un mismo conflicto puede dar lugar a reacciones diametralmente opuestas. También considera que algunos problemas precoces del aprendizaje escolar (disortografías, dislexias, discalculias) parecen preparar el terreno a formas de somatización donde hay conformismo con la realidad social.

2.5 ORIENTACIÓN LACANIANA.

Dentro de la misma orientación analítica se encuentra la corriente lacaniana de abordaje de lo que ellos denominan “fenómenos psicopatológicos”, guiados por la teoría de Jacques Lacan, psicoanalista francés, que establece su teoría en la segunda mitad del siglo pasado. En

Argentina, el Círculo Analítico de Psicología (CAP), avalado por J-A-Miller (heredero de los derechos sobre las obras de Lacan) de la Escuela Lacaniana de la Causa Freudiana, se ha constituido con el fin de aplicar los conceptos lacanianos para la comprensión de los fenómenos psicopatológicos, es así como han sacado una publicación de tres tomos sobre el tema, bajo la dirección de Goralí (1994). Aunque Lacan no se ocupó realmente de tales fenómenos, sí escribió algunos artículos (como el de 1953 “*consideraciones psicopatológicas sobre la hipertensión arterial*”) y algunas menciones sobre los fenómenos en sus seminarios (Lacan, seminario XI) y conferencias (“*la proposición de octubre*”).

La propia teoría es muy compleja y las discusiones del CAP no han llegado a acuerdos, lo que sí parece es que relacionan el fenómeno psicopatológico con el concepto lacaniano de “afanisis”.

La posición de Goralí (1994) tiene por eje un axioma emanado de la tesis del inconsciente estructurado como lenguaje (de Lacan). Por eso considera Fenómenos Psicopatológicos únicamente a aquellas lesiones probadamente inducidas por la acción de lo simbólico y en consecuencia reversibles por la incidencia que, en el dispositivo analítico, lo simbólico ejerce sobre la inercia de la libido. Afirma que esa convicción la mantiene al margen del debate que sostienen médicos, biólogos y psicopatólogos por apropiarse del estudio de tales fenómenos. De ese axioma se desprenden dos postulados: las consideraciones psicopatológicas no conforman ni una especialidad analítica ni una especialidad médica y que no todo daño orgánico, ni aún los más clásicamente considerados psicopatológicos (asma, úlcera, psoriasis) es fenómeno psicopatológico. Se incluye en esa clasificación, eventualmente, a aquellos que testimonian de un modo específico de satisfacción concomitante con una elección puntual del sujeto por el ser. Hay un rechazo del sentido, eso lo deja librado a la dependencia de la imagen del otro.

Esta autora realiza una crítica a Marty. Considera que al haber lenguaje hay inconsciente, es decir que hay un sujeto dividido, que al consentir al sentido del Otro que es el segundo significante S2, quedará separado para siempre del primer significante S1 que es el ser. Para la cura es necesario que el sujeto se pierda como tal para encontrar su lugar. Considera que es necesario tomar en cuenta la historicización en dos tiempos donde el sujeto está alienado a los sentidos que vienen del Otro). En el seminario de la ética (Goralí, 1994), Lacan escribe que la verdadera dificultad en los fenómenos psicopatológicos radica en que el aumento cuantitativo

de la tensión (el goce sentido fuera del discurso y no fuera del cuerpo) no produce descarga alguna, sino un aumento aún mayor de la tensión. El goce debe sentirse en el discurso no en el cuerpo, ese goce del psicosomático, goce autístico, en el cuerpo, propio de los fenómenos psicosomáticos, cede en el análisis a un efecto de significación que aparece como sujeto supuesto saber (analista), como consecuencia el sujeto se pregunta ¿qué quiere el Otro? Pregunta que al surgir en el dispositivo analítico sustituye con goce fálico el goce del Otro (que es el goce del cuerpo). Bajo esta orientación, se asume que en una lesión psicosomática la dificultad radica en que ese deseo del Otro de entrada no se interroga, se ve como un deseo opaco pero es más un signo que un significante. Ese deseo opaco del Otro al insistir hace signos no del deseo (como debiera ser) sino que hace signo del goce del Otro y se resuelve en lo imaginario sin metáfora sustitutiva. El goce del Otro no se evacua de la sustancia orgánica (lo que se lo logra al incorporar la hiancia significante). Por lo tanto, es imposible de alojar en un objeto fuera del cuerpo propio. Es un cuerpo que toma a su cargo el modo de satisfacción de quien, para el sujeto, cumple la función de Otro.

En sus momentos iniciales, Lacan usa una semántica parecida a Marty al hablar de frustración, regresión y sus contradicciones. Lacan escribe que Marty sugiere dar en la interpretación, el sentido que falta; pero eso sólo conduce al cierre del inconsciente o al *acting out*.

Un autor que trabaja en esta orientación lacaniana es Guir, quien en 1984 publica su libro "*psicosomática y cáncer*".

2.6 APROXIMACIÓN BASADA EN LA TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS.

Esta aproximación brinda especial importancia a los intercambios entre los miembros de la familia, ya que considera a ésta como un sistema de interrelaciones. Así desvía la atención de la madre o los padres como causantes de la enfermedad, interpretando el síntoma como una manifestación de esas inadecuadas interrelaciones entre los miembros de la familia (Minuchin, 1985; Onnis, 1990).

Minuchin crea el Centro de Psicoterapia Familiar Sistémica en Filadelfia, EUA. Él estudió los modelos transaccionales de familias con diversos tipos de perturbaciones psicosomáticas (anoréxicas, diabéticos, asmáticos) donde encontró que el sistema familiar revelaba modelos interactivos y organizativos disfuncionales, pues presentaban aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación del conflicto. Es así como, la organización disfuncional de la familia

facilita, junto con otros múltiples factores, internos o externos al sistema, la aparición y persistencia del síntoma psicósomático a cargo de uno de los miembros; pero éste, por realimentación, mantiene estable la organización familiar disfuncional y conserva un equilibrio patológico.

Mara Selvini Palazzoli (1981, citada en Onnis, 1990), al estudiar familias de anoréxicas encuentra que el síntoma somático aparece adecuado a la modalidad interactiva prevalente en la familia y coopera para el mantenimiento de la rigidez homeostática del sistema. Desde esta teoría el síntoma psicósomático es visto como metáfora familiar, ya que parece adquirir un significado simbólico que, sin descuidar los componentes más estrictamente biológicos, se conecta con algo que debe ser comunicado y no puede serlo más que a través del cuerpo. Sólo que aquí, a diferencia de la teoría psicoanalítica, el cuerpo expresa tanto los movimientos intrapsíquicos del sujeto, como el sufrimiento de una interacción en la que participa.

Don Jackson, por su parte, habla de “la migración del síntoma”, como algo que al estar en el sistema familiar puede pasar de un integrante a otro. Este autor, en 1966, realiza investigaciones con pacientes de colitis ulcerosa, encontrando que el síntoma es activado y mantenido por estresores emocionales conectados a rígidas dinámicas familiares con las que se relaciona (Onnis,1990).

2.7 ABORDAJE DESDE LA TERAPIA CONDUCTUAL Y EL CONDICIONAMIENTO.

Aunque no dejan de hacer referencia a trastornos psicósomáticos, poniéndolos entre comillas por supuesto, desde esta postura teórica se habla de Desórdenes Psicofisiológicos (haciendo referencia al DSM), por lo cual definen a trastornos como la DA como síntomas físicos causados por desórdenes emocionales y que incluyen un solo órgano del sistema, innervado usualmente por el sistema nervioso autónomo. Así, los cambios fisiológicos involucrados son los que normalmente acompañan a ciertos estados emocionales, sólo que en los desórdenes fisiológicos los cambios son más intensos y más sostenidos. Consideran también que el individuo puede “no estar consciente” (¿acaso algo inconsciente?) de su estado emocional. Señalan nueve categorías de desórdenes dependiendo del órgano afectado. Dentro de la piel mencionan al prurito y a la “neurodermatitis” (hoy DA). Los teóricos de esta postura señalan que existe la posibilidad de aliviar esos “síntomas psicósomáticos” con un

reentrenamiento visceral directo, a través de la terapia conductual y su versión moderna la terapia cognitivo conductual (Bartolomé, 1980; Ehlers, Gielser y Strangier, 1995).

Se han realizado múltiples investigaciones que proponen diversas técnicas conductuales dirigidas especialmente a evitar el rascado compulsivo. Se sugiere reforzar la conducta apropiada e ignorar la inadecuada, terapia aversiva (incluso con choques eléctricos) cuando el paciente empieza a rascarse, biorretroalimentación y especialmente la técnica de relajación, reportando éxitos principalmente con esta última y a través del masaje (Blas, 1998; Bartolomé, 1980; Ehlers, Gielser y Strangier, 1995; Haynes, Jaffe y Britton, 1979; Schachner, Field, Hernández, Duarte y Krasnegor, 1998).

Como puede verse, por la información presentada en este capítulo, existen múltiples posturas teóricas que no coinciden en su concepción de la psicósomática y del abordaje de los padecimientos llamados psicósomáticos, como la DA, que es objeto de interés de esta investigación.

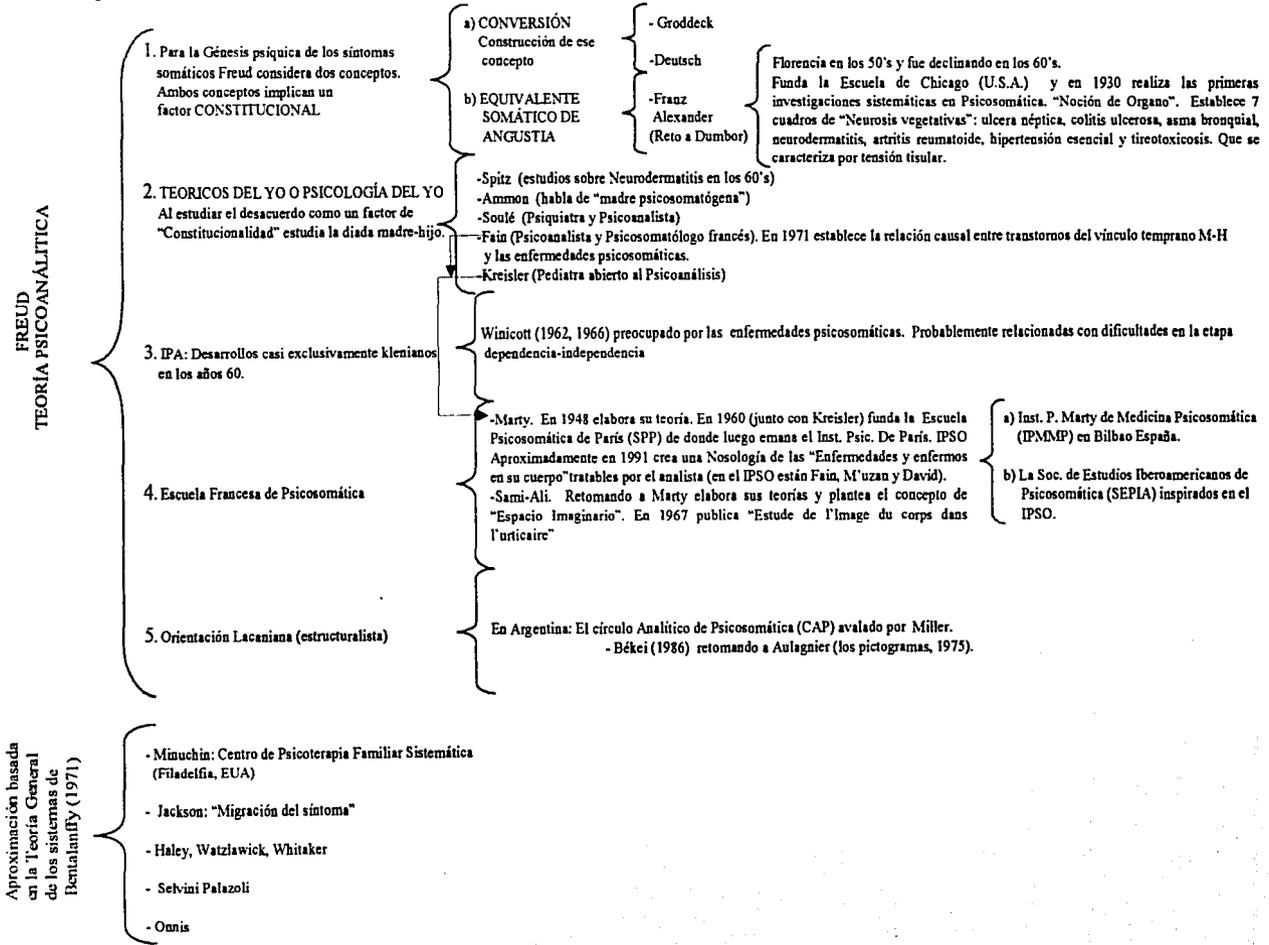
El presente estudio estuvo interesado, motivado por la experiencia clínica con los niños enfermos de DA, en explorar y conocer la representación o concepto que ellos se han formado de su padecimiento, considerado psicósomático. Pierre Marty (1992), en su amplio trabajo con pacientes psicósomáticos, ha escrito que tales sujetos presentan fallas en la evolución del psiquismo, concretamente del preconscious (insuficiencia del preconscious por indisponibilidad afectiva materna) o una desaparición definitiva del preconscious, que da lugar a un tipo de pensamiento automático, una vida operativa. Dudando, por lo tanto, que existan fantasías o teorías, en los enfermos psicósomáticos, respecto a su afección; ya que es clave esa incapacidad que muestran para tener una vida rica de fantasía.

Es por tal motivo que en este estudio se ha tomado el supuesto de Marty como marco teórico; aunque la postura de la autora coincide más con lo planteado por Held (1975) y por Gutton (1985) en el sentido de que la fantasía está en estos pacientes, que los propios enfermos tienen teorías personales sobre el origen, la razón de ser, el futuro, el aspecto, etc.,

de su enfermedad. Siendo indispensable escuchar atentamente el discurso del niño para anoticiarse del sentido que la afección tiene en su vida.⁴

⁴ En la siguiente página se presenta un cuadro sinóptico como panorama de algunas aproximaciones teóricas a los problemas psicósomáticos, especialmente dentro de la teoría analítica (de donde surge la teoría psicósomática) y su evolución.

Figura 1. Panorama de diversas aproximaciones a la Psicósomática (se mencionan sólo algunos autores). Actualmente hay una heterodoxia de diversas escuelas psicósomáticas, donde en su desarrollo se han intentado epistemologías y abordajes múltiples.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO III. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS DERMATOLÓGICOS

3.1 EL CUERPO.

Los trastornos dermatológicos existen en un soma, un cuerpo, tengan la etiología que tenga, sean abordados por la aproximación que lo sean, la realidad es que hay una persona que los vive. No hay síntoma sin cuerpo.

Toda la cultura occidental (de Platón a Descartes y hasta nuestro tiempo) se ha construido sobre separaciones y dicotomías, empezando por la dicotomía alma-cuerpo.

En la comunidad primitiva el cuerpo era centro de irradiación simbólica; Platón planteaba “la locura del cuerpo”, los cristianos hablan de “la maldición de la carne” o bien de “medio de elevarse a Dios”, o el cuerpo como “fuerza de trabajo”, la ciencia lo concibe en general como “anatomía”.

La medicina occidental ha enfrentado siempre el cuerpo y sus manifestaciones reduciéndolo a objeto, a un agregado de órganos. No es casual que el conocimiento científico del cuerpo pueda referirse, históricamente, a la disección anatómica –dividir- de cuerpos sin vida. El modelo de cuerpo actual es el derivado de esa práctica de disgregación por la muerte.

Rinaldi (2001) considera que según una visión médica reduccionista un paciente queda definido, categorizado e incluido en un campo de la medicina. Es un paciente “cardíaco”, “psiquiátrico”, “dermatológico”, o es “un cáncer”, “una cardiopatía” o una “dermatitis atópica” o bien es “la cama cinco”, “el cuarto 302”, etc. Es así como las enfermedades se convierten en entidades homogéneas y se olvida la singularidad y complejidad del sujeto enfermo; paralelamente se va despersonalizando y empobreciendo el vínculo entre el enfermo y el médico; se pierde el “estar enfermo” y toma fuerza “la enfermedad”, quedando todo reducido a un diálogo simplificado entre el órgano enfermo y el saber del especialista (el único saber que cuenta y se fundamenta).

Esta visión se justifica epistemológica, metodológica y tecnológicamente. No se trata de descalificar el quehacer médico, ya que esta situación no admite un juicio maniqueo, parcial y radical negativo, es en mucho gracias a esta aproximación que la ciencia médica ha logrado los avances actuales. Empero, hay que decir también que priva una visión médica, sobre el

sujeto, donde está cortada la relación del cuerpo con el mundo y con las modalidades de su vivir. Es por eso que se ha propuesto a la psicósomático como “la” solución a tal falta.

Un cuerpo, el cuerpo ... ¿cuál cuerpo?, ¿qué es un cuerpo?. Tampoco hay acuerdo en la definición del término. ¿En la enfermedad se trata del cuerpo o del organismo?, ¿son lo mismo?

Para el pensamiento vulgar lo más inmediato y propio es el cuerpo, es la carne, no hay más, para qué complicarse.

El término cuerpo sirve para referirse a diversas cosas, igual es la unidad estructural de una teoría, como el conjunto de órganos del ser humano que aparecen a la vista, o bien aquellos que se encuentran en el interior, oculto a la vista; pero también el “cuerpo” cadaverizado, los despojos mortales.

La experiencia clínica, sobre todo con los niños y sus familias, enseña que el cuerpo es algo más que ese volumen que ocupa un lugar en el espacio y que tiene funciones fisiológicas. Por ello, y siguiendo el ejemplo de autores como Assoun (1998), se considera la importancia de distinguir entre organismo y cuerpo; ya que no son lo mismo ni equivalentes, ni para el niño, ni para los que le rodean; aunque sí para la mayoría de los médicos.

En apariencia, el cuerpo real es el cuerpo orgánico (organismo), radica en ello un efecto de la medicalización y biologización de las prácticas y los discursos del cuerpo. La corporeidad es mucho más que la organicidad. El cuerpo-organismo instrumentalizado es un concepto abstracto, un montaje de órganos que sólo puede “imaginar” el saber médico; y algunos sujetos – pacientes, sólo “creen” en su propio organismo porque así lo indica la fe en y del médico, que es ilimitada, por eso el sujeto enfermo cree la versión médica a pie juntillas (Assoun, 1998).

El registro semántico de “lo corporal”, escribe Assoun, se distribuye en tres conceptos: lo somático (soma=cuerpo), lo orgánico (organikos = órgano/ instrumento) y lo físico (physis = naturaleza).

Es comprensible (dado el estado actual de la especialización y de la tecnología médica) que el médico se ocupe sólo del organismo; pero eso no le exime de responsabilidad, pues el no ocuparse no significa no verlo, no considerarlo, no saber de él; cierto que su campo de acción sobre el sujeto es otro (el organismo), mucho tienen ya con el organismo; pero es necesario

que asuma que ese organismo está inmerso en una red relacional y por tanto es necesario el trabajo conjunto con profesionistas de otros campos de acción. Por su parte, el psicoterapeuta, el psicoanalista, lo que tiene que saber es que no es médico, que no sabe de medicina (incluso si su formación de origen es la medicina) ya que no es en calidad de médico que se le busca, sino que el enfermo, en su ser sufriente busca algo más, pues algo le sucede con ese “estar enfermo”.

Aún proviniendo de diversas aproximaciones teóricas, los autores que han estudiado el desarrollo del niño, coinciden en que la conciencia y el dominio del cuerpo es un logro, una conquista. El sujeto evoluciona desde un estado de indiferenciación con el medio (donde se incluye la madre) hasta independizarse y asumirse como alguien separado de lo que le rodea, pudiendo diferenciar el yo del no-yo, interior-exterior, real-imaginario. Formándose una imagen, una representación de ese cuerpo como unidad, una unidad real, concebirán algunos, ilusoria pero estructurante escribirán otros (como Lacan, 1998 en “el estadio del espejo”).

Un concepto central es el de cuerpo erótico, si cuerpo hay, erotismo hubo. El cuerpo erótico habla del cuerpo como el lugar donde los sentidos son el medio de relación entre el sujeto y su entorno, anuncia al cuerpo como contenedor de placer producido por sensaciones externas. El cuerpo íntegro es una zona erógena. Según Chamizo (1988) el concepto de inconsciente marca el deslinde formal entre cuerpo biológico u organismo y cuerpo erótico. No hay cuerpo sin la presencia del otro (la madre de inicio) que nos ayude a construirlo.

Según Freud, el organismo impone al aparato psíquico ligaduras que son inscripciones corporales porque hacen cuerpo, corporeizan. En el “*yo y el ello*” Freud escribe que el cuerpo es visto como un objeto otro, es un “primer otro”, ya desde “*el proyecto de psicología*” se observa el problema que lo corporal representa para lo psíquico, es como “otra cosa”. Freud definió al cuerpo como frontera (del yo), cuerpo que se reconoce como “propio”, pero a la vez cuerpo que se reconoce como sometido a leyes y funcionamientos no propios: enfermedades, transformaciones hormonales, envejecimiento, la muerte (Chamizo, 1988).

Se dice “mi cuerpo”, la idea de propiedad del cuerpo es dudosa, escribe Ricoeur (en Chamizo, 1988) que la posesión del cuerpo por alguien o por cada uno plantea el enigma de una propiedad no transferible, lo que contradice la habitual idea de propiedad. Aún más, todo el cuerpo [mi cuerpo] es mío en el sentido del deseo y sólo en ese sentido. “yo” de un lado, “mi cuerpo” del otro lado, como si me pudiera deshacer de él, venderlo o enajenarlo. ¿qué es

la “propiedad del cuerpo”? (cabe mencionar aquí el mito moderno de creerse dueños de su propio cuerpo sin advertir el papel legal del Estado con relación al cuerpo, ese poder que se recupera totalmente sobre todo con el cadáver). Hegel (Labastida, 1988), dice que sólo el hombre puede mutilarse o darse muerte. El cuerpo es no sólo fruto simbólico, es también fruto de la imaginación y por ello es imagen, los otros son los espejos donde veo esa imagen.

Uno de los autores que más han escrito sobre el cuerpo es Sami-Ali. En su libro “*cuerpo real, cuerpo imaginario*” (1977), habla sobre la experiencia del cuerpo en su doble referencia a lo real y a lo imaginario (inconsciente, procesos primarios, sueño, desplazamiento y condensación). Ya en 1974 había escrito que el cuerpo propio es un esquema de representaciones con poder estructurante. Se dedican varias páginas a este autor dados sus conceptos sobre el cuerpo.

En la génesis de la imagen del cuerpo es muy importante el papel que juega el hecho de tener un cuerpo sexualmente identificable. Por otro lado, dice este autor, que el cuerpo libidinal está sujeto a las metamorfosis. Por ejemplo, en el trastorno de personalidad, el sujeto vive el mundo en el cuerpo y el cuerpo en el mundo, los límites corporales no son claros o consistentes.

Para Sami-Ali (1977) las funciones psicosomáticas, apoyándose en la sensoriomotricidad, se elaboran poco a poco partiendo del proceso de proyección y del de introyección; originalmente es a este proceso al que le toca crear un adentro y un afuera separado, lo propio y lo extraño. Las carencias de la función proyectiva son la causa de lo que Marty y De U’zan llaman estructura de personalidad operatoria, donde la somatización se remite a la insuficiente elaboración de la fantasía, así como al equilibrio original entre psiqué y soma, es decir que se remite al cuerpo real. Es necesaria una concepción psicoanalítica, según Sami-Ali, de la imagen del cuerpo, ampliada en las dimensiones de lo psicosomático. Para él, en ciertas condiciones el cuerpo es precisamente “ausencia de cuerpo”. Ya que la realidad corporal por más que se imponga al individuo, no deja de ser fantástica, es entonces cuando los orificios en el mundo exterior pueden convertirse en bocas y anos, o la piel que es la zona erógena por excelencia, se cubre de ojos que pululan, una dermatitis (Sami-Ali, 1977).

Se pregunta este autor ¿cómo definir el cuerpo en su circunstancia ambigua de pertenecer a lo real y a lo imaginario?. “Lo que yo llamo cuerpo no es ni el cuerpo que poseo en cuanto sujeto consciente y del cual puedo cobrar más consciencia [...] ni el cuerpo que yo puedo

aprehender en mí y en los demás objetos [...] ni sujeto, ni objeto. [...] lo cierto es que el cuerpo, a pesar de la ilusión de la psicología introspectiva, no es aprehensible en sí” (Sami-Ali, 1977, p.77).

De este modo el cuerpo mediatiza el paso de la actividad perceptiva a la representación. Esa mediación no significa que se abandona lo real para dar en lo imaginario; sino que una misma estructura espacial preside siempre la elaboración de la representación. En este trabajo complejo y en el nivel inconsciente que caracteriza a toda proyección, el cuerpo no cesa de funcionar como esquema de representación que tiene una actividad de síntesis original. Así, en los momentos de crisis, de sacudimiento para el sujeto, el mundo percibido se convierte en el propio cuerpo. Esas proyecciones tienen una estructura idéntica a la del cuerpo.

El cuerpo es el límite del adentro y el afuera (de la percepción y la fantasía) el cuerpo es un esquema de representaciones que se encarga de estructurar la experiencia del mundo en los niveles consciente, preconsciente e inconsciente. El cuerpo es, así, una función de síntesis cuya proyección marca los momentos esenciales. Pero la proyección es, en primer término, sensorial: en virtud de las primeras relaciones objetales, se desarrolla lenta y pacientemente, a través de toda la sensoriomotricidad y especialmente de la visión binocular, un proceso de proyección que configura un adentro y un afuera (antes de introducir la tercera dimensión) y objetos imágenes del cuerpo, antes de llegar a la objetividad. La proyección vuelta hacia lo imaginario nace partiendo de esas adquisiciones originales. Cuando tal proyección falta, se da el funcionamiento operatorio que propone Marty. Si hay dificultad de comunicación con su inconsciente (mal funcionamiento del preconsciente) los sujetos suprimen sus relaciones con los otros y consigo mismos (espacio) y pierden interés por el pasado o futuro (tiempo); así el sujeto operatorio rompe con su historia y catectiza sólo lo actual y lo factual (Sami-Ali, 1977).

3.2 LA PIEL.

La piel tiene un lugar privilegiado en el cuerpo, también en el organismo. La piel es el órgano afectado, involucrado, en la Dermatitis Atópica, ¿cómo se vive este cuerpo manifestándose a través de ese espacio tan amplio que es la piel? ¿cómo viven un niño y su familia a esa piel en erupción?

La piel es un órgano vasto y complejo, membrana gruesa resistente y flexible, que cubre toda la superficie corporal y se prolonga con la mucosa dentro de los orificios naturales. Está compuesta de tres capas (epidermis, dermis e hipodermis). Realiza múltiples funciones, las más importantes de las cuales son: delimitación, frontera y protección, contacto, expresión, estímulo sexual, respiración, exudación, termorregulación. No es una envoltura sin más, es el órgano sensorial más extenso que tenemos, rico en receptores. En el útero nos proporciona caricias del líquido amniótico; después, al nacer, cuando somos agredidos por los estímulos externos, la primera dicha proviene de la piel del otro (madre) que nos toca y acurruca. La piel está provista de miles de receptores en alerta continua para captar las estimulaciones procedentes del exterior, también contiene irrigación vascular muy importante en las llamadas zonas erógena (Cappugi y Battini, 1990; Cermak, 1980; Dethlefsen y Dahlker, 1991; Diccionario de términos de ciencias médicas, 1974; Leleu, 1997).

La piel es nuestra frontera material externa y a la vez el medio de contacto con los otros. En la piel sentimos el mundo que nos rodea y de allí no podemos salirnos, ella refleja nuestro modo de ser hacia el exterior en la siguiente forma: es la superficie en la que se reflejan todos los órganos internos (toda perturbación de uno de nuestros órganos internos se proyecta en la piel y toda afección de una zona de la piel es transmitida al órgano correspondiente), ni lo que aparezca en la piel (mancha, inflamación, tumefacción, granito, absceso) ni el lugar en que aparezca es casual, sino indicación de un proceso interno. Pero además en ella y por ella se muestran también todos los procesos y reacciones psíquicos. Algunas manifestaciones son tan claras que cualquiera las ve (colorado de vergüenza, blanco de susto, sudando de miedo, inseguridad o excitación, con el cabello erizado de horror, piel de gallina). Quizá hay reacciones que no se notan, pero se miden al amplificar y registrar las constantes oscilaciones de la conductibilidad eléctrica de la piel y "dialogar" con la piel de una persona, ya que la piel responde a cada palabra, gesto, tema, pregunta, con una alteración inmediata de su conductibilidad. Para Aizpuru (1980), la piel al ser una zona erógena, representa una fuente de placer y/o de dolor, especialmente en la primera infancia, cuando el niño recibe sensaciones placenteras de calor y contacto mientras se le alimenta y cuida. De allí la repercusión que tiene una enfermedad de la piel, en la personalidad de quien la sufre.

La piel puede romperse desde el interior (por una inflamación, una erupción, un absceso) o desde el exterior (por una herida o cirugía). En ambos casos nuestra frontera es atacada. Surgen entonces los problemas dermatológicos.

Moffaert (1992) clasifica a los síndromes psicodermatológicos de acuerdo al tipo y grado de relación causal entre la etiología psicológica y la dermatosis. Distingue clínicamente tres categorías mayores: a) el desorden psicocutáneo en estricto sentido; b) los síntomas dermatológicos basados en un problema psiquiátrico y c) las dermatosis psicósomáticas, las cuales son causadas principalmente por estrés, biológicamente determinadas, el curso de tales desórdenes está co-determinado por factores emocionales. En esta tercera categoría se ve el problema de las reacciones psicológicas secundarias a desórdenes dermatológicos (reacciones como ansiedad, depresión, fobia social).

Moffaert (1992) plantea la siguiente clasificación.

SÍNDROMES DERMATOLÓGICOS BASADOS EN PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS.

Dermatitis artificial

Tricotilomanía (arrancarse cabellos)

Desorden dismórfico

Hipocondriasis de la piel

Pacientes con ilusiones de infestación

DERMATOSIS CON ETIOLOGÍA PSICOSOMÁTICA.

Prurito psicogénico

Hiperderosis (sudoración excesiva)

DERMATOSIS CUYO CURSO ESTÁ AFECTADO POR FACTORES PSICOLÓGICOS.

Dermatitis Atópica

Alopecia Areata

Psoriasis

La piel se enferma. ¿psicósomática?, ¿por qué la piel?, ¿predisposición?, ¿toda enfermedad de la piel, sin aparente causa orgánica, es psicósomática?, ¿toda dermatitis atópica es psicósomática?.

Bellak y Small (1979) señalan que un órgano afectado puede volverse tan importante que afecte el concepto del cuerpo de una manera profunda. Se sabe que la enfermedad orgánica suele tener, para el paciente, connotaciones simbólicas que son las que determinan el significado especial que para él tendrá el padecimiento.

3.3 LA DERMATITIS ATÓPICA.

Es una enfermedad de la piel que ha sido considerada como psicossomática.⁵

Se ha señalado que la inmadurez relativa del psiquismo del niño pequeño favorece el hecho de que sus conflictos sean expresados preferentemente a nivel somático. El bebé, con psiquismo incipiente y dependiente de la estructura de su madre, dispone de un trayecto muy breve y directo sobre lo emocional y lo somático, siendo su expresión somática muy rica. La vía de comunicación de su angustia es expresada por la inquietud, movimientos musculares y llanto (Kreisler, Fain y Soulé, 1974; Rinaldi, 2000).

Esther Bick (citada en Rinaldi, 2000) habla del lactante que apela a su “segunda piel muscular” cuando el funcionamiento de la “primera piel” (la madre como universo y continente) no alcanza a contenerlo integrado, considera que ese mecanismo es el esbozo de una primitiva modalidad de escisión y desplazamiento de lo emocional a lo somático por fallas en la función materna.

Las experiencias afectivas en el lactante pueden permanecer articuladas como vivencias corporales, cuyo significado queda inscrito como registro o un engrama en el cuerpo, que serían las concomitantes corporales de la emoción (taquicardia, taquipnea, palpitations), McDougall le dice trauma psíquico precoz, algo que no se inscribe en el preconsciente, algo del que no hay recuerdo. Cuando más adelante se obstaculiza el pasaje al registro mental del afecto, se volverá a manifestar como síntoma corporal: en lugar de tener miedo, se tendrá taquicardia o hipertensión. Así, el cuerpo volverá a quedar como mediador de los afectos y del dolor y se limitará lo simbólico, lo mental. Por otro lado, los síntomas provocados por disfunciones (como la disfunción de la madre respecto al hijo, conflictos de apego ya sea por ausencia o intrusión excesiva, conflictos de la madre y su pareja, etc) se expresan como

⁵ Ya en el capítulo I, se trató ampliamente sobre los aspectos médicos del padecimiento, por otra parte, en el siguiente capítulo se tratará ampliamente sobre las investigaciones que en relación con factores psicológicos se han realizado, por lo tanto en este apartado se hablará someramente del padecimiento.

trastornos de la lactancia, sueño, tensión, llanto, cólicos. Por lo tanto todo diagnóstico debe complementarse con una evaluación situacional del niño (Rinaldi, 2001).

Especialmente importantes son los estudios de Spitz ya que toca directamente a la DA, motivo del presente trabajo.

Spitz (1969) realiza un estudio con muchos niños internados y con niños de reclusas. Observó que en todos los casos analizados la relación madre-hijo estaba perturbada. Las madres de estos niños tenían una personalidad muy infantil. Este rasgo era tan pronunciado que las distinguía de las otras madres. Su hostilidad reprimida inconscientemente era muy intensa y no se compensaba por una solicitud exagerada, sino que se expresaba por una angustia manifiesta.

A estas madres no les gustaba tocar a sus hijos, no los cambiaban, bañaban ni daban de comer ellas, tenían mucho miedo de tocarlos, les parecía que eran muy frágiles y vulnerables y pensaban que con cualquier movimiento los dañarían, esos temores encubrían una hostilidad inconsciente, ellas mismas, sin darse cuenta los ponían en peligro, en esos niños se veía la falta casi absoluta de la angustia de los ocho meses. En esos niños, más grandes, se alteraron muchas aptitudes que dependen de estímulos táctiles de la madre, había dificultad para la diferenciación yo-no yo, en la estructuración yoica y por consiguiente en el establecimiento de la relación objetal, también el desarrollo psicosexual se afectó por la falta de satisfacción y descarga adecuada de sus impulsos libidinales y agresivos, que en una buena relación se realiza mediante un contacto íntimo piel con piel madre-hijo. La relación madre-hijo perturbada era el factor precipitante del retardo psicomotor. Pero para que diera lugar además a la producción de eczema era necesaria la presencia de otro factor : una predisposición congénita del niño, que era una excitabilidad cutánea aumentada ya al nacer, que se manifestó por la mayor intensidad de los reflejos cutáneos de los futuros eczematosos. Esa predisposición está probada. En los niños eczematosos, los estímulos maternos que se constituyen en señales son escasos, poco confiables, hasta caóticos, y faltan los más esenciales de este momento, los táctiles. Los precarios mensajes que la madre envía sólo sirven para transmitir angustia, son signos o señales que carecen de significación orientadora para el niño y crean confusión, lo cual, dadas circunstancias específicas, llevará a la producción de la dermatitis. Hasta aquí Spitz.

Este capítulo ha pretendido señalar como el cuerpo, y concretamente la piel (en el caso de la DA), es un campo donde pueden reflejarse procesos y reacciones internos, orgánicos y psíquicos, en algunos casos enfermando a esa piel. Siendo la piel el órgano más visible al sujeto, sabiendo que el niño es capaz de formarse un concepto de sí mismo, y estando conscientes de que una enfermedad orgánica tiene connotaciones simbólicas para el paciente, cabe revisar en el siguiente capítulo algunos aspectos relacionados con la representación, especialmente los referentes a la función simbólica del niño.

CAPÍTULO IV. LA FUNCIÓN SIMBÓLICA EN EL NIÑO.

4.1 LA REPRESENTACIÓN.

Del latín *repraesentatio*, *-tionis* que significa figura, imagen o idea, que sustituye a la realidad. En tanto que representar es hacer presente una cosa con palabras o figuras que la imaginación retiene. Ser imagen o símbolo de una cosa o imitarla perfectamente (Diccionario de la lengua española., 1996). Representar en el sentido de sustituir por algo que es un símbolo, tomar parte de algo en lugar del todo, haciendo sus veces, sin distorsionar la operación, no es reproducir. Para lo cual representación es la significación de alguna otra cosa. En Psicología, se refiere a experiencia, actividad psíquica o contenido mental que en alguna forma esencial re-presenta una experiencia anterior (English y English, 1977). Para Székely (1952), la representación es un concepto auxiliar muy utilizado en la Psicología desde Wundt y que expresa una imaginación sensitiva de algo que no está presente y según que las percepciones anteriores sean reavivadas con mayor o menor fidelidad, o sus elementos combinados libremente, resultan imágenes de la memoria o de la fantasía. Para él, todas las representaciones proceden, por lo menos en sus últimos elementos de percepciones y, viceversa, con éstas se funden frecuentemente representaciones. Cabe que en determinados tipos (las imágenes eidéticas) la imagen intuitiva subjetiva o eidética sea tan plástica y aún tan estable que se imponga con tanta fuerza como una imagen de la percepción.

La representación puede considerarse también como ideas generales respecto a x realidad; una representación adecuada es la clave para la comprensión. Igualmente se ha visto como sinónimo de "concepto", como una idea general acerca del modo de resolver un problema, como una idea sin palabras y sin imágenes. Un niño puede crear un concepto sobre un objeto o fenómeno existente, el cual se indica por medio de una palabra, un nombre; a la vez une ese nombre del objeto x al concepto poseyendo ya un concepto vinculado a un nombre. Pero para tener significado, ese concepto debe conectarse con información en la memoria. El modo de concepto del objeto x está vinculado a los datos referentes a la apariencia visual del objeto. Los nuevos datos se procesan vinculándolos con ideas, información, sentimientos y recuerdos ya establecidos. El niño representa actividades, objetos, relaciones, eventos y abstracciones e incluso sin haber visto nunca un elemento o lugar, puede formarse imágenes de ellos. Del

mismo modo, el niño categoriza (forma clases con las cosas del mundo) y sus categorías pueden abarcar una amplia gama de elementos (objetos concretos, criaturas vivas, abstracciones, actividades, estados anímicos, fenómenos) y constantemente debe ir incluyendo nuevos elementos en las categorías que ya conoce o ha formado (Davidoff, 1989).

Volviendo al concepto de representación como imagen, importa especialmente en este trabajo su relación con la imaginación y la fantasía.

Dorsch (1976) señala que las representaciones mentales son imágenes recordadas o bien creaciones de la imaginación, que según el área sensorial a que corresponden se clasifican en visuales, auditivas, táctiles, olfativas, gustativas, etc. No está presente en el exterior algo que origine la percepción y el individuo es consciente de esta ausencia. Esas imágenes pueden ser evocaciones de percepciones o bien imágenes de la fantasía formadas a base de combinaciones de recuerdos, asociaciones y pensamientos. Según English y English (1977, p.416) el concepto de imagen puede ser visto también como “compuestos de los conceptos, juicios, preferencias y actitudes de una persona hacia algún objeto de amplio contenido, tal como ‘nación’ “. Afirma que la imagen corporal, por ello, es un retrato o representación mental que se tiene del propio cuerpo en cualquier momento y se deriva de las sensaciones internas, cambios de postura, contacto con objetos o personas, experiencias emocionales y fantasías. Asimismo, para ese autor, imaginar es responder a las propiedades de un objeto o hecho no presente para los sentidos, especialmente responder a sus propiedades sensoriales, aunque ellas no estén presentes, es pensar, concebir. De allí que define imaginación como una recombinación de imágenes mentales, experiencias pasadas, en una nueva pauta.

Asuri (1982), escribe que la imaginación es la aptitud para representarse mentalmente un objeto, la facilidad para crear imágenes nuevas combinando elementos ya percibidos, que la imaginación es el soporte de la idea y es lo que da a ésta una cierta consistencia en el seno de la consciencia. La imaginación es la fuente de la invención y señala que esa imaginación creadora se alimenta en el inconsciente, puesto que las creadores sacan de su inconsciente la “inspiración”, pero luego le dan una forma reflexiva.⁶

Durante la lactancia, algunas de las primeras formas de representación son acciones (chasqueo de labios antes de que el pecho llegue a la boca, mover la mano en adiós antes de

⁶ Más tarde se tocará mayormente este aspecto, por ahora valga una digresión para considerar el desarrollo de esta función simbólica ya que no es algo dado desde el nacimiento; sino, como todo lo humano, una conquista.

poder decir la palabra). Esas acciones son los precursores más simples de la representación simbólica, la capacidad de representar algo que no está físicamente presente (Craig, 1988). Para Piaget e Inhelder (1981) la imitación, la localización de objetos ocultos y la ficción (fingimiento) revelan en los niños la presencia de un proceso subyacente de representación simbólica. Ésta –como ya se comentó- consiste en el uso de una palabra, imagen, gesto u otro signo para representar hechos pasados y presentes, experiencias y conceptos.

Entre los seis y doce meses (al final del período sensitivo motor) los niños empiezan a fingir, a recurrir a acciones para representar objetos, hechos o ideas; tal fingimiento (jugar que una caja es camión) muestra que a esta edad puede crear símbolos independientemente del ambiente inmediato, es un progreso en el desarrollo cognoscitivo. La representación simbólica es un proceso ininterrumpido, un niño representa mejor a los cuatro años que a los dos años. La diferencia cognoscitiva más notable entre lactantes y niños de dos años es el uso de símbolos (acciones, imágenes o palabras para representar hechos o vivencias). Una vez que ocurre esto, sus procesos de pensamiento se tornan más complejos (Piaget e Inhelder, 1981). El creciente uso de símbolos es el logro cognoscitivo más trascendente en el período preconceptual.

Aún con la aparición de la representación simbólica (alrededor de los dos años) en la etapa preoperativa todavía falta alcanzar el pensamiento lógico y están más preocupados por el aquí y el ahora y las cosas físicas. En la etapa preescolar casi todos los niños crean conceptos y clasificaciones atendiendo a los factores más obvios (sexo, tamaño, color, etc.). Los preescolares están muy ocupados ordenando, clasificando y luchando por encontrar significado en el mundo social. Sus conceptos pueden ser muy rígidos y estereotipados (Craig, 1988). Ya en la etapa de las operaciones concretas hay más lógica y el pensamiento es más avanzado. La función simbólica en el niños se presenta en múltiples actividades, una de ellas es la capacidad de imaginar.

González (2000) señala que, para conocer a un niño, es necesario comprender el universo de sus fantasías. Supone que los niños crean, imaginan, tal vez por su falta de experiencia. Para él la fantasía del niño constituye una parte esencial de su personalidad, depende de ella de tal forma que es, a través de esa referencia, como se vincula al mundo, a la realidad y a lo cotidiano. Entiende su propia vida y la de los otros en función del estilo de sus pensamientos,

sus ideas, y ellas están vinculadas al cristal de la fantasía con que mira todo lo que pasa” (pág. 6). Así el niño pertenece a una zona de la fantasía que es usada para su propio existir.

Continúa González (2000), que esto no significa que el niño esté alienado (loco, lejos de la realidad, que confunda su identidad con la realidad externa), sino que su mente funciona por procesos de pensamiento muy ligados al mecanismo de la fantasía, esquema de la fantasía. El niño toma la información exterior y la interpreta en función de sus referencias mentales, de sus necesidades, mostrando gran credibilidad ante lo que acontece en el exterior. Para la mente del niño, la fantasía es una referencia por la que explica su entorno; así puede darse explicaciones mágicas de los fenómenos que observa y animarlos (animismo). En los cuentos se materializa ese mundo mágico, de allí la fascinación que provocan en los menores (y en los mayores), el cuento satisface muchas de sus necesidades interiores, es capaz de identificarse con los personajes y sus emociones de tal modo que muchas de sus fantasías interiores, traumas internos, temores, quedan resueltos allí. Muchas veces el objeto que el niño necesita para dirigir sus propias emociones y sentimientos está escondido en el cuento. Esa proyección también se da en los juegos, sueños, dibujos y en general sobre cualquier cosa que el niño haga o diga. El niño simboliza continuamente su realidad interna en las fantasías. Por la fantasía el niño organiza y maneja su mundo (es decir con símbolos).

Al mundo real; tal y como existe fuera de nosotros, no lo conocemos, ni podremos conocerlo en modo directo. Los impulsos eléctricos que llegan a la mente se convierten en sucesos psíquicos cuya naturaleza última no puede conocerse. Desde allí se interpreta el mundo; pero existe otro desconocido, donde también la realidad se proyecta, pero sobre cuya incidencia poco se sabe. Estamos divididos en dos partes, dos mundos (el consciente y el inconsciente). La fantasía es la zona intermedia donde se encuentran tales mundos. Cuando en un niño aflora la fantasía en cualquiera de sus manifestaciones y por cualquier medio, de alguna manera estamos viendo funcionar esos dos mundos. En el niño se hace todo más palpable, menos elaborado que en el adulto (González, 2000).

La parte inconsciente del niño se expresa con imágenes simbólicas, por eso cuando el niño llega a adquirir la capacidad de tener ya un pensamiento simbólico su producción fantasiosa se incrementa de una manera notable. Hay realidades sobre las que puede expresarse mejor, en los niños se expresa en todo, especialmente en los juegos, sueños, dibujos. Por otro lado el niño tiene una estructura de la personalidad en cambio continuo y en formación; por eso sus

propias tendencias se resuelven de una manera más directa, la fantasía es una manera de dominar las múltiples tendencias emotivas del inconsciente infantil. El conflicto interno del niño puede resolverse de dos maneras: que él logre reprimir ese conflicto, dejarlo en el inconsciente y así ya no le molestará en su cotidianidad o bien que aflore esa problemática y se maneje convenientemente por su zona consciente. En caso de que aflore a la consciencia, el niño puede optar sencillamente por verbalizar directamente sus contenidos inaceptables (odio, temor, deseos) y ejecutar conductas que vayan de acuerdo con ese sentimiento que tiene consciente (como agredir o huir). Otra posibilidad es cuando el conflicto continúa en un estado semi-consciente (preconsciente), eso oculto buscará la simbolización, la fantasía para comunicar su estado. Esa simbolización puede tener tantas formas como niños existan en el mundo. Por eso los niños son los más grandes productores y consumidores de fantasías. Con ellas, su zona oculta es ayudada a simbolizar sus emociones, pensamientos y deseos, encontrando en las fantasías un material oportuno donde depositar todo lo que tienen su mente de modo simbólico; en el inconsciente se produce una descarga de energía a través de las fantasías. En el dibujo, los sueños, los cuentos, etc. el niño proyecta sus temáticas psicológicas inaceptables (González, 2000).

4.2 EL DIBUJO.

Sami-Ali (1974) se pregunta cómo se transforma una superficie rectangular de una hoja en blanco en ese otro espacio imaginario que tiene un arriba-abajo, derecha-izquierda, centro-periferia y que permite asegurar a la imagen un marco de referencia, por menos estable y homogéneo que sea. Y es que para este autor, el espacio de la representación empieza a existir por medio de la proyección latente de las dimensiones del cuerpo propio. El dibujo se conforma a través de esa misma posibilidad de organización espacial inherente al cuerpo propio frente a un rectángulo en blanco, tal organización está sustentada por un proceso de proyección en el nivel perceptivo, así toma forma en el límite de lo consciente y de lo inconsciente el espacio de la fantasía. La hoja en blanco recibirá muchas estructuraciones posibles. Ante todo puede ordenarse con miras al cumplimiento del deseo inconsciente de que el cuerpo propio es vehículo y mediador al mismo tiempo. El mismo proceso (desplazamiento), al actuar sobre lo percibido, da al espacio sus dimensiones invisibles, que son las del cuerpo propio. Lo que se dibuja, y como se usa la hoja, parece la proyección

espacial del cuerpo propio a la vez simétrico y asimétrico, “todas las figuras son proyección del cuerpo propio erotizado. Objetos y personas llevados por una actividad fantaseada cercana al sueño, son creados a partir de una realidad corporal primordial que define la relación de estar a la vez afuera y adentro” (Sami-Ali, 1974, p.87). Para ese autor el espacio de la hoja en blanco es susceptible de funcionar también como un espejo que refleja la imagen misma del sujeto. El espacio en que se desarrolla la actividad gráfica puede confundirse además con la espacialidad del cuerpo propio. Sobre la base de una identificación implícita con el cuerpo dibujado, es posible vivir en sí mismo lo que falta al dibujo. Coincidiendo así el sujeto y el objeto, la representación se desarrolla en un espacio corporal que paradójicamente engloba también al cuerpo propio.

La imagen surge a través del cuerpo propio concebido como esquema de representación (y la génesis de las coordenadas espaciales que son condición a priori para que aparezca la imagen). Por otro parte, en vano el grafismo pretende ser un calco de la realidad sin sombra ni misterio, es siempre una metamorfosis del cuerpo propio, en el cuerpo representación y expresión están indisolublemente ligadas. Sólo un desconocimiento de esto engendra la ilusión tenaz de que se puede abordar el dibujo desde el ángulo exclusivo de su adecuación a la realidad exterior. Por momentos, la superficie de aloja funciona como espejo pues existe una proyección sensorial y una verdadera geometría del espacio corporal en la que existe una correspondencia biunívoca que define la relación entre el sujeto y las figuras que dibuja. Existe la omnipresencia del cuerpo propio en el espacio ya que está en todas partes en esa superficie que él estructura y habita, creando en ella un adentro- afuera, arriba- abajo, adelante- atrás, derecha- izquierda. En ocasiones se observan dibujos muy pobres en la actividad gráfica que parece separada de la vivencia corporal y el sujeto se limita a reproducir automática y torpemente formas aprehendidas de memoria y hay una incongruencia cuando trata de representar objetos en perspectiva, se trata de alguien que ha tenido problemas en esta estructuración del espacio a través del cuerpo y viceversa (Sami-Ali, 1974).

Sami-Ali (1974) considera que en los dibujos donde la bidimensionalidad deja su lugar a la profundidad o tercera dimensión se refleja la distancia que el niño ha puesto entre él y el otro (su madre), ya que la profundidad quiere decir “aquí-allá”. Asimismo el juego del fort-da (descrito por Freud en un niño menor de dos años) es la primera manifestación lúdica y se

convierte en prototipo y esquema de representación que moldeará las situaciones de separación futuras.

Cuando el niño adquiere un cierto nivel de automatismo en la expresión gráfica, el dibujo se vuelve un medio excelente donde proyectar una ingente cantidad de elementos simbólicos y de fantasía, muchos rasgos de la personalidad. Pero también la capacidad de representar gráficamente a través del dibujo evoluciona según el desarrollo del niño.

Incluso se ha utilizado el dibujo de la figura humana, por ser para el niño la más familiar y significativa, como medida no verbal de la habilidad cognoscitiva y formación de conceptos, sobre todo en niños pequeños y en minorías culturales (Sattler, 1988).

El dibujo es una escritura particular del niño que evoluciona junto con sus facultades sensoriales e intelectuales. En la evolución de su grafismo el niño atraviesa por diversas etapas. En los numerosos estudios sobre el particular (como es el caso de Bender, 1992, entre otros) se han determinado las pautas que corresponden a cada uno de los niveles de desarrollo. Aunque la designación de dichas etapas varía en los diferentes estudios, hay sin embargo y en general, coincidencias en lo que se refiere a las pautas más significativas. Se mencionarán algunos autores.

Lowenfeld a finales de los cuarenta (en Bosch, Menegazzo y Galli, 1984) ha estudiado tales pautas y sus conclusiones han influido en el trabajo de muchos especialistas. Considera que el dibujo libre es muy importante y que no se debe confundir contenido o tema con modo de expresión, pero que un mismo tema puede dar distintos modos de expresión. El plantea las siguientes etapas.

- a). Etapa de Garabateo o de Autoexpresión. De los dos a los cuatro años, que corresponde al garabateo desordenado (a los dos años), el garabateo longitudinal y el circular con todo el brazo y finalmente un garabateo donde narra historias sobre lo dibujado además de ponerle nombre.
- b). Etapa Preesquemática o Presimbólica. De los cuatro a los seis o siete años. Inicia cuando comienza a establecer una relación aunque sea ínfima con aquello que intenta representar, aparecen los primeros intentos de representación de la realidad a través del dibujo. En esta etapa el espacio y el color son usados emocionalmente, en sus primeros dibujos las interrelaciones de las cosas en el espacio no están sujetas a ninguna regla. Las relaciones de

color están igualmente determinadas por lo emocional (la correspondencia del color del dibujo con el real es algo que adquiere después).

c). Etapa Esquemática (entre los siete y nueve años). Ya existe repetición de símbolos y la aparición de la línea base (piso), además de una correspondencia del color con la realidad.

d). Etapa del realismo naciente (entre los nueve y once años).

e). Etapa del pseudorealismo (entre los 11 y 13 años).

Por su parte Luquet (citado en Piaget e Inhelder, 1981) en un estudio ya muy antiguo, 1927, considera al dibujo como un juego y muestra que es hasta los ocho o nueve años que el dibujo del niño es esencialmente realista de intención, pero que al inicio los niños dibujan lo que saben de un personaje u objeto mucho antes de expresar gráficamente lo que ven en él. Este autor considera que el realismo del dibujo pasa por diferentes etapas.

a) Realismo fortuito. Entre los dos y tres años, es la etapa de los garabatos con significación.

b) Realismo frustrado. Fase de incapacidad sintética, en que los elementos de la copia están yuxtapuestos, en lugar de coordinados en un todo (un sombrero muy por arriba de la cabeza, botones al lado del cuerpo). El monigote, que es uno de los modelos más dominantes en el principio, pasa por el estadio de monigotes- renacuajo, en que sólo se figura una cabeza provista de apéndices filiformes (piernas o brazos) pero sin tronco.

c) Realismo intelectual. Desde los siete u ocho años, el dibujo ha superado las dificultades primitivas, pero proporciona esencialmente los atributos conceptuales sin preocupación de perspectiva visual (un rostro de perfil tendrá dos ojos pues el sujeto tiene dos ojos). En este realismo ignora la perspectiva y las relaciones métricas; pero sí considera las relaciones topológicas: aproximaciones, separaciones, envolvimientos, cerramientos, etc.

d) Realismo visual (hacia los ocho o nueve años surge) que tiene dos características esenciales: el dibujo no representa sino lo que es visible desde un punto de vista perspectivo particular y los objetos del fondo se disminuyen gradualmente con relación al primer plano. La otra característica es que el dibujo tiene en cuenta ya la disposición de los objetos según un plan de conjunto (ejes y coordenadas) y sus propiedades métricas, hay una métrica euclidiana.

A partir de los nueve o diez años el sujeto ha constituido la recta vectorial (conservación de una dirección) y la conclusión de la medida en dos o tres dimensiones en función de un sistema de referencias o coordenadas naturales, entre muchas otras habilidades que enriquecen su dibujo.

Por su parte Kellogg (1969, citado en Cratty, 1982) enumera cuatro etapas en la adquisición del control mano-ojo.

a). Garabateo inicial, desde el año y medio hasta aproximadamente los dos años y medio. Primero con acciones al azar y acciones repetitivas, después con encerramientos del espacio y finalmente con la fase del diagrama (que inicia a mediados del tercer año) cuando el niño empieza a dibujar figuras geométricas y a los cuatro años hay figuras rudimentarias trazadas con palitos, incluso a los cinco años todavía realiza trazos por vez y no en trazo continuo.

b). Fase de combinaciones donde ya intenta reunir más de una figura para formar un esquema.

c). Fase de Acumulaciones donde incluye tres o más figuras en un dibujo.

d). Etapa pictórica. Aparece cuando los niños empiezan a reproducir formas simples adoptan formas de objetos de su mundo (los círculos son soles o caras) también inicia tentativas de reproducir figuras humanas ya que entre los objetos más importantes que lo rodean están las personas. En cuanto al dibujo de la figura humana, una etapa muy avanzada es cuando ya las extremidades y el tronco adquieren anchura y por supuesto se colocan diversas partes del cuerpo y detalles.

Sin embargo, Kellogg (en Cratty, 1982) concluye que el dibujo de la figura humana es de escasa utilidad para evaluar cualquier cosa que no sea la habilidad del niño para dibujarla, él sugiere que cualquier evaluación del estado mental y/o emocional de un niño que se base en el examen de su conducta en el dibujo debe realizarse sólo después de ver muchos de sus dibujos.

El dibujo de la figura humana es de suma importancia no sólo para ver el desarrollo del niño, sino que se ha utilizado como test para describir diversos rasgos de personalidad en los sujetos. Tal es el caso de la prueba de Casa, Árbol, Persona (HTP) de Buck (1949) y por supuesto de la Prueba de Figura Humana por excelencia, la de Karen Machover,

publicada en 1949. Es extensa la información que ese autor proporciona y larga la lista de elementos, aspectos y rasgos que considera en la valoración, por ello sólo se mencionan pero se remite al lector a su texto ya que resulta una referencia indispensable cuando de describir e interpretar dibujos de figuras humanas se trata.

En general los autores que plantean estrategias de interpretación de dibujos mencionan aspectos tales como⁷:

- a) Dimensiones del dibujo.
- b) Emplazamiento, organización, ubicación u orientación espacial del dibujo.
- c) La grafología (o presión y dirección en los trazos, calidad del trazo).
- d) Los colores utilizados.
- e) Indicadores emocionales.
- f) Tema o contenido del dibujo.

Koppitz (1991) propone observar indicadores emocionales para impulsividad, inseguridad y sentimientos de inadecuación, ansiedad e ira o agresividad.

Aubín (citado en Wallon, 1990) marca indicadores para inhibición, agresividad, neurosis obsesiva, trastornos psicóticos, para niños excitados y deprimidos y para rasgos de histeria.

No puede dejarse de citar los diversos marcadores emocionales que marca la prueba de Machover (de 1949).

Dentro del dibujo un aspecto central es el color. Los colores son importantes y poseen un lenguaje simbólico propio, interesa saber qué colores escoge el niño (West, 2000). Existe incluso el Test de Colores (Lüscher, 1986), donde a través de la elección que el sujeto realiza entre diversas opciones, se pretende ubicar sus rasgos de personalidad. En la presente investigación todos los niños utilizaron colores por lo cual fue un rasgo a interpretar, para lo cual se tomó como referencia lo señalado por Bédard (2001) en su libro "*Cómo interpretar los dibujos de los niños*".

Mucho más se podría ahondar sobre el tema, sin embargo conviene volver a la importancia que tiene en el mundo del niño la actividad gráfica, el dibujo. El dibujo se ha visto como un tipo de juego simbólico, mediante el dibujo, al igual que en el juego simbólico, el niño

⁷ Para mayor información sobre el tema véase, entre otros, Bédard (2001), Koppitz (1991), Dubarget (1981), Wallon (1990), Corman (1983), Biedma y D'Alfonso (1960), Caligor (1960). Textos que fueron consultados en el presente trabajo para intentar interpretar los dibujos realizados por los niños de la muestra.

“revive” situaciones que fueron vividas o percibidas pasivamente en la realidad (Schuller, 1986). Mediante el juego las actualiza y ejecuta acciones que le llevan a una elaboración activa de tales situaciones, además en una forma placentera como lo es el juego. De allí que el dibujo es además de una forma de expresión (muy útil para los niños que encuentran aún difícil poner en palabras sus vivencias) una actividad terapéutica ya que conduce a catarsis, elaboración y estructuración de las experiencias que enfrenta el niño.⁸

4.3 LA REPRESENTACIÓN MENTAL DE LA ENFERMEDAD.

Ya se dijo la importancia de la fantasía en el niño y cómo éste conoce y domina su mundo a través de tales representaciones. Para un niño enfermo, su padecimiento y todo lo que con él se relaciona también es manejado a través de sus procesos de pensamiento que así proceden con un gran monto de fantasía. Un niño se forma ideas, representaciones, conceptos acerca de su padecimiento, cuenta con una vivencia personal de tal experiencia.

Llor, Abad, García y Nieto (1995), junto con otros autores de diversas corrientes, han señalado que las creencias acerca de la enfermedad determinan el afrontamiento de ésta e influyen en la adaptación y la recuperación. El enfermo necesita atribuir la enfermedad a causas concretas porque así disminuye la incertidumbre y aumenta su sensación de control sobre el fenómeno. La autora de la presente investigación está de acuerdo con esto, sin embargo no debe olvidarse que el enfermo de la edad que sea (y sus familiares) también cuentan con creencias mágicas que tienen una razón de ser, probablemente están no sólo explicando la enfermedad sino estructurando el mundo de ese niño y cabe tenerlo presente para no encarnizarse contra ellas y eliminarlas sin más al considerarlas inválidas.

La respuesta ante la enfermedad no depende de la situación en sí, sino de la interpretación que se hace de ella. El significado funciona como un núcleo cognoscitivo que influye sobre las respuestas emocionales y motivacionales ante la enfermedad y las estrategias de afrontamiento. Cada paciente elabora un significado que refleja las experiencias personales previas, sus creencias, el grado de conocimientos y el bagaje cultural. Hay quienes viven a la enfermedad como desafío, o como amenaza, o como enemigo, o como refugio ante la vida

⁸ En la presente investigación se solicitó a los niños imaginaran su dermatitis y su piel, además de pedirles las dibujaran como ellos lo desearan. Esas producciones gráficas son presentadas en las secciones de resultados y de discusión de resultados, el dibujo propiamente dicho se incluyó en anexos.

difícil, o como fuente de ganancia secundaria, otros como castigo. Muchos y diversos pueden ser los significados asignados (Llor, Abad, García y Nieto, 1995). De acuerdo con esto, sin embargo no se debe olvidar que hay también significados de la enfermedad en la vida de un paciente que ni siquiera él conoce o sospecha (son inconscientes). Maud Mannoni (1965) considera que la enfermedad real no es el factor traumatizante, sino lo que de ella se dice o se calla, son los entrelazamientos de las representaciones imaginarias con los signos reales de la enfermedad, lo que afecta y altera las interacciones tempranas madre-hijo.

El paciente tiene una representación de su enfermedad, elabora una definición de ella. Es importante ver el modo en que el paciente define o representa su enfermedad y cómo actúa para enfrentarla o cómo se acomoda a vivir con ella.

Leventhal (en Llor, Abad, García y Nieto, 1995) sugiere unas pautas de actuación para los profesionales que proporcionen al paciente una visión realista de su enfermedad, que en su concepto es indispensable para la recuperación (cabría preguntarse si alguien con una visión mágica del padecimiento pero que siguiera, quizá por mera sugestión, las indicaciones médicas, no se curaría). El comenta que la información que se ofrezca al paciente debe referirse a las tres etapas de procesamiento (representación de la enfermedad, posibles estrategias de afrontamiento y criterios para la evaluación de la eficacia de éstas); además es preciso evitar discrepancias entre la amenaza objetiva provocada por la enfermedad y la representación que el sujeto hace de ella, aconseja controlar el aspecto afectivo ya que puede influir en la representación de la enfermedad (para la autora del presente estudio es claro que influye), sugiere procurar que el paciente está consciente de que existen factores sociales y ambientales que influyen en la representación de su enfermedad. Se trata, para él, de ofrecer al paciente la oportunidad de que estructure su comprensión de la enfermedad para que construya representaciones adecuadas (adecuadas según quién, creo que el modelo que perfila es la explicación médica. Cabe preguntarse si es la única explicación válida de un padecimiento) que crean estrategias adecuadas de enfrentamiento.

Para Leventhal (en Llor, Abad, García y Nieto, 1995), las personas usan cuatro fuentes de información. Primero, las experiencias físicas del paciente (naturaleza, persistencia y gravedad de sus síntomas). La segunda es el modo de entender la enfermedad en la cultura del individuo. La tercera es dada por la comunidad social o información obtenida a través de otras personas (familia, amigos, profesionales de la salud) y cuarta fuente son las experiencias

personales del sujeto en relación con su enfermedad. Por otro lado menciona que el afrontamiento es un proceso que el individuo pone en marcha en condiciones de estrés psicológico para minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes e intentar dominar el entorno. Algunas estrategias útiles son: buscar información, la adhesión al tratamiento, seguir hábitos saludables y cambios en el estilo de vida. La negación es un caso especial ya que en un momento dado puede ser benéfica o perjudicial.

Como se ha discernido de este capítulo, el niño tiene la capacidad, cognoscitivamente hablando, ya desde aproximadamente el segundo año de vida, de representarse, de imaginar o tener un concepto de actividades, objetos, relaciones, eventos, abstracciones y de su propio cuerpo. El niño conoce y domina su mundo a través de las representaciones que de él se hace. La enfermedad, en su propio cuerpo, es un acontecimiento que le demanda una explicación. Se ha escrito (Marty, 1992) que en las enfermedades psicósomáticas, como en la DA, el problema principal radica en una estructura preconscious mal desarrollada, que limita el mundo de fantasía de la persona. El presente trabajo intenta conocer si los niños con DA se han formado una representación de su padecimiento y que forma adquiere ésta. En el siguiente capítulo se presenta una revisión de los estudios psicosociales que sobre esta enfermedad se han realizado.

CAPÍTULO V. ESTUDIOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DERMATITIS ATÓPICA.

Existen múltiples investigaciones acerca de los denominados trastornos psicosomáticos y, dentro de éstos, de los padecimientos dermatológicos en general y particularmente de la Dermatitis Atópica (DA) o Eczema Atópico, que es motivo de este estudio.

5.1 EDAD DE LOS SUJETOS.

La DA ha sido considerada por diversos autores como padecimiento psicosomático. Se han realizado gran cantidad de estudios que comparan diversos aspectos de las diferentes enfermedades dermatológicas, entre ellas a la DA. De ellos, el mayor porcentaje ha sido con adolescentes y adultos, son pocos los realizados exclusivamente con lactantes (siendo que es la edad en que generalmente aparece el padecimiento), preescolares y escolares. En nuestro país, Ramírez y Heredia (1983) estudiaron a 30 niños, con DA, entre cero y tres años de edad. Resultando en ocasiones muy amplio el rango de edades consideradas en las investigaciones, tal es el caso de los estudios en personas con DA que van desde los cuatro meses hasta los 67 años o a personas mayores de cinco años (Cappore, Rauland y Goldin, 1988; Charman, Morris y Williams, 2000). A nivel mundial sí existe investigación de aspectos psicológicos en niños con DA Menciono únicamente los realizados por Buske- kirschbam et all.(1997) con 15 niños cuyas edades eran entre ocho y 14 años, o bien el de Ring, Palos y Zimmerman (1986) con 23 niños también entre ocho y 14 años de edad; por su parte Absalon, Cottrell, Eldridg y Glover (1997) estudian a 30 escolares con DA.

5.2 SUJETOS IMPLICADOS EN EL ESTUDIO.

Asimismo, existen estudios que han tomado a un solo sujeto, en un caso fue un niño de dos años y en el otro caso a un escolar (Breton y Latour, 1987; Traenckner, Holsclerk, Abeck, Berger y Ring, 1996). Del mismo modo se han realizado estudios donde se incluye la familia (Ring y Palos, 1986; Ring, Palos y Zimmerman, 1986). En la mayoría de tales estudios se evalúa al niño y por lo menos a uno de los padres, especialmente a la madre (diadas). Por lo que respecta a México, la mayoría de estudios han sido realizados sólo con la madre o con pacientes adolescentes y adultos. Meneses (1996) realiza un análisis clínico del texto de las

respuestas dadas al Test de Apercepción Temática en pacientes con DA, ella toma a tres sujetos, uno de los cuales es un púber de 13 años.

5.3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LOS ESTUDIOS ANTECEDENTES.

En general los datos han recibido un trato cuantitativo y los instrumentos usados han sido diversos, desde pruebas psicométricas (de personalidad y calidad de vida) hasta instrumentos creados o adaptados especialmente para la investigación (semi o totalmente estructuradas) y mediciones de variables fisiológicas como tasa cardiaca y conductibilidad de la piel.

Fegert, Probst y Vielbock (1999) entrevistaron a 36 familias y después realizaron un análisis de contenido de los datos obtenidos de esas entrevistas no dirigidas (con cada miembro de la familia y una entrevista familiar). Por su parte Elliott y Lukert (1997) aplicaron análisis de contenido latente (dando una interpretación, desde el supuesto de un contenido oculto, inconsciente, a lo que concientemente expresa el sujeto), para interpretar informes dados por los padres de niños con DA severa. Koblenzer y Koblenzer (1988) aplicaron cuestionarios, a padres de niños con DA y a los niños, sobre eventos estresantes de vida, problemas crónicos cotidianos y ambiente familiar. En tanto que Ring y Palos utilizaron un entrevista estructurada y pruebas de dibujo (para el niño) para investigar relaciones padres-hijo en niños con DA En nuestro país se han utilizado principalmente pruebas proyectivas y psicométricas para evaluar a los pacientes adolescentes y adultos o a las madres de los niños.

5.4 EL IMPACTO FAMILIAR DEL PADECIMIENTO.

Es uno de los aspectos más mencionados. Para Fennessy, Couplands, Popay y Naysmith (2000) el impacto en la vida del paciente y la familia e incluso el contexto social, son claros. Fegert, Probst y Vielbocks (1999) investigaron los efectos sobre la familia y sus estilos de afrontamiento, estudiando el impacto de la enfermedad crónica basados en conceptos como afrontamiento y adaptación al estrés (refieren que la conducta de afrontamiento generalmente está influida por los recursos familiares). Kemp (1999) encuentra que en Australia los costos sociales y financieros de la DA son muy importantes y que la familia vive mayor estrés por cuidar a un niño con DA que a un diabético. Los factores que contribuyen a ese estrés familiar son: la privación del sueño, pérdida de empleo, tiempo dedicado al cuidado de esa piel y costo financiero (que incluye medicamentos, hospitalizaciones y consultas, además de despido laboral), por ello, consideran que la DA deber ser vista como una condición que

potencialmente puede ser un impedimento mayor pues tiene consecuencias considerables a nivel personal, social, familiar y comunitario. En el Reino Unido, se estudiaron 334 familias de niños con eczema atópico para valorar las áreas más afectadas, fueron identificadas 11 áreas y se creó a partir de allí el Dermatitis Family Impact Questionnaire (DFI) ya que los autores consideraron que existía poca información sobre los efectos del padecimiento sobre la función familiar, haciéndose necesario un instrumento para la investigación (Lawson, Lewis, Finlay, Reid y Owen, 1998). Sin embargo Absalon, Cottrell, Eldridge y Gover (1997) encontraron que las madres de escolares con DA no mostraban más estrés que las de niños con problemas dermatológicos menores y, por otro lado, ellas sentían que tenían tanto apoyo social como cualquier familia. Ese estudio no está de acuerdo con el realizado por Gieler, Kohnlein, Schaver, Freiling y Stangier (1992) donde se encontró que los padres con niños con DA enfrentaban diversos problemas y contaban con poco apoyo para enfrentarlos. Elliot y Luker (1997) al explorar los efectos en la vida familiar, de cuidar a un niño con DA severa (en 77 madres de preescolares), hicieron un análisis de contenido latente focalizando sobre las implicaciones de la enfermedad para el rol materno y el trabajo adicional generado por la enfermedad, ellos encontraron una gran cantidad de efectos negativos (se desconocen resultados completos). Por su parte Bridgman (1994) escribe que el eczema atópico puede ser fuente considerable de estrés y dificultades, tanto para el niño como para la familia entera. Finalmente, Peri, Molinaire y Taverna (1991) se interesaron en la percepción de los padres de niños atópicos (asma, bronquitis, fiebre de heno, dermatitis atópica) y analizaron las relaciones entre los niños enfermos, sus familias y sus médicos. Se aplicó un cuestionario a los padres, hubo grupo control. Los resultados muestran que ambos grupos de padres sienten que sus niños son capaces de manejar autónomamente su enfermedad, y consideran que los médicos son su recurso principal. Los niños no eran percibidos por sus padres como seres alterados por su padecimiento; sin embargo, su enfermedad indudablemente afectó las relaciones familiares, esto fue particularmente cierto en las familias con miembros que experimentan problemas atópicos. Los factores que causan las dificultades mayores fueron: desacuerdos sobre el tratamiento, la ansiedad causada por el padecimiento y los sacrificios hechos por los miembros de la familia como resultado del padecimiento.

5.5 LA CALIDAD DE VIDA.

Sobre las enfermedades psicosomáticas y concretamente en dermatología, uno de los aspectos más investigados ha sido éste.

Herd, Tidman, Ruta y Hunter (1997) aplicando el Dermatology Life Quality Index (DLQI) y el Patient Generated Index estudiaron la calidad de vida en pacientes con DA Ellos consideran que esta es una enfermedad crónica que puede tener efectos mayores sobre la vida del paciente. Cuantifican la perspectiva del paciente sobre la severidad de su padecimiento y consideran que un instrumento generado por el propio paciente es una aproximación nueva y flexible para calificar las mediciones de vida y que puede reflejar la gran variedad de incapacidades que enfrentan estos pacientes de una forma más fácil.

En la D.A se han llegado a observar, en algunos casos, daño retinal cuya patofisiología es similar al daño retinal traumático con contusión ocular repetida, ya que cuando los párpados están afectados el paciente niño se rasca y restrega frecuentemente los ojos (Zuzuki, Katsushima, Maruyama, Konarik, Sekine y Nakagawat, 1997). Al parecer, para un paciente crónico como el asmático (y probablemente el de eczema atópico), su calidad de vida mejora cuando es visto por un especialista y no un médico general (Wollmer et al., 1997). Otros autores encontraron que existe una correlación estrecha entre la duración de los síntomas de la dermatitis en un lactante y un pobre desarrollo psicomotor, ello impacta sobre la calidad de vida del paciente y la familia (Isolauri, Tahvanainen, Peltolat y Arvolat, 1999; Koblenzer y Koblenzer, 1988). Por su parte, Linnet y Jemec (1999) en adultos buscaron la correlación entre la severidad de los síntomas, la calidad de vida dermatológica y la ansiedad, encontrando gran correlación. En el mismo sentido Akazawa, Kinukawa, Shippey, Gondek, Hara y Nose (1999) encontraron que los pacientes con D.A tuvieron mayor ansiedad y menor calidad de vida dermatológica que la población general. La experiencia de estigmatización es algo que enfrentan algunos pacientes con DA, especialmente cuando se ve afectada la región genital (Schmid-Ott et al., 1999). Fegert, probst y Vierlbocks (1999) investigaron el impacto de la enfermedad crónica, sobre la calidad de vida de la familia, encontrando que la afectación depende mucho de los recursos que tenga ésta para enfrentar. Por su parte Zachariae, Zachartac, Ibsen, Mortensen y Wulf (2000) estudiaron la calidad de vida en 200 pacientes ambulatorios y 100 hospitalizados, todos con un padecimiento dermatológico; encontrando

gran impacto a la calidad de vida, especialmente en los hospitalizados, que se hallaban con mayor severidad del padecimiento.

Finlay (1997 y 1998) realiza investigación sobre los diversos instrumentos que se han desarrollado para medir calidad de vida dermatológica. Cabe mencionar el Dermatology Life Quality Index (DLQI) y sus adaptaciones, que ha sido muy utilizado en diversos estudios de los mencionados en esta tesis. La versión para niños, de este instrumento, es el Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI), está también el DFI ya descrito antes, por mencionar algunos.

Validando un instrumento para calidad de vida en 169 niños con trastornos dermatológicos, Lewis-Jones y Finlay (1995) identificaron 14 áreas afectadas en pacientes de 3 a 16 años. Síntomas, donde la comezón (con 13%), el rascado (con 5.9%) y el dolor (5.3%) fueron los más frecuentes. Emociones como la vergüenza (13%), preocupación, depresión y llanto (6.5%), la ira (3.5%), irritabilidad y oposición (2.9%), baja autoestima (2.9%) también son considerados. Relaciones y amigos, donde los más frecuentes fueron las preguntas, comentarios e insultos (13.6%), bromas y abusos (7.6%), pérdida de oportunidad para el inicio de relaciones (4.7%). Vestido: restricciones para vestirse (6.5%) y uso de ropa para cubrirse (2.9%). Social, salir de la vida social (7.1%), la evitación de otros (2.3%). Trastornos del sueño, tales como insomnio, sueño interrumpido, menor cantidad de tiempo para dormir, somnolencia (8.2%). Escuela: efectos sobre las actividades o tareas escolares (7.6%), dificultades para escribir (2.9%). Educación física, deportes, baño, tratamientos (aversión y rechazo en un 3.5%) y gastos (0.5%). Concluyendo que las enfermedades de la piel pueden causar discapacidad severa en los niños.

Por su parte Long, Funnell, Collard y Finlay (1993) indagando el impacto del eczema sobre la vida de los niños y adultos enfermos, encontraron que se afectan todos los aspectos de la vida del paciente. En los adultos están afectadas sus actividades domésticas, el trabajo, la elección de carrera y el tiempo libre además de las relaciones interpersonales. La mayoría de las mujeres con eczema mostraron tener limitaciones en la elección de ropa de verano. Así mismo, estos autores, preguntan a los padres de 1944 niños (de 0 a 19 años) sobre tal impacto en sus hijos y concluyen que en los niños la complicación más común fue la interferencia con el sueño (60%), seguido de: deportes (27%), actividades recreativas (25%), sobre actividades escolares (27%), el juego y la relación con otros niños (14%). Los disturbios del sueño del

niño pueden afectar también a la familia (insomnio, menor cantidad de sueño, sueño interrumpido), generalmente a los padres. También Stolbova, Ishutina y Stolbova (1989) señalan también los desórdenes del sueño como un trastorno común en adolescentes y adultos con DA. Por su parte, Lundberg, Johannesson, Silverdahl, Hermansson y Lindberg (1999) encuentran que en las enfermedades de la piel hay una reducción substancial en la calidad de vida.

5.6 EVENTOS ESTRESANTES DE VIDA O FACTORES ASOCIADOS A LA APARICIÓN Y/O MANTENIMIENTO DEL PADECIMIENTO.

Para Mittelman (1967) al revisar la vida y la enfermedad del paciente se pueden descubrir una relación temporal entre la tensión emocional generada por sus situaciones vitales y sus períodos de mayor padecimiento. En muchos casos aparece el trastorno después de alguna crisis en la vida del sujeto (muerte de familiar, divorcio, fracaso profesional, matrimonio, etc.). En otros prevalece la tensión constante por los problemas. Los efectos de tales situaciones son acumulativos y cuando la persona alcanza el límite de resistencia o pierde toda su esperanza de superarla, la enfermedad comienza a dominar el panorama.

En su estudio psiquiátrico clínico de pacientes adultos con DA Ullman, Moore y Reidy (1977) concluyen que los pacientes con DA no difirieron de las personas comunes en experiencias de niñez temprana, en la adaptación a conflictos agresivos, en temas de sueños y de sus primeros recuerdos; así como en los conflictos y relaciones con sus familias extensas. Sin embargo, sí señalan que se puede identificar un estrés precipitante en el momento del surgimiento del eczema o en su exacerbación.

Por su parte Gil, Keefe, Sampson, Mclaskill, Rodin y Crisson (1987), al estudiar la relación entre la tensión en el ambiente familiar y la severidad en los síntomas de 44 niños con DA, señalan que las medidas de tensión y el ambiente familiar eran predictores importantes de severidad del síntoma (con aumento de IgE en suero sanguíneo).

El caso de un niño con DA es analizado por Breton y Latour (1987) pensando en que los factores psicológicos afectan el curso del padecimiento. Su caso demuestra la existencia de tres importantes factores psicológicos asociados, ellos son: a) relaciones padres-hijo muy estrechas o cerradas; b) conflictiva en torno a la agresividad y c) el sentido o significado de las regresiones somáticas.

Gieler, Ehlers, Hohler y Burkard (1990) buscan una probable relación entre factores psicológicos y la DA en adultos, comparados con un grupo control. Los pacientes con el padecimiento se describieron a sí mismos como más ansiosos, más depresivos y menos energéticos, más excitados. También marcaron más alto en puntuaciones de neurosis. En contraste con los pacientes psicológicamente estables, los afectados psicológicamente mostraron una edad menor en la aparición de la dermatitis, aunque una comezón y un rascado menos intensos. Ellos reportaron mayores problemas somáticos y un nivel más elevado de estrés familiar, estaban más insatisfechos con sus situaciones de vida y de trabajo; tuvieron menos amigos y personas significativas en sus vidas. Además los que frecuentemente calificaron su trastorno como causado o determinado por factores psíquicos, eran más inteligentes.

Otra investigación estudió la reactividad psicofisiológica de la DA con estresores estandarizados. Los autores concluyen que sus resultados sugieren que la DA puede tener un componente psicofisiológico (Munzel y Schandry, 1990).

La investigación de Ginsburg, Prystows, Koinfeld y Wolland (1993) tuvo como objetivo probar si los pacientes con DA, comparados con pacientes con psoriasis y con un grupo control, se sienten ineficientes al enfrentar su ira. El rol de la ira se ha considerado como un factor muy importante en la aparición o perpetuación de los episodios de la dermatitis en adultos. En este estudio se encontró que los pacientes con DA se enojaban más fácilmente y eran menos capaces de expresarlo; eran más ansiosos y menos asertivos, se sentían menos capaces para expresar su enojo, estaban más crónicamente ansiosos que los pacientes de psoriasis.

Al'Abadie, Kent y Gawkrödger (1994) estudiaron la correlación entre estrés y el comienzo o exacerbación de la psoriasis y de otras condiciones dermatológicas. Ellos escriben que el papel de los eventos estresantes de vida en el progreso de las diversos trastornos dermatológicos se ha estudiado retrospectivamente en pacientes con psoriasis (y dermatitis atópica, donde hay algún grado de seguridad sobre la importancia del estrés), en pacientes con urticaria, acné, alopecia y eczema no atópico (donde se ve una implicación incierta del papel del estrés) y en enfermedades como el melanoma maligno, infecciones por hongos, carcinoma de células basales y nevos melanocíticos (donde el estrés se considera poco relevante). En sus resultados, estos autores encontraron que los pacientes con psoriasis tendían más a reportar

una experiencia de estrés antes de la aparición o exacerbación de su padecimiento; en comparación con otros padecimientos dermatológicos. Para los pacientes con psoriasis, el evento estresante de vida más común eran las dificultades familiares (duelos, pérdidas) y las exigencias laborales o escolares; pero también las dificultades crónicas eran comunes. No hubo correlación entre la severidad del estrés y el tiempo para la aparición o exacerbación. Los resultados apoyan la noción de que el estrés está más comúnmente asociado con la aparición de psoriasis que con otra condición de la piel; pero también apoyan el hecho de que hay una variación individual considerable en la habilidad para afrontar ese estrés.

Traenckner, Holscher, Abeck, Berger y Ring (1996), al reportar el caso de un niño de 2 años de edad, con DA, refieren que en el caso de ese paciente las reacciones alérgicas mediadas por IgE y los factores psicológicos estaban involucrados en la aparición y mantenimiento de las lesiones de la piel. Refieren que aunque la etiopatogénesis de la DA no es muy conocida, se sabe que existe gran variedad de factores desencadenantes. En ese sentido Cappore y Rouland (1999), mediante una entrevista diagnóstica, trataron de ubicar con precisión alguna conexión temporal entre el evento adverso de vida y la primera aparición del desorden dermatológico.

Asimismo, se ha observado que el estrés juega un papel muy importante en la aparición de síntomas dermatológicos y el desarrollo de sensibilidad, en niños exiliados en el extranjero, lejos de sus padres (Anderzen, Arnetz, Soderstrom y Soderman, 1997).

5.7 ESTUDIOS SOBRE EL VÍNCULO PADRES-HIJO, ESPECIALMENTE MADRE-HIJO.

Muchos de los estudios acerca de la aparición y mantenimiento del padecimiento dermatológico han centrado su atención sobre este tópico, como factor significativo. Sólo reporto los más recientes ya que son ampliamente conocidos los estudios de Spitz (1969) y Kreisler, Fain y Soulé (1974) entre otros.

En nuestro país, Escamilla (1989) investiga la personalidad tipo y calidad de vínculos que establecen la madres de niños con DA (aunque no entrevista a los hijos), hipotetizando que un determinado estilo de vínculo es estructurante de un trastorno psicossomático, que hay algo en el niño frente a lo cual un elemento externo actúa como disparador que evoca o que permite la externalización de aquello que pugna por salir, por tanto el padecimiento psicossomático no es algo dado, se asume, se estructura en el seno de la relación con la madre. Esta autora concluye

que no se supone la existencia de un contenido psíquico que se “convierta” en uno corporal, sino que la existencia misma de un fenómeno somático constituye la existencia de uno psíquico. Esos dos procesos (corporal y fantasía inconsciente) son uno mismo. Encuentra que las madres de niños con DA presentan los siguientes rasgos: manifiestan síntomas obsesivos e hipocondriacos, tendencia al aislamiento y debilidad yoica, superyo rígido y una superficialidad en sus vínculos emocionales. Establecen relaciones en las que se aferran o bien se alejan de los otros por defensas primarias como la idealización primitiva y la identificación proyectiva, sus relaciones de objeto son parciales y carecen de constancia objetal con falla en la integración de la identidad.

Por otro lado, continúa Escamilla (1989), se propone que la relación madre-hijo es simbiótica, es dual porque la función del padre es insuficientemente estructurante. Así el síndrome psicofisiológico es una falla orgánica y psicológica en el orden simbólico y por ello el niño buscará en el cuerpo algo que lo defina y delimite de su madre, funcionando la DA como una segunda piel que hace tal función. Al parecer, entonces, la DA es el medio por el cual se vinculan madre e hijo en un nivel simbiótico, donde el padre no está; la DA es lo que mantiene y a la vez separa a la pareja madre niño, es un límite. Por otro lado, esta autora señala que los niños, con dermatitis, aluden a signos y síntomas de agresión inhibida y cuando es manifiesta se da hacia la madre o en el esfuerzo de anularla, es vuelta sobre sí mismo. Hay una dependencia grande con la madre, imagen corporal distorsionada, dificultad de simbolización, ansiedad excesiva y ejecutor de fantasías maternas.

Ramírez y Heredia (1983) al observar la relación madre-hijo en niños, menores de un año, con DA reportan que los niños con DA tienen madres con tendencia al rechazo, además de una relación alterada de la diada. Consideran que son madres ansiosas o depresivas, indiferentes ante el niño, que disfrazan su desinterés con ansiedad, madres narcisistas. Ellas no deseaban el embarazo, durante el cual sufrieron más alteraciones, lo cual incrementó la conflictiva con su hijo. La opinión materna sobre el menor es desfavorable, por lo cual se espera que estos niños tengan bajo autoconcepto y una imagen corporal defectuosa, al ser niños muy descuidados por las madres.

Hernández (1994), estudiando la influencia de la personalidad de la madre sobre el niño con DA, describe a estas madres como reservadas, solitarias, inestables emocionalmente,

inconformes, impotentes, dependientes de aprobación, sumisas, humildes, tímidas, en fin, perturbadas y con un yo débil.

Ring y Palos (1986) estudian los aspectos psicosomáticos de las relaciones padres-hijo en niños con DA. Realizaron entrevistas estructuradas a los padres y una prueba de dibujo (usando animales debían describir a su familia) para explorar situación familiar; además se evaluó estilo de crianza. Comparados con las madres del grupo control, las de niños con DA tenían un acercamiento educativo significativamente “más estricto”. En los padres varones no hubo diferencia entre el grupo experimental y el control. En particular, las madres de los niños con dermatitis significativamente, más a menudo favorecían en sus hijos una “conducta adulta” y por lo tanto la capacidad de disfrutar la alegría en estos niños estaba muy disminuida en comparación con los controles. En los dibujos de los niños con DA faltaba una “atmósfera amistosa o amable” que sí se expresó en los del grupo control. Los padres de niños enfermos fueron dibujados, significativamente, más pequeños que sus respectivas madres. En los dibujos de animal, los niños con dermatitis seleccionaron principalmente animales desagradables o peligrosos para describir a sus padres y hermanos. En la entrevista estructurada fueron notables los puntos siguientes: los niños con dermatitis más a menudo desplegaban pensamientos agresivos contra sus padres, comparados con los del grupo control. Las madres de los enfermos reaccionaban menos espontáneamente y menos emotivamente ante las emociones de sus hijos. El afecto maternal a menudo se produjo, en esas madres, como un ritual higiénico o en un cuerpo cuya realización orienta la moda. Las madres de niños con DA gustan comportarse en una forma “adulta”.

Por su parte Gil, Keefe, Samposn, McCaskill, Rodín y Crisson (1987) estudiaron la relación entre la tensión en el ambiente familiar y los síntomas de la dermatitis atópica, en 44 niños con síntomas severos y en sus familias. Encuestaron a los niños y a sus familiares acerca de eventos estresantes de vida, problemas crónicos cotidianos y ambiente familiar, relacionando esto con la severidad (que fue evaluada médicamente, por la estimación del porcentaje del cuerpo afectado, el curso en el tiempo de los síntomas, el uso de medicamentos y la intensidad del síntoma). El análisis indicó que las medidas de tensión y el ambiente familiar eran predictores importantes de severidad del síntoma. Se controlaron variables demográficas como la edad y variables médicas (nivel de IgE en sangre). Sus resultados tienen implicaciones importantes para el cuidado de la salud.

Conviene recordar también el ya citado estudio de Breton y Latour (1989) donde un factor psicológico importante sobre la aparición y curso de la dermatitis resultó ser la relación padres-hijo muy estrecha.

Por su parte, Koblenzer y Koblenzer (1988), con una orientación analítica, titulan su artículo “eczema atópico intratable. Su ocurrencia es un signo físico de relaciones padres-hijo dañadas y de detención del desarrollo psicológico”. Ellos señalan que la falta de respuesta terapéutica al tratamiento en una porción de pacientes de DA puede deberse a relaciones padres-hijo disfuncionales que llevan al detenimiento del desarrollo general. Una mejoría en estas relaciones, siguiendo el insight paterno de sus sentimientos conflictivos, permite la aceptación de las recomendaciones educacionales del médico; eso también permite que el desarrollo normal se reasuma y que la salud mejore. Ese acercamiento con los padres, les ayudó a reconocer su conflictiva y la educación recibida les permitió un escenario de límites conductuales más apropiado. El resultado fue una mejoría rápida y sustancial de la piel, del desarrollo emocional y del ajuste social.

Allen (1989) no está de acuerdo con los resultados del estudio anterior y observa que el eczema atópico intratable sugiere un desorden afectivo mayor y que un “pobre paternaje” es secundario (no se tuvo acceso a más información, ya que se consultó sólo el Abstract en Med-Line de internet).

También se han investigado las relaciones de poder en las interacciones madre-hijo en la DA Prochazka y Uslar (1989) encontraron que durante la post-guerra predominó una forma de crianza tipo sumiso, madres complacientes. Como los niños resultantes no observan límites personales, llegan a convertirse en desadaptados a su ambiente social y desarrollan una gran ambición de poder. Esos fenómenos son observados en ascenso entre los niños con DA (como vemos estos resultados parecen contradecir el estudio de Ring y Palos, 1986, que hablan más bien de una madre estricta).

Liedthe (1990), partiendo de que las enfermedades psicosomáticas se distinguen de las neurosis y que los distintos tipos de socialización o de crianza tienden a predisponer a uno de esos dos desórdenes, realizan un estudio del estilo de crianza que usan los padres de niños psicosomáticos. Ellos encontraron lazos madre-hijo y padre-hijo más estrechos en las familias psicosomáticas. Estos resultados son consistentes con el concepto de una socialización

restringida en las familias psicósomáticas y coinciden con los hallazgos de Breton y Latour (1989).

David, Garralda y David (1993) compararon el ajuste psiquiátrico y el vínculo madre-hijo en 30 preescolares con DA severa y un grupo control. Menos madres de niños con D.A eran asalariadas y sentían menor apoyo social que las otras. Más de esas madres se sentían muy estresadas en relación a su maternaje y menos eficientes en la disciplina de su hijo enfermo. No obstante, ellas no mostraban actitudes negativas hacia sus hijos; al contrario, tuvieron actitudes empáticas positivas sobre sus hijos más que las madres del grupo control (50% VS 12%). Los problemas conductuales de los niños enfermos (50% VS 12%) y el estrés materno (85% VS 31%) fueron significativamente más comunes en los niños más severamente afectados. Los problemas conductuales menores y el estrés de los padres son rasgos importantes de la DA severa en la primera infancia; pero la DA no lleva a la endeblez del vínculo madre-hijo.

Ring y Palos (1995) declaran que se debe considerar la relación padres-hijo dentro de los aspectos psicósomáticos de los niños con dermatitis. Par lo cual evalúan a 14 madres de niños con DA, concluyen que las madres de niños con ese padecimiento son menos espontáneas, con un mayor "todo bajo control", son menos emocionales que la población en general. Ellas mostraron rasgos que indican dificultades en la relación emocional con sus hijos. Estudio y conclusiones debatidos por Langfeldt (1995) quien reproduce la investigación anterior pero con más sujetos y con un grupo control y rechaza que las madres de niños con DA muestren características psicológicas especiales o únicas.

Por otro lado, Absalon, Cottrell, Eldridge y Glover (1997) indagaron trastornos psicológicos en 30 escolares con dermatitis atópica y si sus madres mostraban alto nivel de estrés. No encontraron niveles de estrés más altos en las madres de estos niños que en las del grupo control.

Schaar y Lamberts (1997) observaron que la comezón puede ser una manifestación cutánea de trastornos psicológicos. Concluyen que en uno de sus dos sujetos, una niña de 11 años, las relaciones padres-hija eran el estímulo discriminativo para provocar el rascado.

Pauli-Pott, Daruri y Beckmann (1999) investigaron si hay características maternas relevantes para la relación madre-hijo asociadas con la DA en lactantes. Ellos encuentran que las madres de niños con este padecimiento se autodescriben como más depresivas, más

ansiosas (sobreprotectoras) y caracterizaron a sus hijos menos positivamente y más negativamente en su conducta emocional, en comparación con las madres del grupo control.

Como se puede observar las conclusiones de los diversos estudios no son coincidentes.

5.8 RASGOS Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y/O PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES PSICOSOMÁTICOS.

Amplia es la investigación en torno a este tema, tratando de establecer un tipo de personalidad de los pacientes psicosomáticos en general, los dermatológicos y los pacientes con DA en particular. Se ha intentado elaborar perfiles psicológicos de los pacientes psicosomáticos y dermatosos.

Ahmar y Kuban (1976), utilizando un test para medir características psicopatológicas comunes a la población neurótica, intentaron establecer un perfil psicológico de estos pacientes. Ellos midieron ansiedad, neurosis, extroversión, depresión, hipocondriasis e histeria. Sus resultados mostraron que los pacientes con DA responden significativamente en forma diferente de los pacientes con otros padecimientos de la piel y que los sujetos del grupo control, en las escalas medidas. Sin embargo los otros pacientes dermatológicos también tuvieron diferencias respecto del grupo control. El estudio muestra que los pacientes con DA tienen un perfil psicológico no compartido por los otros. Ellos tienden a estar en un estado de alta ansiedad manifiesta, depresión, neurotismo e hipocondria.

Ullman, Moore y Reidy (1977) realizaron un estudio psiquiátrico, usando MMPI con 20 sujetos adolescentes y adultos con DA comparados con un grupo control. Ellos observan que los pacientes con dermatitis no difirieron de las personas del grupo control en el tipo de experiencias tempranas, la adaptación a conflictos agresivos y de relaciones familiares.

Yamamoto (1984) encontró graves trastornos del sueño en adolescentes y jóvenes con DA. Allen (1989), concluye que el eczema atópico intratable sugiere que el paciente presenta un desorden afectivo mayor.

En 1990, White, Horne y Varigas, utilizando pruebas de personalidad estandarizadas, estudian el perfil psicológico de 40 pacientes de D.A de larga evolución, y un grupo control. Se trataba de medir la presencia de ciertos rasgos psicológicos que se han mencionado en estudios anteriores. Se demostró que los pacientes con DA tuvieron significativamente más altos niveles de ansiedad y mayores problemas al manejar su ira y la hostilidad. Tales

hallazgos y su contribución para entender la etiología de este desorden son controvertidos, pero sí tienen implicaciones para el manejo y tratamiento de estos pacientes.

Al parecer la DA está relacionada con la alergia, incluso hay médicos que dicen que lo es. Bell, Jasnosi, Kagan y King (1990), partiendo de la hipótesis de que los efectos de la ansiedad social, las alergias y el estrés están relacionados en algunas personas, evaluaron la frecuencia de timidez autorreportada en adultos jóvenes con rinitis alérgica. Observaron que los sujetos más introvertidos tuvieron significativamente mayores puntajes en sus autorreportes de depresión, miedo, fatiga, así como la prevalencia más elevada de fiebre de heno. Los datos apoyan la posibilidad de un grupo distintivo de individuos tímidos que tienen vulnerabilidad concomitante a desarrollar alergias específicas y desórdenes afectivos.

Gieler, Ehlers, Hohler y Burkard (1990) pretendieron investigar si los pacientes con DA difieren como grupo, de un grupo control, respecto a mediciones psicológicas del humor y la personalidad, o si los subgrupos de pacientes normales y los de pacientes psicológicamente afectados pueden ser diferenciados. Comparados con los sujetos control, los pacientes con DA se describieron como más ansiosos, más depresivos y fatigados, también marcaron más alto en neurosis. A través de un análisis de conglomerados, se identificaron cuatro subgrupos, sólo uno de ellos era psicológicamente discapacitado, según las puntuaciones del cuestionario. En contraste con los pacientes psicológicamente estables, los afectados mostraron mayores problemas somáticos y un nivel más elevado de estrés familiar, estaban más insatisfechos con su vida y empleo y tuvieron menos relaciones con personas significativas.

Blomquist y Sakki (1991) aplicando el test de Rorschach, compararon las respuestas de los adolescentes (unos con DA y otros con psoriasis) contra las de sus madres, además de un grupo control de pacientes psiquiátricas neuróticas ambulatorias. Los resultados confirmaron la hipótesis de Alexitimia (caracterizada, según Liedke, 1990, por la dificultad de los pacientes psicósomáticos para percibir adecuadamente sus propios sentimientos y verbalizarlos) relacionada con el Pensamiento Operante de Marty. El grupo control produjo protocolos de Rorschach más variados, consistentes y de material con mayor proceso primario y más soluciones creativas. En contraste, los protocolos de las psoriáticas son estricta y formalmente buenos, con arranques ocasionales de material con proceso primario, con elementos de horror y contenidos sexuales no aceptados socialmente. Por otro lado, las mujeres que sufren DA produjeron protocolos, en el sondeo de escrutinio, largos y variados;

pero más defensivos. Las diferencias entre las madres y sus hijas en cada grupo diagnóstico sugieren que las pacientes psiquiátricas difieren más de sus madres en las siguientes áreas: las pacientes dan más respuestas libidinales, generalmente de tipo primitivo y parecen tener mejores medios para enfrentar sus impulsos que sus madres.

Laihinén (1991) evalúa a 79 pacientes de siete grupos diagnósticos de diferentes enfermedades dermatológicas, incluida la DA. Su objetivo fue medir los factores psicológicos y psiquiátricos para definir la consecuencia crónica de la dermatosis. Él trata de ver cuáles son los mecanismos que hacen que el rascado convierta a algo en crónico (ya que comezón-rascado es un círculo vicioso que prolonga la enfermedad). Según sus resultados, los trastornos psiquiátricos fueron claramente mayores que en la población en general. Los mecanismos de cronificación fueron los siguientes: desorden de personalidad, infantilismo emocional (esos dos aspectos favorecen que la enfermedad misma se haga un factor de seguridad y que la comezón y el rascado se conciban como agradables y como un estilo de vida), la acumulación de otras enfermedades diversas somáticas y psiquiátricas, y, finalmente, una depresión no tratada.

Kagan, Snidman, Juli-Sellers y Johnson (1991) estudiaron la relación entre temperamento y síntomas alérgicos. Se encontró prevalencia de fiebre de heno y ansiedad social entre los parientes (en primer y segundo grado) de niños muy tímidos. Este dato, que está de acuerdo con otros estudios, implica una relación genéticamente mediada entre la ansiedad social y las alergias atópicas elegidas.

Asimismo, se ha hablado de trastornos por déficit de atención en niños, asociado a la atopía en general y a la DA en particular. Ya que en niños con déficit de atención se reportan generalmente signos de alergia a varias sustancias y/o síntomas de atopía (como asma, DA y fiebre de heno). Es así como se ha apoyado la hipótesis de un factor predisponente común para déficit de atención y atopía en un subgrupo de niños (Roth, Beyreiss y Beyer, 1991). En contraste con esto, McGee, Stanton y Sears (1993) utilizando una amplia muestra de niños de la población general (de 9 a 13 años) realizan un estudio cuyas conclusiones cuestionan la hipótesis de que existe una correlación entre trastorno por déficit de atención y los desórdenes alérgicos.

Attah y Mostaghimi (1995) estudiaron la comorbilidad entre enfermedades dermatológicas como la DA y desórdenes psiquiátricos. Encontrando que son comunes los desórdenes

psiquiátricos en estos pacientes. De un total de 67 hombres y 65 mujeres (entre 17 y 76 años), 37 mujeres tuvieron depresión neurótica y 15 ansiedad; en tanto que 30 hombres depresión neurótica y 15 ansiedad.

Shirata, Nishitani, Kawahira y Kiriike (1995) aplican el General Health Questionnaire, de 60 síntomas de Goldberg (con cuatro escalas: ansiedad-preocupación, síntomas somáticos, disfunción social y ánimo deprimido) a 74 adultos con DA y a un grupo control. Los sujetos con dermatitis mostraron puntuaciones mucho más altas en las cuatro escalas. Por lo tanto, para estos autores, la DA puede ser considerada como una enfermedad psiquiátrica y social.

Un estudio similar al anterior, pero con mayor población, fue repetido por Shirata, Nishitani, Fujino, Takano y Kiriike (1996), encontrando que los enfermos tenían una condición mental deprimida que se reflejaba en sus actividades diarias y sociales.

En 1997, Hashiro y Okumura evalúan diversos trastornos y síntomas psicósomáticos en 45 pacientes con D. A. De diferentes grados de severidad y un grupo control. Ellos encontraron que los pacientes con DA no mostraban mayor ansiedad que los del grupo control; pero sí hubo mayor depresión y síntomas psicósomáticos. Los pacientes con síntomas leves no tuvieron diferencias con el grupo control; los de síntomas moderados sí las mostraron; pero no en ansiedad. Las personas con síntomas severos (hospitalizados) puntuaron un poco más bajo que las de sintomatología moderada. Se concluye que los sujetos con DA tienen más depresión y síntomas somáticos que los sanos.

En otro estudio, con 30 preescolares de DA, los autores encontraron el doble de tasa de trastornos psicológicos en los niños eczematosos que en los de un grupo control (de problemas dermatológicos menores). Esta diferencia fue significativa para niños con DA severa y moderadamente severa; pero no para los de síntomas leves (Absolom, Cottrell, Eldridge y Glover, 1997).

Hashiro y Okumura (1998) encontraron que los pacientes con DA están significativamente más deprimidos y ansiosos (estado) que el grupo control de normales. También tienden a ser más propensos a síntomas psicósomáticos y a tener más ansiedad rasgo. Se ha visto que en ellos la actividad de las NK (natural killer, células de defensa) es más baja que en otros sujetos (inmunología). Las variaciones psicológicas afectan más sus niveles de IFN-gamma y IL-4. Se concluye que el estado psicológico está relacionado en algún grado con el estado inmunológico.

Un interesante estudio de Gupta y Gupta (1998) con 480 pacientes dermatológicos de DA, acné, alopecia y psoriasis (algunos de los cuales estaban cosméticamente desfigurados), evaluó depresión e ideación suicida en este grupo de pacientes. Sus resultados muestran que los pacientes con psoriasis que estaban hospitalizados, el 7.2% tuvieron ideación suicida; los de acné fueron el 5.6% de ideación suicida; los de psoriasis ambulatorios un 2.5% de ideación suicida y los pacientes de DA el 2.1% tuvo ideación suicida. De allí la importancia de reconocer la comorbilidad psiquiátrica (especialmente depresión) entre los pacientes dermatológicos e indicar que incluso problemas moderados como el acné facial pueden asociarse a depresión significativa e incluso ideación suicida. Linn y Jemec (1999), utilizando test de calidad de vida dermatológica y concretamente de medición de la severidad de la DA; además del STAI para ansiedad, registraron ansiedad y calidad de vida en 32 adultos con D.A (y en 32 sanos). Para ellos la ansiedad es un factor psicológico asociado a la DA Encontraron que los enfermos generalmente sufren altos niveles de ansiedad. Los sujetos con D. A. Tuvieron mayor ansiedad y menor calidad de vida dermatológica que el grupo control. La severidad del eczema y la ansiedad afectan la calidad de vida. Por otro lado no hubo correlación entre ansiedad y severidad.

5.9 ESTUDIOS SOBRE EL ESTRÉS Y SU RELACIÓN CON LA DA.

El estrés es un factor que constantemente ha sido mencionado en los estudios de padecimientos psicosomáticos.

Se ha encontrado que las experiencias de estrés están relacionadas con la aparición o exacerbación de padecimientos dermatológicos como la psoriasis (Al'Abadie, Klent y Gawkrodger, 1994; Hariyat, Hiraot, Katsumaya, Ichikawa, Aihara y Ikezawaz, 2000); o que estresores estandarizados (como resolver mentalmente problemas aritméticos con distractores) provocan una reactividad psicofisiológica (mediada con parámetros fisiológicos) en pacientes con DA (Munzel y Schandry, 1990). También se ha visto a la DA como fuente de estrés y dificultad para la familia entera (Bridgman, 1994; Kemp, 1999) o bien como causa de la dermatitis (Koblenzer, 1995). Especialmente los estudios psiconeuroinmunológicos han recurrido al estrés. Bunhk y Muthny (1997) buscaron una probable correlación entre psiconeuroinmunología y la DA Sus resultados, incluyendo inducción de estrés, inducción de rascado y la correlación personalidad-paramétros de la piel, no fueron consistentes. La

relación mejor establecida que encontraron es aquella entre la reactividad de la piel (ardor, prurito) y la estimación cognoscitiva del estímulo estresante. Los indicadores psico inmunológicos del estrés se correlacionaron con la respuesta dermatológica. En conclusión, sólo la mitad de los estudios encontraron una reacción psicológica de estrés en los pacientes con DA

En la misma dirección, Buske-Kirschban et all. (1997) investigaron la relación existente entre la respuesta de estrés adrenocortical (tasa cardíaca) y parámetros psicológicos en niños de ocho a catorce años con D. A (comparados con grupo control). Se indujo estrés psicosocial adjudicándoles tareas verbales y aritméticas. Ellos parten de la suposición de que la DA es una enfermedad inflamatoria caracterizada por hiperactividad del sistema inmune humoral principalmente en la infancia y niñez. Debido a que el sistema endocrino puede tener un rol regulador en el funcionamiento inmune, decidieron estudiar esa reactividad endocrina en las dermatosis. Sus resultado muestran que la prueba estresora incrementó significativamente el cortisol y la tasa cardíaca. Pero esa tasa fue igual en el grupo control. Los autores concluyen que la respuesta adrenocortical al estrés está atenuada en los niños con DA y que las erupciones de ésta, inducidas por estrés, pueden explicarse en parte por una hiporrespuesta del eje adreno-pituitaria-hipotalámico.

Como se puede observar en este capítulo, son numerosas las investigaciones sobre la DA, especialmente en temas como la calidad de vida y los trastornos psicológicos y/o psiquiátricos, así como los rasgos de personalidad. Sin embargo, en nuestro país son escasos los estudios sobre este padecimiento y casi inexistentes los que se aboquen a la población pediátrica. Tampoco se encontraron investigaciones que consideraran el concepto que sobre su padecimiento tienen los niños con DA.

VI. MÉTODO

Según Marty (1992), los pacientes psicósomáticos, entre los que se encuentran los que padecen Dermatitis Atópica (DA), presentan un tipo de pensamiento operativo, con poca creatividad y poca capacidad imaginativa. Existen autores que consideran que esto no es así, que el propio enfermo tiene teorías personales sobre la enfermedad, imagina aspectos relacionados con el padecimiento y que tiene significado y sentido para él (Held, 1975; Guir, 1984 y Gutton, 1985). En mi experiencia clínica con estos niños encuentro que el paciente realmente es capaz de imaginar y formarse teorías sobre su afección. Por lo tanto, y considerando la carencia de investigaciones que se aboquen al estudio de la DA en los pacientes pediátricos de edad escolar, donde la prevalencia del padecimiento es importante, surge la siguiente pregunta.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: ¿Cómo se representan su padecimiento los niños con diagnóstico de DA, tratados en el Instituto Nacional de Pediatría (INP)?

OBJETIVO GENERAL : Conocer cómo es la representación del padecimiento, en niños con DA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar si existe o no una representación del padecimiento en niños con DA.
2. Establecer el tipo de representación que sobre su padecimiento tienen los niños con DA.
3. Evaluar cómo influye ésta en su calidad de vida.
4. Establecer las teorías o conceptos que sobre el padecimiento del niño tiene la madre (y lo que ella refiere sobre la concepción de la familia).
5. Establecer una relación de igualdad, semejanza o diferencia entre las teorías personales del menor y las de su madre.
6. Determinar hasta qué punto la representación que el niño se hace de su padecimiento está influida por el concepto que la madre (y, según referencia de la madre y el niño, la de la familia) tiene de ésta.
7. Conocer la representación que el niño se hace de su piel y cómo ésta se relaciona con la representación de la DA.

VARIABLES:

Se manejó la siguiente **Variable Independiente**: El diagnóstico de dermatitis atópica. Es una variable de carácter atributiva (ya que es una propiedad no manipulable). Al definirla conceptualmente se tiene que la DA es “una dermatosis de causas desconocidas, que se caracteriza por piel seca con bajo umbral al prurito” (Ruiz-Maldonado, Parich y Beare, 1992, p.260).

La **Variable Dependiente** fue la Representación de la DA en el niño. Definida operacionalmente como las respuestas dadas por el menor a las preguntas de la entrevista semiestructurada (además la información proporcionada por la madre) y la expresión gráfica de la forma en que imagina tanto a su dermatitis como a su piel.

TIPO DE ESTUDIO: Se trata de un estudio descriptivo, ya que se pretendió conocer cómo es la representación del padecimiento en estos pacientes.

SUJETOS: Se consideraron 11 pacientes del INP y sus madres (11 diadas). Fueron seis del sexo femenino y cinco del sexo masculino, con un rango de edad entre seis y diez años. Con un diagnóstico de Dermatitis Atópica establecido por el servicio de dermatología del Instituto (se tomó como nivel severo aquel en que la enfermedad ha llevado incluso a hospitalización). Tanto los pacientes como sus madres aceptaron participar voluntariamente.

Criterios de Exclusión: fueron excluidos los pacientes que además de la DA cursaran con otro padecimiento crónico, no controlado, pacientes con retardo mental, pacientes psiquiátricos y pacientes con daño orgánico cerebral.

MUESTREO: fue no probabilístico (puesto que no se eligieron al azar los participantes) y de tipo propositivo ya que se eligieron los sujetos según el objetivo de la investigación y siguiendo las consideraciones éticas pertinentes (participación voluntaria).

CONSIDERACIONES ÉTICAS: se trata de un trabajo de investigación que tiene la finalidad de conocer la representación que los niños tienen de la DA. Dicha evaluación no afectó física, emocional ni moralmente a los pacientes, ni a sus familiar; además tuvieron conocimiento del objetivo y decidieron participar previa autorización por escrito, tanto del niño como de su madre. En caso de detectarse alteraciones en su estado emocional, el paciente fue canalizado hacia el apoyo psicológico, por parte del servicio de salud mental de la institución.

DISEÑO: se trata de una investigación exploratoria de campo, se trabajó con los datos obtenidos de entrevistar a 11 niños y a sus madres.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES.

Se utilizaron los siguientes materiales: papel blanco, lápiz, colores de madera y plumones.

La grabadora se empleó para registrar las entrevistas previa autorización de la madre.

a). Técnica de Juego o de dibujo como etapa adaptativa o de acercamiento al menor, previo a la obtención verbal de los datos a través de la entrevista. Se utilizaron diversas estrategias de juego dependiendo de los intereses y edad del niño, ya que la experiencia clínica ha mostrado como en general el abordaje de niños pequeños es posible gracias al juego y al dibujo (Melani Klein desde sus trabajos en los años 20 hasta los de la década de los 60, en el siglo pasado; West, 2000; Winnicott, 1980). Sin embargo, hubo niños, sobre todo los mayores, en que bastó la petición verbal para motivarles a participar.

b). Técnica de Dibujo. Ya que se les pidió a los pacientes que dibujaran a su DA y a su piel, mediante técnica de dibujo semi dirigido pues se les daba el tema.

c). Guías de Entrevista con el Menor para Datos sobre su Padecimiento y con la Madre para Datos Generales sobre el Padecimiento y la Dinámica Familiar. Para el menor se indagaron los siguientes aspectos: origen, agente causante, tiempo de aparición, el porque él y no otro, qué le sucede al cuerpo con el padecimiento, qué piensa su familia de él y de la enfermedad, la posible evolución a futuro, el por qué se ha desarrollado por episodios, cómo lo ven los demás por su enfermedad, cómo lo tratan los extra familiares por su afección, aspectos positivos y negativos de tener el padecimiento, además de la atribución de rasgos como forma, color, olor, sabor, textura, etc. Asignados a su piel. (ver Anexo A). Para explorar el posible reconocimiento simbólico de la afección.

Asimismo se indagaron datos sobre el significado y conocimiento de su piel. Se exploraron las fantasías conscientes que el menor tiene sobre su piel (percepción de forma, olor, sabor, color, pensamiento, propósitos, gustos y formas de expresión). Para explorar un posible reconocimiento o asignación simbólica a la piel y su relación con el padecimiento.

En la Guía de Entrevista con la Madre del menor, se exploraron múltiples aspectos sobre el desarrollo de la enfermedad en el niño (sus antecedentes de enfermedad, su aparición y

acontecimientos cercanos a éste), la historia familiar (incluyendo un árbol genealógico lo más completo posible, con nombres y datos), el lugar del niño en el deseo consciente de los padres, asignación del nombre propio, muertes significativas, separaciones reales o fantaseadas vividas por el menor. Teorías o fantasías de la madre (y del padre) acerca del padecimiento del niño, efectos o consecuencias de la afección sobre el niño y la familia (Anexo B).

PROCEDIMIENTO: Se acudió a la consulta (externa y de valoración) del servicio de dermatología, en el INP, allí se seleccionaron los pacientes que cubrían con los requisitos de inclusión de la muestra y se solicitó la autorización oficial y cooperación de los padres y autorización por escrito, tanto de la madre como del niño, para la realización del estudio, no sin antes explicarle el objetivo.

Se tuvieron en promedio tres entrevistas (de aproximadamente 40 minutos) con la madre del menor. Durante estas sesiones se utilizó la Guía de Entrevista con los padres para datos generales sobre el padecimiento. Se solicitó la anuencia para grabar la entrevista. El menor estuvo presente en la primera entrevista con la madre a fin de observar la relación madre-hijo.

Como paso siguiente se realizaron dos sesiones de entrevista con el menor, de aproximadamente 45 minutos, a fin de obtener los datos referentes a su concepción del padecimiento y el sentido asignado a la piel. Se comenzó con una fase de adaptación o rapport con el menor, aproximadamente 10 minutos, a fin de tener un acercamiento y propiciar la situación más adecuada para iniciar la obtención de los datos referentes a la investigación. Los niños más grandes no requirieron de esa etapa adaptativa de juego o dibujo ya que accedieron a contestar desde el principio. Se pidió al niño que dibujara su DA y su piel, una niña se negó a dibujar la piel, otro consideró que en el dibujo de la DA ya se hallaba su piel.

Finalmente se hizo un cierre con la madre y el niño juntos, se le ofreció a la madre alguna realimentación sobre la enfermedad del niño, que podía serle terapéuticamente útil. Asimismo se le ofreció el servicio de apoyo psicológico para el menor en el Instituto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Al ser una primera aproximación al fenómeno para establecer si efectivamente existe o no una representación del padecimiento en estos niños y al ser una investigación descriptiva para

conocer mejor el fenómeno, no fueron preestablecidas categorías, lo que se tuvo fueron diversos tópicos de exploración.

Una vez reunida toda la información, se transcribieron las sesiones grabadas y se procedió a realizar una codificación por categorías, guiada por las preguntas de investigación, obteniéndose datos brutos tanto para las madres como para los niños. (ver Anexos C y D).

Se realizó un análisis estadístico consistente en Análisis de Correspondencia Simple (ACS) para conocer la variabilidad o dispersión de las respuestas tanto de las madres como de los niños. Con las variables eliminadas por el ACS se realizó un análisis de frecuencias y se reportaron los resultados en números brutos ya que la muestra es pequeña.

Análisis de Correspondencia Simple.

Es una técnica multivariada, los métodos multivariados ayudan a hacer que tengan sentido teórico un conjunto grande de datos, cuando se miden una gran cantidad de variables. Son técnicas de naturaleza exploratoria más que confirmatoria, por eso tienden a motivar hipótesis en lugar de probarlas, son muy útiles en trabajos con enfoque social que usan variables medidas a nivel nominal (Johnson, 1998; Ruiz, 1989). Para este análisis de ACS se utilizó el procedimiento *PRINCORRESP* de SAS 1988. (Avendaño, 2001).

Para los niños, un primer ACS determinó las respuestas que explicarían en mayor grado la variabilidad de los sujetos y sus respuestas, con esos resultados se eligen las variables de mayor valor, con las que se realizó un segundo ACS. La contribución de cada una de las variables en cada uno de los ejes principales se determinó con base en las contribuciones relativas y absolutas para los perfiles columna.

Con las variables de mayor valor descriptivo se realizó el análisis de Conglomerados jerárquico mediante el ligamento promedio (UPGMA), con base en la matriz de las distancias de chi-cuadrada se construyó el dendrograma correspondiente, todo ello para determinar cómo se agrupaban los sujetos según sus respuestas. En este caso se utilizó el paquete estadístico NTSYS-Pc (Avendaño, 2001).

Ambos análisis (ACS y de Conglomerados) se realizaron tanto para los datos de los niños, como para los de las madres y para los datos obtenidos de comparar las respuestas niños-madres.

Las variables que fueron descartadas por los ACS fueron trabajadas por frecuencias y porcentajes y también fue muy importante el análisis de porcentajes realizado para comparar las respuestas de los niños contra las de sus madres y la comparación de la respuesta a diversas variables, además de relacionar las frecuencias de algunas variables con otras tales como la severidad del padecimiento contra el nivel de información, etc.

Se realizó una análisis de diferencias mediante la prueba de Rangos Señalados y Pares Igualados de Wilcoxon (Siegel, 1979), para establecer las diferencias entre las respuestas de la diada ante variables valoradas en ambos miembros.

Por otro lado, se realizó una breve interpretación de los dibujos (basados en los indicadores planteados por la literatura, misma que fue citada en el apartado 4.2, del capítulo cuatro) de los menores y se presentan los dibujos, junto con la viñeta del caso y el familiograma (para ubicar al niño y a la familia en su contexto generacional) en el anexo E.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

CAPÍTULO VII. RESULTADOS

En esta sección se presentan los resultados de la investigación divididos en cuatro grandes apartados: en primer lugar, de las respuestas de los niños únicamente, describiendo, sucesivamente, lo que verbalizaron para su dibujo, el Análisis de Frecuencias, el Análisis de Correspondencia Simple y el Análisis de Conglomerados. Adicionalmente para los niños se incluye una tabla comparativa de las respuestas sobre su representación de la DA y de la piel. En seguida se realiza lo propio para las respuestas de las madres (que como sabemos ayudarán a complementar la información que da el niño), incluyendo el Análisis de Frecuencias, el de Correspondencia Simple (ACS) y el de Conglomerados. En tercer lugar, se realiza un análisis que relaciona las respuestas dadas a diferentes variables y las respuestas de cada niño con su respectiva madre, para las variables que fueron medidas en ambas partes, esto mediante las frecuencias. Del mismo modo se llevó a cabo un análisis de diferencias de las respuestas de la diada, según Wilcoxon, para estimar el grado de coincidencia entre las respuestas de los niños y de sus madres.

En el apartado 7.1 se ubican los resultados de los niños. Primero presentando la descripción del dibujo y lo verbalizado por el menor al respecto, después el análisis de las frecuencias de los datos obtenidos en la entrevista, el ACS y el análisis de conglomerados, con los datos de la entrevista.

El apartado 7.2 muestra los resultados de las madres, inicialmente el análisis de frecuencias de los datos de la entrevista, luego el ACS y el análisis de conglomerados según los datos de la entrevista.

En la sección 7.3 se han los datos de diversas relaciones establecidas entre diversas variables, por un lado y de la comparación de las respuestas del niño y de su madre. Primero aparece el análisis de frecuencias con los datos de la entrevista, en seguida, y también tomando en cuenta las respuestas dadas para las variables que se aplicaron por igual a ambos miembros de la diada, se observan los resultados obtenidos mediante la prueba de Wilcoxon para la concordancia entre respuestas.

7.1 RESULTADOS DE LOS NIÑOS

7.1.1 Los dibujos⁹.

Niño 1.

Para la DA dibuja una figura humana colocada hacia la parte inferior de la hoja, ligeramente hacia la izquierda, aunque predominantemente al centro, además el dedo índice de la mano derecha señala hacia la izquierda de la hoja. La figura posee un tronco totalmente relleno en rojo, enmarcado o delimitado por azul oscuro, cuello ancho y grande color gris y cabeza verde claro con ojos, nariz y boca esbozados en morado y cabello alborotado en verde seco, al igual que las piernas, las cuales terminan en zapatos verde oscuro. Sólo las piernas no han adquirido anchura, el dibujo es pequeño.

En cuanto al dibujo de la piel, se trata casi de garabateo, color carne y que ocupa poco espacio, es una figura amorfa colocada al centro de la hoja. No realiza comentarios sobre su trabajo.

Niño 2.

Se negó a realizar el dibujo de la piel y utiliza la hoja en horizontal. Para el dibujo de la DA, reproduce una figura humana, ligeramente ubicada hacia la izquierda de la hoja y hacia la parte inferior, es medianamente pequeña. Tiene los brazos y las manos abiertas. En cuanto al vestuario, la blusa es roja y la falda amarilla, zapatos azules y cabello, corto, negro. Las partes visibles de la piel, no han sido coloreadas. No comenta sobre su dibujo, al preguntarle refiere que es una niña que se llama como ella misma.

Niño 3.

Para la DA, dibuja una figura humana con los brazos abiertos, emplazada hacia el centro, en la parte superior de la hoja, el tamaño es pequeño. Aproximadamente en un 80% predomina el color rojo, hay puntos negros y el cabello va en negro también, no hay ropa. Verbaliza: “soy yo y acá están los granos ... todos son de negro (señalo que algunos no) nada más que me equivoqué”.

⁹ En el Anexo E, se han colocado juntos, en la misma página, el dibujo de la DA y de la piel de cada niño, girándolos en el espacio, según fuera necesario, para mostrar la forma en que el sujeto utilizó la hoja, ya fuera en forma horizontal o vertical.

Para la piel, realiza el dibujo de una mano abierta, en color ladrillo, es grande y está emplazada hacia la parte superior de la hoja, tendiente hacia la derecha. Comenta: “mi mano, la pura piel”.

Niño 4.

En la parte frontal de la hoja aparece algo amorfo, formado por puntos de colores, apenas delimitando esa gran nube, una débil línea a lápiz, casi imperceptible, como en espiral. Esa nube ocupa aproximadamente un tercio de la hoja. En el reverso de la hoja continúa el dibujo, en letras grandes y en negro los dos nombres de la niña en diferentes letras, además de su firma en lápiz. Señala: “como puntitos de agua y también tiene puntitos rojos, tiene de varios colores, rojos, rosas, azules, grises, de varios”. Es un dibujo que realiza mientras se hallaba grave y hospitalizada.

El dibujo de la piel es una producción gráfica amorfa, emplazada hacia la parte inferior de la hoja, donde predomina el color rojo, aunque también se encuentran el azul y el verde pasto y el naranja. Comenta: “las manchas que antes tenía, tenía acá (señala su cara), ahora sólo por dentro ya ... de colores, los tengo adentro”. Lo realiza cuando ha egresado del hospital y se encuentra mejor.

Niño 5.

Utiliza la hoja en horizontal, para la DA se trata de una figura humana, emplazada hacia el centro de la hoja, ligeramente hacia la izquierda. Predomina el rojo en aproximadamente un 90%, ojos, boca y nariz en verde, cabello gris, faz sonriente. Señala: “una dermatitis atópica, está en todo mi cuerpo, esta es la dermatitis y yo estoy encima de ella y está roja y así estaba de la cara, pero su color era más gris... (el verde) los ojos, la nariz y la boca, y así (boca grande) es que me está hablando, está abriendo la boca”.

En cuanto a la piel, se trata de un dibujo elaborado, lleno de elementos, donde aparece al centro y hacia la parte inferior, una figura humana, junto hay una flor de colores unida a un área verde, en tanto que la figura humana flota. Se observa un gran árbol, que alberga un nido con pájaro. Hacia la parte superior de la hoja, aparece una gran mariposa en azul oscuro, igual en azul se observan nubes y el cielo, hay un sol a la mitad, en la parte superior derecha. Lo que verbaliza se transcribirá en el apartado de discusión, al interpretar los dibujos.

Niño 6.

Utiliza la hoja en horizontal. Para la DA dibuja un brazo largo, en dirección de derecha a izquierda, es grande aunque delgado, toda es color rojo. . La figura es en color rojo toda. Externó: “una mano con la dermatitis (¿de quién?) mía... eso es la dermatitis ... porque así la tengo, (las líneas) son granitos”.

Para la piel, dibuja una figura humana pequeña, está emplazada hacia el centro de la hoja y en la parte inferior, no hay rasgos. Señala: “... porque es la piel de un niño ... yo”

Niño 7.

Utiliza la hoja en sentido horizontal. Para la DA, casi al centro, dibuja una figura grande que podría parecer humana, tiene movimiento, el delineado es rojo y está cubierta por puntos rojos que se salen de su margen, junto a ésta se encuentra una rana, delineada en verde (hacia la parte inferior derecha) arriba, parte superior derecha, se encuentra en azul, un nombre de la paciente. Inicialmente pregunta “¿me dibujo yo?”. Ríe porque le parece chistoso el dibujo y le faltó cuello, pregunta si debe ponerle su nombre. Comenta que la DA no tiene ojos y no ve, eso le sirve para que alguien la conduzca, así nació, agrega una ranita porque dice que también le hacen daño, aunque no sabe por qué, cuando tenía “me agarró más fuerte”.

Para la piel, dibujó una figura humana femenina, ubicada casi al centro de la hoja, ubicada en el piso, con los brazos abiertos, sólo lleva blusa. Se encuentra el color rojo en alta proporción, su primer nombre colocado hacia la parte central derecha. Arriba, las nubes en azul.

Niño 8.

Al solicitarle el dibujo, pregunta: “¿puedo dibujar mi brazo?”. Utiliza la hoja en horizontal, dibuja un brazo, relativamente largo, colocado hacia la izquierda de la hoja, lo ilumina de rojo, con las uñas y unas marcas (las lesiones) en negro. Arriba, hacia la izquierda coloca la fecha, hacia la derecha, arriba, junto al brazo escribe “labeges de victor”, en verde, rojo, gris, amarillo y azul. Al finalizar, comenta: “... mis dedos aquí, más o menos es así ... La vejez de ... es que tengo mi piel toda viejita”. En cuanto al dibujo de su piel, no quiso realizarlo argumentando que ya estaba incluido allí.

Niño 9.

Para la DA, realiza, en grande, un segmento del brazo, en forma diagonal, de la parte superior derecha a la inferior izquierda, ocupando toda la hoja. En el interior del dibujo aparecen una serie de puntos rojos (en el área flexural interna). La figura está iluminada con lápiz color carne y delineado con plumón rojo. Señala: "... porque es así, este es el color de la piel y estos son los granitos, estas son las líneas de mi brazo... (las líneas) son las que se hacen cuando se dobla el brazo".

En cuanto al dibujo de la Piel, distribuye en la hoja seis fragmentos del cuerpo, arriba hacia la izquierda, un par de pies que van en dirección a la izquierda, hacia la derecha se hallan los dos brazos. En medio de la hoja se ubican la cabeza y un dedo grande, hacia abajo se ubican la oreja y el cuello. Predomina el color carne, se usó negro en el cabello y rojo para los labios. El borde de la hoja fue delineado en cuatro diferentes colores, gris, rojo, verde y café claro. Refiere: "hice las partes de mi cuerpo que tienen piel ... estas son mis piernas, mis brazos, mi cara, mis oídos, mi cuello... (agrega un dedo) para no hacer todos... mi oreja y el puntito por donde oye".

Niño 10.

Utiliza la hoja en horizontal. La DA se representa con un pequeño ovalo, a lápiz, lleno de puntos morados, colocado al centro y ligeramente hacia la derecha de la hoja. Comenta: "estos puntitos, los azules son los granitos que luego me salen en familia (comento que es una familia muy grande, no como la suya, ya que constantemente menciona familia) soy yo, mi mamá y mi papá (¿y por qué no tienes hermanitos?) sí quiero, para jugar con ellos (sonríe cuando comento que quizá esa familia de granitos es como la que él quisiera).

Para la piel, en la hoja en horizontal, dibuja un rectángulo en color rosa (hacia el violeta), ubicado hacia la izquierda de la hoja, medianamente pequeño. Señala: "es mi piel (la hizo así) porque ... pues ... nada más se me ocurrió".

Niño 11.

Utiliza la hoja en horizontal. Para la DA dibuja un ovalo grande, colocado al centro, el interior va achurado en cuadros de líneas rojas y puntos grandes también rojos, está delineado el borde en azul. Refiere: "esto es que cuando me echo las cremas, estos puntitos es cuando me echo la crema, pero como me había dado comezón, me rascaba ... me rasco y

me sale sangre” (antes hizo un dibujo, a lápiz, que se manchó, igualmente era el ovalo, lo dejó inconcluso y realizó éste).

Para la piel, la hoja en horizontal, realiza un ovalo grande, centrado en la hoja. Dentro coloca un pie grande, iluminado en café claro (moreno) y que mira hacia la izquierda; el borde del ovalo es delineado en amarillo. Señala: “mi tipo de piel cuando... cuando tenía cinco años ... era morenita”.

Hasta aquí la descripción de la producción gráfica del menor. A continuación los datos obtenidos mediante la entrevista.

7.1.2 Análisis de Frecuencias con datos de la entrevista.

Cabe señalar que en este análisis de frecuencias no se incluyeron las 13 variables que el análisis de correspondencia definió como más representativas del fenómeno, ya que lo referente a sus resultados es descrito en los siguientes apartados.

En el presente estudio seis de los sujetos fueron niños del sexo femenino y cinco fueron varones. Todos consideran enfermedad lo que tienen; empero sólo siete conocen el nombre correcto de su padecimiento. Diez tienen alguna hipótesis acerca de la causa de su Dermatitis Atópica (DA), declaran no saber a qué se debe pero cada sujeto menciona diversas causas posibles, de diferente clase. Es así como una explicación mágica (tal como brujería o influencia de seres sobrenaturales) recibe dos menciones, ocho de los niños lo relacionan con la influencia de animales (perros, gatos, gérmenes), cuatro lo adjudican también a la influencia de elementos como el sol y la tierra, un caso lo relaciona con algún medicamento recetado, dos ponen como causa el que su madre haya hecho algo o tenga cierta característica (como haberse rascado o estar nerviosa durante el embarazo), cuatro también piensan que la DA se debe a sus propias características o funciones corporales, en tanto que dos pretenden explicarlo a través de niveles de sustancias corporales (como la inmunoglobulina E, Ige) argumentadas por el médico, aunque el niño no sabe ni el nombre ni la fisiología de dichos anticuerpos.

Por otro lado, nueve refieren que su padecimiento ha sido por episodios (periodos de crisis), uno desconoce la evolución y otro menciona que su padecimiento ha sido continuo desde que se inició. Ocho desconocen la causa del por qué la DA se presente en episodios, sólo uno dice saber el porqué. Cinco de los niños suponen que su familia ve el padecimiento como algo grave y se preocupan por ello; tres suponen que su familia sólo se

plantea interrogantes sobre la enfermedad sin hacer más; para dos su familia ve el padecimiento con desinterés, en tanto que uno dice no conocer lo que la familia piensa. Asimismo, siete de los pacientes sí tienen alguna explicación, aunque distorsionada, de lo que le sucede a su cuerpo, en cuanto a procesos fisiológicos internos con esta enfermedad. diez suponen que en el futuro la DA les desaparecerá (la mayoría piensa que a más tardar en la adolescencia), mientras que uno cree que toda la vida permanecerá con ella. Consideran que a pesar de tener la dermatitis, su familia (nuclear y extensa) los ve con aceptación diez, en tanto que uno supone que es visto con rechazo; sin embargo sólo seis consideran que son tratados por su familia igual que los otros miembros, tres consideran que en su propia familia hay quien les trata mejor y hay quienes les tratan peor que a los demás y dos suponen que reciben por estar enfermos un trato mejor que los demás por parte de la familia. En cuanto al trato que recibe de extra-familiares, por su padecimiento, cuatro consideran que hay quienes le aceptan y hay quienes le rechazan; cuatro dicen que no reciben algún trato en especial, en tanto que uno considera que recibe un trato especial positivo.

Cinco no saben por qué ellos tienen ese padecimiento y otros de su familia no, tres supone que es porque él hizo algo o le sucedió algo que a los otros no, dos supone que sólo él lo heredó, en tanto que tres contesta que él no es el único pues existen en la familia otros casos. Cuatro supone que nadie es responsable de que él tenga esto, en contraste cuatro consideran que él mismo ha hecho alguna acción inadecuada (acercarse a los animales o tomar sol o tierra), uno supone que alguno de los padres (especialmente la madre) es responsable y uno considera que ha sido porque él no se cuidó adecuadamente.

Por otro lado, siete consideran que no existe ningún aspecto positivo o ventaja al tener este padecimiento, en tanto que cuatro piensan que sí lo hay. Dos señalan que lo positivo es que gracias a la DA recibe mejor trato de los demás o ciertos privilegios, tres suponen que han obtenido beneficios económicos o materiales debido a su enfermedad, en tanto que uno considera que la dermatitis es buena para su salud pues le sale lo malo que pueda traer (sujeto ocho, niño de nueve años con DA severa), otro piensa que la DA es buena porque no es tan incapacitante como otras enfermedades (sujeto cinco, con DA severa). En contraste, diez de los niños afirman que existen diversos aspectos negativos en esta enfermedad, muchos de los entrevistados mencionaron más de un aspecto negativo. En 8

casos el padecimiento influye negativamente sobre las actividades recreativas; siete han sufrido molestias físicas (comezón, incomodidad, dolor); tres se han visto afectados en su desempeño académico debido a su DA, aunque sólo dos han sufrido rechazo debido a lo que tiene, así como también dos de la muestra refieren haber sufrido regaños por parte de sus padres y haber padecido insomnio grave.

Cabe mencionar que cinco niños encuentran dificultades para hacer contacto con sus emociones y/o expresarlas durante la entrevista, en forma directa, aunque sí lo dejan ver a lo largo del estudio. Explícitamente sólo uno declaró no ser afectado mayormente por la dermatitis. En cuanto a los otros diez casos fueron niños que cada uno mencionó uno o más sentimientos o emociones. Diez presentan o han presentado sentimientos depresivos, cuatro declararon sentir coraje o ira y sólo un niño dio síntomas de ansiedad manifiesta. Diez niños recurren a alguien o a algo como fuente de apoyo o consuelo debido a estos sentimientos relacionados con la DA. Dos recurren a la madre únicamente, dos recurren a ambos padres, cuatro a toda la familia nuclear, en tanto que otros cuatro recurren a otras personas o a actividades recreativas.

La mayoría de los niños imaginan su DA como bolas, manchas o granos, de color rojo y olor y sabor desagradables y mientras su DA desea quedarse y dañarles más, la piel quiere estar sana (ver Cuadro 1).

Al realizar el dibujo de la DA cinco niños implícitamente se identifican con ella, cuatro dibujan su cuerpo (o parte) sin identificarse con la dermatitis y dos explícitamente se identifican con la DA.

En cuanto a su piel, nueve dicen saber cuál es, siete de esos suponen que su función es cubrir, proteger, tapan los huesos o la carne o defender al cuerpo; dos suponen que la piel es para sostener al cuerpo o para realizar actividades en ella, uno dice que es para lucir (sujeto cuatro, nivel severo) y otro afirma que desconoce su función. Nueve desearían que su piel estuviera sana o sin al dermatitis, en tanto que dos opinan que ya la tiene como le gusta.

Finalmente, durante la entrevista, nueve de los once niños mencionó repetidamente los cuidados que requiere para su tratamiento o para su piel, sólo el cinco dicen que para mejora el estado de su piel necesita dejar de realizar acciones que favorezcan la aparición o mantenimiento del padecimiento. En tanto que ocho opinan que para su tratamiento necesita realizar acciones de cuidado de su piel.

CUADRO 1. Número de sujetos que contestaron a cada categoría de las ocho variables, para la dermatitis atópica (DA) y la piel (PL).

Forma			Color			Olor			Sabor			Textura			Pensamiento			Deseo			Forma de expresión y tipo de mensaje				
Categ.	DA	PL	Categ.	DA	PL	Categ.	DA	PL	Categ.	DA	PL	Categ.	DA	PL	Categ.	DA	PL	Categ.	DA	PL	Categ.				
																						nivel de conocimiento			
																						Sabe	DA	PL	
no sabe	1	3	no sabe	0	2	no sabe	1	4	no sabe	0	2	no sabe	1	0	no sabe	2	2	no sabe	1	2		no	2	3	
																						sí	9	8	
forma humana	1	3	a costuras	2	0	a nada	2	2	a nada	3	2	rasposa, áspera	6	2	produce más y hacer más daño	4	0	quedarse le gusta estar con él	1	0		por medio de la palabra	no	4	5
																						sí	7	6	
forma animal	2	1	roja, rosa o carne	6	4	agradable	2	4	desagradable	4	3	suave, blanda, lisa, gelatinosa, sifelpada	4	8	en irse y no dañarle más	2	0	quedarse, producirse más y dañar	6	0		con signos en la piel	no	8	0
																						sí	3	0	
bolas, peatitos manchados y granos	5	0	negra, morena o café	1	3	desagradable	4	1	otro (sal, ajo, sangre)	4	4	en algunas áreas rosacea y en otras suave	0	1	en crema	1	0	irse y no dañar lo más	1	0		le envía un mensaje agresivo	no	8	0
																						sí	3	0	
forma mineral	1	0	blanca o glicera	2	2	olor raro	1	0	-	-	-	-	-	-	la DA se hace preguntas	2	1	quiero crema	2	0		le envía un mensaje amable	no	9	0
																						sí	2	0	
sin forma espec.	1	0	-	-	-	a medicinas	1	0	-	-	-	-	-	-	estar sana	0	3	estar sana	0	9		por la mente o el espíritu	no	0	8
																						sí	0	3	
objeto o color agradable	0	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	que está bonita	0	2	-	-	-		solicita salud o ayuda	no	0	7
																						sí	0	4	
objeto con carat. desagradables	0	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	seguirá enferma	0	2	-	-	-		-	-	-	

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

7.1.3 Análisis de Correspondencia Simple con datos de la entrevista.

Dado que se trabajó con variables nominales, se realizó un análisis de correspondencia. En un primer análisis se incluyeron 77 variables en total, del cual se obtuvo que 47 de ellas explicaban el mayor porcentaje de la variación, por lo que se realizó un segundo análisis con las 47 variables y se encontró que los valores singulares (λ) mostraron la siguiente distribución: el $\lambda_1=0.12$ explicó el 20.53% sobre el primer eje principal; mientras que $\lambda_2=0.11$ aportó el 19.44% de la dispersión de los datos analizados en el segundo eje principal; el $\lambda_3=0.09$ explicó el 15.7% de la dispersión de los datos del tercer eje principal; al considerar 5 ejes principales la explicación fue del 88.32% de la variabilidad de los datos. (ver Cuadro 2).

Cuadro 2. Valores de descomposición de la inercia y chi-cuadrada del análisis de correspondencia simple para las variables de mayor varianza global en 11 niños con Dermatitis Atópica.

Eje Principal	Valor Singular	Inercias Principales	Chi-Cuadrada	Porcentaje de Varianza Explicada
λ_1	0.35	0.12	61.70	20.53
λ_2	0.34	0.11	58.42	19.44
λ_3	0.30	0.09	47.22	15.71
λ_4	0.29	0.08	44.80	14.91

Se consideraron los cuatro primeros ejes principales ya que, de acuerdo con Johnson (1998), por la naturaleza de las variables nominales, para el ACS, es suficiente tomar aquellos ejes que expliquen al menos el 40% de la variación de los datos.

Las variables con mayor contribución absoluta para el eje principal 1 (CA1) fueron: el color de la piel (Plcolr), el color de la DA (Dacolr), la forma de expresión hablada de la DA (Dabla), la percepción que el niño considera que la familia tiene de su padecimiento (PerFam), el olor de la piel (Plolor) y la concepción que el niño tiene de si la DA ha afectado negativamente su bienestar o no (-dolor).

Las variables con mayor contribución absoluta para el eje principal 2 (CA2) han sido: el sabor de la piel (Plsabr), la atribución de causalidad de la DA a los animales (Caniml) y la solicitud de apoyo o consuelo exclusivamente a la madre por tener este padecimiento (Apmad).

Las variables con mayor contribución absoluta para el eje principal 3 (CA3) son: el trato dado por extra-familiares debido a su padecimiento (Trotro) y el tipo de explicación que el niño se da de por qué su DA es en episodios (PqEpis).

Finalmente, las variables con mayor contribución absoluta para el eje principal 4 (CA4) son: la textura de la piel (Pltext) y la atribución de algún beneficio para la salud a la DA (+salud) (ver Cuadro 3).

Cuadro 3. Contribuciones absolutas (CA) y relativas (CR) asociadas con el eje principal α -ésimo del análisis de correspondencia simple para 13 variables en 11 niños con Dermatitis Atópica. (Aparecen en negritas los valores más significativos).

Variable	CR ₁	CA ₁	CR ₂	CA ₂	CR ₃	CA ₃	CR ₄	CA ₄
Caniml	0.031	0.188	0.092	0.526	0.000	0.000	0.003	0.013
PerFam	0.055	0.575	0.000	0.005	0.000	0.002	0.004	0.032
Trotro	0.074	0.322	0.012	0.052	0.156	0.519	0.003	0.012
PqEpis	0.008	0.045	0.018	0.093	0.123	0.501	0.005	0.022
+salud	0.001	0.011	0.011	0.066	0.020	0.100	0.125	0.585
-dolor	0.043	0.520	0.001	0.021	0.016	0.149	0.000	0.003
Apmad	0.011	0.072	0.082	0.504	0.053	0.267	0.005	0.026
Dacolr	0.042	0.717	0.000	0.000	0.000	0.005	0.000	0.009
Dabla	0.035	0.600	0.000	0.004	0.000	0.000	0.000	0.008
Plcolr	0.093	0.862	0.001	0.016	0.000	0.000	0.003	0.025
Plolor	0.072	0.541	0.008	0.058	0.025	0.148	0.034	0.187
Plsabr	0.007	0.082	0.054	0.593	0.000	0.007	0.032	0.110
Pltext	0.000	0.006	0.000	0.002	0.001	0.044	0.023	0.720

Caniml= la causa es por animales, PerFam= percepción de la familia sobre la dermatitis, Trotro= trato de extrafamiliares por su dermatitis, PqEpis= explicación de porque es en episodios el padecimiento, +salud= la dermatitis tiene beneficios para la salud, -dolor= efectos negativos de la dermatitis sobre el bienestar, Apmad= solicitud de apoyo a la madre, Dacolr= color de la dermatitis atópica, Dabla= expresión de la dermatitis a través de palabras, Plcolr= color asignado a la piel, Plolor= olor de su piel, Plsabr= sabor asignado a su piel, Pltext= textura de su piel,

A continuación se describen las tres gráficas de dispersión que se realizaron al relacionar las cuatro dimensiones (o ejes principales) donde se ubicaron las 13 variables de los valores absolutos más altos (superiores a 0.50). Se mencionan los grupos que podrían establecerse según las tendencias de variabilidad al relacionar las variables de la dimensión 1 con las de la dimensión 2, luego dimensión 1 con 2, después dimensión 1 con 3 y finalmente dimensión 1 con dimensión 4. Recuérdese que no son gráficas que busquen la agrupación, sino más bien inercias, estabilidad del modelo, por tanto los grupos que se puedan establecer podrían no coincidir con el análisis de conglomerados jerárquico que sí busca

comunalidades (proximidades), pero que, por otro lado, toma en cuenta las 13 variables en total.

Como se puede observar en la gráfica de dispersión DIM1 vs DIM2 (ver Figura 2), dividida en 4 cuadrantes donde se ubicaron los sujetos de estudio, es posible agrupar a los sujetos en 5 grupos. Esta figura muestra la mayor variación de los datos (39.97%).

En el grupo I (sujetos 1 y 2), cuadrante superior derecho, se ubican los niños que no le asignaron color, olor ni sabor a su piel. Suponen que su DA tiene color de costras, no se expresa a través de la palabra (ya hablada, ya escrita), es causada por la influencia de algún

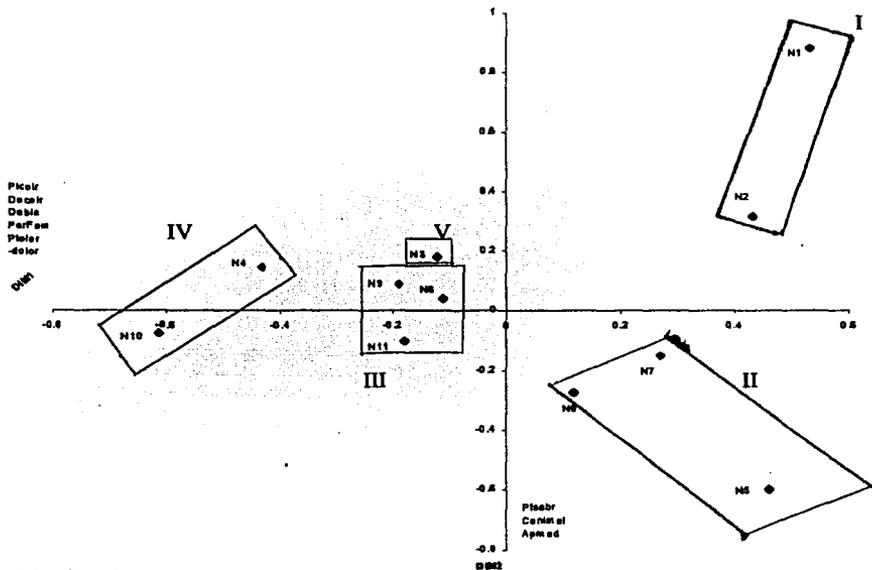


Figura 2. Distribución de las respuestas de 11 niños con dermatitis atópica en función de los 2 ejes principales, obtenidos con la matriz de correspondencia de 47 variables nominales.

animal (como perro, gato, gérmenes) y que afecta negativamente su bienestar ya que les provoca diversas molestias. Existe variación en este grupo ya que mientras un niño desconoce cómo es percibido su padecimiento por la familia, el restante supone que la familia lo ve como algo grave y se preocupan; asimismo, uno recurre exclusivamente a la madre como fuente de consuelo y apoyo por su padecimiento, en tanto que el otro puede

recurrir a otras personas o cosas también. Cabe señalar que en este grupo se encontraron los sujetos de menor edad (seis años) en la muestra, no importando el sexo.

En el grupo II (sujetos 5,7 y 8), cuadrante inferior derecho, ellos adjudican a la piel un color rojo, rosa o carne y un sabor desagradable; consideran que la causa del padecimiento no está relacionada con los animales, imaginan a la DA con color de costras, a contestan que se han visto afectados negativamente por el padecimiento y a consideran que para la familia este mal es algo grave y preocupante; además son niños que no recurren a la madre como fuente única de consuelo y apoyo por su dermatitis. Dos consideran que la DA no se expresa a través de la palabra (oral o escrita) y que su piel no tiene olor. Son sujetos cercanos en edad (siete, ocho y nueve años) y dos de ellos son del sexo femenino.

El grupo III (sujetos 6,9 y 11), área media de la gráfica, ubicándose del lado de los números negativos muy cercano al cero, todos los sujetos consideran que su dermatitis tiene un color rojo, rosa o carne, que su padecimiento no es debido a los animales, que la DA se expresa a través de la palabra y que ellos no recurren exclusivamente a la madre en busca de consuelo o apoyo por su condición de salud; de la misma manera ellos consideran que su piel tiene un sabor agradable. Dos suponen lo siguiente: que su piel tiene un color moreno o café, que no tiene olor y que la DA sí ha afectado negativamente en su bienestar; aunque la actitud de su familia ante el padecimiento no es tanto de preocupación sino que se limitan a plantearse interrogantes. En tanto que uno describe a su piel de color rojo, rosa o carne, con un olor agradable, que la DA no le ha causado molestias y que su familia sí lo considera grave y preocupante.

En el grupo IV (sujetos 4 y 10). Aquí se ubican sujetos que coinciden en considerar que su dermatitis no les ha causado molestias, que su causa no está relacionada con animales (perro, gato, gérmenes), imaginan que la DA es de color blanca o “güera” al igual que su piel y que sí puede la dermatitis expresarse a través de la palabra; además ellos no toman a la madre como único apoyo emocional por estar enfermos. Sin embargo existe variabilidad respecto a otras variables. Uno de ellos describe a su piel con olor y sabor agradables, en tanto que el resto considera que tiene olor y sabor desagradables; asimismo un niño supone que su familia ve el padecimiento con desinterés, en tanto que el otro supone que el interés queda a nivel de plantearse interrogantes.

El grupo V está compuesto sólo por el sujeto 3 (de siete años), es un caso especial ya que igualmente puede pertenecer al grupo III, como al grupo IV; sin embargo en el color atípicamente negro que asigna a la DA (así como el color café a su piel), el suponerle causa animal al padecimiento y al tener a la madre como único apoyo es más parecido a los sujetos del grupo I.

Al describir la gráfica de dispersión DIM1 vs DIM3 (ver Figura 3, dividida en 4 cuadrantes) se pueden establecer cinco grupos. Esta figura muestra el 36.23% de la variación.

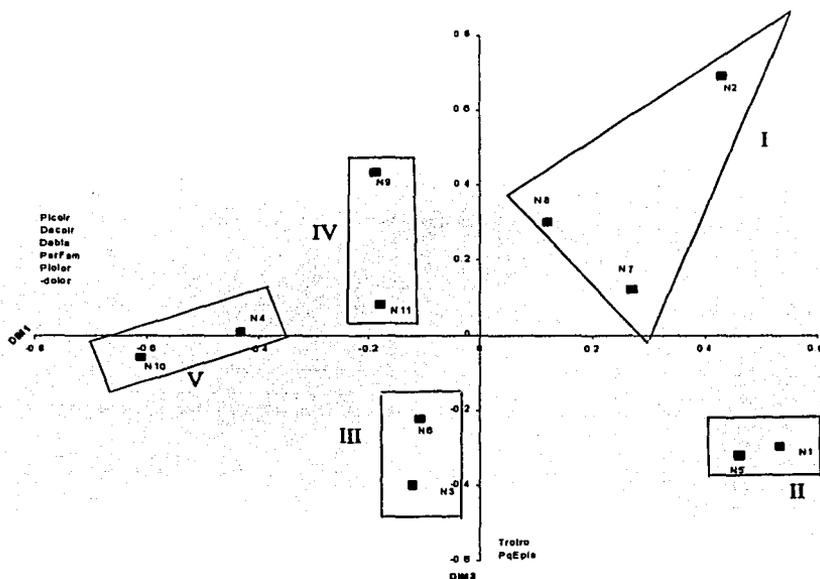


Figura 3. Distribución de las respuestas de 11 niños con dermatitis atópica en función de los ejes principales 1 y 3, obtenidos en la matriz de correspondencia de 47 variables nominales.

En el grupo I (sujetos 2,7 y 8), cuadrante superior derecho, están los sujetos que coinciden en no saber qué olor tiene su piel, piensan que su padecimiento sí les ha afectado negativamente y que debido a éste algunas personas extra-familiares les rechazan aunque otras les aceptan. Dos de ellos consideran que su piel es roja (rosa o carne) al igual que su

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

dermatitis es roja y que no se puede expresar a través de las palabras, además de suponer que su familia se preocupa por el padecimiento pues lo considera grave; el niño restante no sabe el color de su piel, supone que su DA tiene color de costras y que se expresa a través de palabras, también contesta que desconoce la opinión que la familia tiene de su padecimiento.

El grupo II (sujetos 1 y 5). Coinciden en contestar que la DA no se expresa a través de la palabra, que sí les ha afectado negativamente en su bienestar y que sus familias ven el padecimiento como algo grave y se preocupan. Un niño no asigna color ni olor a su piel, supone que su DA tiene color de costras y considera que recibe un trato especial positivo por tenerla además de que desconoce porque el padecimiento se da en episodios. El otro niño piensa que su piel es roja rosa o carne igual que su dermatitis es roja, que la piel tiene un olor agradable, que en su caso el padecimiento no se da por episodios y que por tenerlo algunas personas le rechazan y otras le aceptan bien.

En el grupo III (sujetos 3 y 6). Coinciden en que su dermatitis se expresa por la palabra y que reciben de los demás (extra-familiares) un trato especial negativo. Uno considera que la dermatitis no ha tenido efectos negativos sobre su bienestar y que su familia ve con desinterés el padecimiento (que en su caso no se da por episodios), también imaginan que su DA tiene color negro y que su piel es morena (o café) y de un olor agradable. El otro contesta que la dermatitis sí le ha afectado negativamente y que su familia lo ve como algo grave que les preocupa, imaginan que su dermatitis tiene color rojo y que su piel igualmente es roja, carne o rosa, pero sin olor, dicen conocer el porque su DA se da en episodios.

En esta gráfica nuevamente se observa que el sujeto 3 (niño de siete años) tiende a separarse del resto, si lo juntamos con el sujeto 5 (del grupo II) podrían formar un nuevo grupo pues coinciden en adjudicar un olor agradable a su piel y en que su dermatitis no es por episodios. Del mismo modo el sujeto 6 comparte respuestas con los sujetos 6, 9 y 11.

Grupo IV (sujetos 9 y 11). Se trata de sujetos que consideran que debido a su dermatitis algunas personas los rechazan, pero otras los aceptan bien, en tanto que su familia respecto al padecimiento se plantean muchas interrogantes únicamente. Estos niños no saben por qué la dermatitis se da en episodios, pero imaginan que la DA se expresa a través de la palabra y que tanto su dermatitis como su piel son rojas (rosa o carne). Sus respuestas

difieren en dos variables ya que mientras uno supone que la DA sí le ha afectado negativamente en su bienestar y que su piel no tiene olor; el otro considera que no han existido efectos negativos por la DA y que su piel tiene un olor agradable.

El grupo V (sujetos 4 y 10) está integrado por niños que consideran que su piel es blanca (o güera) e igualmente imaginan a la DA blanca, además de suponen que se expresa a través de la palabra. Desconocen porque la DA se da en episodios, consideran que su padecimiento no ha afectado negativamente su bienestar y que no reciben un trato especial de extra-familiares por tenerlo. Cabe señalar que el sujeto 4 (niña) utiliza mucho el mecanismo de negación por lo cual casi todas las respuestas podrían tomarse con reservas. Uno de esos sujetos considera que su familia ve con desinterés el padecimiento y que su piel tiene olor agradable (lo que no es creible para el sujeto 4 dada la severidad de la DA, empero es posible o que esa sea su percepción o que esté negando). En tanto que el otro caso considera que su familia, respecto al padecimiento, se conforma con plantearse interrogantes y que su piel tiene un olor desagradable (el sujeto 10 es un niño con DA leve, que poco se ha visto afectado).

La gráfica de variabilidad DIM1 vs DIM4 (Fig. 4), dividida en 4 cuadrantes, permite identificar los siguientes grupos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

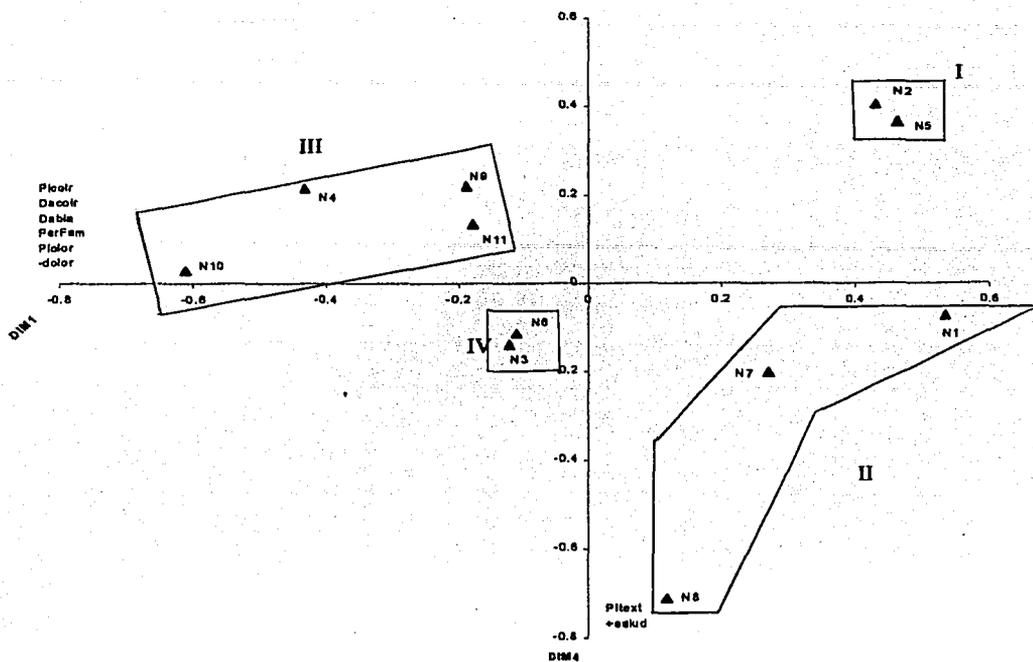


Figura 4. Distribución de las respuestas de 11 niños con dermatitis atópica, en función de los ejes principales 1 y 4 obtenidos en la matriz de correspondencia de 47 variables nominales.

En el grupo I (sujetos 2 y 5), cuadrante superior derecho, están ubicados aquellos sujetos que, aunque difiriendo en la mayoría de sus respuestas, coinciden en contestar que no han tenido efectos negativos en su bienestar por tener DA (llama la atención ya que el sujeto 5 tiene DA severa y se ha visto muy afectada), si bien no ven que un aspecto positivo de la dermatitis sea tener algún beneficio para la salud; asimismo consideran que la dermatitis no se expresa a través de la palabra. Uno de ellos desconoce la percepción que su familia tiene de el padecimiento, imagina que su DA tiene color de costras y que su piel es suave (blanda o lisa) aunque no sabe contestar qué color o qué olor tenga. Un niño (sujeto 5) considera que para su familia el padecimiento es algo grave y se preocupan, imagina que su DA es roja y que su piel es mixta (áspera en algunas áreas y suave en otras), que tiene color rojo y que su olor es agradable.

El grupo II (sujetos 1,7 y 8), cuadrante inferior derecho, está conformado por los niños que coinciden en que desconocen el olor de su piel, consideran que sí han tenido efectos negativos en su bienestar por su padecimiento y que su familia ve éste como algo grave que les preocupa. Para dos niños su piel es roja (carne o rosa) y su textura es áspera o rasposa; en tanto que imaginan que su DA es roja, no se expresa en palabras y tenerla no representa ningún beneficio para la salud. Uno respondió que no sabe el color de su piel, pero sí que tiene textura suave (lisa o blanda), en tanto que imaginan que su DA tiene color de costras, se expresa a través de palabras y tenerla sí representa un beneficio para la salud.

En el grupo III (sujetos 4,9,10 y 11), cuadrante superior izquierdo, se hallan sujetos que concuerdan en que la DA sí se expresa a través de palabras, que su piel es suave (blanda o lisa) y que no hay beneficios para la salud por tener este padecimiento. Tres niños respondieron que la familia sólo se plantea interrogantes sobre la DA y que no existen efectos negativos sobre el bienestar por tenerla; un niño supone que la familia ve con desinterés el trastorno y que existen muchos efectos negativos de este mal sobre el bienestar. Mayor variabilidad se presenta en este grupo respecto a otras variables, ya que un niño considera que su piel es blanca, igual que su DA y que su piel no tiene olor o si lo tiene es desagradable; el otro niño contesta que su piel es morena (o café), que la DA es roja y su piel tiene un olor agradable.

Finalmente, el grupo IV (sujetos 3 y 6), cuadrante inferior izquierdo, está integrado por los niños que coinciden en que la DA sí se expresa en palabras, que su piel es suave, blanda o lisa y que no existen beneficios para la salud por tener esta enfermedad. Se observa gran variación de respuesta, un niño dice que su piel es morena o café, la DA la imaginan negra; su piel tiene olor agradable y no existen beneficios para la salud por cursar con la dermatitis, además que la familia la ve con desinterés. El menor restante contesta que su piel es roja, rosa o carne, su DA es imaginada roja, que su piel no tiene olor, que sí existen molestias o efectos negativos por el padecimiento y que su familia lo concibe como algo grave y preocupante.

7.1.4 Análisis de Conglomerados Jerárquico con datos de la entrevista.

El análisis derivado del análisis de conglomerados con base en las 13 variables de mayor valor descriptivo encontradas en los análisis de correspondencia, permitió la identificación de seis grupos tomando como base una distancia chi-cuadrada de 0.84. (Ver fig. 5).

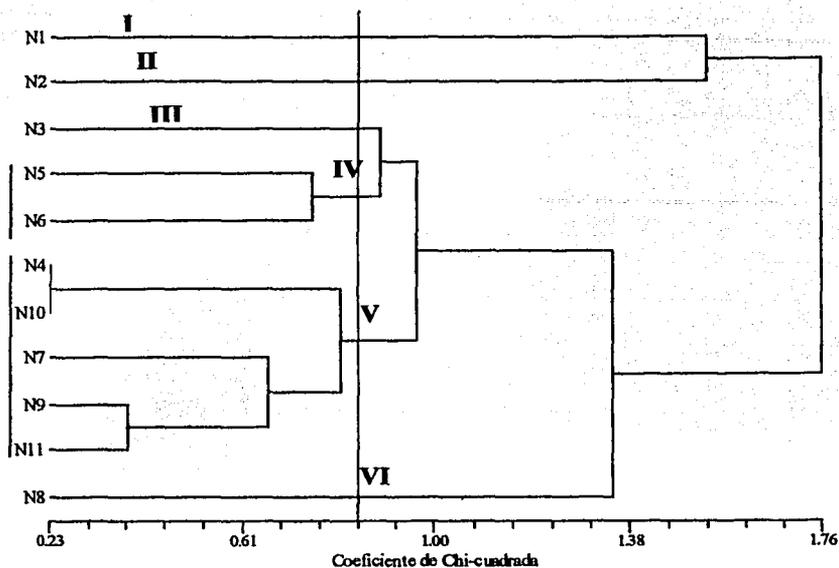


Figura 5. Dendrograma de agrupación de 11 niños con dermatitis atópica con base en 13 variables elegidas mediante el análisis de correspondencia simple.

El primero en orden descendente (I) está constituido por el sujeto 1 (niño de seis años) quien no puede asignarle a su piel un color, un olor ni un sabor, aunque sí la describe {áspera ("como si agarrara tierra"), imagina que su DA tiene color de costras, que no se comunica a través de la palabra y que está relacionada a una causa animal; supone que su familia ve a la DA como algo grave y preocupante, él sí ha sufrido sus efectos negativos sobre el bienestar y el tenerla no representa algún beneficio para la salud; aunque si recibe un trato especial por estar enfermo; no recurre exclusivamente a la madre como fuente de apoyo por su padecimiento y desconoce por qué la DA se presenta en episodios.

El segundo (II) que corresponde al sujeto 2 (niña de seis años) no logra asignar a su piel ni color, ni olor ni sabor; pero la describe como de textura suave, imagina que la DA tiene color de costras, que no se expresa a través de la palabra y que puede ser causada por animales (como perros, gatos o gérmenes); desconoce la concepción que su familia tiene del padecimiento, su bienestar sí se ha visto afectado por la DA y tenerla no representa ningún beneficio para la salud; algunas personas la rechazan pero otras la aceptan por su

enfermedad; la madre no es su única fuente de apoyo y consuelo y desconoce el porque el padecimiento se da por crisis o episodios.

El tercero (III) está integrado por el sujeto 3 (niño de siete años). Para él su piel es café, tiene olor y sabor agradables y una textura “blandita”; imagina a la DA negra, con forma de expresión a través de la palabra y con una causa relacionada con animales; considera que su familia ve al padecimiento con desinterés, no se ha visto afectada en su bienestar por la DA y tenerla no tiene algún aspecto positivo para la salud; no recibe trato especial por padecerla, la madre es su única fuente de apoyo y consuelo y considera que en ella la DA no se presenta por brotes.

El cuarto grupo (IV) incluye a los sujetos 5 y 6 (niña de siete años y niño de ocho años). Para los niños de este grupo su piel es de color rosa o carne en tanto que su dermatitis es roja y no es causada por animales, por otro lado suponen que su familia está preocupada pues lo ve como algo grave, sí se han visto afectados en su bienestar y el vivir con DA no representa ningún beneficio para su salud, además la madre no su fuente de consuelo única. Uno de ellos supone que la DA sí se expresa por la palabra y el otro que no es así; uno supone que no es por episodios y el otro que sí lo es, además de saber porque se da así; uno supone que por su padecimiento algunas personas lo rechazan y otras le aceptan, en tanto que el restante recibe un trato especial por estar enfermo. Respecto a la piel, un niño considera que su piel tiene un olor agradable y el resto dice que no tiene olor; el otro cree que su piel tiene un sabor desagradable y el resto que no tiene sabor; uno señala que su piel es mixta (rasposa en algunas áreas y en otras suave), el otro la califica de suave (“suavecita... como algodón”, “suave cuando no me rasco”).

El quinto grupo (V), ubicado al centro del dendrograma, resulta ser el grupo mayor ya que aglutina a los siguientes cinco sujetos: 4 y 10 (niña de siete años y niño de diez años con respuestas similares) 7, 9 y 11 (niñas de 8,9 y 10 años respectivamente). Todos opinan que la madre no es la única fuente de apoyo o consuelo y que además la dermatitis no tiene ningún beneficio para su salud; la totalidad de los niños desconoce porque se da en episodios el padecimiento, considera que la causa de la DA está relacionada con la acción o influencia de animales, que la dermatitis se expresa a través de la palabra y que su piel es suave, blanda o lisa. Tres imaginan que su dermatitis es roja, rosa o carne y dos dicen que es blanca; tres responden que respecto al padecimiento su familia únicamente se plantea

interrogantes, uno ve que su familia no tiene interés en la DA y el otro considera que sus familiares lo ven como algo grave y se preocupan. Tres de estos niños consideran que la dermatitis no ha afectado negativamente su bienestar, en tanto que dos observan que sí les ha causado múltiples molestias. Tres refieren que por su padecimiento hay quienes les rechazan y hay quienes les aceptan, dos describen que no reciben ningún trato especial por su condición de salud. Dos adjudican a su piel un color moreno o café, dos dicen que es blanca o “güera” y uno que es roja, rosa o carne. Dos contestan que su piel tiene un olor agradable, uno considera que es desagradable, un niño dice que no tiene olor y el otro no sabe. Finalmente, dos muestran que su piel tiene un sabor desagradable, dos opinan que es agradable y uno que no tiene sabor.

El sexto agrupamiento (VI) incluye al sujeto 8 (niño de nueve años). Se trata de un sujeto que supone que supone que su piel no tiene olor ni sabor, sí una textura lisa y un color moreno o café; asimismo imagina que la DA tiene color rojo y supone que se expresa a través de la palabra, su teoría es que la causa sí está relacionada con los animales y desconoce por qué se da en episodios. Considera que respecto al padecimiento la familia sólo se plantea interrogantes, que la DA sí ha afectado negativamente su bienestar, que por padecerla algunas personas le rechazan y otras le aceptan y , finalmente, señala que la madre no es la única fuente de apoyo o consuelo a quien recurre.

Al observar el dendrograma de variables (ver Figura 6), se pueden distinguir, a una distancia de 1.17, seis agrupaciones. Encontramos que las variables que más determinan la agrupación de los sujetos son el color de la DA y el color de la piel , ya que las respuestas son muy parecidas en sus respuesta; ellas se encuentran dentro de un amplio grupo de 7 variables que están muy relacionadas entre sí (PerFam, Dacolor, Plcolor, Plolor, Dabla, Pltext, Plsabr). El 57.1% de ellas se refieren a la imagen, la representación o concepción que el niño tiene de su piel; el 28.6% a la imagen que se forma de su DA y el 14.3% restante a cómo supone que su familia concibe el padecimiento. Es decir que la representación que tiene de la DA está muy relacionada con la concepción de su piel (sobre todo respecto al color).

Otras dos variables (grupo IV) relacionadas entre sí son: el conocimiento que el niño posee de cómo su familia concibe su enfermedad y la existencia de molestias como un aspecto negativo de la DA.

Las variables Caniml, Apmad, PqÉpis y +salud, pueden considerarse cada una como grupos separados ya que su relación es marginal, especialmente la variable +salud (un aspecto positivo de la DA es que es buena para la salud) la cual está totalmente alejada del resto.

Si observamos la gráfica de dispersión de las 13 variables (ver Figura 7), en general existe concordancia entre el agrupamiento del dendrograma y los grupos que podrían establecerse en la gráfica de dispersión; sin embargo allí se observa que la variable Apmad es la que más tiende a alejarse del resto de variables (aunque levemente cerca de la variable Caniml, como en el dendrograma) en tanto que la variable +salud, en la gráfica de variabilidad no se encuentra tan lejana al resto de las variables como en el dendrograma y al igual que en éste último se halla cerca de la variable PqÉpis.

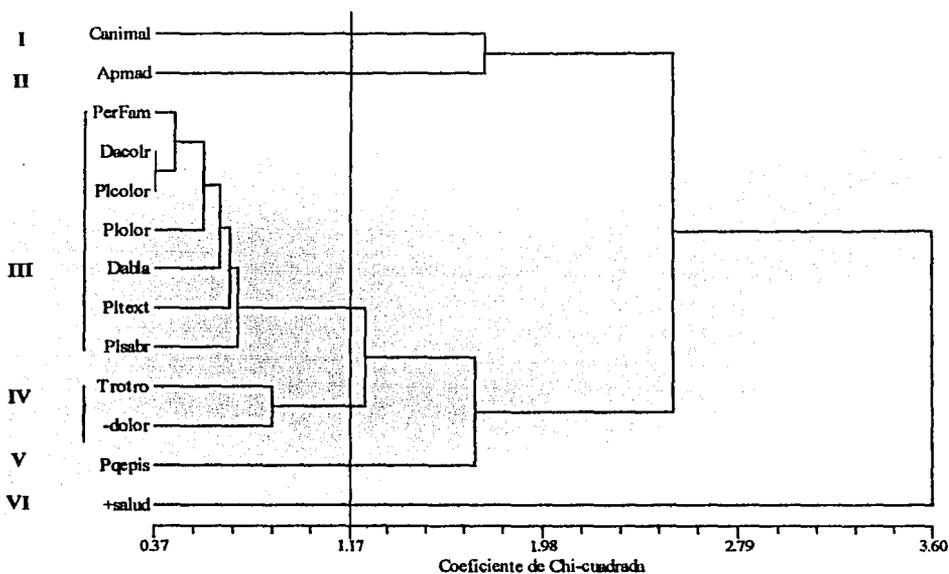


Figura 6. Dendrograma de agupación de 13 variables nominales, para 11 niños, elegidas mediante el análisis de correspondencia simple.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

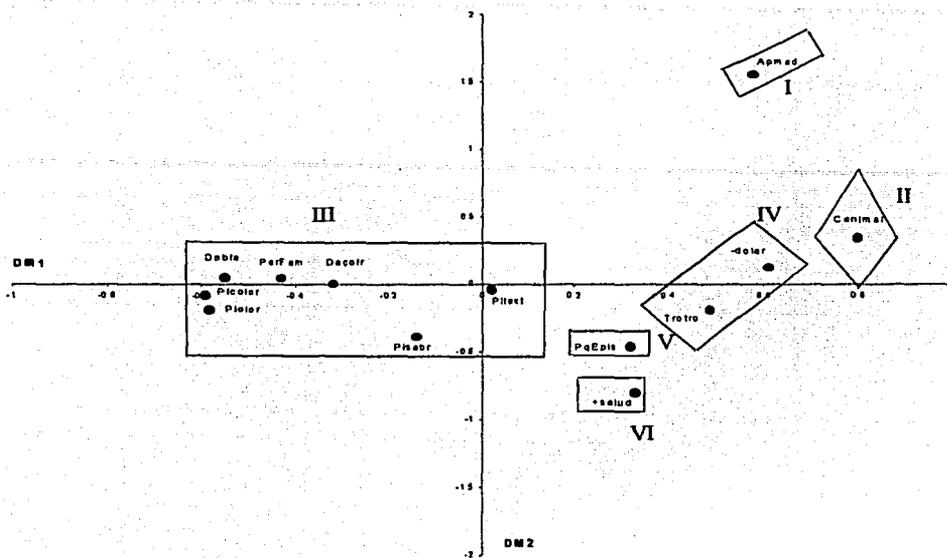


Figura 7. Distribución de 13 variables, para 11 niños, en función de los 2 ejes principales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.2 RESULTADOS DE LAS MADRES.

7.2.1 Análisis de Frecuencias con datos de la entrevista.

Según las madres ocho, de los niños once niños de la muestra, padecen únicamente Dermatitis Atópica (D.A) y no otras enfermedades; igualmente ocho de las madres conocen el nombre correcto del padecimiento. Para seis de los niños la DA apareció en los primeros tres años y en cuatro niños, entre los cuatro y los seis años. En siete de los casos apareció en único brote y ha persistido continuamente (aunque por crisis), en los cuatro niños restantes hubo un leve indicio antes del año, pero no se declaró como tal sino años después. En seis casos el primer brote apareció en forma de manchas, granos o resequedad y en dos casos en forma de sarpullido, para dos, debuta en forma ya sea de piel enrojecida o bien como piquetes en el rostro y en un caso, la madre no recuerda. Asimismo, en cuatro casos la madre no tiene memoria del lugar del cuerpo donde apareció primero, para otros cuatro casos el primer sitio de aparición fue ya sea en la cara o en el brazo, en tanto que en tres niños fue en todo el cuerpo.

En cuanto a la condición actual (al momento del estudio), tres de los pacientes presentan una forma moderada de dermatitis, tres cursan con una forma grave, otros tres con una forma severa (incluso en hospitalización) y dos niños con una forma leve del padecimiento.

Ocho de las familias (según la madre) tienen alguna teoría sobre la causa para el primer brote de DA, en tanto que tres dicen no saber. Cuatro suponen que fue porque la niña tiene una piel delicada, tres relacionan ese brote con la influencia de animales (gatos, perros, virus, gérmenes), dos lo adjudican a elementos como el sol, el agua, el polvo, sólo en un caso se supone que fue por algún medicamento, por "nervios" o por herencia. Cuatro de las madres relacionan la aparición del primer brote con conflictos familiares; tres con problemas entre la pareja. Con pérdidas (por muertes o separaciones) en dos casos, en tanto que otras dos no le encuentran relación con algún evento.

Por otro lado, respecto a las crisis posteriores de DA, cuatro madres no logran relacionarlas con algún evento estresante de vida (o afirman que en su caso no es por crisis, la tiene desde que se declaró y no va y viene); en dos casos las relacionan con muertes o enfermedades en la familia y en otros dos casos, con estrés causado por el manejo

disciplinario o por las demandas escolares. Una madre lo asocia a separaciones, otra a conflictos de pareja y una a un mal manejo del tratamiento médico.

Según las madres, todos sus niños presentan reacciones emocionales y/o conductas negativas por vivir con la DA y son las siguientes. Para nueve de ellas, sus hijos rechazan los tratamientos y cuidados de la piel. Por otro lado, siete reportan enojo o agresividad, en tanto que la ansiedad (incluso con temor de morir en una niña) es reportada también por nueve madres. Existe depresión enmascarada ya que sólo tres de las madres reportan reacción depresiva abierta o evidente (vergüenza, culpa por rascarse, deseos de muerte, tristeza, trastornos del sueño).

Cinco de las madres declaran que en la familia nuclear o extensa hay otros familiares con dermatosis o al menos descritos como delicados de la piel; cuatro desconocen si los hay o no y otros dos refieren que hay familiares asmáticos o sensibles al polvo.

Seis de las madres entrevistadas pueden ser descritas (a través de sus propias valoraciones y descripciones en la entrevista) como dependientes, inseguras, ansiosas, estresadas y de baja autoestima; en tanto que tres madres pueden considerarse como predominantemente ansiosas y agresivas, aunque preocupadas por sus hijos. Una presenta rasgos obsesivos o fóbicos y otra puede considerarse como una madre tranquila, independiente, segura de sí misma. Nueve describen al padre predominantemente en forma negativa y sólo dos predominantemente en forma positiva. Del mismo modo, cuatro de los niños es descrito por sus madres predominantemente en forma negativa (todas las madres que calificaron al niño negativamente igual calificaron al padre); cuatro de los pacientes es descrito predominantemente en forma positiva y tres de las madres hizo un juicio más balanceado de sus hijos.

Cinco opinaron que actualmente la atmósfera familiar es conflictiva, tres encuentran que anteriormente (sobre todo en las primeras fases del ciclo familiar o cuando aparece la DA) era muy conflictiva pero ahora es adecuada; dos opinan que es una atmósfera muy conflictiva. Con lo cual nos da un total de siete familias con descritas como conflictivas. Sólo en un caso se considera que la atmósfera familiar es, y ha sido, adecuada.

Yendo hacia las expectativas de la madre sobre el sexo del niño, se tiene que en cinco de los casos el paciente fue del sexo deseado (cuatro de las madres que obtuvieron el sexo deseado querían varón, sólo en una el sexo deseado fue mujer); en cuatro casos fue del sexo

no deseado, aunque declaran haberlo aceptado bien, para una madre le era indistinto y para otra fue del sexo no deseado pero “presentido”. Se observa que en total nueve de las madres del estudio deseaba tener varón.

En cuanto a las expectativas del padre sobre el sexo del niño (según la madre), en seis de los casos la madre desconoce el género que el padre deseaba; mientras que en cuatro casos el paciente fue del sexo no deseado aunque aceptado, sólo un padre obtuvo el sexo deseado (y también era varón).

Respecto a las expectativas que la madre tiene a futuro para su hijo, cinco mencionan sólo aspectos profesionales o académicos, cuatro sólo académicos y personales, una tiene expectativas profesionales y de salud y otra expectativas de salud y personales (lo cual significa que sólo dos de las madres esperan que a futuro su hijo mejore de la dermatitis).

Seis consideran que su hijo sí ha obtenido mayor atención familiar como ganancia secundaria por estar enfermo, en tanto que cinco observan que el niño no obtiene beneficios por su condición de salud. En cuanto a lo negativo que esto resulta para el paciente, seis de las madres refiere que la DA le causa preocupación y sufrimiento al niño, cuatro suponen que lo negativo para el niño es que la dermatitis ha propiciado inhibiciones y el rechazo o burla por parte de los demás (especialmente en la escuela), sólo una madre señala que lo negativo de la DA es una leve incomodidad que provoca a su hijo.

En cuanto a los aspectos positivos que para la familia nuclear ha tenido la DA, se observa lo siguiente (generalmente mencionaron más de uno). Siete consideran que sí existen tales aspectos positivos (las cuatro restantes contestan que no hay), uno de ellos es la mayor unión con el niño o apoyo por su padecimiento (en un casos), cuatro mencionan que la D.A ha propiciado mayor integración de la familia nuclear; dos consideran que gracias a la dermatitis ha existido mayor apoyo por parte de la familia extensa e incluso de los vecinos; refieren que la DA ha propiciado mayor unión entre la pareja de padres dos, y finalmente, hay quien considera que la dermatitis le ha brindado la oportunidad de aprender a valorar más la vida (se trata de una madre que tiene dos hijas con el padecimiento y ya perdió a una tercera).

En cuanto a la repercusión familiar del padecimiento, se encontró lo siguiente. Diez de las madres responden que la DA sí ha tenido aspectos negativos para la familia nuclear (una madre puede mencionar más de uno). Cinco consideran que debido a la dermatitis se han

visto afectados en el dormir, especialmente la madre, o que han tenido reacciones depresivas; cuatro refieren que se ha visto mermada la economía familiar y afectadas las actividades domésticas ya que el cuidado del niño consume mucho tiempo. Incluso tres contestan que de algún modo se ve afectado el prestigio social de la familia ya que miembros de las familias extensas y/o vecinos les critican al suponer que las lesiones persisten por falta de atención médica para el niño.

En todas las familias (según la madre), ya sea la nuclear o extensa, existen teorías acerca de la causa de la dermatitis (no sólo del primer brote). En seis de los casos se menciona una causa relacionada con la influencia de los animales (perros, gatos, gérmenes), en cinco casos existe la hipótesis de que se debe a elementos como el sol, el agua, la tierra; otros 5 casos suponen que se debe estrés o ansiedad del niño; en cuatro familias existe la teoría de que la DA está causada por factores sobrenaturales (la brujería, seres sobrenaturales o ser un castigo); tres familias consideran que el padecimiento se debe a una reacción alérgica (elevación de la Inmunoglobulina Ige) explicación dada por algunos médicos. En dos familias se encuentran cada una de las siguientes teorías: la dermatitis se debe a piel delicada del niño, se debe a negligencia de los padres al no llevarlo al médico, existe "algo" en la sangre del niño; en tanto que sólo una familia supone que es por la herencia y la de un medicamento mal administrado por el doctor.

En cuanto al tratamiento médico del menor, sólo siete de las madres cuenta con un nivel de información suficiente sobre los cuidados a seguir para la piel y sobre los nombres de los medicamentos indicados por el facultativo.

En otro aspecto, siete de las once madres cursaron el embarazo sin problemas físicos o emocionales y describen positivamente la experiencia, dos lo vivieron con problemas diversos y valoran negativamente la experiencia; una vivió el embarazo con problemas, sin embargo lo califica de positivo, en otra fue sin problemas pero presentó ambivalencia hacia la vivencia. En cuanto al parto, cinco madres lo refieren sin problemas y lo califican positivamente, tres presentaron complicaciones y lo vivieron negativamente, en otros tres casos hubo problemas, sin embargo califican de positiva la experiencia. Cabe mencionar que las madres que experimentaron el embarazo con problemas y lo calificaron en forma negativa, de forma similar vivenciaron el parto (madres 1 y 9).

Cuatro pacientes fueron cuidados la mayor parte del tiempo, hasta el primer año, por una madre ansiosa, estresada o aprehensiva; tres de los niños fueron atendidos por la madre (ansiosa, estresada o aprehensiva) algunos meses y posteriormente por otro familiar; otros tres niños fueron cuidados la mayor parte del tiempo por la abuela materna y/o otros familiares; incluso uno fue atendido por un no-familiar hasta después de los seis meses y posteriormente por la madre (ansiosa, con depresión enmascarada, agresiva).

Respecto al desarrollo psicomotor de los pacientes, a través de las entrevistas con la madre, se encontró que cuatro tuvieron un desarrollo normal sin mayores trastornos; dos, un desarrollo normal, pero con dificultades en el destete y dos un desarrollo normal con dificultades de alimentación; en un caso se encontró un desarrollo normal con dificultades en el control de esfínteres; en otro hubo también un desarrollo normal con un probable trastorno por déficit de atención.

En cuanto al manejo disciplinario, para tres de los niños la manejan ambos padres sin problemas; para otros tres casos existe un desacuerdo entre los padres acerca de los límites para el menor y la disciplina se maneja con un estilo ambivalente (sin consistencia) por parte de alguno de los padres. En dos casos la madre maneja la disciplina con dificultades, en tanto que en otros dos las normas son manejadas por la madre y el padrastro sin problemas; en un caso es la madre exclusivamente quien maneja este aspecto y lo hace sin dificultades.

En tres casos el nombre del paciente fue elegido por ambos padres; para otros tres sólo la madre lo seleccionó, en tanto que sólo el padre decidió en tres casos más. Para los dos niños restantes, el nombre fue elegido por la madre junto con otra persona significativa. Cinco de los niños llevan el nombre de un familiar paterno muerto; tres tienen el nombre de alguno de los progenitores, en un caso se le puso ese nombre al niño como promesa a algo o alguien divino o bien como signo de gratitud a alguien, en otro caso el niño lleva el nombre de un niño pequeño no familiar, significativo, perdido; en el último caso la madre desconoce el motivo para tal nombre.

Tres de los niños duermen en su propia cama en el cuarto de los padres, tres niños más duermen con algún hermano en su propio cuarto; dos pacientes duermen con el padre del mismo sexo, uno con el padre del sexo opuesto, otro con ambos padres (en la misma cama) y uno en su propia cama y cuarto propio.

En seis de los casos se refiere que entre la madre y el paciente existe una relación con una distancia adecuada. En dos casos se registra una relación madre-paciente estrecha (duermen ya sea con ambos padres o con el padre del sexo opuesto), en otros dos casos es tan estrecha que toma incluso tientes seductores (duermen con el padre del mismo sexo o bien en el cuarto de los padres aunque en cama propia); finalmente, en uno de los casos hay una relación conflictiva con la madre.

7.2.2 Análisis de Correspondencia Simple con datos de la entrevista.

En un primer análisis se incluyeron un total de 62 variables obtenidas de las entrevistas con las 11 madres. De tal procedimiento se obtuvo que 17 de ellas (elegidas con un criterio de contribución absoluta de 0.40 en adelante) explicaban mayormente la variabilidad. Al realizar un segundo análisis, con tales variables, se encontró que los valores singulares (λ) mostraron la siguiente distribución: el $\lambda_1=0.16$ explicó el 34.39% de su variabilidad sobre el primer eje principal; mientras que el $\lambda_2=10.16$ aportó el 21.22% de la dispersión de los datos analizados, en el segundo eje principal. (Ver Cuadro 4).

Las variables con mayor contribución absoluta (valores superiores a 0.50) para el eje principal uno fueron: el estrés como causa de la Dermatitis Atópica (DA) según la familia –C2strs-; la depresión como reacción del niño por su DA –Depres-; la ansiedad como reacción del niño por su DA –Ansied-; una mayor integración familiar como lo positivo de la DA - +Integ - ; la existencia de reacciones del niño por la DA –Reacniñ- ; la existencia de teorías familiares sobre la causa de la DA –Causa2- . (Ver Cuadro 5).

Las variables con mayor contribución absoluta para el eje principal dos fueron: los factores sobrenaturales como causa de la DA, según la familia –C2magia- y la otra variable es las ganancias para el niño por su DA, -Lo+-.

Cuadro 4. Valores de descomposición de la inercia y chi-cuadrada del análisis de correspondencia simple para las variables de mayor varianza global (Madres).

Eje Principal	Valor Singular	Inercias Principales	Chi-cuadrada	Porcentaje de Varianza Explicada
λ_1	0.405	0.164	30.15	34.39%
λ_2	0.318	0.101	18.59	21.22%

Se consideraron los cuatro primeros ejes principales ya que, de acuerdo con Johnson (1998), por la naturaleza de las variables nominales, para el ACS, es suficiente tomar aquellos ejes que expliquen al menos el 40% de la variación de los datos.

Cuadro 5. Contribuciones Absolutas (CA) y Relativas (CR) asociadas con el eje principal α -ésimo del análisis de correspondencia simple para 8 variables de 11 madres de niños con Dermatitis Atópica (en negritas los valores más significativos).

Variable	CR1	CA1	CR2	CA2
Reacniñ	0.0070	0.5379	0.0000	0.0008
Ansied	0.0521	0.6615	0.0022	0.0179
Depres	0.2352	0.6698	0.0381	0.0669
+Integ	0.1190	0.5724	0.0323	0.0958
Lo+niñ	0.0028	0.0181	0.1494	0.5949
Causa2	0.0070	0.5379	0.0000	0.0008
C2strs	0.1223	0.7170	0.0001	0.0007
C2magia	0.0239	0.1186	0.2122	0.6492

Reacniñ= si presenta reacciones por vivir con dermatitis, Ansied=ansiedad del niño por vivir con la dermatitis, Depres= depresión del niño por vivir con dermatitis, +Integración= mayor integración familiar debido al padecimiento, Lo+niñ= las ganancias del niño por la dermatitis, Causa2= causas que supone la familia para la dermatitis, C2strs= el estrés como causa de dermatitis, según la familia. C2magia= si para la familia hay causa sobrenatural de la dermatitis.

En total 8 variables que representan mejor la variabilidad de las respuestas. Con ellas se realiza la gráfica de variabilidad donde se conjugan los 2 ejes principales o dimensiones.

En las gráficas de Variabilidad DIM1 vs DIM2 (ver Figura 8), divididas en 4 cuadrantes, es posible observarlo siguiente.

En el grupo I (madres 1,3 y 5), cuadrante superior derecho, se ubican las madres que consideran que sus hijos sí presentan reacciones emocionales y/o conductas negativas por la Dermatitis Atópica (DA), una de ellas es la ansiedad (incluso una niña con temores de morir por su padecimiento), otra es la depresión abierta, aunque en este grupo sólo un niño la presentan. Para ellas las ganancias de los pacientes por su DA es el obtener mayor atención por parte de los padres; en tanto que consideran que la dermatitis no ha propiciado mayor unión de la familia nuclear. En el grupo familiar existen teorías acerca de la causa de

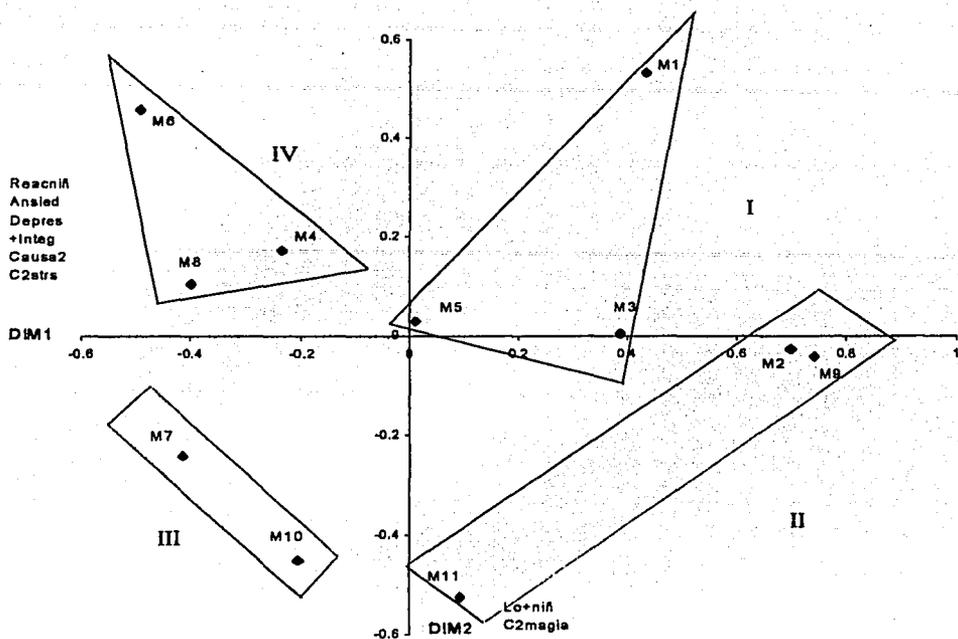


Figura 8: Distribución de las respuestas de 11 madres de niños con dermatitis atópica, en función de los 2 ejes principales, obtenidos con la matriz de correspondencia de 17 variables nominales.

la DA, estas madres suponen que no se relaciona con el estrés o la ansiedad del paciente y dos tampoco lo relacionan con causas sobrenaturales, únicamente una supone que puede ser por tales causas.

En el grupo II (madres 2,9 y 11), cuadrante inferior derecho, se encuentran las madres que respondiendo que sus hijos sí tienen reacciones emocionales y/o conductas negativas relacionadas con la DA, una de tales reacciones es la ansiedad, otra es la depresión abierta, aunque ésta última sólo en dos niños (uno de ellos con deseos de morir por el efecto sobre sus vidas). Consideran que sus hijos no obtienen ninguna ganancia por tener este padecimiento; así como que tal condición de salud no ha promovido una mayor integración de la familia nuclear. La familia sí cuenta con teorías acerca de la causalidad del

padecimiento, el estrés del menor y los factores sobrenaturales no son considerados probables causas en este grupo.

Grupo III (madres 7 y 10), cuadrante inferior izquierdo. Estas madres, al igual que las de los grupos anteriores, consideran que sus hijos sí se han visto afectados negativamente por la dermatitis; aunque no presentan depresión abierta y sólo en uno de los dos casos reporta ansiedad. Contestan que sus niños no obtienen ninguna ganancia por el padecimiento; por otro lado, el otro considera que este la DA sí ha propiciado mayor integración y apoyo en su familia nuclear. La familia tiene teorías acerca de la causa del padecimiento, pero éstas no se relacionan con el estrés del menor ni con aspectos sobrenaturales.

Cabe mencionar que puede establecerse también un grupo conformado por las madres 10 y 11 (quienes coinciden más que las madres 10 y 7). En este caso son madres cuyos hijos presentan ansiedad, pero no depresión abierta relacionada con su padecimiento; niños que no obtienen ninguna ganancia de su condición, así como la familia nuclear tampoco ha mejorado su integración debido a la dermatitis del paciente. Una considera como causa del padecimiento al estrés o la ansiedad del menor y el total de las madres no lo adjudica a factores sobrenaturales.

En el grupo IV (madres 4, 6 y 8), cuadrante superior izquierdo, están ubicadas aquellas madres que coinciden en que efectivamente sus hijos presentan reacciones emocionales y/o conductas negativas por vivir con esta mal. La depresión abierta es una de ellas (incluso con deseos de muerte en dos de los casos) y la ansiedad en sus hijos es reportada en un 66.6% de las madres. Estas madres refieren que sus hijos sí obtienen mayor atención familiar debido a su dermatitis, e incluso un aspecto positivo de la DA es que sí ha propiciado mayor integración y apoyo entre la familia nuclear. En este grupo la familia considera al estrés del niño como probable causa de la enfermedad, del mismo modo señalan que puede deberse incluso a causas sobrenaturales (como la brujería o un castigo por no haberle permitido jugar con tierra).

La variación que se presentó entre las respuestas de las madres estuvo determinada en gran medida por las siguientes variables: depresión (que especialmente influye para que determinada madre se ubique en los cuadrantes correspondientes), ganancias del niño por su padecimiento, mayor integración de la familia nuclear como algo positivo de la DA, el estrés y los factores sobrenaturales ambos como probable causa de la dermatitis.

Con relación a la variable depresión del niño, la respuesta “sí” se observó en los cuadrantes superior izquierdo e inferior derecho, predominando en el primero, la respuesta “no” se encuentra en los cuadrantes superior derecho e inferior izquierdo, predominando en el último. Para la variable ganancias del menor por su DA, la respuesta “ninguna” se encuentra en los dos cuadrantes inferiores, sin predominio en alguno; en tanto que la respuesta “mayor atención” está en los dos cuadrantes superiores en la misma proporción. En cuanto a la variable mayor integración familiar por la DA, la respuesta “sí” se haya en ambos cuadrantes de la izquierda y la respuesta “no” está en los cuadrantes de la derecha. Con relación a la variable el estrés del niño como causa de la DA, la respuesta “sí” se encuentra únicamente en el cuadrante superior izquierdo, en tanto que la respuesta “no” predomina al encontrarse en los tres cuadrantes restantes. Finalmente, para la variable creencia familiar de que la DA puede deberse a factores sobrenaturales, el valor “sí” se encuentra únicamente en el cuadrante superior izquierdo y el valor “no” predomina ya que está en los otros tres cuadrantes.

7.2.3 Análisis de Conglomerados Jerárquico con datos de la entrevista.

El dendrograma derivado del análisis de conglomerados, con base en las ocho variables de mayor valor descriptivo identificadas en los dos análisis de correspondencia simple, permitió la identificación de seis grupos, tomando como base una distancia chi-cuadrada de 0.17 . (ver Figura 9).

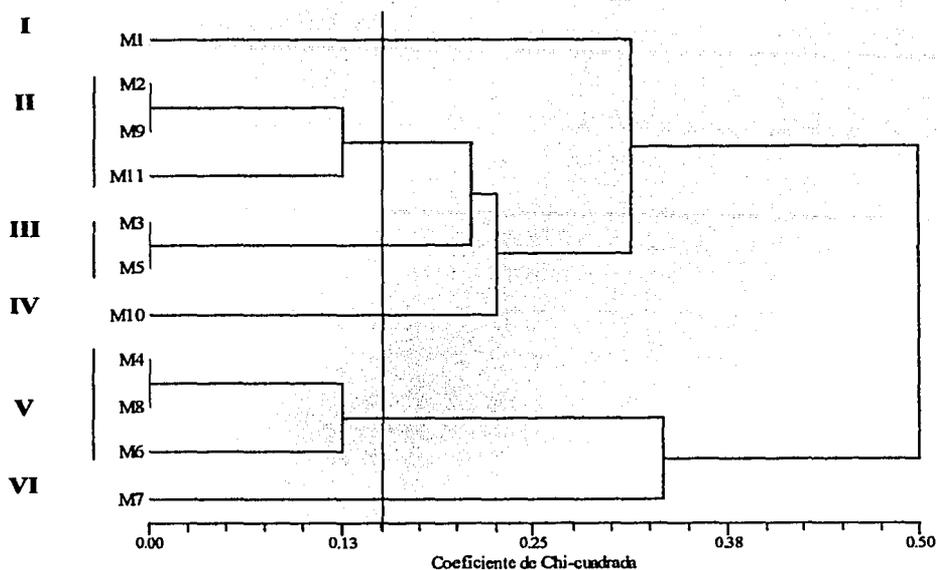


Figura 9. Dendrograma de agrupación de 11 madres de niños con dermatitis atópica, con base en las 8 variables elegidas mediante el análisis de correspondencia simple.

El primero (I) en orden descendente, estuvo constituido por la madre 1, el segundo (II) agrupamiento está integrado por las madres 2, 9 (cuyas respuestas son similares en las 8 variables) y la madre 11; el tercer grupo (III) comprende a las madres 3 y 5 con las mismas respuestas para las variables; el cuarto grupo (IV) corresponde a la madre 10; el quinto (V) está integrado por las madres 4, 8 y 6, donde las dos primeras tuvieron respuestas similares en las 8 variables. Finalmente, el grupo VI constituido por la madre 7. De lo cual se desprende que existe en general una concordancia entre el análisis de correspondencia simple y el análisis de conglomerados. Por lo cual ya no se describen aquí las características de los grupos de madres, remitiéndose a los posibles grupos formados y descritos en las gráficas de dispersión.

Al localizar estos agrupamientos en la gráfica de variabilidad se tiene lo siguiente. El grupo I se encuentra en el cuadrante superior derecho, con tendencia a dispersarse mucho del resto de los grupos, encontrándose más próximo al grupo II que al grupo de su mismo cuadrante. El grupo II está en el cuadrante inferior derecho, como es notorio la madre 11 se desvía de los otros miembros del grupo, aunque continúa en el mismo cuadrante. El grupo

III se ubica en el cuadrante superior derecho (más próximo a las madres 10 y 11 que a la madre 1 que está en su mismo cuadrante). El grupo IV se haya en el cuadrante inferior izquierdo (más próximo a las madres 5 y 4 que a la madre 7 con la que comparte cuadrante). El grupo V está ubicado en el cuadrante superior izquierdo, en tanto que el grupo VI se halla en el cuadrante inferior derecho de la gráfica de dispersión, respecto del grupo I es la que más difiere.

7.3 RESULTADOS DE LA COMPARACIÓN DE LAS RESPUESTAS NIÑO-MADRE Y DE LA RELACIÓN ENTRE DIVERSAS VARIABLES.

7.3.1 Análisis de Frecuencias con datos de la entrevista.

Para la comparación de la frecuencia de respuestas de los hijos con la frecuencia de respuestas de sus madres respectivas se eligieron sólo aquellas variables que exploraban los mismos aspectos en ambos grupos y aquellas entre las cuales se podía encontrar cierta relación aunque no explorasen el mismo aspecto (tal es el caso de relacionar el nivel de gravedad con el nivel de información que poseen tanto el niño como la madre).

Los temas explorados, recurriendo a las variables que aportaban información, fueron los siguientes.

1) el conocimiento del padecimiento (variable 2 del niño y la variable 2 de la madre); 2) las teorías que poseen tanto el niño como la familia acerca de la causa del padecimiento (V030, V031, V032, V033, V034, V035, V036, V037 de los niños y V28, V287, V282, V283, V284, V286, V281, V2810 de la madre); 3) el tipo de ganancias secundarias que el niño obtiene por su padecimiento (V9 y V10 del niño y V21 de la madre); 4) los aspectos positivos que conlleva el tener Dermatitis Atópica (DA) tanto para el niño como para la familia y la percepción que tiene el niño contra la que tiene la madre acerca de lo positivo que para el niño tiene la dermatitis (V140, V141 y V142 para el niño y V020, V20 y V201 para la madre); 5) los aspectos negativos para el niño y para la familia (V150, V151, V155, V157, V153 para el niño y V220, V22, V223, V221, V23 para la madre).

Asimismo se analizaron 6) las reacciones emocionales y/o conductas negativas que muestra el niño (según el niño y según la madre) por tener la DA y lo que siente la familia por tener un miembro con esto (V161, V162, V163 y V164 para el niño y V11, V114, V112, V113, V111 para la madre).

Por otro lado se comparó 7) el nivel de información del niño contra el de su madre en cuanto al tratamiento y a los cuidados de la piel (V390, V391, V392 para el niño y V111 y V34 para la madre). 8) el nivel de severidad de la DA (V7 en las madres) se utilizó para comparar con otras variables (V161, V162, V163 y V164 del niño sobre sus reacciones y V390, V391 y V392 acerca del tratamiento y cuidados que conoce) ya incluidas en esta descripción y que dan cuenta de cómo se relaciona esa condición con otros aspectos.

En los resultados se reporta el porcentaje de respuesta para cada grupo (madres en comparación con hijos) y el porcentaje de coincidencia entre las respuestas de cada niño con su respectiva madre en cada aspecto (par de variables comparadas).

Cabe señalar que para la muestra fueron once niños y sus respectivas madres (once). Tres niños tuvieron DA severa, tres un nivel de DA grave, tres un nivel moderado y dos un nivel leve.

En cuanto al conocimiento del nombre del padecimiento se tiene que ocho madres lo conocen, en tanto son siete los niños que lo saben (existiendo un porcentaje de coincidencia del 91% entre la respuesta de cada niño con su madre). Según las madres, todas las familias cuentan con diversas teorías acerca de la causa del padecimiento; diez niños tienen teorías sobre lo que provoca su DA (coincidencia de respuesta niño-madre de 91%). Cuatro de las familias consideran que la DA se debe a una causa sobrenatural, en tanto que sólo dos niños tienen tal hipótesis (coincidencia niño-madre del 63.6%); seis familias, según las madres, suponen una causa relacionada con los animales, en tanto que sólo tres de los niños la supone (coincidencia madre-hijo del 54.5% en sus respuestas); cinco familias suponen que la DA se debe a elementos como el sol, la tierra o el agua, en tanto que a esto lo adjudican cuatro niños (coincidencia madre-hijo de 72.7%); un niño y una familia consideran que la dermatitis es por causa de algún medicamento (coincidencia del 100% entre respuestas hijo-madre). Tres de las familias relacionan a la DA con características y/o acciones maternas, dos niños suponen también esto (coincidencia del 54.5%); cinco familias adjudican la causa de la DA a acciones o características del niño, en tanto que cuatro niños suponen esto (acuerdo entre respuestas madre-hijo del 36.3%). Tres familias manejan como causa de la DA la acción de la Ige (teoría médica), dos de los niños suponen esto también (existiendo un acuerdo del 72.7% entre las respuestas madre-hijo para esta variable).

c) Atención que recibe el menor.

Seis madres consideran que sus hijos obtienen mayor atención familiar por su padecimiento (esa es una de sus ganancias secundarias), en tanto que sólo tres niños lo refiere (acuerdo entre respuestas madre-hijo del 36.3%) y sólo un niño supone que recibe un trato especial positivo por parte de personas extra-familiares por tener este padecimiento.

Respecto a los aspectos positivos (ganancias o beneficios) de la DA tanto para el niño como para la familia se tiene lo siguiente. Todas las madres tienen alguna respuesta, en tanto que dos niños no contestan la pregunta. Para siete familias, la DA tiene algún efecto positivo, en tanto que sólo para cuatro niños los tiene (acuerdo niño-madre del 36.3%). En un caso, el beneficio para la familia ha sido una mayor unión con el niño o mayor atención, en tanto que dos niños piensan que lo bueno de la DA ha sido un mejor trato familiar para ellos (acuerdo madre- hijo del 91%). Existen muchos aspectos positivos para la familia que no son mencionados por el niño (mayor integración y apoyo en la familia nuclear, mayor apoyo de la familia extensa y/o vecinos, mayor unión de la pareja, la oportunidad de valorar más la vida) y otros que sólo menciona el menor (ganancias materiales, beneficios para la salud, el beneficio de que no sea una enfermedad tan incapacitante como otras), por lo cual no se incluyeron en la comparación.

Para el total de las familias de niños con DA leve (dos en total) y para dos de las de los graves (tres pacientes), no existen aspectos positivos; en cambio para el total de las familias de niños con DA severa y de moderada y uno de los graves, sí hay aspectos positivos por esta afección. Sólo una de las madres de niños con DA moderada considera que lo positivo ha sido mayor acercamiento con el niño. Dos madres de niños con DA severa consideran que ha obtenido mayor integración la familia, uno de los graves también. Sólo una de las familias de niños con DA severa y de uno de moderada, han obtenido mayor apoyo extrafamiliar. Una familia de las de niños severos ha aprendido a valorar más la vida por esto; en tanto que una de las familias de niños con DA severa y una de grave, se han visto favorecidos con una mayor comunicación y unión en la pareja de padres. Se observa por lo tanto que los beneficios para las familias de los de DA severa han sido: mayor integración familiar (dos de tres familias), el aprender a valorar la vida (una) y una mayor unión de la pareja (una familia). En tanto que para los graves ha sido: una mayor integración familiar y de pareja (en un caso). Para el grupo familiar de los de nivel moderado es una mayor unión con el niño, una mayor integración familiar y apoyo extrafamiliar (una de esas ganancias por caso). Las familias de los de grado leve no obtienen beneficio. Por otro lado, según las madres, el total (tres) de sus niños con DA severa sí reciben mayor atención por estar enfermos; sólo uno de los graves y dos de los moderados también, lo refieren.

Dos, de los tres, niños con DA severa y el mismo porcentaje para los graves consideran que el padecimiento sí tiene al menos algún aspecto positivo y sólo uno de los moderados lo ve así. Por el contrario, dos de los que sufren moderada y uno de los de leve encuentran que nada tiene de positivo. Uno de los que cursan con síntomas moderados y de los que tienen síntomas graves consideran que lo positivo de la DA es que han recibido un mejor trato de los otros. Un niño de los que tienen nivel moderado, uno de grave y uno de severo, contestan que lo positivo es obtener beneficios materiales y/o económicos. Uno de los sujetos con DA severa observa que es buena para la salud ya que “me están saliendo todas las cosas malas que tengo por dentro ... no más que mis granitos”. En tanto que 1/3 de los niños con DA severa considera que lo positivo es que no es tan discapacitante ya que le permite hacer diversas actividades.

En cuanto a lo negativo de la DA y la severidad se obtuvo que a mayor severidad mayores aspectos negativos para la familia. Sólo para una de las dos familias que tienen niños con DA leve no existen aspectos negativos. Dos de los padres de niños con DA severa, igual que los de moderada y uno de grave, se han visto afectados en el sueño o han tenido alguna reacción depresiva. En tanto que dos de las familias de niños con nivel severo y con grave se han visto afectados en su economía y/o en el tiempo dedicado a las labores domésticas. Una de las familias de niños con DA severa, una de moderada y una de leve, se han visto afectados en su prestigio social por el padecimiento. En resumen, las familias de DA severa se ven afectadas en el sueño (y/o depresión) y en su economía y tiempo (dos de tres) y en su prestigio una familia. Las de nivel grave en su economía y tiempo en un (dos familias) y en el sueño una familia. Las de nivel moderado en el sueño (dos familias) y en su prestigio social, una familia; los de nivel leve sólo un poco en su prestigio social.

Todas las madres de niños con DA severa consideran que lo negativo para sus hijos ha sido la preocupación y el sufrimiento; dos de las madres de los graves opinan eso y sólo el uno de los moderados lo consideran. La mitad de las madres de niños con DA leve opinan que lo negativo para sus hijos es apenas una leve incomodidad y la otra mitad que es la inhibición por el rechazo de los otros. En tanto que para dos de los niños con DA moderada y uno de grave, según sus madres, lo negativo ha sido la inhibición por el rechazo.

Sólo uno de los dos niños con DA leve considera que no hay aspectos negativos ni positivos. Dos de los que tienen DA severa, de los que la tienen grave y uno de DA leve

consideran que la DA sí ha afectado negativamente sus actividades recreativas. El total de los que tienen DA moderada lo considera. Lo negativo ha sido el malestar físico (molestias, dolor, comezón) para dos de los que cursan con DA severa, dos de grave y dos de moderada y apenas la mitad de los de leve. Únicamente el total de los niños con DA moderada considera que ha afectado sus actividades escolares (los de severa pueden estar negando). Consideran que han recibido rechazo y burlas uno de los de nivel grave y uno de moderado. Dos de los niños con DA grave consideran que ello ha propiciado mayores regaños de sus padres. En tanto que sólo uno de los de DA severa refiere insomnio (algunos lo niegan pero sus madres lo reportan). Se han visto afectados en el vestido, uno de los niños con DA grave y uno de moderada ya que deben usar ropa que les cubra las lesiones o no pueden usar la ropa que desean.

En otro tema, en opinión de las madres, todos los pacientes, independientemente de su nivel de severidad, presentan alguna reacción o conducta negativa por el padecimiento. El total de los de nivel severo y de nivel grave rechazó el tratamiento y los cuidados de la piel; dos de los de nivel moderado y la mitad de los de leve también lo hacen. Todos rechazan, pero los más graves mayormente. El total de los de nivel severo y de leve y uno de nivel grave y de nivel moderado, presentan ira o agresión por la DA. Los tres que tienen DA severa y los dos de leve, presentan ansiedad; en tanto que dos de los de nivel grave y en dos de moderado también se observa (llama la atención esto, por otro lado el grupo de los graves se aleja de los otros en sus respuestas).

Los niños refieren lo siguiente. Los sujetos de edades menores, 6 y 7 años, encuentran más difícil hacer contacto con sus emociones o tal vez no comprenden los conceptos. Independientemente del nivel de severidad, la gran mayoría considera que se ha visto afectado emocionalmente por el padecimiento, excepto un niño de nivel leve, y también salvo ese menor, todos reportan algún síntoma de depresión. El total de los niños con DA grave reportan agresión y sólo el 33.3% de los de severa (el varón) la refiere. Sólo el 33.3% de los niños con DA severa refiere abiertamente ansiedad (nervios), su madre aclara que incluso en la modalidad de temor a morir.

Ahondando, todas las madres y todos los niños contestan acerca de los aspectos negativos. Para diez de las familias y diez niños, si existen aspectos negativos por vivir con la DA o por tener un familiar con ella (acuerdo madre-hijo del 100%). Sólo que hay

variación en cuanto al tipo de aspectos negativos que considera por un lado el niño y por otro la familia (por ser grupos diferentes). Para tres de las familias, la DA ha afectado negativamente sus relaciones interpersonales (su prestigio social), en cambio sólo dos niños mencionan este efecto negativo en su vida (nivel de acuerdo madre-hijo del 54.5%). A cinco de las familias le ha afectado negativamente sobre el sueño; en tanto que sólo uno de los niños acepta ser afectado de este modo, N5 con DA severa (con nivel de acuerdo de 63.6%). Siete de los niños aceptan ser afectados negativamente por la DA sobre su bienestar físico (dolor, incomodidad, comezón) en tanto que diez de las madres reportan eso en sus niños (aunque con nivel de acuerdo madre-hijo del 72.7%). Dos de los niños refiere que le afecta negativamente sobre sus relaciones interpersonales extra-familiares, en tanto que diez de las madres reportan esto para sus hijos (nivel de acuerdo hijo-madre del 18%). Es decir que o bien los niños niegan estos aspectos o bien las madres exageran en su percepción.

En cuanto a las reacciones, sentimientos y/o conductas negativas del niño que vive con DA se encontró que las once madres reportaron que su hijo sí las presenta, en tanto que diez de los niños lo acepta, N10 de DA leve lo niega (con un nivel de acuerdo del 91%). Diez niños dicen presentar sentimientos depresivos (tristeza, culpa por rascarse, impotencia, insomnio, desesperanza, vergüenza, miedo, aislamiento, rechazo, deseos de morir) en tanto que sólo tres madres lo reportan en sus hijos (acuerdo del 36.3%, coincidiendo N1-M1, N2-M2, N9-M9). Por el contrario, sólo cuatro niños mencionan que sienten coraje o ira por vivir con esto, en tanto que siete de sus madres encuentran esa conducta en ellos (nivel de acuerdo del 36.3%. Coinciden en que sí hay ira N6-M6 y N8-M8 con DA grave y severa respectivamente; en que no la hay N1-M1 y N3-M3 ambos con DA moderada). Nueve madres reportan ansiedad (“nervios”) en sus hijos, incluyendo la modalidad de “temor de morir” en uno de esos casos (N5 con DA severa); en contraste, sólo un niño se describe ansioso, N5, (con un nivel de coincidencia niño-madre del 27.2%, los pares fueron N5-M5, N6-M6 y N7-M7). Nueve niños tienen algún conocimiento acerca del tratamiento y los cuidados de su piel, en tanto que sólo siete madres cuentan con información suficiente acerca de este aspecto (con un grado de acuerdo N-M del 63.6%), un 75% de las madres que no tienen información suficiente tienen hijos que sí conocen al respecto, únicamente el par N9-M9 desconocen ambas, la información sobre el tema.

Cuadro 6. Descripción de la coincidencia entre respuestas de la diada niño-madre, para 24 variables.

Díada	Número de variables en que coinciden	Porcentaje de acuerdo entre las respuestas del niño con su madre	Nivel de severidad de la DA
N9-M9	20	83.3%	Grave
N10-M10	19	79.1%	Leve
N1-M1	17	70.8%	Moderada
N3-M3	17	70.8%	Moderada
N7-M7	17	70.8%	Moderada
N2-M2	16	66.6%	Leve
N5-M5	16	66.6%	Severa
N8-M8	15	62.5%	Severa
N6-M6	14	58.3%	Grave
N11-M11	14	58.3%	Grave
N4-M4	9	37.5%	Severa

Los niños con DA de niveles menos graves coinciden más en sus respuestas con las de sus madres (con excepción de N5, con DA severa que sí coincide medianamente); en tanto que los niños con DA más grave tienden a coincidir menos con las respuestas de sus madres (con excepción de N9). Ello se explica posiblemente porque al parecer los niños tienden a usar el mecanismo de negación (o a ocultar información) en lo que se refiere a los efectos negativos de la DA sobre su vida, un ejemplo es N4 (ver Cuadro 6).

El cuadro 7 presenta los aspectos de mayor y menor coincidencia entre la diada.

Cuadro 7. Variables que obtuvieron el porcentaje de acuerdo, más alto y más bajo, entre cada niño con su madre.

ASPECTO O VARIABLE	PORCENTAJE DE ACUERDO
Teoría de que la DA es causada por medicamentos.	100%
Respuesta o no respuesta acerca de lo negativo de la DA.	100%
Existencia de aspectos negativos de la DA.	100%
Conocimiento del nombre del padecimiento.	91%
La existencia de teorías causales de la DA, tanto en el niño como para la familia.	91%
Trato especial, positivo o negativo, por parte de la familia, para el niño por tener DA.	91%
Conocimiento acerca de si la DA tiene o no aspectos positivos.	82%
Tipo de trato que el niño recibe de extrefamiliares por su DA.	27%
Existencia de ansiedad (presentada como temor de morir).	27%

Hasta aquí la descripción de resultados porcentuales para las 24 variables seleccionadas por ser evaluadas tanto para el niño como para la madre.

Fueron realizadas también otras relaciones (con base en porcentajes) entre las respuestas de las madres y las de sus hijos, o entre las de las madres en diferentes variables (especialmente el nivel de gravedad de la DA con aspectos como el tipo de reacciones del niño, el conocimiento sobre el tratamiento tanto del hijo como de la madre, aspectos de la madre, de la dinámica familiar y de la relación madre-hijo. También fue de interés relacionar la concepción que el niño tuvo de su DA en la visualización con lo que imaginó de su piel).

Al comparar la forma que le otorgan a la DA tanto en la visualización como en el dibujo y luego comparar esto con la forma otorgada a la piel en el dibujo, se tiene que se le otorga forma humana (completa o fragmentos del cuerpo), tanto a la piel como a la DA en el dibujo, no así en la visualización, donde la DA es representada mayormente como puntos, manchas o granos (ver Cuadro 8).

Cuadro 8. Comparación de la forma que los 11 niños adjudican ya sea a su dermatitis o a su piel, en la visualización y en el dibujo.

FORMA DE LA DERMATITIS ATÓPICA			FORMA DE LA PIEL
Categorías	En la visualización	En el dibujo	En el dibujo
No sabe o no realizó	1	0	2
Forma humana completa o fragmentos del cuerpo (como la piel)	1	8	8
Forma animal	2	0	0
Como puntos, manchas, bolas o granos	5	3	1
Como materiales o minerales	1	0	0
Sin forma específica	1	0	0

Diez niños, no importando el grado de severidad de su dermatitis consideran que sí presentan emociones o conductas negativas por estar enfermos, excepto N10 (con DA leve). Los tres niños con DA severa, los tres de grave y los tres de moderada (y uno de los de nivel leve) sienten que se han visto afectados así. Igualmente, todos los niños con DA moderada, grave y severa refieren abiertamente sentimientos depresivos, uno de los de nivel leve la reportan también. Dos niños con DA severa no refieren ira o coraje (todos del

sexo femenino) sólo uno de ellos (niño) lo reporta. Todos los niños con DA grave refieren esta emoción; los tres niños con DA moderada y los dos de leve, la niegan. Los niños con DA leve, todos los de moderada y los de grave, dicen no tener ansiedad “nervios”, sólo una niña de nivel severo la reporta (N5, y en su modalidad de “temor de morir por DA”).

En cuanto al conocimiento sobre el tratamiento, se tiene que los niños con DA leve y los de moderada cuentan con cierta información sobre el tratamiento y cuidados de su piel, en tanto que dos de los niños con niveles grave y dos de severo saben sobre el tema. Específicamente, dos de los niños con DA severa no saben lo que deben evitar hacer para estar mejor de la piel, sólo una niña (N5) lo sabe; dos de los que tienen DA grave tampoco lo saben; todos los que sufren una forma moderada sí lo saben y el total de los que tienen DA leve no lo saben. Por otro lado, dos de los que presentan DA severa, saben qué hacer para cuidarse (excepto una niña, N4); dos de los graves sí sabe (excepto uno, N9); dos de dermatitis moderada sí saben qué hacer, un niño no; los dos niños con DA leve consideran que sí saben qué hacer para tener mejor su piel. Entonces, dos de los sujetos (N4 y N9 con DA severa y grave, respectivamente) refieren no saber ni qué deben evitar ni qué deben hacer para cuidar su piel; un niño (N3, moderada) sabe qué debe evitar pero no qué debe hacer; cuatro (dos de leve, uno de grave y uno de severa) no saben lo que deben evitar pero sí lo que deben hacer y sólo cuatro de los niños (dos moderados, uno grave y uno severo) saben tanto lo que deben evitar como lo que deben hacer para el cuidado de su piel.

Todas las madres que tienen hijos con DA severa manejan información suficiente sobre el tratamiento y los cuidados de la piel; en cambio, tres de las madres con niños de DA grave desconocen mucha información al respecto; dos de las madres con niños de DA moderada también conocen información suficiente acerca del cuidado de sus hijos; en tanto que una de las madres de niños con DA leve cuenta con información suficiente sobre el tema, la madre restante no.

Nueve de los niños de la muestra conoce algo del tratamiento y cuidados de su piel. De ellos siete los rechazan y dos los aceptan. Todos los que los aceptan (N3 y N10) los conocen al menos un poco. Sin embargo hay quienes no conociéndolos los aceptan (no se dio el caso de que alguien los desconozca y los rechace). Los hijos de las madres que desconocen mucha información, rechazan los cuidados y tratamientos para su piel (N1, N2, N9 y N11); los niños que no rechazan los tratamientos, ni los cuidados (N3 y N10) tienen

madres que cuentan con suficiente información sobre el tema; pero la mitad de los que rechazan el tratamiento y los cuidados tienen madres que cuentan con información suficiente.

Cuatro madres desconocen mucha información sobre el tratamiento y cuidados de su hijo, en cambio tres de los hijos de estas madres dicen sí conocer sobre lo que debe hacer para el cuidado y tratamiento de su piel; ocho niños de la muestra sí saben qué deben hacer para tratar su piel, de ellos, cinco tienen madres que cuentan con información suficiente sobre el tema; dos de las tres madres cuyos niños no saben qué hacer para cuidarse, cuentan con información suficiente sobre el tratamiento, una madre no sabe, coinciden N9-M9 en su desconocimiento.

Todos los niños con DA severa y todos los de grave rechazan tanto el tratamiento como los cuidados para la piel. Dos niños con DA moderada también los rechazan (sólo uno los acepta). La mitad de los de DA leve los rechaza y la mitad restante los acepta. Al parecer a mayor severidad mayor tendencia a rechazar tratamientos y cuidados para la piel o viceversa.

Mediante el dibujo de la DA, relacionándolo con la visualización para imaginar a la DA, se observa que los tres niños con DA severa se identifican implícitamente con su DA, en tanto que sólo uno de los graves y uno de los moderados lo hace. Los más pequeños, seis años, en el dibujo se identifican explícitamente con la DA. Uno de los dos niños con DA leve se identifica explícitamente con su enfermedad y el otro dibuja su cuerpo o partes de éste sin identificarse con ella. Dos de los pacientes con DA grave dibujan su cuerpo o partes sin identificarse con la DA. Al parecer a mayor gravedad del padecimiento los niños encuentran más difícil hacer conciencia de los aspectos relacionados con la DA en su cuerpo (además tienen más defensas). En el dibujo de la DA todos dibujan de algún modo un cuerpo humano, en tanto que en la visualización sólo N5 le otorga forma humana y un dos forma animal (de los cuales la mitad son severos y la mitad graves). De aquellos que en el dibujo se identifican implícitamente con la DA (cinco de once), dos le imaginan forma animal a la DA en la visualización, otros dos la ven como puntos o manchas y uno con forma humana. De aquellos que en el dibujo se identifican explícitamente (dos de once, los más pequeños) con la DA, en la visualización no saben qué contestar, les cuesta más trabajo expresarse verbalmente que gráficamente. De aquellos que en el dibujo hicieron su

cuerpo o partes de él, en la visualización (cuatro de once niños) imaginan a la DA, tres como puntos, manchas, bolas, granos y uno sin una forma específica.

En otros aspectos diversos, donde también se relacionan las respuestas de algunas variables con otras, se encontró lo siguiente. Para las madres resulta más fácil (nueve madres) relacionar el primer brote de DA con algún evento, que las crisis posteriores (siete madres). Ocho madres relacionan el primer brote con problemas o conflictos familiares y/o de pareja y sólo una con alguna muerte. En cambio, los siguientes brotes del padecimiento son sólo relacionados con conflictos de pareja en un caso; en tres casos se relacionan con muerte o enfermedad de algún familiar o separación de algún ser querido, dos a estrés del niño y uno a un mal manejo debido a medicina alternativa. Para uno de los niños con DA leve el primer brote está relacionado con problemas y conflictos de la pareja, en tanto que para el otro, y para los brotes subsiguientes, las madres no logran relacionarlos. Siete de los niños con DA moderada el primer brote se relaciona con problemas y conflictos familiares, los brotes subsiguientes con muerte, enfermedad o separación de seres queridos; en el niño restante se relaciona el primer brote con muerte de algún ser querido y las crisis subsecuentes con el estrés del paciente. En dos niños con DA grave el primer brote está relacionado con problemas y conflictos familiares, en tanto que los siguientes ya sea con estrés del niño o con la muerte, enfermedad de algún ser querido; un caso no relaciona ni el primero ni los siguientes brotes con algún evento en especial. Para los tres niños con DA severa el primer brote está asociado a problemas y conflictos familiares y/o de pareja, en tanto que las crisis posteriores un en un caso a conflictos de pareja y en otro a un mal manejo por terapia alternativa, además una madre no lo relaciona con algo.

Un niño con DA leve cuenta con una madre dependiente, estresada, insegura, ansiosa y con baja autoestima y el otro, con madre agresiva, ansiosa y aprehensiva muy preocupada por el hijo. Dos de los niños con DA moderada tienen madre dependiente, estresada, etc. Y el otro una madre independiente, tranquila, segura de sí misma. Un niño con DA grave tiene una madre con rasgos fóbicos, obsesiva; el otro una madre agresiva, ansiosa y aprehensiva; el niño restante una madre dependiente, estresada, ansiosa, etc. Dos de los niños con DA severa cuentan con una madre dependiente, estresada, insegura, ansiosa y de baja autoestima; en tanto que uno de ellos, con una madre agresiva, ansiosa, aprehensiva con el hijo.

Siete niños de la muestra viven en una atmósfera familiar conflictiva. Para dos de los niños con DA severa la atmósfera familiar es muy conflictiva, en contraste para el niño restante es descrita como adecuada. Resultando que en dos de los casos severos, la disciplina es manejada por ambos padres, sin problemas y en uno existe desacuerdo entre los padres y un estilo ambivalente del padre para manejarla. En cuanto a los niños con DA grave, en dos casos hay una atmósfera familiar conflictiva y para el otro se dice que cuando el niño nació era conflictiva y ahora adecuada. En dos de los casos graves la disciplina es manejada sin problemas ya sea por ambos padres o por la madre y el padrastro; en cambio para un caso es la madre quien la maneja y con problemas para lograrlo. Para los niños con DA moderada, en dos casos la atmósfera familiar se describe como conflictiva y el otro responde que en la época que el niño nace sí era conflictiva pero ya no. En dos de estos casos la disciplina es manejada sin problemas por la madre o por la madre junto con el padrastro y en uno la maneja la madre con problemas para lograrlo. En uno de los niños con DA leve la atmósfera familiar se describe como conflictiva y en el otro se dice que era conflictiva en el pasado ahora no. En todos los casos leves existe desacuerdo entre los padres y un estilo ambivalente, especialmente del padre, para el manejo disciplinario del menor.

Dos de los niños con DA severa descritos predominantemente en forma positiva y uno en una forma balanceada, otorgándole aspectos tanto positivos como negativos. Dos de los niños con DA grave son descritos predominantemente en forma negativa y uno con aspectos tanto positivos como negativos. Dos niños con DA moderada son calificados predominantemente en forma positiva y otro en forma negativa. La mitad de los que tienen una forma leve del padecimiento son descritos negativamente y la otra con aspectos negativos y positivos por igual. Tres de los cuatro niños descritos por sus madres en forma predominantemente positiva son mujeres y se reporta una relación Madre-Hijo (M-H) de distancia adecuada, en tanto que uno es varón y se reporta una relación M-H estrecha. La mitad de los niños descritos predominantemente en forma negativa son varones y la mitad mujeres; de esos cuatro niños descritos negativamente, dos refieren una relación M-H de distancia adecuada, en un caso una relación estrecha y en otro caso una relación conflictiva. En cuanto a los pacientes descritos tanto con aspectos positivos como negativos se observa que dos son varones y una mujer; en dos de estos casos se describe una relación M-H muy

estrecha (con tintes seductores, son varones) y en un caso una relación con distancia adecuada.

En dos de los tres niños con DA severa se describe una relación M-H con distancia adecuada (son mujeres); en el otro caso se describe una relación muy estrecha con tintes seductores (paciente masculino). En dos de los tres casos de DA grave se describe una relación M-H de distancia adecuada y en el otro caso una relación muy conflictiva (N9, mujer). En dos de los casos de DA moderada existe una relación estrecha M-H (son varones) y en un caso una relación con distancia adecuada (es niña). En uno de los casos leves existe una relación M-H de distancia adecuada (con niñas) y en el otro una relación estrecha con tintes seductores (varón). Se observa que la madre tiende a establecer lazos más estrechos con los hijos varones (incluso con tintes seductores), en tanto que tiende a ser una distancia adecuada cuando son mujeres.

Cuatro de los seis niños que mantienen relación M-H con distancia adecuada duermen con algún hermano en su propio cuarto, un niño en su propia cama, pero en el cuarto de los padres, uno en su propia cama y propio cuarto y otro con el padre del mismo sexo. En cuanto a los que llevan relación estrecha con la madre, uno duerme con ambos padres en la misma cama y el otro con el padre del sexo opuesto. Para los que tienen relación M-H muy estrecha (con tintes seductores) uno duerme con el padre del mismo sexo y el otro en su propia cama pero en el cuarto de los padres. El de relación conflictiva duerme con su hermano aunque es un cuarto único familiar.

Para seis de los niños fueron embarazos no planeados ni deseados. Dentro de esos se encuentran todos los pacientes graves y leves y uno de los tres niños con nivel moderado del padecimiento. Tres fueron embarazos no planeados pero sí deseados, aquí se incluyen todos los niños con DA severa (la madre deseaba embarazarse, pero no un hijo de ese sexo). Una madre inicialmente pensó en el aborto, pero después lo aceptó bien (niña de nivel moderado); en tanto que en el caso restante pensó en abortarlo y todo el embarazo lo rechazó (N1, de nivel moderado).

Todas las madres de niños con DA severa califican la vivencia tanto del embarazo como del parto en forma positiva (aunque algunas presentaran problemas físicos durante ambos). Una de las madres de niños con DA grave vivió en forma negativa tanto el embarazo como el parto; una los vivió en forma positiva y la otra el embarazo en forma positiva y el parto

negativamente. Dos de las madres de niños con DA moderada vivieron el embarazo y el parto en forma positiva; en tanto que una de ellas experimentó ambos en forma negativa. Todas las madres de niños con DA leve vivieron el parto en forma positiva, en tanto que la mitad de ellas vivió el embarazo en forma positiva y la otra mitad en forma ambivalente.

Dos de los tres niños con DA severa lleva el nombre del padre del mismo sexo; en tanto que uno lleva el nombre de un familiar paterno muerto querido y el nombre del padre del sexo opuesto. Uno de los niños con DA grave tiene el nombre de un ser querido no familiar perdido; otro lleva ese nombre por gratitud a un no familiar y por una promesa a una divinidad; y para el otro se desconoce el motivo para el nombre. Dos pacientes con DA moderada tienen el nombre de un familiar paterno muerto (muy apreciado), en tanto que el niño restante el del padre del mismo sexo. Uno de los niños con DA leve lleva el nombre de un familiar paterno vivo y el otro el de un familiar paterno muerto.

Dos de los tres menores con DA severa no fueron del sexo deseado por la madre, en un caso no era del sexo deseado, pero la madre presentía (un sueño) que era de tal género. En tanto que dos de los niños con DA grave fueron del sexo deseado por la madre y a una de las madres le era indistinto. En dos de los de nivel moderado fue del sexo deseado por la madre y uno del sexo no deseado. Uno de los de DA leve fue del sexo deseado y el otro del sexo no deseado. En cuanto al deseo del padre. En dos de los niños con DA severa el paciente fue del sexo no deseado por el padre; en uno se desconoce preferencia. En los tres casos graves la madre desconoce qué sexo deseaba el padre. En uno de los casos moderados resultó ser del sexo que el padre deseaba, en un caso del sexo no deseado y en el otro se desconoce. Uno de los casos leves fue del sexo no deseado y en el otro se desconoce. Los sujetos N2, N4, N5 y N7 resultaron del sexo que no deseaban ni el padre ni la madre (allí se ubican dos de los casos severos, el caso restante tampoco fue el sexo deseado por la madre pero se desconoce el deseo del padre), en tanto que sólo el sujeto N3 (moderado) resultó ser del sexo deseado por ambos padres.

Los dos niños con DA leve fueron cuidados (hasta el primer año) siempre por una madre ansiosa, aprehensiva y estresada. Dos de los niños con DA moderada fueron cuidados, la mayor parte del tiempo hasta el primer año, por la abuela materna y otros familiares; un caso algunos meses por su madre ansiosa y estresada y luego por otro familiar. Uno de los niños con DA grave fueron cuidados siempre por una madre ansiosa, aprehensiva y

estresada; uno algunos meses por su madre ansiosa y estresada y después por otro familiar; el restante por un no familiar más allá de los seis meses y luego por la madre (ansiosa, depresiva, estresada). Uno de los pacientes con DA severa fue cuidado siempre por su madre ansiosa y estresada; otro, unos meses por la madre ansiosa y estresada y después por otros familiares (incluso en otra casa, se separan muchos meses) y el último por la abuela materna y otros familiares.

En cuanto al desarrollo psicomotor. Dos de los niños con DA severa tuvieron un Desarrollo Normal (DN) aunque con dificultades ya sea en la alimentación o un probable trastorno de hiperactividad; un caso tuvo un DN sin mayores dificultades. Dos de los niños con DA grave tuvo un DN ya sea con dificultades en la alimentación o en el destete y el otro un DN sin mayores dificultades. Dos de los menores con DA moderada tuvieron DN con dificultades ya sea en el destete o en el control de esfínteres, el otro caso DN sin mayores problemas. Uno de los niños con DA leve tuvieron un DN con dificultades en la separación y el otro un DN sin problemas.

7.3.2 Análisis de diferencias para las variables exploradas en ambos miembros de la diada.

Mediante la prueba de Rangos Señalados y Pares Igualados de Wilcoxon (Siegel, 1979), para establecer el grado de coincidencia existente entre las respuestas del niño y las de su madre en aquellas variables valoradas en ambos, se encontró una $N=8$ y una $t=0$ para las variables reacción depresiva y reacción ansiosa en el menor por vivir con la DA, comparando la respuesta del niño sobre sí mismo y la de su madre sobre él. Lo cual demuestra que existe una diferencia significativa entre las respuestas del niño respecto a las de su madre, para estas dos variables, a un nivel de significación de 0.01. Para el resto de las variables analizadas no se observa diferencia significativa entre la respuesta del niño y la de su madre (ver cuadro 9).

Cuadro 9. Valores de N y de t, en la prueba de Rangos Señalados y Pares Igualados de Wilcoxon, para 18 variables, donde Nñ= niño y M= madre, (en negritas los valores que muestran diferencias significativas).

<i>Nombre de la variable</i>	<i>Valor de N</i>	<i>Valor de t</i>
1. Conocimiento del nombre del padecimiento (Nñ vs M).	1	0
2. Teoría sobrenatural de la causa de la DA (Nñ vs M).	4	2.5
3. Teoría relacionada con animales, de la causa de la DA (Nñ vs M).	5	3
4. Teoría relacionada con elementos naturales, como agua, sol o tierra, de la causa de la DA (Nñ vs M).	3	2
5. Teoría de la DA causada por aspectos maternos (Nñ vs M).	5	6
6. Teoría de la DA causada por características o acciones propias (Nñ vs M)	7	12
7. Teoría de la DA causada por alergia (teoría médica) (Nñ vs M).	3	2
8. Tipo de trato que recibe de la familia el niño por su DA (Nñ vs M).	6	3.5
9. Existencia de aspectos positivos de la DA (Nñ vs familia).	7	8
10. Lo positivo de vivir con DA (Nñ vs familia).	1	0
11. Existencia de afectación emocional del niño por la DA (Nñ vs M).	1	0
12. Depresión como reacción del niño por la DA (Nñ vs M).	7	0
13. Ansiedad como reacción del niño por la DA (Nñ vs M).	8	0
14. Ira como reacción del niño por la DA (N vs M).	7	8
15. Efectos negativos de la DA sobre las relaciones interpersonales (Nñ vs M).	5	6
16. Efectos negativos de la DA sobre el sueño (Nñ vs familia).	4	0
17. Efectos negativos de la DA sobre el bienestar físico del niño (Nñ vs M)	3	0
18. Conocimiento sobre los cuidados y el tratamiento (Nñ vs M).	4	2.5

Con esta descripción de resultados, donde se han reportado los datos obtenidos de forma independiente para los niños y para las madres, y donde se han relacionado y reportado en términos de porcentajes, las respuestas dadas a diversas variables, se cierra este capítulo, dando lugar a la discusión de los resultados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VIII. DISCUSIÓN

Los propósitos de la presente investigación fueron conocer si existe en pacientes con dermatitis atópica (DA), considerados psicósomáticos por diversos autores, una representación o creencias acerca de su padecimiento y de ser así, cómo es esta representación, el sentido que le asignan a su padecimiento, las teorías personales que manejan y cómo representan gráficamente tanto a la dermatitis como a su piel.

Al ser un estudio principalmente descriptivo fue importante dar sitio a la singularidad e interpretar la expresión gráfica de los menores.

Es así como fueron explorados diversos aspectos tanto con los niños como con sus madres para conocer mejor tal representación, así como las diversas circunstancias familiares que rodean a cada paciente (ver anexos de guías semi- estructuradas de entrevista).

8.1 Interpretación de los Dibujos de los niños.

En esta interpretación se incluyen también algunos datos obtenidos mediante la entrevista y se hace referencia a lo que el niño señala al realizar su dibujo (que aparece también en el apartado inicial de resultados). Entre paréntesis aparecen preguntas y/o anotaciones del entrevistador, entre comillas las palabras literales del niño.

Niño 1. Pablo. Varón de seis años de edad, DA grave.

Por el dibujo de la DA, se observa que, según Kellogg, es un niño que se halla en etapa pictórica de adquisición del control ojo-mano, según Liquet en etapa de realismo intelectual del dibujo y según Lowenfeld en la etapa preesquemática o presimbólica. Es un niño que reconoce sus necesidades físicas y materiales, tiende más hacia vivir en el pasado y en el presente, poco piensa en el futuro, en el pasado ha obtenido gratificación de esas necesidades. Se observa desvalorización de las piernas. El rojo indica que es un niño cargado de energía. Manifiesta que tiene síntomas somáticos en el área del cuello, además existen muchos impulsos que intenta contener por medio de un dique, pero se le escapa el impulso en lo sexual, duerme con los padres desde pequeño, especialmente con la madre (ya que el padre poco tiempo está en casa) y tiene con ésta una relación muy estrecha y dependiente, sin embargo socializa bien. La dermatitis es él mismo. Por el dibujo de la piel se observa que está

en etapa realista. Para él, el color es el único instrumento útil para representar la piel, se trata de su piel ideal, limpia (en este momento está bien de la piel y manifiesta su agrado por esto).

Niño 2. Leticia. Sexo femenino, seis años de edad, DA leve.

Tanto en la entrevista, como al interrogar sobre el dibujo, abunda en respuestas “no sé”. Para la DA, es un dibujo en etapa pictórica y de realismo intelectual. Ya tiene anchura. Existen síntomas somáticos en el área del cuello. Reconoce tener necesidades físicas y materiales, tiende a ver al pasado donde más se satisficieron, por eso tiende a ser regresiva. Desea tener contacto sólo con cosas agradables y fáciles, muestra necesidades de tranquilidad y afecto. Da color sólo a lo que considera externo al cuerpo, el cuerpo va en blanco en su afán por borrarlo y pasar desapercibida. Existe curiosidad sobre aspectos sexuales (falda amarilla). Se guarda información (secretos), disimula sus pensamientos (probablemente agresivos) como medida autoprotectora.

Es una niña con personalidad inhibida, con tendencia a la contención, tímida e insegura, tiene dificultad para hacer contacto con sus emociones y expresarlas verbalmente. Sin embargo, muestra cierto oposicionismo ya que utilizó la hoja en horizontal y se negó a dibujar su piel (esto también puede deberse a que desconoce mucho sobre su piel), presenta tensión (trazo con presión). Existe mucha dificultad para establecer relaciones interpersonales, su dibujo es compensatorio en el sentido de los brazos abiertos, como figura extrovertida y con la sonrisa. Se identifica con la enfermedad, el dibujo es una niña que se llama como ella.

Niño 3. Sergio. Varón de siete años de edad, DA moderada.

Por el dibujo de la DA, tiende a tener aspiraciones intelectuales y culturales, aunque está ubicado en el presente, cuenta con deseos regresivos. Hay inestabilidad e indecisión ante los cambios. Tiende a la introversión y a una personalidad de vitalidad inhibida con ciertos sentimientos de inferioridad e inadecuación. Se observa dificultad en el control de impulsos, cierta rebeldía y rechazo de las normas sociales, además dificultad para relacionarse con los otros (una agresión reprimida ya que tiende a ser contenido –puños cerrados--). El dibujo es de tipo infantil, asexuado, el niño desea permanecer en esa posición lo más que se pueda.

El dibujo da la impresión de un ser monstruo con la piel irritada, con mucha tensión, parece un quemado, con una expresión igualmente monstruosa, al parecer así se vive. En el ejercicio

de visualización para la DA de pronto abre los ojos antes de tiempo y explica que imaginó muy fea a su enfermedad, estaba espantado, imaginó “un monstruo... con cuatro manos y otras dos en la cabeza, de color rojo, sin pies, abría la boca como chapulín”.

La piel es representada por un fragmento del cuerpo: la mano, que es el lugar más accesible para conocer este órgano. El color usado es realista (tez morena). Se observa ausencia de uñas (negación de impulsos hostiles), sin embargo la presión en el trazo y el coloreado muestran agresión contenida.

Niño 4. Ninfa Andrea. Sexo femenino, de siete años de edad, DA severa.

Para la DA, se trata de un dibujo atípico, un “neomorfismo” (según Debulenne, en Wallon, 1990). Es una gran nube, delimitada por una débil línea a lápiz, casi imperceptible, como en espiral (probable mandala, figura de rasgos concéntricos que aparece en los niños en momentos importantes y puede tener función de estructuración, según describen González, 2000 y West, 2000), nube que ocupa aproximadamente 1/3 de la hoja; en el reverso de la hoja continúa el dibujo, en letras grandes y en negro los dos nombres de la niña en diferentes letras, reforzado por su firma (timidamente puesta en lápiz, mostrando que ella es lo que el padre desea y por eso vale, ella está difuminada, borrada). Lo cual indica que la figura amorfa representa a la paciente misma cuya vivencia por el padecimiento es casi de difusión y de desintegración en el espacio; a punto de desbordarse, con una diferenciación leve entre su cuerpo y el medio. Sin embargo, tiende a compensar tal amenaza con la sobrevaloración de su nombre (nombre del padre en femenino, ya que los padres siempre desearon un varón, y de la bisabuela paterna) como dique a esa despersonalización.

Aunque sufre intensamente por el padecimiento, al mismo tiempo obtiene satisfacción, usándolo, al exhibirlo, para autoafirmarse y obtener toda la atención que necesita, ya que es una niña sociable, exhibicionista, narcisista, de personalidad amplia y expansiva, segura de sí misma. En la entrevista, tanto a su DA como a su piel les otorgó una textura gelatinosa.

En cuanto a la piel, considera que es “para lucir” y su ideal es tenerla “güerita” (como su prima), a pesar de tener una piel muy clara. Sobre el dibujo comenta: “las manchas que antes tenía, tenía acá (señala su cara) ahora sólo por dentro ya ... de colores, los tengo adentro”. Cabe mencionar que el dibujo de la DA lo realizó mientras estaba hospitalizada y el de la piel ya que había egresado y se hallaba mejor.

Igualmente para la piel, realiza un dibujo atípico, neomorfismo. Se trata de una figura amorfa, pudiera imitar los órganos sexuales masculinos, con un pene en erección. Otro aspecto importante aquí a describir son los colores. Abunda el rojo, representando en un primer plano a la sangre en sus costras (dada su gravedad) y en otro plano, si consideramos la alusión a la sexualidad, la tensión sexual y/o la agresión masculina (probablemente relacionadas con el carácter violento y explosivo de su padre, según la entrevista a la madre). El color naranja que aunque en forma atenuada refuerza lo dicho para el rojo, muestra la necesidad de contacto social y público de esta niña, su tendencia a competir y a considerarse superior a los demás (con los verdes claros) y su resistencia al cambio en el verde azulado (según Lüscher, 1986).

Niño 5. Olga. Sujeto femenino, de siete años de edad, DA severa.

Para la DA se trata de una figura asexuada, no es claro si está desnuda o lleva poca ropa, es un dibujo poco elaborado y de esquema corporal incompleto (en comparación con el dibujo de la piel). Se identifica con su dermatitis. Es una niña bien adaptada al medio, ubicada predominantemente en el presente y en la realidad, con tendencia a la inhibición. Un brazo es desproporcionado respecto al otro indicando probablemente culpa por rascarse ya que es por ello que considera que la DA no se le ha ido. En la entrevista le supone a su DA un color rojo, sabor a sangre y estructura gelatinosa. En el dibujo el rojo es abundante e indica a la vez el ardor de la piel, la sangre relacionada con su severidad y una agresión contenida.

Es una niña que estuvo internada recientemente, sufre ansiedad, depresión y graves trastornos del sueño.

Aunque se le pidió que dibujara su piel, no lo hizo realmente; pero utilizó el espacio para externar sus deseos, temores y lo que vive actualmente. Afirma que sólo está mal del cuello (no es real) negando su gravedad. En la entrevista consideró que su piel tiene la forma de ella misma, que es color carne, con buen olor y textura suave (describió a su piel ideal).

Dedica mucho tiempo y cuidado al dibujo y verbaliza: "... pero estaba en el bosque (tararea y produce sonidos con la boca), también me imaginé que en un arbolito había uno de esos, ¿cómo se llaman? (un tucán)... ajá, algunos les dicen águilas. Yo no conozco todo el hospital. Ya, ¿lo coloreo?. Hoy mi mamá empieza a vender mole (¿por qué?) no sé (¿antes no vendía?) no. ¿De qué color le hago las cabellos... negros... cafés?... se parece a una de la escuela, a la maestra Lidia. ¡ay, ay, ay... oag, oag, oag, acá una, acá otra... es que estoy llorando, (canta) estoy llorando un consuelo estoy buscando, a Georshua cómo le gusta esa canción, es mi

sobrino, tiene apenas dos años, dos años (corrige el lapsus). (Comenta que la flor es su hermana muerta recientemente, por DA, y que el árbol es para poner un nidito donde está un pollito y su mamá), nada más falta el cielo, ese es el problema, de cómo va a llover si no hay nubes”.

Este dibujo coincide con lo que la niña verbalizó al dibujarlo. Se observan 2 planos: arriba lo que corresponde al cielo (la gloria) y abajo lo que corresponde a la tierra (la vida). El estereotipo del cielo cuenta con las 2 imágenes principales con él relacionadas (nubes y sol). El cielo (azul oscuro) representa la serenidad absoluta, dejar de sufrir, es el sitio hacia donde ha ido su hermanita, representada por la flor y la mariposa (respectivamente viva y luego muerta), quien aún sigue muy viva y más cercana a sus padres que ella misma. El árbol parece representar al padre protector y generoso proveedor que protege a la madre (es este un padre sumamente admirado, que da una imagen casi de ser perfecto).

Se observa ambivalencia ya que mientras sufre por su temor a ser ella quien siga a la hermana hacia el cielo; por otro lado avizora que tal vez la muerte (dios, el cielo) sea el consuelo que busca a su sufrimiento.

Se trata de una niña que busca suavidad y ternura, desea tener contacto con cosas agradables y fáciles; le gusta su condición de niña y desea permanecer mucho tiempo así, es adaptable y establece buenas relaciones con los otros. Se observa gran esperanza de cambios y alegrías para el futuro, cuenta con proyectos.

Es un dibujo compensatorio; el paisaje primaveral y veraniego indica su deseo de ser feliz y de que sus sueños y esperanzas sean una realidad.

Niño 6. Omar Manuel. Varón de ocho años de edad, DA grave.

El dibujo representa un órgano de su cuerpo, la mano, en el que más afectado se ha visto, ya que es un área visible para sí mismo y para los demás. Existe anchura en el dibujo y un realismo intelectual (incluso correcto número de dedos). Se encuentra ubicado en la realidad y el presente y busca llamar la atención pues siente que no tiene la suficiente. Es un niño de espíritu dócil, respeta su entorno, busca la paz y el bienestar físico, muestra entusiasmo y voluntad, con buen nivel de energía y se adapta al ambiente. Sin embargo, el dibujo trata de compensar sentimientos de insuficiencia o inseguridad ya que se siente inadecuado y encuentra cierta dificultad para relacionarse con los demás. En la entrevista describió a su dermatitis de color rojo, olor feo a drenaje y textura blandita. Comentó que tiene DA en las

manos, los pies y la espalda, nunca en cara. A la piel, en la entrevista la describió como “color rosita, blandita como algodón”. En el dibujo se ve que ya existe anchura en la figura, es un dibujo que se refiere a sí mismo. Se trata de un niño ansioso (todo sombreado y omisión de rasgos especialmente en cara), tímido, inseguro; con personalidad de vitalidad inhibida y tendencia a la contención, que vive en el presente pero quiere prolongar su condición de niño lo más posible y trata de no ver la realidad, busca suavidad, dependencia y ternura, desea tener contacto sólo con cosas agradables y fáciles, pero es un niño más apegado a lo instintivo, a las necesidades concretas. Por el dibujo indefinido se observa inestabilidad e indecisión ante los cambios y poca confianza en sí mismo, con necesidad de ocultarse, de evadirse. Por las omisiones y distorsiones se encuentran conflictos relacionados con el cuerpo.

Niño 7. Sandra Leticia. Sexo femenino, de ocho años de edad, DA moderada.

Se identifica con la DA ya que le pone su propio nombre. En la entrevista expresa su deseo de utilizar la DA como arma contra su madre, que se le vaya a ella para que se vea fea (hostilidad y envidia hacia la madre ya que la culpa de su mal).

Existe amplitud y expansión de la personalidad, es segura, obediente, cooperadora, es expresiva, vive en el presente y en la realidad y aprovecha los recursos con que cuenta. Lo que pretendió ser una figura humana se convierte en algo distorsionado, es la vivencia de despersonalización al tener la dermatitis, una distorsión en el esquema corporal; donde se siente emparentada con animales como las ranas (y los sapos) por su aspecto físico. El rojo hace referencia al ardor y picazón que produce el padecimiento. Hay ansiedad (difuminación y despersonalización). El dibujo representa el sí mismo, lo cual está reforzado por el nombre escrito, mismo que, por la ubicación, parece hacer las veces de cielo.

Al observar el dibujo de la piel, se trata de un dibujo más convencional, donde existen 3 planos: la línea base (lo terrenal), el cielo (representado por las nubes) y el espacio intermedio donde se ubica la paciente. Existe identificación psicosexual. Se observa dificultad para el control de impulsos, por lo cual es necesario sobrecompensar con un cuello muy largo. Aunque considera que está afectada de todo el cuerpo las mayores ansiedades son por tenerlos en los brazos (donde es más visible). Refiere que actualmente tiene lesiones en brazos, muñecas y piernas.

Niño 8. Víctor Manuel. Varón de nueve años de edad, DA severa.

En la visualización de su padecimiento comentó: “los pliegues están lastimados (toca sus brazos) y están irritados. (se parece a) como a un camarón irritado, rojo”, agregando que su DA es aspera, roja, huele raro, es salada y piensa en “hacerme más daño”. Considera que está afectado de todo el cuerpo. En la visualización de su piel dice “está roja, está fea. Parece como un zapato viejo... áspera... (sabor) a infección”. Vive su piel como la de un viejo, por el aspecto que le dan las lesiones.

Es un dibujo en fase preesquemática y de realismo intelectual, compensatorio en su tamaño. Realmente existe una personalidad de vitalidad inhibida, con sentimientos de inseguridad y poca confianza, además de vergüenza por su aspecto físico, la figura representa el sí mismo con su piel y su padecimiento. Existe ansiedad y agresividad, el padecimiento le ha hecho vivir como con la apariencia de un viejo. Sin embargo a futuro tiene la esperanza (el amarillo) de que el mal desaparezca y pueda obtener la tranquilidad (azul) que busca.

Es un niño que tiene grandes ojeras, de complexión delgada, constantemente observa el pecho de la entrevistadora (un escote), mantiene con los padres una relación muy estrecha y con tintes seductores, especialmente con la madre (al momento que ella le pone la crema y en los pocos límites para observar el cuerpo de la madre). La madre refiere que el niño espera curarse para salir desnudo a la calle y que todos lo vean, ella lo describe agresivo “con todos los niños sale de pleito, no encuentra un amigo que quiera andar con él”.

Niño 9. Yoselín Guadalupe. Sexo femenino, de nueve años de edad, DA grave.

Para la DA, dibuja su brazo. Durante la visualización del padecimiento comentó: “como tierra, como polvo en mi pie (como si tocara) una pared (piensa la DA) que tendría que hacerme más daño (desea la DA) que yo esté más enferma (le diría la DA) que me va a hacer más daño (y ella le contestaría) que no me iba a dejar, que me iba a cuidar”.

Se trata de un dibujo compensatorio que representa el sí mismo. Existe una representación realista del padecimiento (ubica los granos en las zonas de flexión). Existe ansiedad leve, se trata de una niña que busca suavidad y ternura (vive en un medio familiar muy hostil), desea conocer y tener contacto con cosas agradables y fáciles. Es adaptable, aunque encuentra difícil relacionarse socialmente, hay falta de confianza en sí misma, vacilación, timidez e inseguridad. Hay sentimientos de inferioridad o vergüenza respecto a su cuerpo. Está bien ubicada en la realidad y en el presente. En esta niña los brazos tienen una significación

especial ya que su madre les asigna gran importancia para salir adelante en la vida, la madre carece del brazo derecho. El dibujo es compensatorio de esa insuficiencia manipuladora de la madre.

Por medio del dibujo de la piel se observa que éste representa el sí mismo. Es elaborado, con detalles y adecuación al color real, con buena calidad de trazo. Existe inhibición y una vivencia de desintegración y ansiedad relacionada con experiencia de desmembramiento. El marco al borde de la hoja funciona para dar contención y estructura a esa colección de miembros desarticulados (relacionados con la experiencia materna). Se observa insuficiencia para maniobrar y dificultad para el contacto con los otros, además de rasgos dependientes y orales, pues aunque su mirada está puesta en el futuro presenta deseos regresivos. Se ha tratado de anular lo referente a los impulsos (hostiles, que pueden estar relacionados con la violencia vivida en casa) ya que al parecer existe dificultad para el autocontrol (cuello grande que compensa). También se observan probables trastornos somáticos de oídos (la madre refiere cuadros de vías aéreas superiores repetitivos).

Es una niña sociable y de semblante contento, durante las entrevistas. Aunque se ve limpia está desaliñada, con ropa muy sencilla y gastada. La familia tiene muchos problemas económicos no necesariamente asociados al padecimiento.

Niño 10. Cristian Emilio. Varón de diez años de edad, DA leve.

En la visualización de su dermatitis comenta "... como cuando te pican los moscos... como si estuviera viendo granitos en familia". Para el dibujo de la DA, expresa: "estos puntitos, los azules son los granitos que luego me salen en familia (le digo que es una familia muy grande, no como la suya, ya que constantemente menciona familia) soy yo, mi mamá y mi papá (¿y por qué no tienes hermanitos?, pregunto) sí quiero para jugar con ellos (sonríe cuando comento que quizá esa familia de granitos es como la que él quisiera). Se trata de un hijo único que mantiene con la madre una relación muy estrecha en ocasiones con tintes seductores, el padre aunque presente y buen proveedor es visto por la madre como un hijo más.

El tema del dibujo es la representación de su ideal de familia (la que necesitaría para no serlo todo para su madre). Es un niño ubicado en la realidad y el presente, sin embargo con una personalidad inhibida y con tendencia a la contención, se conforma con poco espacio, tiene baja autoestima y poca confianza en sí mismo, con sentimientos de inferioridad (por su

obesidad que parece preocuparle más que la DA), aunque por la presión en el trazo se observa un nivel de energía adecuada.

Para el dibujo de la piel refiere que las partes del cuerpo donde tiene dermatitis son la cara (no es notorio) y un poco en el brazo. El dibujo representa una parte de sí mismo, es una manera de mostrar su vergüenza por el resto del cuerpo (obesidad). Es a la vez introvertido y extrovertido (rosa hacia el violeta), alterna los dos polos, cierto tiempo parece integrarse bien y luego se retira abandonando el grupo. Tiene tendencia a contemplar el pasado. Otorga poca importancia al tema de la DA, dado que no se ve muy afectado por este padecimiento.

Niño 11. María Anayeli. Sexo femenino, de diez años de edad, DA grave.

En la visualización comenta “como a perro... áspera... como una cáscara”.

Es una niña sociable, ríe constantemente, aunque con cierta timidez. Le divierte mucho la serie de preguntas sobre la DA y la piel.

Cuenta con buen nivel de energía, se vive como una persona desinhibida, amplía en sus manifestaciones, extrovertida y con tendencia a autoafirmarse. Ubicada en la realidad y el presente. Desea conocer y tener contacto sólo con cosas agradables y fáciles, busca suavidad y ternura. Le gusta su condición de niña y quiere mantenerse allí. Parece hallarse en un medio exigente y estresante y desearía tranquilidad (color azul). La sangre es un tema presente asociado con la DA y con su nivel de energía.

Mediante el dibujo de la piel, se observa anchura en el dibujo y los colores coinciden con la realidad. Refiere que está afectada de todo el cuerpo, primero fue de las rodillas y después de atrás en la zona de flexión. Existe nostalgia por ser una niña pequeña. Para ella, respecto a la dermatitis, los pies son muy importantes. Aunque vive el presente observa el pasado como más adecuado, donde su piel era ideal, sin granos, encerrada en un círculo protector, en amarillo, que indica la alegría que tenía entonces. Es el ideal de su piel.

De acuerdo con la interpretación de los dibujos, se observa que, en su expresión gráfica el paciente plasmó su concepción del padecimiento y de su piel, mostrando que está influida fuertemente por la historia, dinámica y estructura familiar. A través de los familiogramas se visualiza el lugar que el niño ocupa en esa estructura generacional y de allí lo que se espera del pequeño en esa familia (tal como lo señala el estructuralismo). Así, la expresión gráfica ayudó al niño a mostrar en forma amplia su vivencia del padecimiento, ya que se observan también

aspectos familiares significativos implicados en el dibujo (los casos de las niñas 4 y 5 y 9 son un ejemplo). Tales hallazgos coinciden con lo establecido en la literatura acerca de la función simbólica, concretamente el dibujo, en el niño.

8.2 Discusión de resultados obtenidos mediante la entrevista.

Los resultados arrojados por la presente investigación son numerosos por lo cual sólo se discutirán, a la luz de los antecedentes, los más relevantes. En este apartado se plantea la discusión de los resultados de relacionar diversas variables ya sea de los mismos niños, las de los niños con las madres o las de las madres entre sí.

En nuestro país no se encontró ningún estudio que tomara como muestra a los niños directamente, ya que la mayoría son investigaciones realizadas en pacientes adolescentes y adultos y en las cuales se ha indagado principalmente rasgos de personalidad, no para conocer sus conceptos o vivencias acerca de su situación de salud (Gallegos y Mejía, 1996; Maya, 1987; Quintana, 1986 y Santamaría, 1978). Otros han estudiado las relaciones objetales en adultos con DA (Gómez, 1986) y los rasgos de personalidad y calidad de vínculo en madres de niños con DA (Escamilla, 1989; Hernández, 1994; Ramírez y Heredia, 1983). Esto llama la atención dado que es justamente en la infancia y en la niñez cuando aparece con mayor frecuencia el padecimiento por primera vez.

A nivel internacional sí se encontraron estudios con niños, sin embargo la mayoría dentro de sus muestras considera púberes y adolescentes (Absalon, Cottrell, Eldridg y Glover, 1997; Buske-Kirschban et al, 1997; Ring, Palos y Zimmerman, 1986), lo cual implica referirse a otros factores de índole psicológica propios para tales poblaciones y que los distinguen de los niños pequeños.

La DA ha sido considerada dentro de las denominadas enfermedades psicósomáticas, aunque existen autores (incluso psicoanalistas como los de la corriente lacaniana, ver marco teórico) que no están de acuerdo en que toda dermatosis atópica lo sea. Se ha dudado que existan en tales pacientes con dermatosis (si se suponen psicósomáticos) fantasías o teorías personales originales y ricas respecto a su afección ya que, según Marty (1995) la clave de la psicósomática es justamente la incapacidad del sujeto para tener una vida de fantasía rica, debido entre otras causas a un mal funcionamiento del preconscious (donde están las

representaciones). Además de la denominada Alexitimia (dificultad para reconocer los propios afectos).

Los resultados del presente estudio no coinciden con esa postura ya que en general los niños contestaron a las preguntas de la entrevista y algunos con respuestas muy originales, además mediante imaginación guiada pudieron asignar diversos rasgos tanto a su DA como a su piel. Del mismo modo ellos fueron capaces de plasmar gráficamente tal representación. Por lo cual se concuerda más con Held (1975) quien supone que este tipo de pacientes sí tiene vida de fantasía, sólo que se ve en ocasiones encubierta por el síntoma. Del mismo modo, Gutton (1985) considera que la enfermedad tiene un exceso de sentido y que el propio enfermo cuenta con teorías personales sobre ella, tales como su origen, su razón de ser, por qué él y no otro, su desarrollo a futuro, etc. Lo cual es evidente al revisar los resultados de la presente investigación.

Diez de los once niños tienen al menos alguna teoría sobre la causa de su DA; siete explican de algún modo lo que sucede a su cuerpo internamente con la enfermedad y pueden proyectarse a futuro sin el padecimiento ya que diez suponen que desaparecerá a más tardar en la adolescencia, esta creencia puede estar influida por la opinión médica ya que algunos dermatólogos señalan que hacia la adolescencia en muchos casos remite. Resulta de mucho interés que seis, no importando el nivel de severidad, suponen que la DA desea quedarse, reproducirse más y dañarle; por lo cual también tres refieren que les envía un mensaje de tipo amenazante que les demanda rascarse más, con lo cual el daño persiste. Considerando el dibujo que los niños realizan sobre su DA, cinco implícitamente se identificaron con ella, cuatro dibujaron su cuerpo o parte de éste sin mencionar que se identifica con la DA y dos explícitamente se identifican con el padecimiento. En general puede considerarse que todos, de algún modo, se identifican con la DA ya que al parecer dibujan partes de su cuerpo.

Por otro lado también son capaces de atribuir características a su piel incluso en aspectos abstractos. Nueve contestan que saben cuál es su piel y el mismo porcentaje desea que su piel esté sana.

Las creencias sobre la enfermedad determinan el afrontamiento del paciente e influyen en la adaptación y en la recuperación. Leventhal ha trabajado mucho respecto a la adhesión al tratamiento y se interesa en la representación que el sujeto elabora de la enfermedad ya que supone que el paciente es un procesador activo que elabora una definición o representación de

la enfermedad y en función de ésta regula su comportamiento (Llor, Abad, García y Nieto, 1995). En el presente estudio, cuatro niños consideraron que ellos tienen responsabilidad en su problema ya que han hecho algo inadecuado (acercarse a animales o tomar sol y tierra) para tener la dermatitis; por ejemplo uno supone que está enfermo porque no se cuidó bien. Este aspecto, de la responsabilidad, puede ser aprovechado para promover la adherencia al tratamiento, ya que estos pacientes muestran que con sus acciones, pueden tener cierto control sobre la aparición de los síntomas.

Fue importante otorgar a los propios niños la palabra y oír lo que tenían que decir acerca de una experiencia tan personal como estar enfermo de la piel y los significados que asignan a esto. Jean Guir (1984) en su libro "psicosomática y cáncer" ha planteado claramente la necesidad de considerar en estos pacientes, enfermos en el cuerpo, todo lo relacionado con los significados y el sentido que tiene la enfermedad para el sujeto y para su familia. De allí que se pidió a los pacientes y a sus madres que intentaran explicar su enfermedad, sin que deba repetir la versión médica; sino con el propósito de que expresasen su propia teoría, aunque ésta pudiera parecer ingenua, errada o incluso delirante.

Este estudio al ser descriptivo y constituir una primera aproximación al fenómeno, desde los propios niños, indagó amplios aspectos que no se han investigado en ningún estudio de los revisados.

Todos los niños consideraron enfermedad lo que tienen, pero sólo poco más de la mitad conoce el nombre correcto de ésta. Las respuestas de los niños, al coincidir en un alto porcentaje con las de su madre, parecen depender de las de su progenitora en esta variable.

Tanto los niños como sus familias tuvieron al menos una teoría acerca de la causa de su padecimiento; pero llama la atención que la familia (los adultos) tienden más a explicarla por una causa sobrenatural o mágica (cuatro familias), que los niños (dos). La teoría médica (reacción alérgica) es manejada por tres de las familias y por tres niños. Resultando que muchas de las teorías explicativas tanto del niño como de su familia están basadas en los comentarios que el médico hace sobre el padecimiento (al preguntar por la presencia de animales) y las recomendaciones de cuidado (evitar asolearse y la tierra) y en sus propias creencias o en los comentarios de quienes les rodean.

Por otro lado, no se encontraron estudios antecedentes sobre el tema que hayan utilizado Análisis de Correspondencia Simple (ACS), ni Análisis de Conglomerados Jerárquico para el tratamiento de los datos. El presente estudio, dado que se tenía una gran cantidad de aspectos (o variables) para un mismo sujeto, utilizó tales métodos para buscar mayor sentido al monto de información.

Con base en los resultados obtenidos mediante el ACS las variables que mejor explicaron el fenómeno en esta muestra son trece, de acuerdo con las cuales se observan varias tendencias de dispersión, según se relacionen las variables de las diversas dimensiones. Utilizando esas 13 variables de mayor valor descriptivo se identificaron seis grupos de niños, algunos integrados por un solo sujeto (N1, Niño1, N2, N3 y N8); otros grupos donde hay más sujetos. Así los sujetos 5 y 6 se agrupan, también forman un grupo los niños 4 y 10, 7,9 y 11. Resultando que las variables que más determinan la agrupación de los pacientes son: el color tanto de la DA como de la piel, ya que las respuestas son muy parecidas. Esas dos variables están en un amplio grupo de siete que se hallan muy relacionadas entre sí (la percepción que según el niño tiene la familia del padecimiento, el color de la piel y de la DA, la textura y el sabor de la piel y la consideración acerca de si la DA se comunica a través de la palabra). El 57% de esas variables se refieren a la imagen que el niño tiene de su piel; el 28.6% a la concepción que tiene de su DA y el 14.3% a cómo supone que la familia concibe el padecimiento. Es decir que la representación que el paciente se hace de su DA está muy relacionada con la concepción de su piel (especialmente el color), comprensible ya que en la piel, visible a la mirada, se ubican los síntomas. Véase anexo de los dibujos y su interpretación. También se relaciona mucho con el conocimiento que el niño tiene de cómo la familia concibe su enfermedad y la existencia de molestias como lo negativo de la DA.

Las variables que menor relación tuvieron con las otras nueve, ni entre sí, fueron: la consideración de una causa animal para la DA, la madre como única fuente de apoyo emocional, la explicación de por qué en episodios y el que algo positivo de la dermatitis sea que es buena para la salud. Esta última totalmente alejada del resto ya que sólo un sujeto la contestó (niño con DA severa).

Es posible que tales variables, seleccionadas por el ACS como más representativas para explicar el fenómeno, no tengan grandes aportaciones clínicas, pero están mostrando la

tendencia a dispersarse o a agruparse de las respuestas en este grupo de niños. Lo mismo vale para el tratamiento con ACS dado a los datos de las madres.

En lo referente a las madres, las ocho variables que mejor representan las respuestas de ellas fueron: la consideración del estrés como causa de la DA, la depresión y la ansiedad como reacción del niño, una mayor integración familiar como aspecto positivo de la enfermedad, la existencia de reacciones del niño por la DA y la existencia o no de teorías familiares sobre la causa. De acuerdo con las respuestas dadas por las madres a esas variables, y según la correspondencia entre las dimensiones uno y dos, existieron cuatro grupos. La variación que se presentó entre las respuestas de las madres estuvo determinada en gran medida por las siguientes variables: ganancias del niño por su padecimiento, mayor integración de la familia nuclear como algo positivo de la DA, el estrés y los factores sobrenaturales como causa de la DA. Con base en las ocho variables de mayor valor descriptivo se identifican seis agrupamientos, algunos de una sola madre, el grupo que más sujetos tiene cuenta con tres.

Por otro lado, se observó que los pacientes con DA de niveles menos graves coinciden más en sus respuestas con sus madres (a excepción de N5, severo), en tanto que los niños más graves tienden a coincidir menos con las respuestas de sus madres (excepto N9). Esto sólo para los 24 aspectos contestados tanto por el niño, como por su madre.

En otro tópico, un factor central a considerar en toda enfermedad, se refiere a las denominadas "ganancias secundarias" del paciente (Bellak y Small, 1970). Se encontró que los niños negaban sus ganancias (como una mayor atención), en tanto que sus madres sí las reportaban, especialmente para los de nivel severo. Para cuatro, de los once niños, tener DA representó algún beneficio o tiene algún aspecto positivo. Dos de los niños con DA severa (y el mismo porcentaje para los de grave) consideran que hay algo de positivo en esto. Por el contrario, dos de los de DA moderada y uno, de los dos, de leve responden que no hay nada positivo en tener DA. Quizá esto tiene que ver con la cronicidad, además de otros factores como los mencionados en el siguiente párrafo.

Para Laihinen (1991), la depresión es uno de los mecanismos que favorecen la cronicidad de la dermatitis (otros son: un desorden de personalidad, infantilismo emocional, ya que esos dos aspectos favorecen que la enfermedad misma se haga un factor de seguridad y que la comezón y el rascado se conciben como agradables y un mero estilo de vida. También, la acumulación de otras enfermedades). Todos los niños de la muestra, se autoconciben

deprimidos, este trastorno puede estar contribuyendo a la permanencia de los síntomas en estos niños con dermatitis.

Pero no sólo el paciente obtiene ciertos beneficios de su condición de enfermo , también los tiene el grupo familiar. La teoría general de los sistemas especialmente ha insistido en concebir la enfermedad como resultado de las interacciones inadecuadas en el sistema familiar y donde muchas veces el paciente identificado (que carga el síntoma) al igual que el síntoma cumplen una función para todo el grupo (Minuchin, 1980; Asoun, 1998)

En la presente investigación, para siete de las once familias, la DA tiene algún efecto positivo, en tanto que sólo para cuatro de los niños lo tiene. Resultando que los niños de niveles más graves consideraron más que los niveles leves que hay algo de positivo en tener el padecimiento. Del mismo modo, para el total de las familias nucleares de niños con DA severa y moderada hay aspectos positivos por tener un miembro con esta enfermedad. En tanto que sólo uno de los graves lo considera así. Los beneficios para las familias de los niños con DA severa han sido, principalmente, una mayor integración de la familia nuclear (mencionado para siete familias), en una familia ha sido aprender a valorar la vida y en otra, una mejor unión de la pareja

Esto lleva a conjeturar acerca del papel que este paciente, y en general el padecimiento, juega para la estructura de esas familias, ¿acaso conviene a la familia, y al niño, en algún modo –sin ser esto propositivo o consciente- tal condición médica?, ¿qué tanto conviene que el niño se cure o al menos tenga manifestaciones menos severas?. Probablemente las ganancias mencionadas por las madres para las familias y para los niños respondan a estas preguntas.

Por otro lado, existen múltiples estudios internacionales sobre el impacto familiar del padecimiento. Se ha encontrado mucho estrés, relacionado con la privación del sueño, pérdida de empleo, tiempo dedicado al cuidado de la piel y el costo financiero, que incluye medicamentos, consultas y hospitalizaciones (Kemp, 1999). Peri, Molinaire y Taverna (1991), encontraron que los factores que causan las mayores dificultades a las familias son los desacuerdos sobre el tratamiento, la ansiedad causada por el padecimiento del paciente y los sacrificios que ha de hacer toda la familia. También mencionan un efecto negativo sobre la familia Bridgman (1994), Elliot y Luker (1997), entre otros.

Al respecto, los resultados del presente trabajo coinciden ampliamente con los citados, en los antecedentes, en el sentido del impacto negativo sobre todos los miembros de la familia.

Para diez familias de la muestra existen aspectos negativos, en tanto que sólo uno de los dos casos de DA leve no los encuentra. Para las familias de niños con DA severa es sobre el sueño, sobre su estado anímico, en su economía y en el tiempo para lo doméstico donde se han visto más afectados. También las familias de los niños con DA grave se han visto impactados en su economía, en la disposición de tiempo (dos de tres casos), en el sueño y en el estado anímico. Igualmente en el sueño se han visto afectados dos de las familias con niños de DA moderada y en su prestigio social en un caso. En tanto que las familias de niños con nivel leve sólo a una le ha afectado y ha sido en su prestigio social. Todas las familias se ven afectadas, incluso cuando el niño tiene una forma leve; pero en las de nivel severo el impacto es mayor. Igual que las ganancias secundarias parecen ser mayores. Se da más, se recibe más.

Se sabe que una enfermedad crónica tiene gran impacto en toda la familia. Kemp (1999) considera que los costos sociales y financieros son muy importantes y que la familia vive un mayor estrés por cuidar a un paciente con DA que a uno con diabetes y que, tal como ocurrió en la presente muestra, los factores que contribuyen a ese estrés familiar son: la privación del sueño, el tiempo dedicado al cuidado de la piel y el costo financiero. Por lo cual se ha sugerido considerar a la DA como una condición que potencialmente puede ser un impedimento mayor pues tiene considerables consecuencias a nivel personal, social, familiar y comunitario. Esta opinión es importante ya que por sus características se tiende a ver en la DA un padecimiento benévolo, sencillo, que no conlleva mayores problemas; siendo que incluso puede conducir a la muerte en los casos severos.

Un aspecto muy importante dentro de la concepción que los niños tienen de su padecimiento es el referente al impacto sobre su calidad de vida. En esta investigación se les preguntó a ellos acerca de los aspectos negativos que conlleva vivir con la DA.

Diez niños afirmaron que existen diversos aspectos negativos, principalmente sobre sus actividades recreativas (ocho niños), es importante considerar que en los niños lo recreativo es un aspecto central en sus vidas. Respecto a molestias físicas tales como comezón, incomodidad, dolor (siete niños), sobre las actividades escolares (tres), rechazo de los demás (dos), regaños de sus padres (dos) e insomnio grave (dos casos). Además, los niños con DA

severa consideraban que lo negativo de la DA para ellos, es la afectación a sus actividades recreativas y el malestar físico; en cambio los de DA moderada consideraron que su mayor afectación fue a sus actividades escolares. Cabe suponer que el área escolar no tenía tanta importancia para los niños con DA severa, o bien que negaron el impacto en ese aspecto ya que el total de ellos han faltado a clases al estar hospitalizados.

Tales resultados no coinciden con Long, Funnell, Collard y Finlay (1993) en que la complicación más común fue la interferencia con el sueño (60%) seguida de afectación en actividades deportivas, recreativas (25%), escolares (27%) y relación con los demás (14%). En otro estudio, Lewis-Jones y Finlay (1995), lo más afectado fue el aspecto social, por preguntas e insultos (13.6%), síntomas como la comezón y emociones como la vergüenza fueron frecuentes (13%), afectación en lo escolar (7.6%) y trastornos del sueño con un 8.2%. Yamamoto (1984) también encontró graves trastornos del sueño en adolescentes y jóvenes con DA.

Se coincide con otros investigadores (Akazawa, Kinukawa, Shippey, Gondek, Hara y Nose, 1999; Linnet y Jemec, 1999) en la afectación sobre la calidad de vida. Sin embargo Kinnet y Jemec (1999) observaron también mayor ansiedad y los resultados del presente estudio no encuentran ansiedad autorreportada, incluso en los niños de niveles más severos.

En la presente muestra todas las madres de niños con DA severa consideran que lo negativo de la DA para sus hijos ha sido la preocupación y el sufrimiento (físicos), dos de las tres madres de niños graves también suponen eso y sólo un caso de las de nivel moderado lo ven así. No hay acuerdo entre la respuesta de la madre y la del niño en este punto.

Por otro lado, las reacciones emocionales y/o conductas negativas que pueda presentar un niño por vivir con DA son comunes y están relacionadas, entre otros aspectos, con sus rasgos o características psicológicas.

Según resultados de esta investigación, cinco de los once niños de la muestra encontraron dificultades para hablar de sus emociones o para hacer contacto con ellas. Fueron los niños de menor edad (seis y siete años), ello puede deberse ya sea a que no pueden aún describir bien lo que sienten, no lo pueden percibir o no comprenden bien la pregunta; del mismo modo pudiera ser alexitimia. Blomquist y Bakki (1991) encontraron que adolescentes con DA y otros con psoriasis presentaban dificultad para percibir adecuadamente sus propios sentimientos y

verbalizarlos (alexitimia) por su pensamiento operante, propio de los sujetos psicósomáticos según Marty.

Diez niños mencionaron una o más emociones o conductas negativas. Los diez presentan o han presentado sentimientos depresivos, cuatro reconocen haber sentido ira y sólo uno ansiedad manifiesta. Al relacionar sus manifestaciones afectivas con el nivel de severidad se tuvo que las dos niñas con DA severa reportaron depresión, uno de ellos ira (el varón) y un caso ansiedad (nervios) incluso en su modalidad de temor de morir. Asimismo, todos los niños con DA grave mostraron depresión e ira. También tuvieron depresión todos los de nivel moderado y sólo uno de los dos niños con DA leve.

En contraste con las respuestas de los niños, llama la atención que sólo tres madres reportan depresión en sus hijos, en tanto que refieren la ira siete de ellas. Al respecto pueden ofrecerse algunas explicaciones posibles, o bien los niños encuentran difícil aceptar y hablar de sus sentimientos hostiles, viendo más aceptable socialmente aparecer como deprimidos, o realmente reaccionan más con depresión que con ira y la madre no puede verlo; o bien las madres encuentran insoportable observar a sus hijos deprimidos y prefieren verlos agresivos o bien proyectan en su hijo su propio enojo por la situación, probablemente en cada caso la explicación sea distinta.

En adultos con DA, Ginsburg, Prystows, Koinfeld y Wolland (1993), encontraron que se consideran ineficientes para enfrentar su ira. Se enojan, pero no lo aceptan y son más ansiosos. Los autores también señalan que la ira es un factor importante en la aparición y repetición de episodios de DA en adultos. Estos resultados parecen coincidir con lo que las madres reportan para sus niños. Resultando que, para la presente investigación, la percepción de depresión y de ansiedad (vividas por el menor) son las dos únicas variables donde existe una diferencia significativa entre la percepción de la diada; la variable ira (del niño), aunque no en forma significativa estadísticamente, muestra también porcentaje de acuerdo muy bajo entre la diada. Mediante el análisis de frecuencias, se observó que los pacientes con DA de niveles menos graves coinciden más en sus respuestas con sus madres (a excepción de N5, severo), en tanto que los de niveles más graves tienden a coincidir menos con las respuestas de sus madres (excepto N9).

Continuando con las reacciones emocionales de los menores, en opinión de sus madres, el total de los niños con DA severa y grave rechazan el tratamiento médico y los cuidados; dos

de nivel moderado y uno de los dos de nivel leve también lo hacen. Es decir que los niños de nivel más grave tienden más a rechazar el tratamiento y los cuidados, ello se explica probablemente porque deben recibir mayores cuidados y medicamentos y siendo que la piel se halla más dañada aquéllos causan mayores molestias, además del estado afectivo (irritabilidad) que les condiciona la severidad de los síntomas. Por otro lado vale recordar que los más graves tienen mayores ganancias secundarias.

Un aspecto difícil de explicar es cómo el total de niños con nivel severo y el total de niños con nivel leve, según sus madres (en tanto que sólo uno de los graves y de los moderados) presentan ira por tener DA. En los severos se explicaría por la afectación a la calidad de vida; pero en los de nivel leve ¿cómo?. No se encuentran referencias. Probablemente los niños de nivel leve estén enojados por otra situación y la madre lo adjudica a la DA.

Según la madre, nueve niños rechazan el tratamiento y los cuidados, nueve presentan ansiedad y siete enojo o agresividad. El total de los que tienen DA severa y de los de nivel leve presentan ansiedad, en tanto que en dos de los de nivel grave y dos de nivel moderado también se observa. Ya se podrá suponer la importancia que tales observaciones tienen para la atención médica de estos pacientes.

En las investigaciones previas se ha encontrado en los pacientes adolescentes y adultos con DA, la tendencia a estar en un estado de alta ansiedad manifiesta, depresión, neurotismo e hipocondría (Ahmar y Kuban, 1976). Asimismo White, Horne y Varigas (1990) demostraron que los pacientes con DA de larga evolución tenían más altos niveles de ansiedad y mayores problemas al manejar su ira y hostilidad; estos hallazgos parecen coincidir más con lo planteado por las madres en el presente trabajo. En tanto que Gieler, Ehlers, Hohler y Burkard (1990) también describieron a los pacientes con DA como más ansiosos, más depresivos y más neuróticos. Igualmente Ginsburg, Prystowsky, Kornfeld y Wolland (1993) observaron que personas con DA se enojaban más fácilmente, pero eran menos capaces de expresarlo, eran más ansiosos y menos asertivos además de tener ansiedad crónica. Por su parte Attah y Mostaghimi (1995) encontraron que entre los pacientes con DA son comunes los desórdenes psiquiátricos, sobre todo depresión neurótica y ansiedad. Otra investigación encontró que los pacientes adultos con DA tenían mayor ansiedad y preocupaciones, más síntomas somáticos, mayor disfunción social y ánimo deprimido que otros. Por lo cual los autores concluyen que la DA puede considerarse como una enfermedad psiquiátrica y social (Shirata, Nishitami,

Kawahira y Kiriike, 1995). Los hallazgos del presente estudio coinciden medianamente con todos ellos.

Es decir que diversos estudios encuentran que los pacientes con DA tienen mayor depresión y ansiedad que otras personas. Por su parte Hashiro y Okumura (1997) plantean que los pacientes con DA no están más ansiosos, pero sí más deprimidos y con mayores síntomas psicósomáticos que el resto de la población. Estos resultados coinciden más con los descritos por los niños de la presente investigación. Absalon, Cottrell, Eldridge y Glover (1997) reportaron el doble de tasa de trastornos psicológicos en niños preescolares con DA que en niños con problemas dermatológicos menores. Gupta y Gupta (1998) encontraron que adultos con DA en un 2.1% tuvieron ideación suicida. En el presente estudio, con niños, no hubo tal ideación aunque sí deseos de muerte por parte de algunos pacientes.

Linn y Jemec (1999) relacionaron calidad de vida y severidad del padecimiento encontrando altos niveles de ansiedad en adultos con DA; pero no hubo correlación entre ansiedad y severidad. Ello coincide con los hallazgos de esta investigación ya que tanto los niños con DA severa como los de niveles leves la mostraron, según sus madres y sólo el 9% de los niños (una niña con nivel severo) la reportan. Cabe la posibilidad de que la ansiedad no haya sido bien explorada en los niños, por lo cual tan bajo porcentaje la reportan.

Un aspecto central se refiere a los eventos estresantes de vida asociados a la aparición y/o mantenimiento de la DA y a la recurrencia de crisis. Se han considerado múltiples factores desencadenantes de estrés.

En el presente estudio las madres encontraron más fácil relacionar el primer brote de la dermatitis (en un 81.8%) con algún suceso o evento, que las crisis posteriores (un 63.6%). El 72.7% de ellas relaciona el primer brote con problemas o conflictos familiares y/o de pareja y sólo un 9% con alguna muerte. En cambio, los siguientes episodios se relacionan con conflictos de pareja sólo en un 9%, en tanto que en un 27.2% con separaciones, muertes o enfermedades de alguien significativo para el niño y un 18% con estrés. Para todos los niños con DA severa el primer brote se asoció a problemas y conflictos familiares y/o de pareja, en tanto que las crisis posteriores con otros eventos.

Ullman, Moore y Reidy (1977) señalan que existe un estrés precipitante en el momento del surgimiento o exacerbación del eczema, aunque al parecer no se detectan experiencias de

niñez temprana diferentes a las de otros niños. Por su parte Al'Abadie, Kent y Gawkrödger (1994) mencionan que se han reportado experiencias o eventos eestrésantes previo a la aparición y/o exacerbación del padecimiento dermatológico.

Para el presente estudio, siete niños de la muestra viven en una atmósfera familiar descrita como conflictiva (que puede provocar estrés) por la madre. Al relacionar esto con el nivel de severidad se tiene que para dos de los niños con DA severa la atmósfera familiar es muy conflictiva, para dos de DA grave es conflictiva, igual que para los de nivel moderado. Gil, Keefe, Sampson, Mclaskill, Rodín y Crisson (1987) señalan que las medidas de tensión y el ambiente familiar son importantes predictores de severidad del síntoma. Por otro lado los adultos con DA estudiados por Gieler, Ehlers, Hohlert y Burkard (1990) mostraban un nivel más elevado de estrés familiar que otros. Mannoni (1973) señala que es frecuente encontrar que detrás de un síntoma del niño hay un cierto "desorden familiar". Pero dice que tal desorden por sí mismo no tiene relación directa causa-efecto con los trastornos del niño, lo que parece perjudicar no es la confrontación del niño con la verdad penosa, sino su confrontamiento con la mentira del adulto. Lo que le perjudica es aquello de esa situación real que no ha sido verbalizado con claridad, lo que no se dice verbalmente.

Lo cierto es que aunque la etiopatogénesis de la DA no es bien conocida, se sabe que existe gran variedad de factores desencadenantes. Asimismo, se ha tratado de ubicar con mayor precisión alguna conexión temporal entre el evento adverso de vida y la primera aparición del desorden dermatológico, pero los resultados no son concluyentes ni claros (Cappore y Rouland, 1999); lo mismo resulta en este estudio ya que aunque las madres logran relacionar el primer brote con algún evento, la conexión temporal no es precisa. Ya Ullman, Moore y Reidy (1977) referían que los pacientes no difieren de otros en el tipo de experiencias tempranas, en la adaptación a conflictos agresivos y en las relaciones familiares.

El estrés es un factor que constantemente ha sido mencionado en los estudios de los padecimientos psicosomáticos (véase capítulo de Antecedentes) y que ha sido relacionado a la aparición y exacerbación de los padecimientos dermatológicos, o que los niños con DA reaccionan ante estresores como las tareas escolares. En la presente investigación, las crisis posteriores a la primera se han relacionado con muerte o enfermedad en la familia (dos casos), con estrés causado por demandas escolares o por manejo disciplinario (dos casos) y con separaciones (un caso), conflictos de pareja (un caso) y un mal manejo del tratamiento médico

(un caso). Siempre es oportuno señalar que existe variación individual considerable en la habilidad para afrontar el estrés (Al'Abadie, Kent y Gawkrödger, 1994).

En el presente trabajo no se indagaron los trastornos psicológicos o las características de personalidad de los pacientes, en cambio en las investigaciones antecedentes ha sido un aspecto muy socorrido. Al respecto, como ya se ha mencionado arriba, se han encontrado mayores niveles de depresión y/o ansiedad en estos pacientes que en población en general. Laihinen (1991) encontraron mayores trastornos psiquiátricos entre los pacientes dermatológicos que entre la población general. Incluso Allen (1989) señala que la DA intratable sugiere que hay un desorden afectivo mayor. Los trastornos del sueño (Yamamoto, 1984) también se han reportado. En la presente investigación, las madres reportan en sus hijos también trastornos del sueño, no así los niños.

Muchos de los estudios acerca de la aparición y mantenimiento del padecimiento dermatológico han centrado su atención sobre el vínculo entre la diada madre-hijo, como un factor significativo.

Para el presente estudio, seis de los casos refieren una relación madre-hijo con una distancia adecuada; en dos casos una relación estrecha (duermen ya sea con ambos padres o con el padre del sexo opuesto), en otros dos casos es tan estrecha que toma incluso tintes seductores (duermen con el padre del mismo sexo o bien en el cuarto de los padres); y para el caso restante, existe una relación conflictiva. En dos niños con DA severa se describe una relación madre-hijo con distancia adecuada (son niñas); en el otro caso, una relación muy estrecha con tintes seductores (paciente varón). Al parecer la madre tiende a establecer lazos más estrechos con los hijos varones (incluso con tintes seductores), en tanto que tiende a establecer distancia más adecuada con las niñas. Ello no coincide con lo hallado por Breton y Latour (1989) quienes observan que un factor psicológico importante sobre la aparición y curso de la DA resulta ser una relación muy estrecha entre padres e hijo. Liedthe (1990) encontró que en las familias de niños psicósomáticos había lazos padres-hijo más estrechos que en otras y una socialización restringida. En el mismo sentido está lo señalado por Koblenzer y Koblenzer (1988), desde luego que hay autores como Allen (1989) que no están de acuerdo con ello. En nuestro país, Ramírez y Heredia (1983) consideran que en los niños

con DA se observan madres con tendencia al rechazo y una relación madre- hijo alterada. En el mismo sentido lo escrito por Spitz (1969).

Por otro lado, ha sido de gran interés el estudio de las características o rasgos de personalidad de las madres de niños con DA; así como el estilo de crianza. En nuestro país, Hernández (1994) encontró una personalidad reservada, solitaria, madres con inestabilidad emocional, inconformidad con todo, impotentes ante los problemas, dependientes de la aprobación social, sumisas, humildes, convencionales y serviciales, tímidas, conservadoras, con baja autoestima; madres, en fin, más perturbables y con un yo débil. Ramírez y Heredia (1983) las describen como madres ansiosas o depresivas, indiferentes ante el niño, que disfrazan su desinterés con ansiedad, madres con rasgos narcisistas volcándose hacia adentro y tienen mayor necesidad de apoyo y aceptación. Ya Spitz (1969) señalaba que son madres que tienen una personalidad infantil, con hostilidad no reconocida. Prochazka y Uslar (1989) encontraron que los niños con DA habían sido criados sin límites, eran ambiciosos y dominantes y sus madres eran sumisas y complacientes. Pero se contradice con los resultados de Ring y Palos (1986) que hablan más bien de madres estrictas. Otros autores mencionan que son madres más depresivas, más ansiosas (sobrepadoras), que califican a sus hijos más negativamente en su conducta (Pauli-Pott, Daruri y Beckmann, 1999). Por su parte David, Garralda y David (1993) concluyen que el estrés de los padres, especialmente las madres, son rasgos importantes de la DA severa en la primera infancia; pero que la DA no lleva a la endeblez del vínculo madre-hijo. Por su parte Ring y Palos (1995) observan que las madres de niños con DA son menos espontáneas, con un sentido de que tienen todo bajo control y son menos emocionales que la población en general. En cambio Langfeldt (1995) rechaza que esas madres muestren características psicológicas especiales o únicas; igualmente Absalon, Cottrell, Eldridge y Glover (1997) no reportan que sean madres más estresadas que otras.

En el presente estudio se obtuvieron los rasgos de personalidad de la madre a través de los datos de la entrevista y de sus propias descripciones. Seis, de las once, pueden ser descritas como dependientes, inseguras, ansiosas, estresadas y de baja autoestima; tres predominantemente como ansiosas y agresivas aunque, muy preocupadas por sus hijos. Un caso con rasgos obsesivos (o fóbicos) y sólo una madre puede considerarse tranquila, independiente y segura de sí misma. Dos de los tres niños con DA severa cuentan con una

madre dependiente, estresada, insegura, ansiosa y de baja autoestima y uno con madre agresiva, ansiosa, aprehensiva. No se observó relación entre el tipo de madre y la severidad.

R. Spitz (1969) plantea que las madres de niños con DA tenían personalidad infantil, su hostilidad inconsciente era muy intensa y no se compensaba ya por una solicitud exagerada, sino que se mostraba como angustia manifiesta. Sin embargo es necesaria una predisposición congénita del niño para ser dermatoso, una excitabilidad cutánea aumentada ya desde el nacimiento.

Seis de los niños de la muestra fueron producto de embarazos no planeados ni deseados. Dentro de éstos están todos los pacientes graves y los de nivel leve y 1/3 de los de nivel moderado. Los niños con DA severa fueron no planeados pero sí deseados, la madre deseaba el embarazo, pero no un hijo de tal sexo. El total de las madres de niños con DA severa califican la vivencia del embarazo y del parto como positivas al igual que las madres de niños con DA leve y 2/3 de los de nivel moderado. Ramírez y Heredia (1983) encontraron que las madres de niños con DA no deseaban el embarazo, fue producto de falla en la contracepción, sufrieron más alteraciones físicas y emocionales durante el embarazo y de allí la mayor conflictiva entre la madre y el nuevo bebé.

Para el estudio presente dos de los tres niños con DA severa y dos con DA moderada son descritos predominantemente en forma positiva y la mitad de los de nivel leve también. Llama la atención que dos (de tres) de los de nivel grave son descritos en forma negativa. Ramírez y Heredia (1983) encontraron que la opinión materna en general sobre el niño fue desfavorable, su expresión fue en términos negativos. De allí, estas autoras, infieren que el menor tendrá un autoconcepto bajo y defectuosa imagen corporal y autoestima, pues son niños muy descuidados por las madres, más preocupadas por sus problemas..

Un tema de gran interés resulta ser el tratamiento médico. Al respecto el presente estudio encuentra que nueve niños tienen algún conocimiento acerca del tratamiento (o mencionan los cuidados durante la entrevista) y cuidados para su piel; en tanto que sólo siete de las madres cuenta con información suficiente acerca de tal aspecto (con un grado de acuerdo N-M del 63.6%), tres de las cuatro madres que no tienen información suficiente, tienen hijos que sí conocen al respecto (únicamente el para N9-M9 desconocen ambas información sobre el tema); es decir que los niños parecen manejar mayor información que las madres. La pregunta

es de dónde obtiene tal información el menor, probablemente de las explicaciones médicas durante la consulta y quizá la madre esté tan ansiosa que no la registra o no la retiene. Este aspecto es grave y de él resalta la necesidad de una mayor atención por parte del médico para dar información y comprobar que realmente sea comprendida. Este es uno de los aspectos que más fallan en la atención médica y que un grupo de autoapoyo parece cubrir bien (Long, Funnell, Collard y Finlay, 1993).

El total de los niños de la muestra, que cursan con DA leve y moderada, cuentan con información sobre el tratamiento y los cuidados de su piel; en tanto que sólo dos de los de nivel grave y dos de nivel severo saben sobre el tema. Se esperaría lo contrario, en la suposición de que una mayor gravedad conlleva mayor atención y tiempo dedicado a los tratamientos; probablemente es la ansiedad y/o la necesidad de negar lo referente a la severidad lo que determina que algunos de los niños más graves manejan menor información que los menos graves. Concretamente, dos de los niños con DA severa y dos de los de DA grave no saben lo que deben evitar hacer para estar mejor de la piel; todos los que tienen dermatitis moderada lo saben y todos los de DA leve no lo saben. En cambio, dos de los pacientes con DA severa y dos de grave dicen sí conocer qué deben hacer para cuidarse y tener bien la piel. Es necesario poner atención al dato de que dos de los sujetos (N4 y N9 con DA severa y de los de DA grave) refieren no saber ni qué deben evitar, ni qué deben hacer para cuidar su piel. Sólo cuatro de los once niños, no importando el nivel de severidad, saben tanto lo que deben hacer, como lo que han de evitar para mejorar. Este es uno de los aspectos en que más se debe incidir con información al menor con el fin de conseguir una mayor adherencia al tratamiento.

En lo que respecta a las madres, las mejor informadas sobre el tratamiento y los cuidados de la piel son las que tienen un niño con DA severa, luego las que tienen un niño con nivel moderado. Llama la atención que las menos informadas son las que tienen un niño con DA grave, resulta difícil explicar tal hallazgo.

Según nueve madres, sus hijos rechazan los tratamientos y cuidados de la piel. Los niños cuyas madres desconocen mucha información manifiestan tal rechazo (N1, N2, N9 y N11); en cambio los niños que no rechazan los tratamientos ni cuidados (N3 y N10) tienen madres que cuentan con suficiente información sobre el tema (quizá N10 acepta bien debido a que por su nivel leve recibe pocos y benévolos tratamientos). Estos niños que muestran aceptación

conocen al menos algo sobre el tema; sin embargo, hay quienes no conociendo los aceptan. Conviene indagar con mayor precisión la correlación existente entre nivel de información tanto del niño como de la madre y el apego al tratamiento en niños con este padecimiento.

Por otro lado, los niños con DA severa y DA grave rechazan tanto el tratamiento como los cuidados para su piel; 2/3 de los pacientes de nivel moderado rechazan y la mitad de los leves también lo hacen. Los resultados no permiten concluir correlación entre severidad y apego al tratamiento.

Finalmente, sabemos que un estudio no logra agotar un tema tan complejo, ni discutir por completo los datos obtenidos, por lo tanto, queda mucho trabajo por realizar, tanto en la investigación sobre el tema, como en la discusión de los datos, labor que resultará de gran importancia para futuros estudios.

CONCLUSIONES

Con referencia en los resultados encontrados y en la discusión de éstos, realizada en la sección anterior, se ha llegado a las siguientes conclusiones.

No se puede eludir, ni en la práctica (médica o psicológica) ni en la investigación, el término “psicosomático”, que surge y se independiza de la teoría psicoanalítica, e incluso si se investiga desde teorías ajenas al psicoanálisis, obliga la referencia aunque más no sea histórica y la mención del término.

Existen diversas aproximaciones a la psicosomática (y a la enfermedad psicosomática), no hay consenso y bajo ese nombre se ubica mucha y variada información, incluso contradictoria.

No existe acuerdo acerca de si la Dermatitis Atópica (DA), junto con otros padecimientos en el cuerpo, es o no psicosomática. Lo único seguro es que hay un cuerpo y un sujeto que es mucho más que ese organismo.

El propósito de esta investigación no ha sido defender ni echar por la borda a la psicosomática, tampoco ha pretendido desentrañar su etiología o definir si la DA es o no psicosomática. Se trató de conocer la representación que los niños (y sus madres) han construido acerca de esa experiencia de “estar enfermo” en la piel.

En nuestro país existe poco interés por tomar directamente al niño enfermo de DA como sujeto de investigación y escuchar su vivencia, siendo que en general la enfermedad inicia en la infancia o en la niñez. La incidencia mayor está entre los niños de dos a doce años, representando el 64% de los casos (Domínguez Soto y Cano, 1996; Ruiz Maldonado, 1975).

El niño con DA (tanto como su familia) cuenta con una representación de su padecimiento y de su piel, siendo capaz de asignar verbalmente diversos atributos a un fenómeno como lo es la dermatitis. Del mismo modo logra una representación gráfica tanto de su DA como de su piel, resultando que en general se identifican de algún modo con el padecimiento. Asimismo cuentan con teorías sobre la causa del trastorno y sus teorías están influidas por los comentarios médicos, las recomendaciones de cuidado para la piel, sus propias creencias y los comentarios de quienes les rodean.

Las variables que más determinan la agrupación de los pacientes son el color tanto de la DA como de la piel; así como las variables sobre la imagen que el niño tiene de su piel. Mientras la piel es imaginada en general con una figura humana, la DA como puntos, bolas,

manchas o granos. La representación que el niño se hace de su DA se relaciona mucho con la concepción de su piel, especialmente en el color, mencionando generalmente tonos que van del carne y el rosa hasta el rojo. En el dibujo, tanto para la DA como para la piel, más del 50% del color usado es en tonos rosa, carne o rojo, predominando este último. Asimismo, los niños encuentran más fácil imaginar la forma, el color, el olor y el sabor de su DA que de su piel.

Aunque el tratamiento de datos a través de técnicas heurísticas (ACS y Conglomerados), enriquece la explicación del fenómeno y da sentido a una serie enorme de datos, sus resultados parecen tener menor relevancia clínica que los datos arrojados por las variables poco representativas que fueron descartadas por el ACS y que se trabajaron mediante análisis de frecuencias y porcentajes.

La concepción que el niño tiene de su enfermedad no difiere, significativamente, de la que tiene su madre, ya que únicamente en la percepción del niño como deprimido o ansioso (por su padecimiento) difieren significativamente las respuestas. Sin embargo es necesario considerar que la vida de fantasía y la experiencia personal de cada niño, le llevan a crear sus propias teorías sobre el mundo, mismas que no en todos los casos coinciden con las de su madre.

Todas las familias se ven afectadas negativamente por el padecimiento, incluso cuando la forma es leve, pero en las de nivel severo el impacto es mayor. También las ganancias secundarias parecen ser mayores para la familia de niños con DA severa y moderada, aunque no para los de nivel grave.

En general los niños tienden a negar tales ganancias, pero sus madres sí lo refieren (especialmente una mayor atención familiar) para sus hijos. Son los niños con DA severa y grave quienes encuentran algo de positivo al padecimiento. Tanto la familia como el niño, principalmente de niveles graves, se ven beneficiados de algún modo por el padecimiento.

La DA no siempre es un padecimiento “benévolo”, “ligero”, “sencillo” que no da problemas ni conduce potencialmente a la muerte.

La DA impacta negativamente la calidad de vida tanto de los niños como de su familia. El aspecto que más importó a los niños de la muestra fue el impacto sobre las actividades recreativas y síntomas como molestias, comezón, incomodidad en más de la mitad de ellos.

Los niños más pequeños encontraron dificultad para hablar de sus emociones o para hacer contacto con ellas.

Los niños con DA, no importando su nivel de severidad, autorreportan más depresión que ira o ansiedad. Los de nivel más severo prefieren describirse deprimidos que enojados. En cambio sus madres los describen más enojados que deprimidos (especialmente a los niños de DA severa y leve) y más ansiosos.

No se observó relación entre ansiedad y severidad.

Más de la mitad de los niños con DA vive en una atmósfera familiar conflictiva y para los niños con nivel severo es muy conflictiva. No existiendo relación entre atmósfera familiar y severidad.

Aunque las madres logran relacionar el primer brote de dermatitis con algún evento estresante de vida, la conexión temporal no es precisa (días, semanas o meses).

Las madres reportan para sus hijos trastornos del sueño, no así los niños.

Las madres tienden a establecer lazos más estrechos con los hijos varones (incluso algunos con tintes seductores) en tanto que tienden a establecer una relación más adecuada con las niñas.

No se observó relación entre el tipo de personalidad materna y la severidad de los síntomas. Poco más de la mitad son madres dependientes, ansiosas, inseguras, estresadas y con baja autoestima.

Los niños con DA severa fueron producto de embarazo deseado, pero la madre no deseaba ese sexo.

Los niños parecen manejar mayor información que sus madres sobre el tratamiento; pero algunos niños de nivel grave manejan menor información que los menos graves.

Dos de los niños con DA severa y dos con DA grave desconocen tanto lo que han de evitar como lo que han de hacer para mantener bien su piel. Menos de la mitad de los pacientes, no importando el nivel de severidad, saben qué hacer y qué evitar para mejorar.

Las madres mejor informadas sobre el tratamiento y cuidados de la piel son las que tienen un niño con DA severa, pero las menos informadas son las que tienen un niño con DA grave.

Los niños cuyas madres desconocen mucha información sobre el tratamiento lo rechazan; en cambio los que no lo rechazan son hijos de madres lo suficientemente informados sobre el tema.

Según las madres, nueve de los once niños rechazan el tratamiento. Los pacientes con DA severa y grave rechazan tanto el tratamiento como los cuidados para su piel, pero no es clara la relación entre severidad y apego al tratamiento.

CONSIDERACIONES Y SUGERENCIAS

La muestra investigada fue pequeña, por lo que valdría la pena ampliarla y probar si se sostienen los resultados encontrados.

Se abarcaron numerosos aspectos, que no permitieron concretar o ahondar más en algunos que resultan clave para el fenómeno, faltó mayor planeación.

Existe poca investigación en nuestro país con esta edad y con este padecimiento donde se aborde directamente a los pacientes niños y no sólo a sus padres.

Dada la carencia de referencias nacionales y donde se considere al paciente niño, existieron resultados para los cuales se encuentran dificultades para ser comparados con resultados de investigaciones previas.

Realizando el ejercicio de la autocrítica, encuentro que una limitación importante en el presente estudio resulta de haber realizado el tratamiento de los datos, principalmente a través de una herramienta estadística como el ACS y de conglomerados, que si bien tiene sus bondades, deja de lado muchos aspectos trascendentes en los estudios de casos. Es así como la prueba estadística desechó como poco representativas del fenómeno, en esta muestra, aspectos o variables que entrañan gran valor clínico (por ejemplo las reacciones emocionales del niño, conocimiento y aceptación del tratamiento, la relación madre-hijo y la atmósfera familiar). Fue el sencillo análisis de frecuencias una opción viable para subsanar tal situación.

Para futuros estudios y para la atención al paciente, se sugiere lo siguiente.

- a) Fue una muestra pequeña ya que participaron sólo sujetos voluntarios. En próximos estudios se sugiere tomar una muestra mayor de niños, elegidos al azar (no olvidando el consentimiento informado), a fin de que los resultados sean generalizables a un universo amplio.
- b) Dado que se trató de un estudio exploratorio, se consideraron aspectos que, de acuerdo a la literatura, se relacionan con el fenómeno, por lo tanto si se explora mucho se profundiza poco. En el futuro se sugiere abarcar menos aspectos o variables en la investigación.
- c) Explorar específicamente la información del niño sobre el conocimiento del tratamiento y la adherencia a éste, ya que es un aspecto de gran relevancia clínica.

- d) Establecer comparación con niños de otros padecimientos dermatológicos, a fin de tener investigaciones con grupo control que permitan una comparación.
- e) Indagar más acerca de los factores que pudieran estar favoreciendo la recurrencia de crisis de dermatitis o su severidad, puesto que la aportación sería de gran importancia terapéutica.
- f) Explorar más detenidamente aspectos como la ansiedad y la depresión en los niños.
- g) Promover grupos informativos y/o de autoapoyo entre familiares y entre pacientes, lo cual favorece el apego al tratamiento.
- h) Sensibilizar al médico acerca de la información que debe dar tanto al paciente como al familiar acerca del padecimiento, proporcionando material escrito y comprobando que haya sido recibido en forma adecuada.
- i) Promover la comunicación entre padres e hijo acerca de aspectos relacionados con el padecimiento, ya que el manejo de información y la coordinación para los cuidados, entre la familia y el paciente, coadyuvan a un tratamiento más efectivo.
- j) Promover la atención interdisciplinaria integral para estos pacientes, con el fin de favorecer la adherencia terapéutica y un abordaje más efectivo.
- k) Brindar apoyo también a la familia, ya que ésta también se ve afectada por el padecimiento, y al ser el grupo primario de apoyo para el paciente, su participación en todo el tratamiento es indispensable.

REFERENCIAS

- Absalon, C., Cottrell, A., Eldridge, S. y Glover, M. (1997). Psychological disturbance in atopic eczema: the extent of the problem in schoolaged children. Journal Dermatology, aug.; 137 (2): 241-245.
- Ahmar, H., y Kurban, A.K. (1976). Psychological profile of patients with atopic dermatitis. British Journal of Dermatology, oct.; 95(4): 373-377.
- Aizpuru, P.A. (1980). Algunos factores psicológicos de la dermatitis atópica. Tesis de licenciatura, UIA.
- Al'Abadie, M.S., Kent, G.G. y Gawkrödger, D. J. (1994). The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. British Journal of Dermatology, feb.; 130 (2): 199-203.
- Alexander, F. (1994 [1950]). Principios fundamentales del abordaje psicosomático. En V. Goralí, Estudios de psicosomática, vol. 1. Buenos Aires: UTUEL-CAP. (pp.51-79).
- Allen, A. (1989). Intractable atopic eczema suggests major affective disorder: poor parenting is secondary. Archives Dermatology, apr.; 125 (4): 567-568.
- Anderzen, I., Arnetz, B., Soderstrom, T. y Soderman, E. (1997). Stress and sensitization in children: a controlled prospective psychophysiological study of children exposed to international relocation. Journal of Psychosomatics, Sept., 43 (3): 259-269.
- Asazawa, K., Kinukawa, N., Shippey, F., Gondo, K., Harat y Nose, Y. (1999). Factors affecting maternal anxiety about child rearing in japanese mothers. Acta Paediatric.; Apr.; 88 (44): 428-430.
- Assoun, P.L. (1998). Cuerpo y sintoma. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Asuri, J. (1982). La psicología moderna de la A a la Z. Bilbao: Asuri Editor.
- Attah, J. y Mostaghimi, H. (1995). Co-morbidity between dermatologic diseases and psychiatric disorders in Papua New Guinea. Journal Dermatology, apr., 34(4): 244-248.
- Avendaño, A.C. (2001). Diversidad fenotípica e isoenzimática en cultivares nativos del frijol común. Tesis de maestría. Colegio de Postgraduados, Chapingo, México.
- Bartolomé, R.H.E. (1980). Terapia conductual de amplio espectro en el tratamiento de la neurodermatitis (un estudio de caso). Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

- Baur, S. (1989). Hipocondría. México: gedisa.
- Bédard, N. (2001). Cómo interpretar los dibujos de los niños (3ª ed.). Barcelona: Ed. Sirio.
- Békei, M. (1986). Trastornos psicossomáticos en la niñez y la adolescencia (2ª ed.). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bell, I., Jasnosi, M.L., Kagan, J. y King, D.S. (1990). Is allergic rhinitis more frequent in young adults with extremes hyness?. Psychosomatic Medicine, sep-oct.; 52 (5): 517-525.
- Bellak, L. y Small, L. (1970). Psicoterapia breve y de emergencia (2ª ed.). México: Pax-mex.
- Bender, L. (1992). Test gúestáltico vasomotor. México: Paidós.
- Biedma, C. y D'Alfonso (1960). El lenguaje del dibujo. Buenos Aires: Kapelusz.
- Blas, R. L. (1998). La relajación sistemática una propuesta terapéutica para el tratamiento psicológico de pacientes que padecen neurodermatitis. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Blomquist, K y Sakki, M. (1991). Dermatological clinic, Helsinki University Central Hospital, Finland. Acta Derm. Venereol. Suppl., 156: 28-36.
- Blomquist, K. y Sakki, M.L. (1991). Children with dermatological disease and their nothers. Acta Dermatology Venerol. Suppl. (Stockh), 156: 26-36.
- Bosch, L, Menegazzo, L. y de Galli, A. (1984). El jardín de infantes hoy. México: Ed. Hermes.
- Breton, J.J. y Latour, R. (1987). Pediatric psychiatry and dermatology: presentation of a case of atopic dermatitis. Canadian Journal Psychiatry, Jun.; 32 (5): 395-398.
- Buhk, H. y Muthny, G. (1997). Psychophysiologic and psychoneuroimmunologic studies in neurodermatitis. Overview and critical evaluation. Hautarzt, Jan.; 48 (1): 5-11.
- Buske- Kirschbaum, A., Jobst, S., Psych, D., Wustmans, A., Kirschbaum, C., Rauh, W. y Hellhammer, D. (1997). Attenuated free cortisol response to psychosocial stress in children with atopic dermatitis. Psychosomatic Medicine, jul-aug.; 59 (4): 419-426.
- Caligor, L. (1960). Nueva interpretación psicológica de dibujos de la figura humana. Buenos Aires: Kapelusz.
- Capoore, H., Rowland, P. y Goldin, D. (1998). Does psychological intervention help chronic skin conditions?. Postgrad Medicine Journal, nov; 74 (877): 662-664.
- Cermak, T. (1980). Psyche and skin. Wien Klin Wochenschr. sept. 26; 92 (18): 641-650.
- Cermak, T. (1980). Psyche and skin. Wien Klin Wochenschr. sept., 26; 92 (18): 641-650.

- Corman, L. (1983). El test del dibujo de la familia en la práctica médico- pedagógica. Buenos Aires: Kapelusz.
- Craig, G. (1988). Desarrollo psicológico (4ª ed.). México: Prentice- Hall.
- Cratty, B.J. (1982). Desarrollo perceptual y motor en los niños. España: Paidós.
- Chamizo, G.O. (1988). Cuerpo y ética. Espectros del psicoanálisis. El cuerpo, No.2:10-31.
- Charman, C., Morris, A. y Williams, H. (2000). Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema. Journal Dermatology, may.; 142 (5): 931-936.
- David, L.R., Garralda, M.E. y David, T.J. (1993). Psychosocial adjustment in preschool children with atopic eczema. Archives Disturbance Children. dec.; 69 (6): 670-676.
- Dethlefsen, T. y Dahlke, R. (1991). La enfermedad como camino (5ª ed.). Barcelona: Plaza y Janés.
- Deutsch, F. (1994 [1950]). El psicoanálisis y la medicina psicosomática. En V. Goralí Estudios de psicosomática, vol. 3, Buenos Aires: UTUEL-CAP. (pp. 29-60).
- Diccionario de la lengua española. (1996). Tomo II. Madrid: Cultural, S.A.
- Domínguez- Soto, L. y Cano, A. (1996, Editores). Neurodermatitis atópica o neurodermatitis deseminada. PAC MG-1, Dermatología, Portec, libro 3, pp. 12-16.
- Dorsch, F. (1976). Diccionario de psicología. Barcelona: Herder.
- Dubarget, J. (1981). El dibujo, estructura y símbolo. Barcelona: Paidós.
- Ehlers, A., Gieler, U. y Strangier, U. (1995). Treatment of atopic dermatitis: a comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 63 (4): 624-635.
- Elliott, B. y Luker, K. (1997). The experiences of mothers caring for a child with severe atopic eczema. Journal of Clinic Nurse., may.; 6 (3): 241-2247.
- English, H.B. y English, A.Ch. (1977). Diccionario de psicología y psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Escamilla Cadena, L. (1989). Rasgos de personalidad y calidad de vínculos en madres de hijos con neurodermatitis atópica (una aproximación al análisis de esta relación objetal). Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Fegert, J.M., Probst, M. y Vierlbocks. (1999). Children suffering from atopic eczema and their families. A qualitative investigation of the effects on family and their coping styles. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatry, nov.; 48 (9): 677-693.

- Fennessy M., Coupland S., Popay, J. y Naysmith, K. (2000). The epidemiology and experience of atopic eczema during childhood: a discussion paper on the implications of current knowledge for health care, public health policy and research. Journal Epidemiol. Community Health, Aug.; 54 (8): 581-589.
- Finlay, A.Y. (1997). Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. British Journal of Dermatology, 136: 305-314.
- Finlay, A. (1998). Quality of life Assessments in Dermatology. Seminars in Cutaneous medicine and Surgery, Dec.; 17 (4): 291-296.
- Freud, S. (1898). Sobre el mecanismo psíquico de la desmemoria. En S. Freud Obras Completas, vol.3. Buenos Aires: Amorrortú.
- Frouchtman, R. (1985). Asmatología clínica. España: Ed. Daimon.
- Gallegos, M. Ma. (1996). Características de personalidad en un grupo de personas que padecen neurodermatitis. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Gfesser, Rakoski y Ring (1996). The disturbance of epidermal barrier function in atopy patch test reactions in atopic eczema. British Journal of Dermatology, 135: 560-565.
- Gieler, U., Ehlers, A., Honler, T. y Bukard G. (1990). The psychosocial status of patients with endogenous eczema. A study using cluster analysis for the correlation of psychological factors with somatic findings. Hautarzt. Aug.; 41 (8): 416-423.
- Gieler, U., Kohnlein, B., Schaver, U., Freiling, G. y Stangier, U. (1992). Counseling of parents with children with atopic dermatitis. Hautarzt. 43, Suppl. 11: 37-42.
- Gill, K.M., Keefe, F.J., Sampson, H.A., McCaskill, C.C., Rodin, J. y Crisson, J.E. (1987). The relation of tension and the family environment in symptoms of atopic dermatitis in child. Journal of Psychosom Res., 31 (6): 673-684.
- Ginsburg, I., Prystowsky, J., Kornfeld, D. y Wolland, H. (1993). Role of emotional factors in adults with atopic dermatitis. Journal Dermatology, Sept.; 32 (9): 656-660.
- Gómez, V. M. (1986). Relaciones objetales en pacientes con neurodermatitis. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- González, R.J.F. (2000). Las fantasías de los niños. España: Promo libro.
- Gorali, V. (1994). Una nueva organización del campo conceptual. En V. Gorali, Estudios de Psicología, vol. 1. Buenos Aires: UTUEL-CAP. (pp.277-288).
- Güir, J. (1984). Psicología y cáncer. Argentina: Catálogos Ed.

- Gupta, M.A. y Gupta, A.K. (1998). Depresión and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. British Journal Dermatology, nov.; 139 (5): 846-850.
- Gutton, P. (1985). La maladie, tâche aveugle. Adolescence, Automne, 3(2), pp. 177-225.
- Hambley, J., Brazil, K., Furrow, D. y Chua, Y.Y. (1989). Demographic and psychosocial characteristics of asthmatic children in a canadian rehabilitation setting. Journal of Asthma. 26 (3): 167-175.
- Hariya, T., Hirao, T., Katsuyama, M., Ichikawa, H., Aihara, M. y Ikeazawa, Z. (2000). A relationship between a psychosomatic and a skin condition in patients with atopic dermatitis. Arerugi, jun.; 49 (6): 463-471.
- Hashiro, M. y Okumura, M. (1997). Anxiety, depresión and psychosomatic symptoms in patients with atopic dermatitis: comparison with normal controls and among groups of different degrees of severity. Journal Dermatology, jan.; 14 (1): 63-67.
- Hashiro, M. y Okumura, M. (1998). The relationship between the psychological and immunological state in patients with atopic dermatitis. Journal Dermatol. Science, mar.; 16 (3): 231-235.
- Haynes, S.N., Wilson, C.C., Jaffe, P.G. y Britton, B.T. (1979). Biofeedback treatment of atopic dermatitis : controlled case studies of eight cases. Biofeedback self Regulation, sept.; 4 (3): 195-209.
- Havu, V.K. y Jansen, C.T. (1973). Neurodermatitis (liquen simple). Enfermedades de la Piel, dic. (9). Finlandia, p.30.
- Haynes, S.N., Wilson, C.C., Jaffe, P.G. y Britton B.T. (1979). Biofeedback treatment of atopic dermatitis: controlled case studies of eight cases. Biofeedback Self Regul., Sept.; 4 (3): 195-209.
- Held, R.R. (1975). Problemas actuales de la cura psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortú.
- Herd, R., Tidman, M., ruta, D. y Hunter, J. (1997). Measurement of quality of life in atopic dermatitis: correlation and validation of two different methods. British Journal of Dermatology, apr.; 136 (4): 502-507.
- Hernández, D.B. (1994). Influencia de la personalidad de la madre en un grupo de niños con neurodermatitis. Tesis de Doctorado. UIA.

- Herrera, N.M. (1992). Dermatofitos y candida en pacientes pediátricos con dermatitis atópica. Diplomado de especialidad en alergia pediátrica. Instituto Nacional de Pediatría (I.N.P.), S.S.
- Isart, F.M. y Montero, C.M. (1995). Dermatitis atópica: características clínicas y de laboratorio en niños. Diplomado de especialidad en alergia pediátrica. I.N.P., S.S.
- Isolauri, E., Tahvanainen, A., Peltola, T. y Arbola, T. (1999). Breast-feeding of allergic infants. Journal Pediatric, jan.; 134 (1): 27-32.
- Johnson, D.E. (1998). Métodos multivariados aplicados al análisis de datos. México: Internacional Thomson Editores.
- Kagan, J., Snidman, N., Julia-Sellers, M. y Johnson, M. (1991). Temperament and allergic symptoms. Psychosomatic Medicine, may-jun.; 53 (3): 332-340.
- Kemp, A.S. (1999). Atopic eczema: its social and financial costs. Journal Paediatric Child Health, jun.; 35 (3): 229-231.
- Koblentz, C. (1995). Psychotherapy for intractable inflammatory dermatoses. Journal Am. Acad. Dermatology, apr.; 32 (4): 609-612.
- Koblentz, C.S. y Koblentz, P.J. (1988). Chronic intractable atopic eczema. Its occurrence as a physical sign of impaired parent-child relationships and psychologic developmental arrest: Improvement through parent insight and education. Archives Dermatology, nov.; 124 (11): 1673-1677.
- Koppitz, E.M. (1991). Evaluación psicológica de los dibujos de la figura humana para alumnos de educación media. México: El Manual Moderno.
- Kreisler, L., Fain, M. y Soulé, M. (1974). El niño y su cuerpo. Estudios sobre la clínica psicósomática de la infancia. Buenos Aires: Amorrortú.
- Labastida, J. (1988). Yo es otro (un punto crucial entre el cuerpo, la imagen y el espejo). Espectros del psicoanálisis. El cuerpo, No. 2 : pp. 32-34.
- Lacan J. (1994 [1953]). Consideraciones psicósomáticas sobre la hipertensión arterial. En V. Gorali, Estudios de psicósomática, vol. 1. Buenos Aires: UTUEL-CAP. (pp.11-32).
- Lacan, J. (1964). Cap. 17. El sujeto y el otro (II): la afánisis. En J. Lacan Seminario 11. (pp. 224-237).

- Lacan, J. (1998 [1949]). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En J. Lacan. Escritos 1 (20ª ed.). México: Siglo XXI. (pp.86-93).
- Laihinén, A. (1991). Assessment of psychiatric and psychosocial factors disposing to chronic outcome of dermatoses. Acta Dermatology Venereol. Suppl., 156: 46-48.
- Langfeldt, H. (1995). Are mothers of children with neurodermatitis psychologically conspicuous? Critique and replication of a study of the "psychosomatic aspects of the parent-child relationship in pediatric atopic eczema". Hautarzt. sep.; 46 (9): 615-619.
- Lawson, V., Lewis, J.M., Finlay, A.Y., Reid, P. y Owens, R.G. (1998). The family impact of childhood atopic dermatitis: the Dermatitis Family Impact questionnaire. British Journal of Dermatology, 138: 107-113.
- Leleu, G. (1997). Las caricias. Barcelona: Plaza y Janés.
- Lewis-Jones y Finlay, A.Y. (1995). The children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): Initial validation and practical use. British Journal of Dermatology; 132: 942-949.
- Lewis-Jones, M.S., y Finlay, A.Y. (1995). The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): Initial validation and practical use. British Journal of Dermatology, 132: 942-949.
- Liedtke, R. (1990). Socialization and psychosomatic disease: an empirical study of the educational style of parents with psychosomatic children. Psychother Psychosomatic 54 (4): 208-213.
- Linnet, J. y Jemec, G.B. (1999). An assessment of anxiety and dermatology life quality in patients with atopic dermatitis. British Journal of Dermatology, Feb.; 140 (2): 2268-2272.
- Long, C.C., Funnell, C.M., Collard, R. y Finlay, A.Y. (1993). What do members of the National Eczema Society really want?. Clinical and Experimental Dermatology, 18: 516-522.
- Lüscher, M. (1986). Test de los colores. Test de Lüscher. Barcelona: Paidós.
- Lundberg, L., Johannesson, M., Silverdahl, M., Hermansson, C. y Lindberg, M. (1999). Quality of life, health-state utilities and willingness to pay in patients with psoriasis and atopic eczema. British journal Dermatology, Dec.; 141 (6): 1067- 1075.
- Llor, B., Abad, M.A., García, M. y Nieto, J. (1995). Ciencias sociales aplicadas a la salud. Madrid: Interamericana McGraw- Hill.
- Maldonado, J. (1994). El mundo del chamán. En V. Goralí, Estudios de psicología, vol.3. Buenos Aires: UTUEL-CAP. (pp.13-18).

- Mannoni, M. (1973). La primera entrevista con el psicoanalista. Buenos Aires: Granica Editor.
- Marty, P. (1992). La psicósomática del adulto. Buenos Aires: Amorrortú.
- Maya, M.J. (1987). Características de personalidad en pacientes con neurodermatitis diseminada. Especialidad en psiquiatría. Facultad de Medicina, UNAM.
- McGee, R., Stanton, W. y Sears, M. (1993). Allergic disorders and attention deficit disorder in children. Journal Abnorm. Child Psychol. feb.; 21 (1): 79-88.
- Meneses, H. (1996). El análisis clínico del texto en pacientes con DA. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Minuchin, S. (1985). Familia y terapia familiar (2ª ed.). México: Gedisa.
- Mittelmann, B. (1967). Breve tratado de Medicina psicósomática. Buenos Aires: Paidós.
- Moffaert, M.V. (1992). Psychodermatology: an overview. Psychoterapy Psychosomatics, 58: 125-136.
- Munzel, K. y Schandry, R. (1990). Atopic eczema: psychophysiological reactivity with standardized stressors. Hautarzt, nov.; 41 (11): 606-611.
- Onnis, Luigi (1990). Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos. España: Paidós.
- Parquet, P.J. y DelCambre, G. (1981). About mothers of atopic dermatitis children. Ann. Pediatr. Paris, feb.; 28 (2): 127-131.
- Patel, L., Clayton, P.E., Addison, G.M., Price, D.A. y David, T.J. (1995). Adrenal function following topical steroid treatment in children with atopic dermatitis. British Journal of Dermatology, 132: 950-955.
- Pauli-Pott, Darui, A. y Beckmann, D. (1999). Infants with atopic dermatitis: maternal hopelessness, child-rearing attitudes and perceived infant temperament. Psychother. Psychosomatic, 68 (1): 39-45.
- Peri, G., molinari, E. y Taverna, A. (1991). Parental perceptions of childhood illness. Journal Asthma, 28 (2): 91-101.
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1981). Psicología del niño (10ª ed.). Madrid: Ed. Morata.
- Prochazka, P. y Uslar, A. (1989). Power relatins in mother- child interactions in neurodermatitis constituionalis atopic (atopic dermatitis). Z. Hautkr. oct. 15; 64 (10): 863-866.
- Quintana, R.F. (1986). Perfil psicológico de los pacientes dematólogicos según el Inventario Climent. Tesis de Postgrado en Dermatología, Leprología y Micología. Facultad de Medicina, UNAM.

- Ramírez, B.A. y Heredia, E.Y. (1983). Observaciones de la relación madre-hijo en niños con neurodermatitis atópica. Tesis de Licenciatura, UIA.
- Rinaldi, G. (2001). Prevención psicósomática del paciente quirúrgico. Argentina: Paidós.
- Ring, J., Palos, E. y Zimmermann, F. (1986). Psychosomatic aspects of parent-child relations in atopic eczema in childhood. I. Psychodiagnostic test procedures in parents and children in comparison with somatic findings. Hautarzt. oct.; 37 (10): 560-567.
- Ring, J., Palos-Pfander, E. (1995). In atopic eczema in childhood psychosomatic aspects of the parent-child relationship should be considered. Hautarzt. sep.; 46 (9): 662-663.
- Ring, J. y Palos, E. (1986). Psychosomatic aspects of parent-child relations in atopic eczema in childhood. Hautarzt. nov.; 37 (11): 609-617.
- Rivera, C.N. (1986). Estudio de las relaciones madre- hijo en niños con eczema infantil mediante el uso del perfil materno de N-Bayley. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Ruíz, M. (1975). Conceptos básicos para el pediatra. México: Trillas.
- Ruíz, R.J. (1989). Análisis de correspondencia simple y múltiple y sus aplicaciones a un estudio de caso. Tesis de Maestría. Colegio de Postgraduados, Chapingo, México.
- Ruíz-Maldonado, M.D., Parish, L, Ch. Y Beare, M.J. (1992). Tratado de dermatología pediátrica. México: Interamericana McGraw- Hill.
- Sami-Ali, M. (1974). El espacio imaginario. Buenos Aires: Amorrortú.
- Sami-Ali, M. (1977). Cuerpo real, cuerpo imaginario. Para una epistemología psicoanalítica. Argentina: Paidós.
- Sattler, J.M. (1988). Evaluación de la inteligencia infantil y habilidades especiales (2a. ed.). México: El Manual Moderno.
- Schaar van der W.W. y Lamberts, H. (1997). Scratchig for the itch in eczema; a psychodermatologic approach. Ned Tijdschr Geneesk, oct. 25; 141 (43): 2049-2051.
- Schachner, M.D., Field, Ph. D., Hernández, Ph. D., Duarte, M.D. y Krasnegor, B.A. (1998). Atopic Dermatitis symptoms decreased in children following massage therapy. Pediatric Dermatology, 15 (5) : 390-395.
- Schmid-Ott, G., Kuensebeck, H.W., Jaeger, B., Werfel, T., Frahm, K., Ruitman, J., Kapp, A. y Lamprecht, F. (1999). Validity study for the stigmatization experience in atopic dermatitis and psoriatic patients. Acta Dermatology Venereol., nov.; 79 (6): 443-447.

- Schuller, S.A. (1986). El juego del niño: una representación en el mundo externo de su estructura interna. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Shirata, K., Nishitani, Y., Fujino, Y., Tacaño, N. y Kiriike, N. (1996). The importance of mental support to the patients with adult atopic dermatitis. Osaka City Medicine Journal. jul.; 42 (1): 45-52.
- Siegel, S. (1979). Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. México: Trillas.
- Sheehan, M.P., Atherton, D.J., Norris, P. y Hawk, J. (1993). Oral psoralen photochemotherapy in severe childhood atopic eczema: an update. British Journal of Dermatology, 129: 433-436.
- Shirata, K., Nishitani, Y., Kawahira, K. y Kiriike, N. (1995). Study on the mental health of patients with atopic dermatitis in adults. Osaka City Medicine Journal., dec.; 41 (2): 75-83.
- Spitz, R. (1990). El primer año de vida del niño (2ª ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Stolbova, S.V., Ishutina, N.P. y Stolbova, V.M. (1989). Sep disorders in adolescents and youths with atopic dermatitis and its pharmacologic correction. Vestn Dermatology Venerol. (1): 44-48.
- Suzuki, J., Katsushima, H., Maruyama, I., Konari, K., Sekine, N. y Nakagawa, T. (1997). Comparison of retinal breaks between patients with atopic dermatitis and mentally retarded patients with self-inflicted ocular injury. Nippon Ganka Gakkai Zasshi., may.; 101 (5): 446-449.
- Székel, B. (1952). Diccionario enciclopédico de la psiqué. Buenos Aires: Ed. Claridad.
- Traenckner, I., Holscher, K., Abeck, D., Gerger, M. y Ring, J. (1996). Treatment of atopic eczema in interdisciplinary cooperation between dermatology and psychosomatic medicine. An individual case report. Hautarzt. aug.; 47 (8): 628-633.
- Ullman, K.C., Moore, R.W. y Reidy, M. (1977). Atopic eczema: a clinical psychiatric study. Journal of Asthma Res., jan.; 14 (2): 91-99.
- UNAM (1975). Antología de ciencias de la salud. Col. Lecturas universitarias, No. 24.
- Vollmer, W., O'Hollaren, M., Ettinger, K., Stibolt, T., Wilkins, J., Buist, A., Linton, K. y Osborne, M. (1997). Specialty differences in the management of asthma. A cross-sectional assessment of allergists' patients and generalists' patients in a large HMO. Archives International Medicine, jun. 9; 157 (11): 1201-1208.
- Wallon, P., Cimbier A. y Engel, H. D. (1990). El dibujo del niño. México: Siglo XXI.

- Weiszaecker. (1994 1950). Casos y problemas clínicos. En V. Gorali, Estudios de psicopatología, vol. 2. Buenos Aires: UTUEL-CAP. (pp. 37-52).
- West, J. (2000). Terapia de juego centrada en el niño (2ª ed.). México: Manual Moderno.
- Winnicott, A. (1980). Realidad y juego. México: Paidós.
- White, A., Horne, D. y Varigas, G. (1990). Psychological profile of the atopic exzema patient. Australas Journal Dermatology, 31 (1): 13-16.
- Zachariae, R., Zachariae, C., Visen, H., Mortensen, J.T. y Wulf, H.C. (2000). Dermatology life quality index: data from Danich inpatients and outpatients. Acta Dermatology Venereol., jul-aug.; 80 (4): 272-276.

ANEXOS

ANEXO A.

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA CON EL MENOR PARA DATOS SOBRE EL PADECIMIENTO.

I. RESPECTO A LAS TEORÍAS PERSONALES SOBRE EL PADECIMIENTO.

1. Si considera que tiene una enfermedad.
2. Exploración acerca de si conoce o no su diagnóstico.
3. Conocimiento que posee sobre la evolución del padecimiento.
4. Indagación sobre sus ideas acerca del origen y el agente causante de su padecimiento.
5. El posible papel o "responsabilidad" que tiene en su padecimiento.
6. Su explicación del por qué el padecimiento se presenta en episodios.
7. El conocimiento acerca de lo que le sucede a su cuerpo con esa enfermedad y su posible evolución en el futuro.
8. La percepción que su familia tiene de él por su enfermedad.
9. Su visión de cómo es percibido por los otros (extra- familiares) por su mal.
10. Su justificación de por qué él y no otros de la familia.
11. Sentimientos que experimenta acerca de su padecimiento.
12. Los aspectos positivos (lo que tiene de bueno) y negativos (lo que tiene de malo o que no le guste) de vivir con dermatitis.
13. Fantasías sobre la dermatitis atópica.
 - su forma (realización de un dibujo y su descripción)
 - su color, su olor, su sabor y su textura
 - sus pensamientos, sus deseos y su forma de expresión
14. Sentimientos que experimenta acerca de su padecimiento.
15. Cómo y quién considera que le apoya en lo relacionado a sus sentimientos por vivir con esa afección.
16. Mención que hace de su tratamiento y conocimiento sobre éste.

II. SIGNIFICADO ASIGNADO A LA PIEL.

1. Conocimiento que tiene sobre cuál es su piel.
2. Parte de su cuerpo de donde está enfermo.
3. Conocimiento que tiene sobre cuál es su piel.
4. Conocimiento que tiene sobre la función de su piel.
5. Cantidad de agrado por su piel actual.
6. Forma en que le gustaría que estuviera su piel.
7. Fantasías sobre su piel. Motivarle a proporcionar datos sobre su percepción acerca de:
 - a) la forma de su piel (que la describa).
 - b) Color, olor, sabor y textura asignados a la piel.
 - c) Pensamientos, deseos o propósitos y forma de expresión de la piel.

ANEXO B.

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA CON LOS PADRES PARA DATOS GENERALES SOBRE EL PADECIMIENTO DEL MENOR Y LA DINÁMICA FAMILIAR.

RESPECTO AL PADECIMIENTO.

1. Padecimientos actuales del menor.
2. Desarrollo del padecimiento.
 - a) antecedentes de enfermedad
 - b) aparición de la dermatitis atópica
 - c) acontecimientos significativos temporalmente cercanos a la aparición del padecimiento por primera vez (otros padecimientos, pérdidas, separaciones, cambios importantes), registrando fechas y personas que intervienen en tales situaciones.
 - d) Remisiones y exacerbaciones de la dermatitis (y factores asociados a tales episodios).
Y su nivel de gravedad.
3. Referencias y conocimiento materno sobre el tratamiento.
4. Reacciones o conductas del menor durante el tiempo que ha vivido con la enfermedad.

RESPECTO A LA DINÁMICA FAMILIAR.

1. Ubicación del menor dentro del árbol genealógico familiar.
Exploración de la dinámica familiar y la relación de pareja antes, durante y después del nacimiento del niño.
2. Aspectos relacionados con el embarazo y el parto (vivencia de la madre), además del desarrollo del menor.
3. Relación madre-hijo en la primera infancia (forma en que el menor fue atendido y tocado por la madre) y aspectos de la relación actual.
4. Acontecimientos significativos vividos por la familia, que pudieran ser fuente de estrés, vinculados a la ocurrencia de la dermatitis atópica.
5. Expectativas de los padres acerca del menor (en cuanto al sexo deseado, nombre asignado, rasgos físicos, temperamento, rasgos de carácter, logros académicos, etc.) desde antes del nacimiento y en la actualidad.
6. Teorías o fantasías de la familia acerca del padecimiento del niño.
7. Efectos o consecuencias positivas y negativas (en diversos ámbitos de la afección sobre el menor y sobre la familia).

ANEXO C. Cuadro de Significación y Valores de las 77 Variables para los Niños. (Para las variables donde el niño dio más de una respuesta, como la variable causa, cada categoría se tomó como una variable, a fin de realizar el análisis. Cada categoría, ahora tomada como variable, lleva el número de la variable general y otro número que corresponde al de cada categoría).

Número de la variable	Abreviatura De la Variable	SIGNIFICADO	VALORES DE LA VARIABLE
V0	Sex	Género al que pertenece el sujeto	1= Masculino 2= Femenino
V1	Enferm	Considera enfermedad lo que tiene.	0= no la considera 1= sí la considera
V2	Dx	Conoce su Diagnóstico	0= lo desconoce 1= lo conoce
V030	Causa	Tiene alguna hipótesis sobre la causa de su padecimiento.	0= no tiene hipótesis 1= sí tiene hipótesis
V031	Camag	Explicación mágica de la causa de su padecimiento.	0= Explicación no mágica 1= Explicación mágica
V032	Animal	Adjudica la causa de su padecimiento a la acción o influencia de animales (como perros, gatos) y virus.	0= no se debe a la acción o influencia de animales 1= se debe a la acción o influencia de animales.
V033	Canat	Adjudica la causa de su padecimiento a la acción de elementos naturales.	0= no se debe a la acción de elementos naturales (tierra, sol, agua) 1= se debe a la acción de elementos naturales (tierra, sol, agua)
V034	Camed	Adjudica la causa de su padecimiento a la acción de medicamentos.	0= no se debe a la acción de medicamentos. 1= se debe a la acción de medicamentos.
V035	Camad	Adjudica la causa de su padecimiento a las acciones o características maternas	0= no se debe a las acciones o características maternas. 1= se debe a las acciones o características maternas.
V036	Cayo	Adjudica la causa de su padecimiento a acciones o características propias o a sus funciones corporales.	0= no se debe a las acciones, características o funciones corporales propias. 1= se debe a las acciones, características o funciones corporales propias.
V037	Expmed	Explicación médica parcialmente verídica sobre la causa de su padecimiento.	0= no da explicación de tipo médico. 1= da explicación médica aunque parcial.
V4	Evol	Conocimiento que tiene sobre la evolución de su padecimiento.	0= no conoce 1= el padecimiento se da en episodios 2= el padecimiento ha sido continuo.
V5	PerFam	Ideas que tiene sobre cómo percibe la familia su padecimiento.	0= no sabe 1= algo grave y se preocupan. 2= con desinterés 3= sólo se plantea interrogantes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Continuación ...

V6	Efecto	Si tiene alguna explicación acerca de lo que le sucede a su cuerpo.	0= no tiene explicación. 1= sí tiene una explicación.
V7	Futuro	Hipótesis sobre la evolución de su enfermedad en el futuro.	0= no sabe 1= tal vez se le quitará. 2= tal vez permanecerá toda la vida.
V8	LvFam	Percepción que la familia (nuclear y/o extensa) tiene de él por su diagnóstico.	0= no sabe 1= buena (aceptación) 2= mala (rechazo)
V9	Trato	Cómo considera que es tratado por su familia a causa de su padecimiento.	0= igual que a los demás. 1= mejor que a los otros miembros. 2= peor que a los otros miembros. 3= algunos le tratan mejor y otros peor.
V10	Trotro	Tipo de trato que recibe de extrafamiliares por su padecimiento.	0= ningún trato en especial 1= trato especial positivo. 2= trato especial negativo. 3= algunas personas lo aceptan y otras lo rechazan.
V11	Pquél	Explicación de por qué él tiene el padecimiento y otros no.	0= no sabe 1= hizo, o le sucedió, algo que a los demás no. 2= sólo él lo heredó 3= hay otros casos en la familia.
V12	Respn	La responsabilidad que él u otras personas tienen para que él presente este padecimiento.	0= nadie es responsable. 1= hacer alguna acción inadecuada. 2= dejar de hacer alguna acción adecuada. 3= alguno de los padres es responsable 4= alguna persona no familiar es responsable.
V13	PqEpis	Tiene o no explicación de por que su padecimiento es en episodios.	0= no sabe 1= sí sabe 2= no es en episodios
V140	Lo+	El conocimiento que tiene acerca de lo positivo (ganancias o beneficios) que hay en tener dermatitis atópica.	0= no sabe 1= sí sabe
V141	+algo	Si hay o no algo positivo en tener este padecimiento.	0= nada 1= algo
V142	+trat	Si existe o no un mejor trato por tener este padecimiento.	0= no existe mejor trato por parte de los demás. 1= existe un mejor trato por parte de los demás.
V143	+\$	Si hay ganancia material por tener este padecimiento.	0= no existen beneficios económicos o materiales. 1= existen beneficios económicos o materiales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Continuación ...

V144	+salud	Si tener dermatitis atópica es bueno para la salud.	0= no hay beneficio para la salud con este padecimiento. 1= hay beneficio para la salud con este padecimiento.
V145	+puedo	Si la dermatitis es un padecimiento benévolo.	0= es muy discapacitante. 1= permite realizar muchas actividades.
V150	Lo-	Conocimiento o percepción que tiene acerca de lo negativo que hay en vivir con dermatitis atópica.	0= no sabe 1= sí sabe
V151	-algo	Si considera que hay aspectos negativos por tener este padecimiento.	0= no tiene aspectos negativos 1= sí tiene aspectos negativos
V152	-jueg	Efectos negativos de la dermatitis sobre las actividades recreativas.	0= no existen limitaciones para las actividades recreativas. 1= sí existen limitaciones para las actividades recreativas.
V153	-dolor	Efectos negativos de la dermatitis sobre el bienestar.	0= no existen molestias (dolor, incomodidad, comezón). 1= existen molestias.
V154	-escue	Efectos negativos de la dermatitis sobre las actividades académicas.	0= no afecta a las actividades académicas. 1= afecta a las actividades académicas.
V155	-recha	Efectos negativos de la dermatitis sobre las relaciones interpersonales.	0= no existe rechazo de los demás. 1= existe rechazo por parte de los demás.
V156	-regañ	Efectos negativos de la dermatitis sobre la relación con los padres.	0= no propicia regaños de los padres. 1= propicia regaños de los padres.
V157	-insom	Efectos de la dermatitis sobre el sueño.	0= no existe insomnio. 1= existe insomnio.
V158	-vest	Efectos negativos de la dermatitis sobre el arreglo y aspecto personal.	0= no afecta el arreglo y el aspecto personal. 1= afecta el arreglo y el aspecto personal.
V160	Sentim	Tipo de sentimientos o emociones que presenta por vivir con la dermatitis.	0= no le cuesta trabajo hacer contacto con sus emociones. 1= encuentra dificultades para hacer contacto con sus emociones.
V161	afecta	Grado de afectación emocional por este padecimiento.	0= no le afecta 1= sí le afecta
V162	depres	Sentimientos depresivos (tristeza, culpa, impotencia, insomnio, desesperanza, vergüenza, miedo, aislamiento, rechazo) por vivir con este padecimiento.	0= no presenta sentimientos depresivos. 1= sí presenta sentimientos depresivos.
V163	ira	Si existe o no coraje o ira al vivir con este padecimiento.	0= no presenta ira 1= sí presenta ira
V164	ansied	Si el niño refiere ansiedad al vivir con esta enfermedad.	0= no presenta ansiedad 1= Sí presenta ansiedad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Continuación ...

V171	Apoyo	Personas a las que recurre para pedir consuelo o apoyo en sus emociones o problemas relacionados con la dermatitis.	0= a nadie recurre 1= recurre a alguien
V172	Apmad	Si solicita apoyo exclusivamente de la madre	0= no recurre únicamente a la madre. 1= recurre únicamente a la madre
V173	padres	Si solicita apoyo de ambos padres.	0= no recurre a ambos padres. 1= recurre a ambos padres.
V174	ApFam	Si solicita apoyo a la familia nuclear	0= no recurre a su familia nuclear. 1= recurre a su familia nuclear.
V175	Apotro	Si solicita apoyo a otras personas o si recurre a actividades recreativas.	0= no recurre a otras personas o a actividades recreativas. 1= recurre a otras personas o a actividades recreativas.
V18	Daform	Forma o parecido que adjudica a la dermatitis atópica.	0= no sabe 1= forma humana 2= forma animal 3= como puntos, manchas, bolas, granos. 4= como materiales o minerales. 5= sin forma específica.
V19	Dacolr	Color que adjudica a la dermatitis atópica.	0= no sabe 1= a costras 2= roja 3= negra 4= blanca
V20	Daolor	Olor que adjudica a la dermatitis atópica.	0= no sabe 1= a nada 2= olor agradable 3= olor desagradable 4= olor raro 5= olor a medicina
V21	Dasabr	Sabor que adjudica a la dermatitis atópica.	0= a nada 1= desagradable 2= otro (salado, ajo, sangre) no especifica si es agradable o no.
V22	Datext	Textura que adjudica a la dermatitis atópica.	0= no sabe 1= con cualidad rasposa, áspera (piedras). 2= gelatinosa, blandita, afelpada.

V23	Dapens	Tipo de pensamientos que adjudica a la dermatitis atópica.	0= no sabe 1= en producirse más y hacer más daño. 2= en irse y no dañarle más 3= en crema 4= se hace preguntas la dermatitis
V24	Dades	Deseos que adjudica a la dermatitis.	0= no sabe 1= quedarse pues le gusta estar con él. 2= quedarse, producirse más y dañar. 3= quiere irse y no dañarlo más. 4= quiere crema
V250	Daexp	Forma de expresión o comunicación que le supone a la dermatitis.	0= no sabe cómo se comunica 1= sí sabe cómo se comunica
V251	Dabla	Si considera que la dermatitis se expresa por medio de la palabra.	0= no a través de la palabra hablada o escrita. 1= a través de la palabra hablada o escrita.
V252	Daseñl	Si considera que la dermatitis se expresa a través de signos en la piel.	0= no a través de signos o señales en la piel. 1= a través de signos o señales en la piel.
V253	Damens	Si existe un tipo de mensaje agresivo de la dermatitis.	0= no hay un mensaje amenazante y/o demandante de rascarse 1= existe un mensaje amenazante y/o demandante de rascado
V254	Daperd	Si existe un tipo de mensaje conciliador de la dermatitis.	0= no hay un mensaje que pida disculpas y/o pida no rascarse 1= existe un mensaje que pide disculpas y/o no rascarse.
V26	Dadibj	Dibujo de la dermatitis atópica.	1= explícitamente se identifica con la dermatitis. 2= implícitamente se identifica con la dermatitis. 3= dibuja su cuerpo, o parte, sin identificarse con la dermatitis.
V27	Piel	Si conoce o no cuál es su piel	0= no sabe 1= sí sabe
V28	FunPl	Función que asigna a su piel	0= no sabe qué función tiene 1= para cubrir, tapar, defender, proteger a los huesos, la carne o el cuerpo. 23= para sostener al cuerpo o realizar actividades
V29	Agrado	Nivel de agrado por su piel	0= no le gusta 1= sí le gusta 2= le gusta con granos 3= no le gusta con granos o reseca
V30	Ideal	Forma en que desearía que estuviera su piel.	0= ya tiene la que le gusta 1= sin la dermatitis (sana, güerita, lisa, bonita, sin granos)

Continuación ...

V31	Piform	Forma que adjudica a su piel	0= no sabe 1= forma humana 2= forma animal 3= objeto o color agradable 4= objeto con características desagradables
V32	Picotr	Color que asigna a su piel	0= no sabe 1= rojo, rosa, carne 2= moreno o café 3= blanca o guera
V33	Polor	Olor que asigna a su piel.	0= no sabe 1= no tiene olor 2= olor agradable 3= olor desagradable
V34	Plsabr	Sabor que imagina para su piel.	0= no sabe la respuesta 1= no tiene sabor 2= sabor agradable 3= sabor desagradable
V35	Pltext	Textura que adjudica a su piel.	1= aspera, rasposa, como tierra. 2= suave, blanda, lisa 3= en algunas áreas rasposa y en otras suave
V36	Pipeus	Pensamientos que le supone a su piel.	0= no sabe 1= en estar sana 2= en que está bonita 3= en que seguirá enferma 4= en que por qué interactúan con ella
V37	Pldes	Deseos que le supone a su piel	0= no sabe la respuesta 1= en estar sana
V380	Plexp	Si conoce o no la forma de expresión de su piel.	0= no sabe 1= si sabe
V381	Plabra	Si considera que la piel se expresa por medio de la palabra.	0= no a través de la palabra hablada o escrita. 1= a través de la palabra hablada o escrita.
V382	Plment	Si considera que la piel se comunica a través de medios inmateriales.	0= no a través de la mente o el espíritu. 1= a través de la mente o del espíritu.
V383	Plslud	Si existe un mensaje de la piel donde solicite la salud o ayuda.	0= no existe un mensaje para conseguir la salud. 1= existe un mensaje para conseguir la salud.
V390	Cuidad	Si durante la entrevista el niño hizo mención del cuidado que requiere para su piel y/o del tratamiento.	0= no lo mencionó 1= si lo mencionó

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Continuación ...

V391	Nrasca	Si conoce el tipo de acciones a evitar para mejorar su salud.	0= realizar acciones que favorezcan o mantengan la dermatitis. 1= dejar de realizar acciones que favorezcan la aparición o mantenimiento de la dermatitis.
V392	Crema	Si conoce el tipo de acciones a realizar para mejorar el estado de su piel.	0= no realizar acciones de cuidado de la piel 1= realizar acciones de cuidado de la piel.

ANEXO D. Cuadro de Significación y Valores para las 62 Variables de las Madres. (Para las variables donde la madre dio más de una respuesta, como la variable causa, cada categoría se tomó como una variable, a fin de realizar el análisis. Cada categoría, ahora tomada como variable, lleva el número de la variable general y otro número que corresponde al de cada categoría).

No. de la variable	Abreviatura de la variable	SIGNIFICADO	VALORES DE LA VARIABLE
V1	Padec	Padecimiento actual del niño	1= Sólo Dermatitis Atópica 2= Otros padecimientos además de la Dermatitis Atópica
V2	NomDA	Conocimiento que la madre tiene del nombre del padecimiento.	0= No conoce el nombre correcto 1= Conoce el nombre incompleto 2= Conoce el nombre correcto
V3	Edad	Rango de edad en la que ubican la aparición como tal del padecimiento.	1= Entre 0 y 3 años 2= Entre 4 y 6 años 3= Después de los 6 años
V4	Brotos	Aparición en episodios o brotes.	1= Leve indicio antes del año y brote posterior como tal 2= En un solo brote
V5	Fmapar	Forma en que apareció la Dermatitis Atópica la primera vez.	0= No recuerda 1= En forma de piquetes en cara 2= En forma de manchas, granos o resequedad 3= En forma de sarpullido 4= Como piel enrojecida
V6	Lugar1	Lugar del cuerpo donde apareció primero la Dermatitis.	0= No recuerda 1= Localizado en un área (cara o brazo) 2= En todo el cuerpo
V7	Nivel	Nivel de gravedad actual del padecimiento.	0= Leve 1= Moderado 2= Grave 3= Severo
V8	Causal	Teorías familiares sobre la causa del primer brote de Dermatitis Atópica.	0= No sabe 1= Si sabe
V81	C1piel	Si supone que la causa del primer brote fue por la piel delicada de la niña.	0= No es por la piel delicada 1= Es por la piel delicada
V82	C1animl	Si supone que el primer brote fue por la transmisión de algún agente a través de un animal.	0= No es por animales 1= Se debe a los animales
V83	C1elem	Si adjudica el primer brote a la influencia de elementos como el agua, el polvo o el sol.	0= No es por agua, polvo o sol 1= Es por agua, polvo o sol
V84	C1med	Si adjudica el primer brote a la influencia de medicamentos.	0= No se debe a medicamentos 1= Es por medicamentos
V85	C1strs	Si adjudica el primer brote al stres o la ansiedad.	0= No se debe al stres o la ansiedad 1= Se debe al stres o a la ansiedad

Continuación ...

V86	C1her	Si adjudica el primer brote a la herencia.	0= No se debe a la herencia 1= Es por herencia
V9	Acont1	Eventos estresantes de vida relacionados con el primer brote.	0= No lo relaciona 1= Problemas o conflictos familiares 2= Problemas o conflictos de pareja 3= Muertes 4= Separación de los padres entre sí
V10	Facriss	Eventos estresantes de vida asociados a los brotes posteriores de dermatitis.	0= No lo relaciona (o no se da por crisis) 1= Muertes o enfermedades en la familia 2= Separaciones de seres queridos 3= Conflictos de pareja 4= Mal manejo del tratamiento 5= Stres por manejo disciplinario o demandas escolares
V11	Reacniñ	Si el niño presenta o no reacciones emocionales y/o conductas negativas por vivir con la Dermatitis Atópica.	0= No presenta reacciones 1= Sí presenta reacciones
V111	NoTx	Rechazo de los cuidados y tratamientos por parte del niño.	0= No rechaza los cuidados y tratamientos 1= Rechaza los cuidados y tratamientos
V112	Enojo	Enojo o agresividad por vivir con este padecimiento.	0= No existe enojo del niño 1= Presenta enojo el niño
V113	Ansied	Si el niño presenta ansiedad (temor de morir) por vivir con la dermatitis.	0= No existe ansiedad 1= Existe ansiedad
V114	Depres	Si el niño presenta depresión abierta (llanto, vergüenza, culpa por rascarse, deseos de muerte, tristeza, trastornos sueño) por vivir con la Dermatitis Atópica.	0= No presenta reacción depresiva 1= Presenta reacción depresiva
V12	Famder	Tipo de familiares con dermatitis o alergia	0= No sabe 1= Familiar delicado de la piel o con dermatosis 2= Familiar sensible al polvo 3= Familiar asmático
V13	Persmad	Tipo de rasgos de personalidad de la madre.	1= Madre dependiente, estresada, insegura, ansiosa, con baja autoestima 2= Madre independiente, tranquila, franca, segura de sí misma 3= Madre con rasgos predominantemente obsesivos, fóbicos y autocontrolada 4= Madre predominantemente agresiva y ansiosa, con mucha preocupación por su hijo
V14	Perspad	Descripción que la madre hace del padre.	0= Es descrito predominantemente en forma negativa 1= Es descrito predominantemente en forma positiva 2= Es descrito por igual con rasgos positivos y negativos
V15	Descniñ	Descripción que la madre hace del paciente.	1= Es descrito predominantemente en forma negativa 2= Es descrito predominantemente en forma positiva

Continuación ...

V16	Atmfam	Atmósfera familiar actual	0= Muy conflictiva 1= Conflictiva 2= Adecuada 3= Anteriormente conflictiva, ahora adecuada
V17	Sexmad	Expectativas de la madre sobre el género del paciente.	0= Le era indistinto 1= No deseado (aunque aceptado) 2= No deseado, aunque presentía que sería de ese sexo 3= El sexo deseado
V18	Sexpad	Expectativas del padre sobre el género del paciente (según la madre).	0= La madre desconoce tal información 1= No deseado aunque aceptado 2= El deseado
V19	Expfut	Expectativas de la madre sobre el futuro, lo que espera a futuro del paciente.	1= Sólo profesionales y de salud 2= Sólo profesionales o académicas 3= Sólo de salud y personales 4= Sólo académicas y personales
V20	Lo+	Aspectos positivos para la familia nuclear por el hecho de que el paciente tenga dermatitis.	0= No existen aspectos positivos 1= Existen aspectos positivos
V201	+Ps-H	Si lo positivo de la Dermatitis Atópica es que ha provocado mayor unión con el niño.	0= No hay mayor unión con el niño 1= Mayor unión con el niño
V202	+Integ	Si lo positivo de la Dermatitis Atópica es que ha propiciado mayor integración y apoyo en la familia nuclear.	0= No hay mayor integración familiar 1= Mayor integración familiar
V203	+Apoyo	Si lo positivo de la Dermatitis Atópica es que ha propiciado el apoyo de la familia extensa y/o los vecinos.	0= No hay mayor apoyo 1= Existe mayor apoyo
V204	+Vida	Si lo positivo de la Dermatitis Atópica es la oportunidad de aprender a valorar más la vida.	0= No enseña a valorar más la vida 1= Enseña a valorar más la vida
V205	+Pareja	Si lo positivo de la Dermatitis Atópica es que ha propiciado mayor unión entre la pareja de padres.	0= No hay mayor unión 1= Existe mayor unión
V21	Lo+niñ	Las ganancias del niño por vivir con Dermatitis Atópica.	0= Ninguna 1= Obtiene mayor atención
V22	Lo-	Aspectos negativos para la familia por el hecho de que el paciente tenga Dermatitis Atópica.	0= No existen aspectos negativos 1= Existen aspectos negativos
V221	-Insom	Si lo negativo de la Dermatitis es que ha provocado problemas relacionados con el sueño y/ o reacciones depresivas.	0= No hay trastornos del sueño ni reacciones depresivas 1= Existen trastornos del sueño y/o reacciones depresivas
V222	-Tiem\$	Si lo negativo de la Dermatitis es que ha provocado problemas económicos y afecta el tiempo para otras actividades.	0= No hay problemas económicos ni de tiempo 1= Existen problemas económicos y/o de tiempo
V223	-Social	Si lo negativo de la Dermatitis es que ha afectado de algún modo el prestigio social de la familia (descrédito social).	0= No existe descrédito social 1= Existe descrédito social

Continuación ...

V23	Lo-niñ	Los aspectos negativos de la Dermatitis para el paciente.	1= Inhibición y/o rechazo de los otros 2= Preocupación y sufrimiento 3= Leve incomodidad
V24	Nombre	Explicación de la causa para elegir el nombre del paciente.	0= Desconoce el motivo para ese nombre 1= Es el nombre de un familiar paterno (vivo o muerto) 2= Es el nombre de uno de los progenitores 3= Fue como promesa a algo divino o como gratitud a alguien Es el nombre de un no-familiar significativo perdido
V25	ElecNom	Persona que eligió el nombre del paciente.	1= Ambos padres 2= Sólo la madre 3= Sólo el padre 4= La madre junto con otra persona significativa
V26	RelM-H	Tipo de relación Madre-Paciente	0= Relación muy estrecha, con tintes seductores 1= Relación estrecha 2= Relación con una distancia adecuada 3= Relación conflictiva con la madre
V27	Dormir	Persona y sitio en para dormir del paciente	0= Con ambos padres 1= Con el padre del mismo sexo 2= Con el padre del sexo opuesto 3= Con algún hermano, en su propio cuarto 4= En su propia cama, en el cuarto de los padres 5= En su propia cama y propio cuarto
V28	Causa2	La existencia de teorías sobre la causa de la dermatitis en la familia (nuclear o extensa).	0= No tienen teorías 1= Cuentan con teorías
V281	C2piel	Si la familia considera que el padecimiento se debe a la piel delicada del niño.	0= No es por tener piel delicada 1= Se debe a que tiene la piel delicada
V282	C2animl	Si la familia supone que el padecimiento se debe a algo relacionado con animales (virus, insectos, gatos, perros)	0= No está relacionada a animales 1= Está relacionado con animales
V283	C2elem	Si la familia supone que la causa del padecimiento está relacionada con elementos como el agua, el sol, la tierra.	0= No está relacionada a esos elementos 1= Se debe a esos elementos
V284	C2med	Si la familia considera que la causa del padecimiento es un medicamento.	0= No es por medicamentos 1= Es por medicamentos
V285	C2strs	Si la familia supone que la Dermatitis es por causa del stres o la ansiedad.	0= No se debe al stres 1= Es por causa del stres
V286	C2her	Si la familia supone que el padecimiento es por la herencia.	0= No es por herencia 1= Es por la herencia
V287	C2magia	Si la familia adjudica el padecimiento a causas sobrenaturales (brujería, castigo divino, seres sobrenaturales).	0= No se debe a causas sobrenaturales 1= Se debe a causas sobrenaturales

Continuación ...

V288	C2negli	Si la familia adjudica el padecimiento a la negligencia paterna al no darle atención médica.	No se debe a negligencia paterna Se debe a negligencia paterna
V289	C2sngre	Si la familia supone que el padecimiento es por que existe algo (impreciso) inadecuado en la sangre.	No se debe a algo inadecuado en la sangre Se debe a algo inadecuado en la sangre
V2810	C2alerg	Si la familia supone que el padecimiento se debe a una reacción alérgica (elevación de Ige, teoría médica).	0= No se debe a reacción alérgica 1= Se debe a reacción alérgica
V29	Vivemb	Vivencia que del embarazo tuvo la madre (si hubo problemas de salud física o mental y la forma en que vivió tal experiencia).	1= Con problemas y negativamente 2= Sin problemas y con ambivalencia hacia el embarazo 3= Con problemas y positivamente 4= Sin problemas y positivamente
V30	Vivpart	Forma en que se vivió el parto por parte de la madre (con o sin problemas de salud física o mental y la valoración que le otorga).	1= Con problemas y negativamente 2= Sin problemas y con ambivalencia 3= Con problemas y positivamente 4= Sin problemas y positivamente
V31	Cuidado	Tipo de persona que cuidó al menor la mayor parte del tiempo hasta el primer año.	1= Siempre la madre (ansiosa, aprehensiva o estresada) 2= La madre (ansiosa, aprehensiva o estresada) algunos meses y después otro familiar 3= La abuela materna y/o otros familiares 4= Una persona no-familiar más allá de la mitad del año y después la madre (estresada, con depresión enmascarada, agresiva)
V32	Desar	Tipo de desarrollo psicomotor del paciente.	1= Desarrollo normal con dificultades en la alimentación 2= Desarrollo normal con dificultades en el destete 3= Desarrollo normal con dificultades de separación 4= Desarrollo normal con dificultades en el control de esfínteres 5= Desarrollo normal con probable trastorno por déficit de atención 6= Desarrollo normal sin mayores dificultades
V33	Discipl	Persona que ejerce la disciplina y tipo de dificultad para manejarla.	1= La madre, con problemas para lograrlo 2= La madre, sin dificultades 3= Desacuerdo entre los padres, estilo ambivalente de alguno de los padres 4= La madre y el padrastro, sin problemas 5= Ambos padres, sin problemas
V34	Inform	Nivel de información que sobre los cuidados y el tratamiento del padecimiento tiene la madre.	0= Desconoce mucha información 1= Cuenta con información suficiente

A N E X O E

DESCRIPCIÓN DEL CASO

F A M I L I O G R A M A

Y

D I B U J O

CASO 1. Niño 1. Pablo, seis años, DA grave.

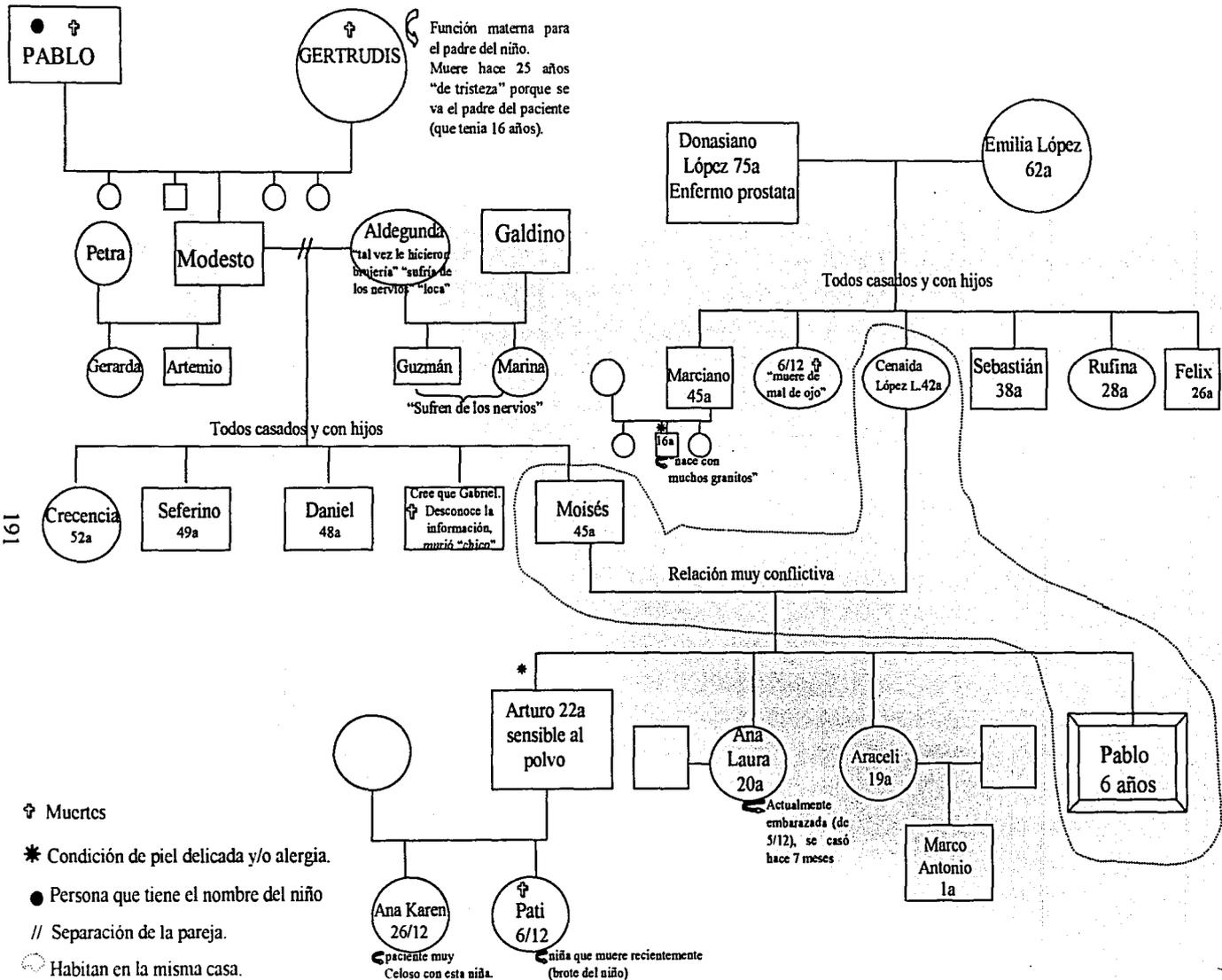
Es el último de cuatro hermanos, cursa el primero de primaria, con aprovechamiento bueno. Es un niño vivaz, tranquilo, de tez morena, muy atento al discurso de su madre, con quien establece una relación muy dependiente (siempre ha dormido con ella).

Pablo inicia su padecimiento a los tres años de edad, sólo en el rostro, ha sido multitratado por diversos médicos. Se presenta la dermatitis en episodios de exacerbaciones y remisiones, en momentos ha sido muy grave (uno de esos momentos fue cuando muere una sobrina, de seis meses de edad, él sufre recaída. Durante la entrevista, dibuja una niña, le hago ver que tiene aspecto de calavera, sugiero que tal vez sea una niña muerta, como su sobrina, sonríe y decide llevar a casa el dibujo). Sin embargo nunca ha sido hospitalizado.

Su madre tiene 42 años, es ama de casa y trabajadora doméstica en diversas casas. Ella se vio muy afectada anímicamente durante el embarazo ya que se avergonzó, siempre quiso un hijo varón, pero no a esa edad, se aisló por temor a lo que dijeran los demás; el padre tampoco lo aceptó, pensó que no era su hijo.

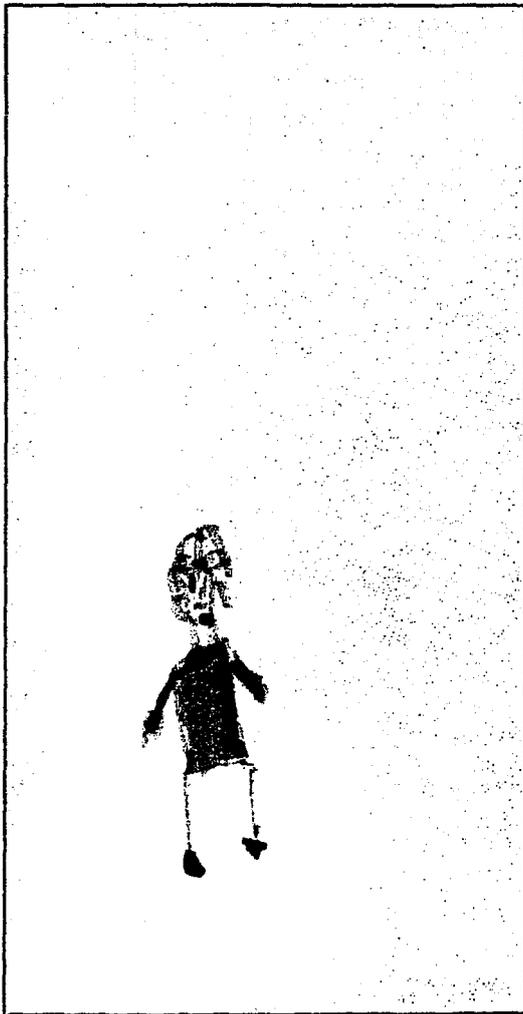
El padre cuenta con 45 años, presenta un problema grave de alcoholismo, es peón y frecuentemente está desempleado e interno en centros de rehabilitación, se ausenta por muchos meses de la casa. Existe una relación de pareja conflictiva, la madre describe negativamente al padre.

El niño lleva el nombre de su bisabuelo paterno, ya fallecido, esposo de su bisabuela, quien desempeñó para el padre del niño la función materna (pues la madre, descrita como loca, le abandona) y de quien se cuenta murió de tristeza por la salida de casa del padre de Pablo a los 16 años. Por la rama paterna, se dice que la abuela estaba loca por brujería, en ambas familias de origen se cree en tal fenómeno, e incluso el paciente ha sido sometido a tales intervenciones ya que se ha pensado que su padecimiento se debe a ello. El hermano mayor y una prima materna se describen afectadas de un problema en la piel.



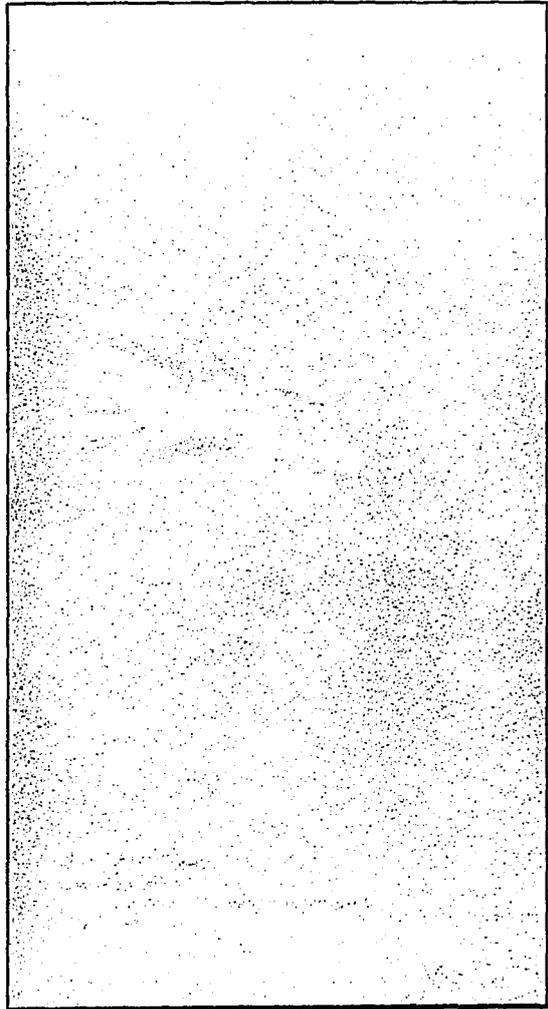
Familiograma 1. Sujeto 1. Niño de 6 años (Pablo).

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN



Dermatitis Atópica

Sujeto 1. Niño de 6 años. Dermatitis moderada.



La Piel

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO 2. Niño 2. Leticia, de seis años de edad, DA leve.

Cuenta con seis años, acude a primero de primaria, con mal aprovechamiento escolar. Es una niña tímida, pasiva, callada, de tez morena, complexión delgada.

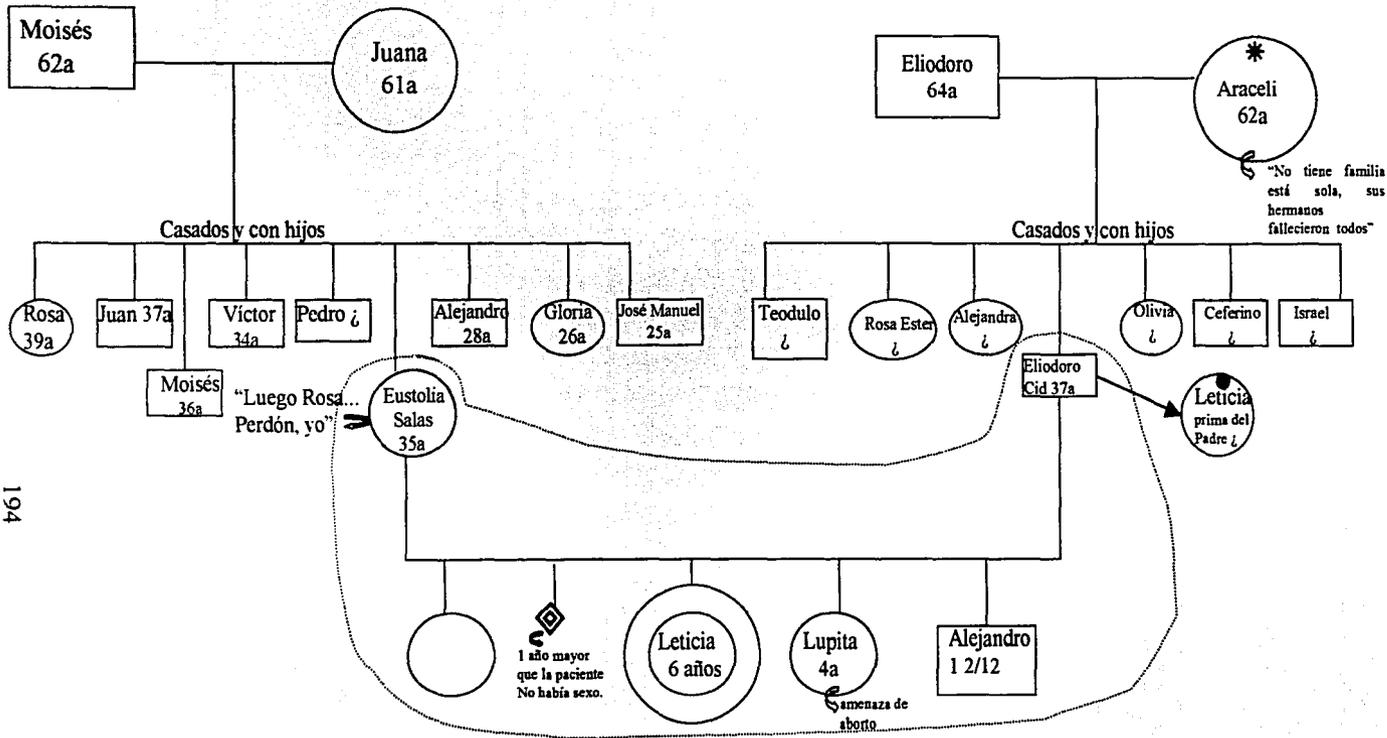
La DA le aparece a los dos años de edad, empezó en las corvas, los brazos, el cuello. Se presenta en episodios de exacerbaciones y remisiones. Nunca ha estado hospitalizada, ha sido tratada por diversos médicos.

Es producto de la gesta tres, de cinco. Antes de ella se presentó un aborto (cursa el embarazo de la paciente con la angustia de que suceda lo mismo) y en el embarazo siguiente al de Leticia, una amenaza de aborto.

La madre tiene 35 años, es ama de casa, el padre tiene 37 años, es empleado y con un problema de alcoholismo, además de ser muy apegado a su madre, quien interviene en la pareja. La relación de pareja es inconsistente, en momentos adecuada y en otros conflictiva. La madre considera que el padre es un hombre inseguro que necesita mostrar su masculinidad y llamar la atención con una conducta agresiva, sin embargo no lo logra ante ella, quien le considera negativamente. El padre mantiene un estilo de crianza y disciplina inconsistente ya que sobreprotege y es permisivo en un momento y en otra ocasión es punitivo.

Leticia lleva el nombre de una prima de su padre. La madre deseaba un varón ya que el padre así lo quería.

La madre la describe como inquieta, traviesa, peleonera, en casa; en cambio en la escuela se torna nerviosa, distraída, lenta, tímida y llorona. Es descrita también como de piel delicada, como la abuela paterna, una mujer quien es considerada "sola" ya que todos sus hermanos murieron muy jóvenes.



194

Familiograma 2. Sujeto 2. Niña de 6 años (Leticia).



Dermatitis Atópica

Sujeto 2. Niña de 6 años. Dermatitis leve.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

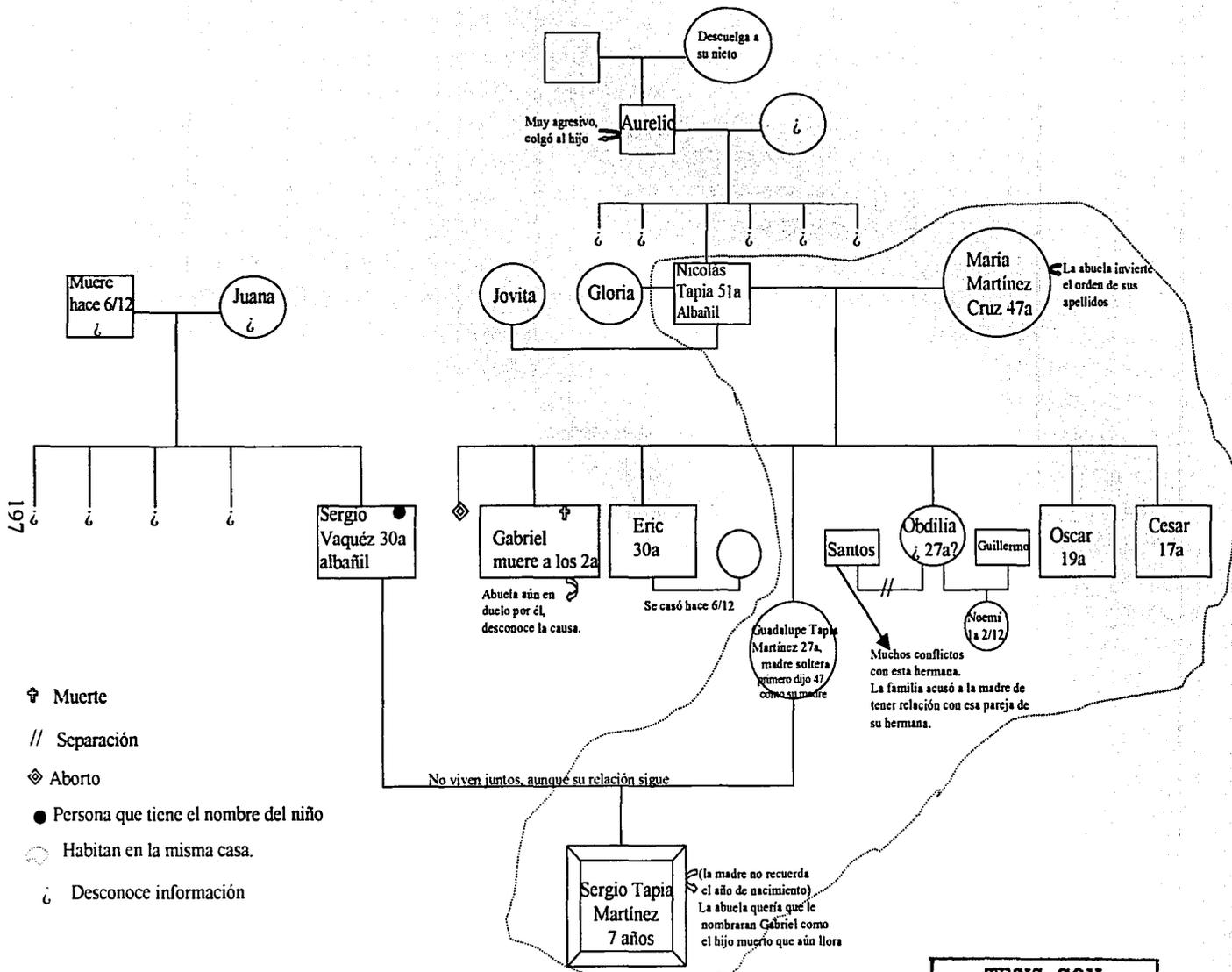
CASO 3. Niño 3. Sergio, siete años, DA moderada.

La DA aparece a los seis años, sólo en los brazos y después se disemina a piernas y glúteos, el padecimiento se presenta por crisis. Nunca ha sido hospitalizado por la DA.

Es un niño tranquilo, atento, de tez morena. Es el hijo único, producto de embarazo y género deseados, de madre de 27 años, soltera, empleada doméstica, y de un padre de 30 años, albañil, del cual lleva el nombre. Los padres nunca han vivido juntos debido en parte a la oposición de la familia de la madre. Ella ha tenido muchos conflictos con su hermana, próxima menor, y con su padre (un hombre descrito como agresivo, cuyo padre era sumamente estricto y violento, se dice que le colgó por castigo y no tenía intención de bajarle). Se le acusó de tener relaciones amorosas con el esposo de esta hermana.

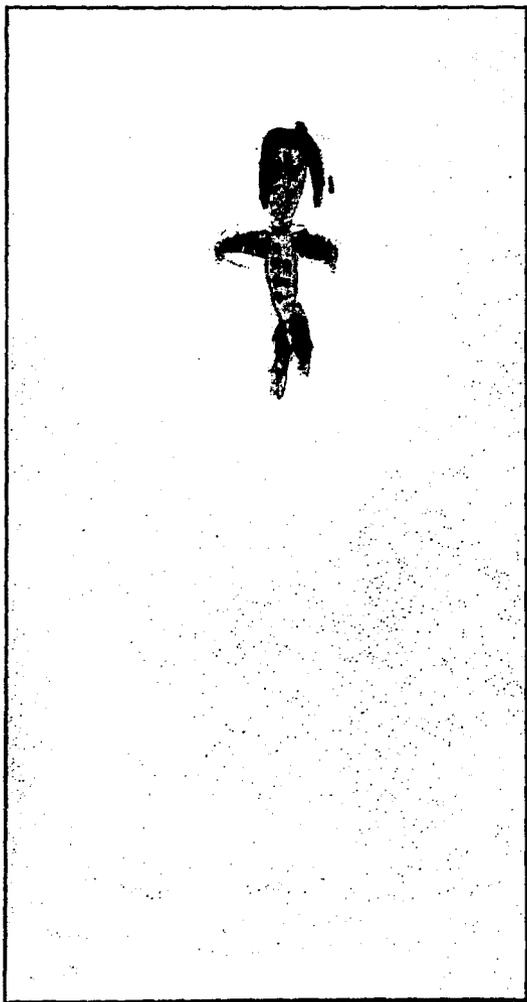
La abuela materna pretendía que el paciente llevara el nombre de Gabriel, nombre de su primer hijo (logrado después de un aborto) quien fallece a los dos años de edad y de quien la abuela del paciente aún no elabora el duelo. La leyenda familiar considera que murió "porque lo agarró el cerro" y como el bisabuelo del paciente era estricto no permitió que le curasen con brujería. La madre del paciente no aceptó ese nombre, pretendido por la abuela, porque considera que es "de mala suerte", además quería que su hijo llevara el nombre del padre.

Aunque Sergio habita con su madre en casa de los abuelos maternos, el contacto con su padre es frecuente (sin el agrado de los abuelos) ya que la madre continúa estableciendo relaciones con él.



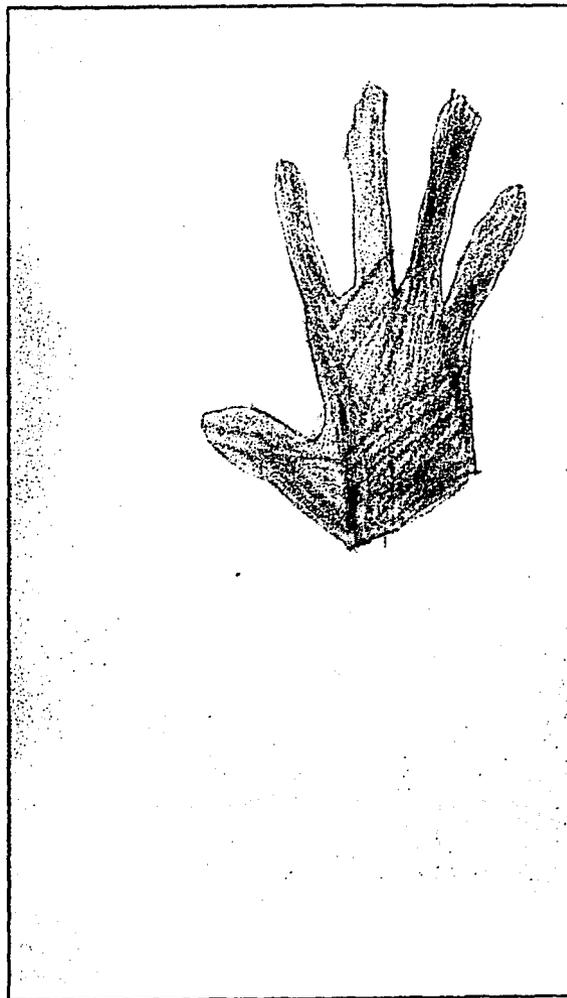
Familiograma 3. Sujeto 3. Niño de 7 años (Sergio).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Dermatitis Atópica

Sujeto 3. Niño de 7 años. Dermatitis moderada.



La Piel

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO 4. Niño 4. Ninfa Andrea, siete años, DA severa

Ninfa es entrevistada durante su hospitalización, por una exacerbación severa del padecimiento, que compromete todo el cuerpo.

Se trata de una niña de siete años, de tez muy blanca, extrovertida, exhibicionista y demandante de atención. Cursa el tercero de primaria, con buen aprovechamiento.

Es producto del segundo, de tres, embarazos, todas mujeres. La madre deseaba un varón, al igual que el padre.

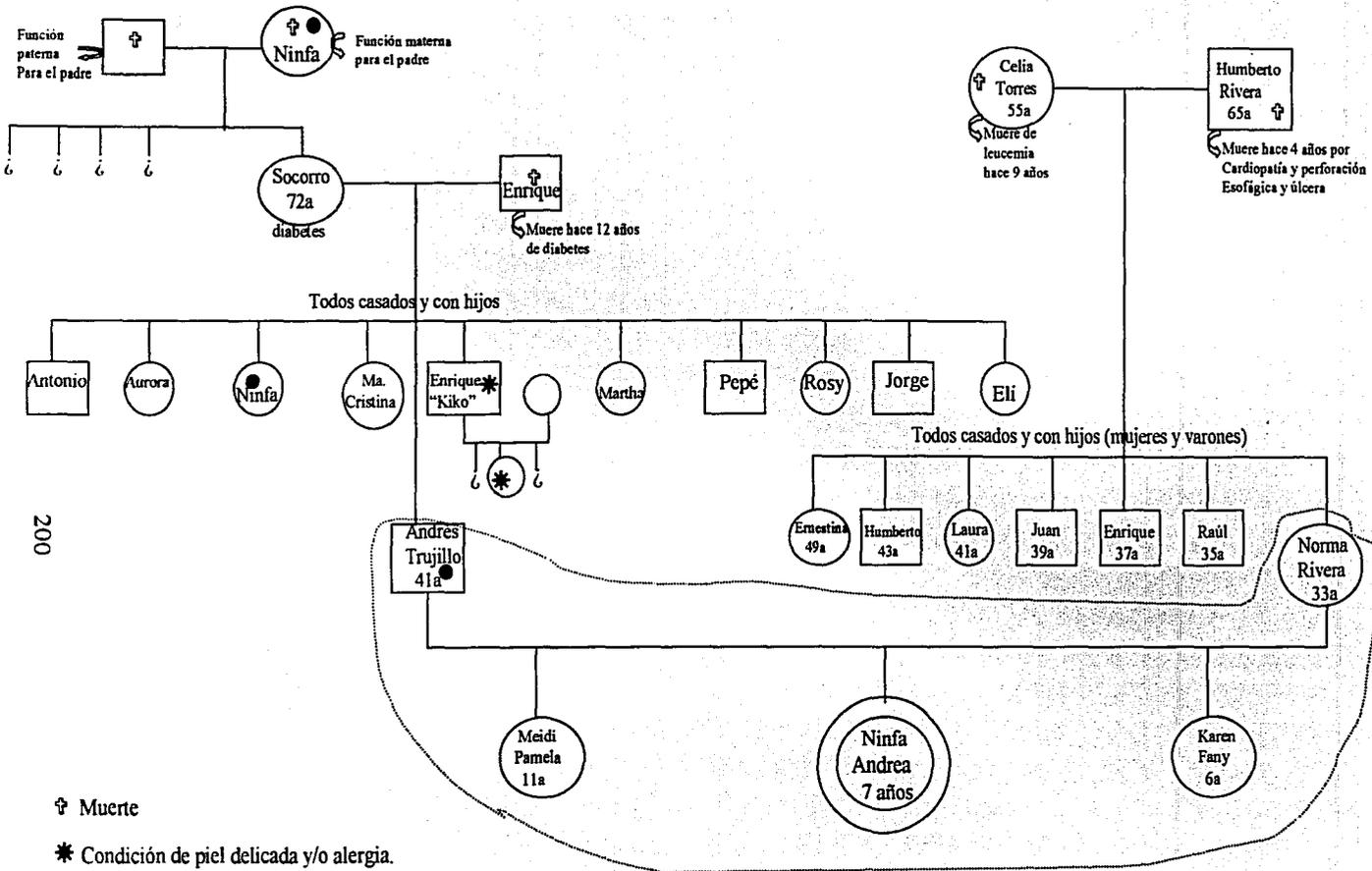
La madre, de 33 años, es ama de casa y cuenta con el bachillerato y carrera trunca (administración). El padre tiene 41 años, es empleado, cuenta con bachillerato y es técnico calificado.

Ninfa nace con sarpullido, que remite a los cuatro meses, posteriormente a los cinco años, se da el primer brote de la DA (dos meses después de que interviniera en una riña entre los padres). El padecimiento se ha presentado con exacerbaciones y remisiones. Ha sido multitratada por diversos médicos y tratamientos.

Por ambas ramas familiares existen antecedentes de enfermedades como la diabetes, la leucemia y las cardiopatías. Por la rama paterna, un tío y una prima presentan un problema en la piel o una alergia.

La paciente lleva el nombre de Andrea por su padre, Andres, y de Ninfa, por la abuela del padre, de quien se cuenta que cumplió la función materna para el padre. Se dice que esa mujer fallece porque su esposo no permitía que nadie, ni el médico, la tocara).

Existe una relación de pareja muy conflictiva, el padre es adicto a drogas y tiene episodios de comportamiento violento, durante los cuales la paciente se interpone entre sus padres y pide a la madre se alejen de la casa, mencionando que ya le deje porque ella se va a enfermar.

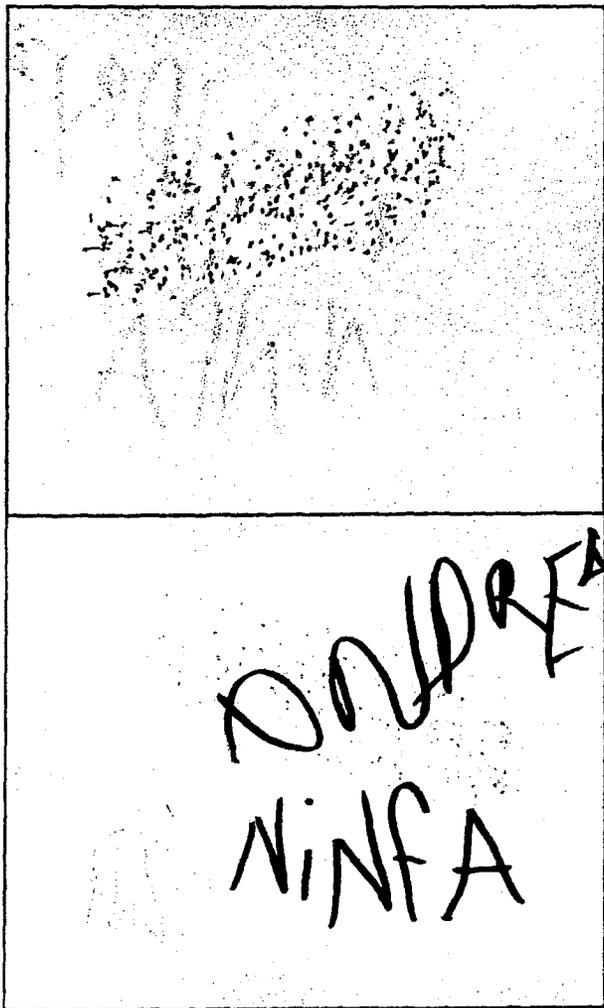


200

- † Muerte
- * Condición de piel delicada y/o alergia.
- Persona que tiene el nombre del niño
- Habitan en la misma casa.
- ¿ Desconoce información

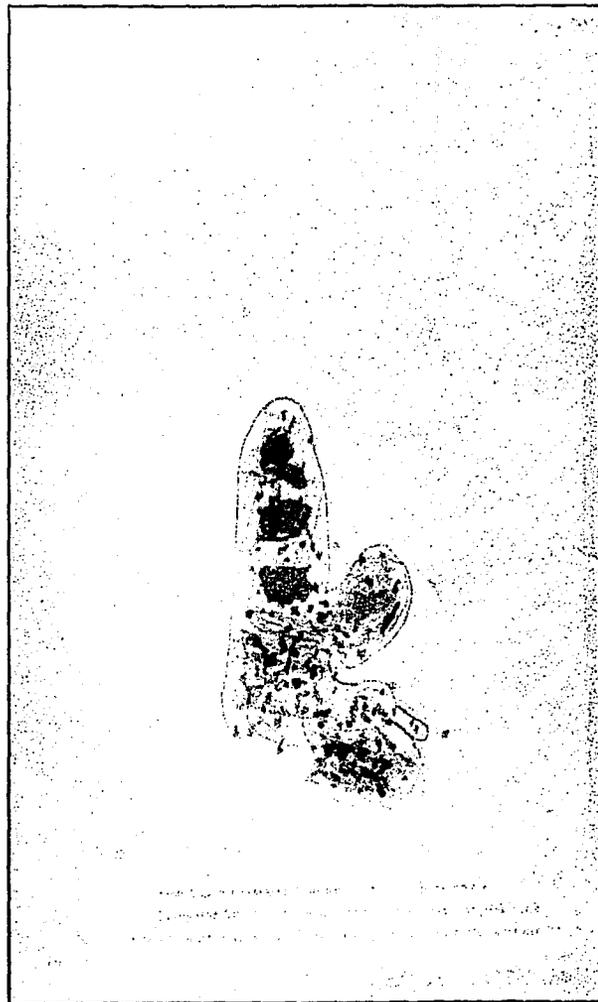
Familiograma 4. Sujeto 4. Niña de 7 años (Ninfa Andrea).

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Dermatitis Atópica (Anverso arriba, Reverso abajo).

Sujeto 4. Niña de 7 años. Dermatitis severa.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO 5. Niño 5. Olga, siete años, DA severa.

Olga es una niña de tez blanca, complexión delgada, agradable al trato, extrovertida y sencilla. Cursa el tercero de primaria, con muy buen aprovechamiento.

Es producto de la primera gesta, de tres (sólo mujeres), de una madre de 29 años, ama de casa, con estudios de secundaria y de comercio, por temporadas ha ejercido. El padre cuenta con 53 años de edad, procreó, con otra pareja, tres hijas más (de 28, 26 y 23 años). Es empleado al servicio del Estado, con nivel bachillerato. Grave adicción a la nicotina, por lo cual ha sufrido un pre-infarto.

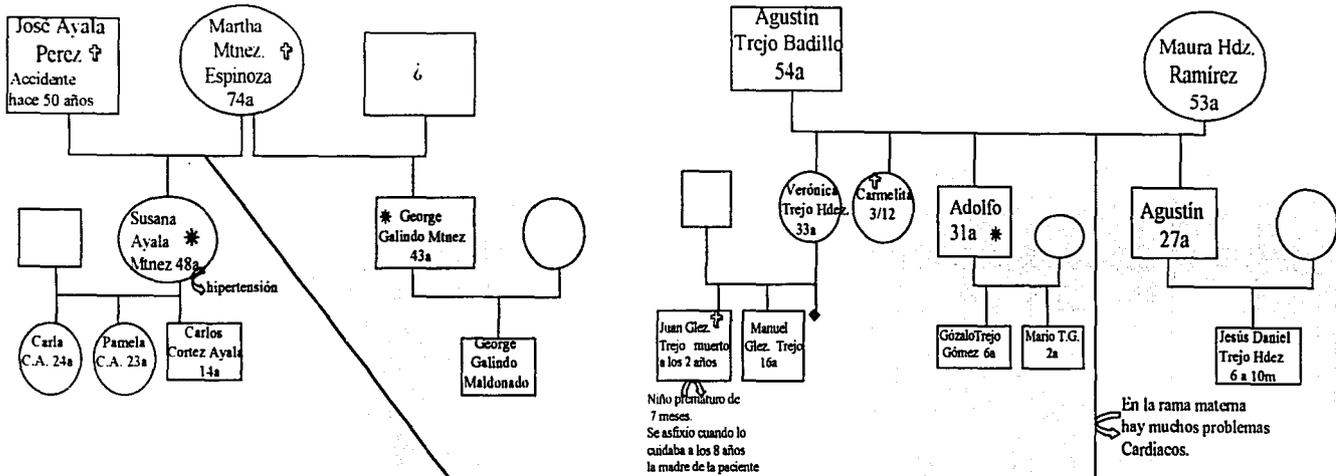
La DA aparece a los ocho días de nacida, con erupción en todo el cuerpo (coincide con una separación de los abuelos maternos quienes discuten, la madre se vió muy afectada con este hecho). Se presenta por episodios de crisis. Nunca había estado hospitalizada hasta hace unos meses que tuvo una crisis severa, con complicaciones por un tratamiento homeopático administrado. Las dos hermanas de Olga, las dos menores, también han tenido el padecimiento, las tres fueron hospitalizadas, la menor murió a causa de tal complicación de la DA.

Por ambas ramas familiares existen antecedentes de enfermedades como la hipertensión, problemas cardíacos y problemas de la piel, asma o gastritis.

La familia se ha visto muy afectada en su calidad de vida, en todos los aspectos, por el padecimiento de sus tres hijas.

Olga no fue del sexo deseado por ambos padres. Se describe una atmósfera afectiva adecuada en la familia nuclear; aunque la madre refiere sucesos traumáticos en su familia de origen y en su niñez. Aproximadamente a los ocho años, ve morir a su sobrino bajo su cuidado y de adolescente sufre abuso sexual de su cuñado.

Olga lleva el nombre de su madre, con quien encuentra mucha dificultad para diferenciarse, al igual que de su hermana próxima menor.

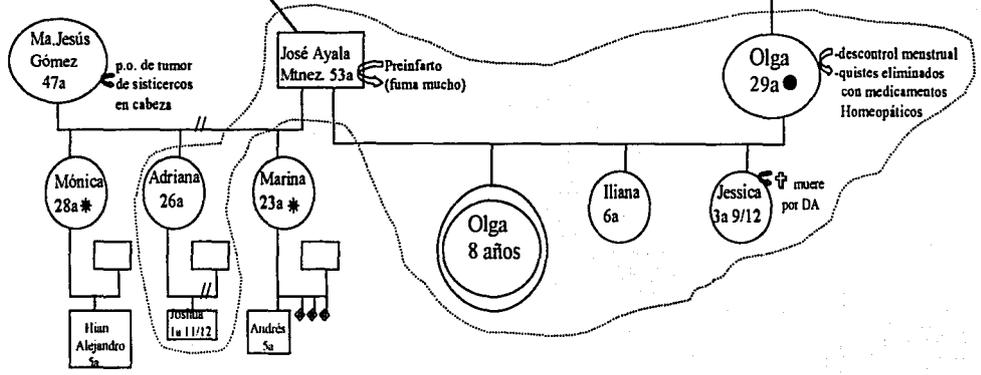


Niño prematuro de 7 meses. Se asfixio cuando lo cuidaba a los 8 años la madre de la paciente

En la rama materna hay muchos problemas Cardiacos.

203

- ♂ Muerte
- // Separación
- ◆ Aborto
- * Dermatitis "nerviosa", asma, gastritis nerviosa, hipertensión.
- Persona que tiene el nombre del niño
- Habitan en la misma casa.
- ¿ Desconoce información

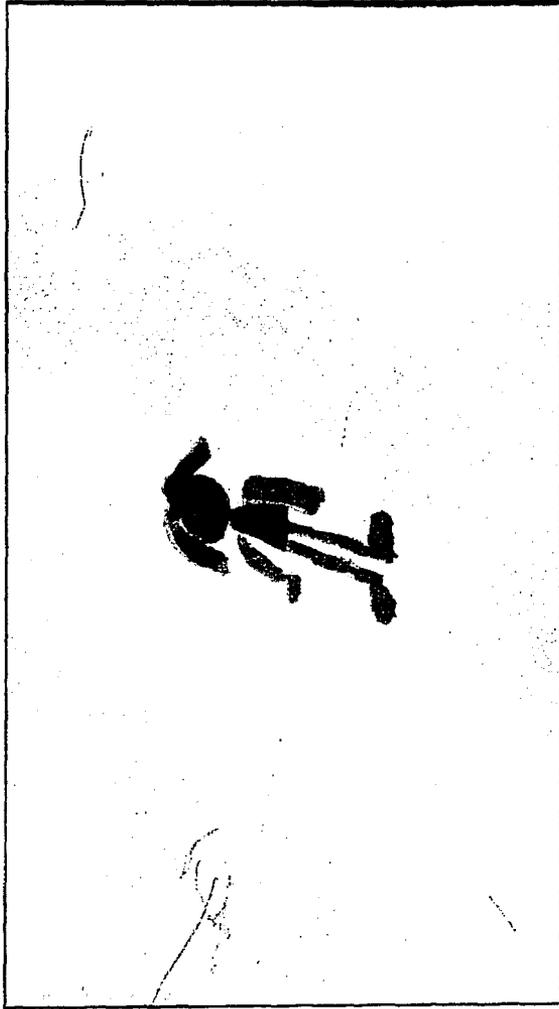


Familiograma 5. Sujeto 5. Niña de 7 años (Olga).

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Dermatitis Atópica.

Sujeto 5. Niña de 7 años. Dermatitis severa.



La Piel

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO 6. Niño 6. Omar Manuel, ocho años, DA grave.

Se trata del producto de la gesta dos, de tres (el último fue aborto). Es una persona tranquila, tiende a la introversión, es de tez morena y cursa el tercero de primaria con buen aprovechamiento escolar.

La madre tiene 32 años, actualmente es ama de casa y empleada doméstica. Sale de provincia desde los once años, para trabajar. Aún con acento de su dialecto. Estuvo muy apegada a su madre, por quien sigue en duelo. El padre, de 30 años, es empleado mecánico. La pareja tiene una relación conflictiva los primeros años, actualmente se refiere una convivencia satisfactoria.

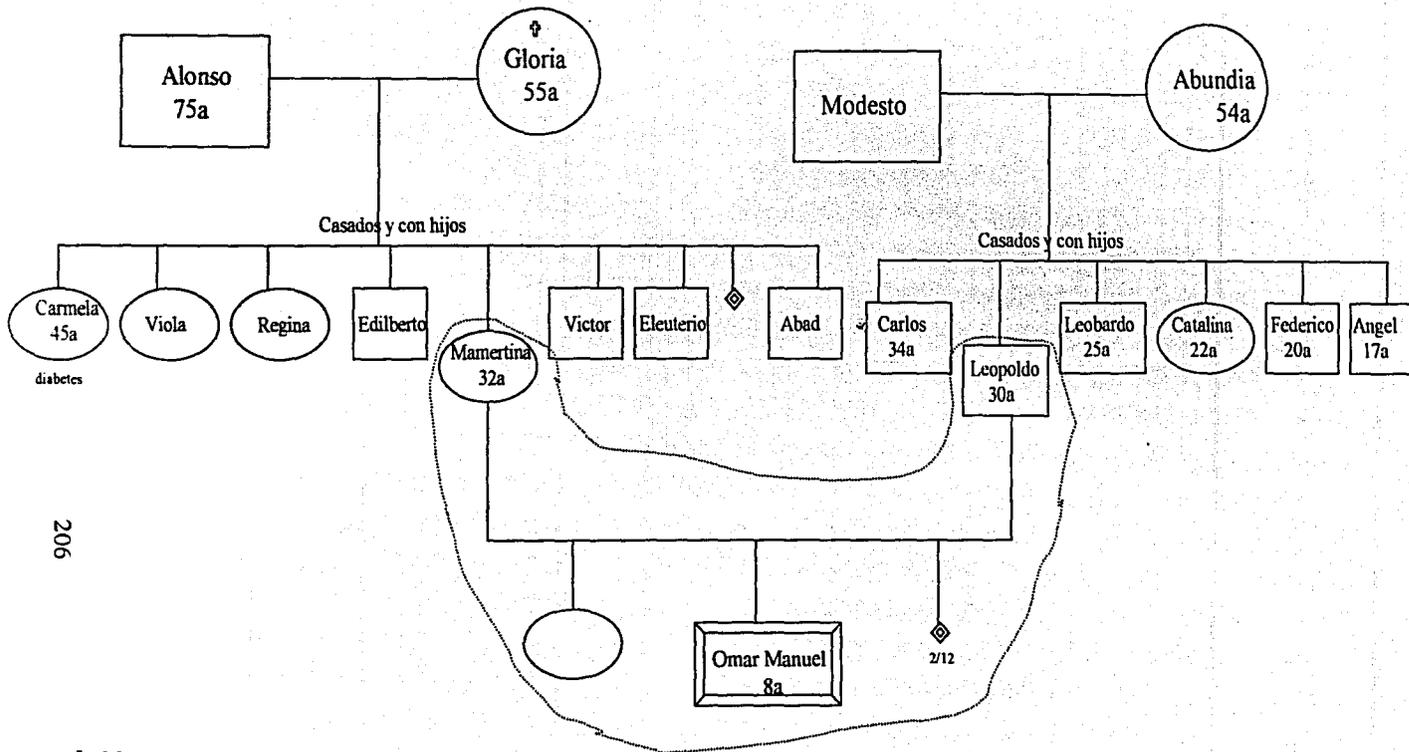
La DA aparece alrededor del primer año de vida, se ha dado por episodios de exacerbaciones y remisiones, algunas veces en forma grave. Ha sido tratado en diversos sitios y con múltiples tratamientos. La madre relaciona su aparición con un medicamento que le administraron cuando se hallaba a punto de morir, la reacción al medicamento fue en la piel y más tarde se estableció en forma crónica. La familia, especialmente la madre, se ha visto muy afectada por el padecimiento, cuando el niño está muy grave; aunque nunca ha sido hospitalizado.

Omar Manuel fue del sexo deseado por la madre. Lleva el nombre (Omar) de un niño muy querido por la madre, del que fue nana, y del que se separó con dolor (prometiéndose que si tenía un hijo llevaría ese nombre), el nombre de Manuel es el segundo nombre del padre del niño.

El niño tiene una relación estrecha con la madre, quien lo describe como nervioso, especialmente en lo escolar, ya que se queja de tener una profesora muy exigente.

La madre se autodescribe de carácter fuerte y describe su vida con mucho sufrimiento y resentimiento, especialmente con su padre. A los hombres los describe como "decidiosos", ella toma la mayoría de decisiones en casa.

Esta madre presenta una actitud negativa y desconfiada hacia el personal médico en general. Es una mujer que se muestra sobria y controlada en sus emociones (cuando de mostrar dolor y vulnerabilidad se trata), con rasgos obsesivos y fóbicos en su personalidad, considera que tal vez la DA es un castigo por su obsesión por la limpieza.



206

- † Muerte
- ◇ Aborto
- Habitan en la misma casa.

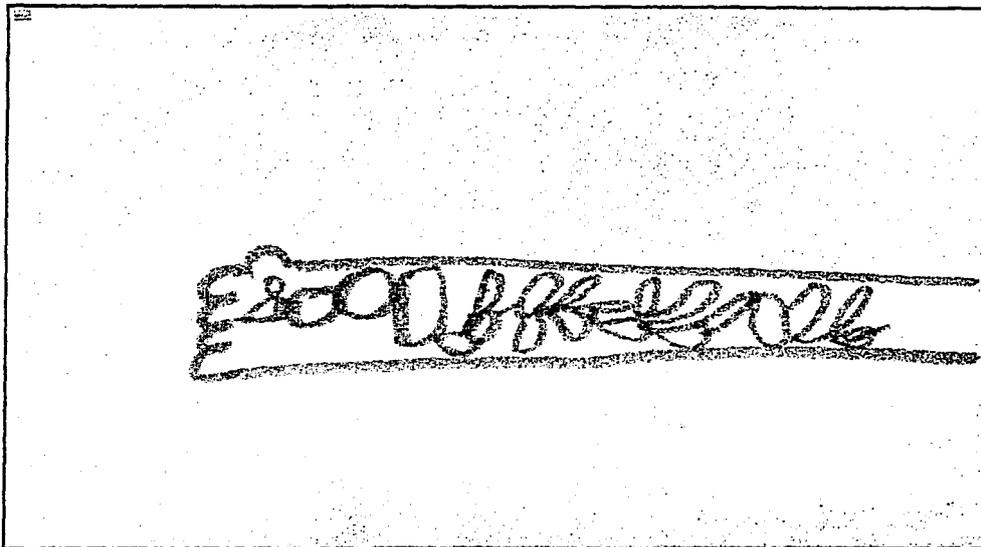
Familiograma 6. Sujeto 6. Niño de 8 años (Omar Manuel).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dermatitis Atópica

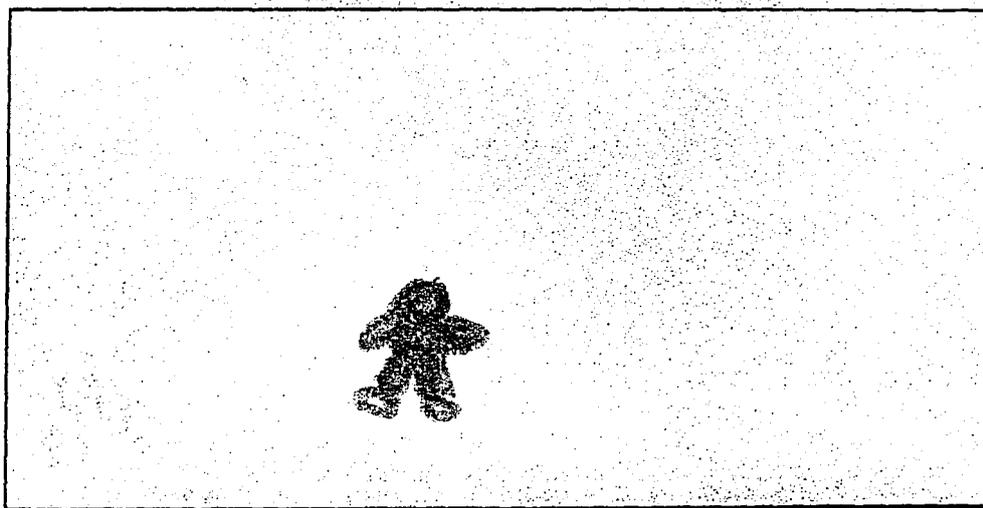
Sujeto 6. Niño de 8 años.

Dermatitis grave.



207

La Piel



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO 7. Niño 7. Sandra Leticia, ocho años, DA moderada.

Es una niña tranquila, extrovertida, respetuosa de los límites, cooperadora, de complexión delgada y alta, tez clara. Cursa el tercer año de primaria, con buen aprovechamiento.

Es producto de la gesta uno, de dos, de un embarazo no planeado ni deseado. La madre cuenta con 27 años de edad, es ama de casa actualmente, tiene un nivel de bachillerato. Ella refiere una historia familiar problemática, con una niñez difícil, siendo huérfana, es donada por su madre biológica a una persona que siempre ha cumplido función materna.

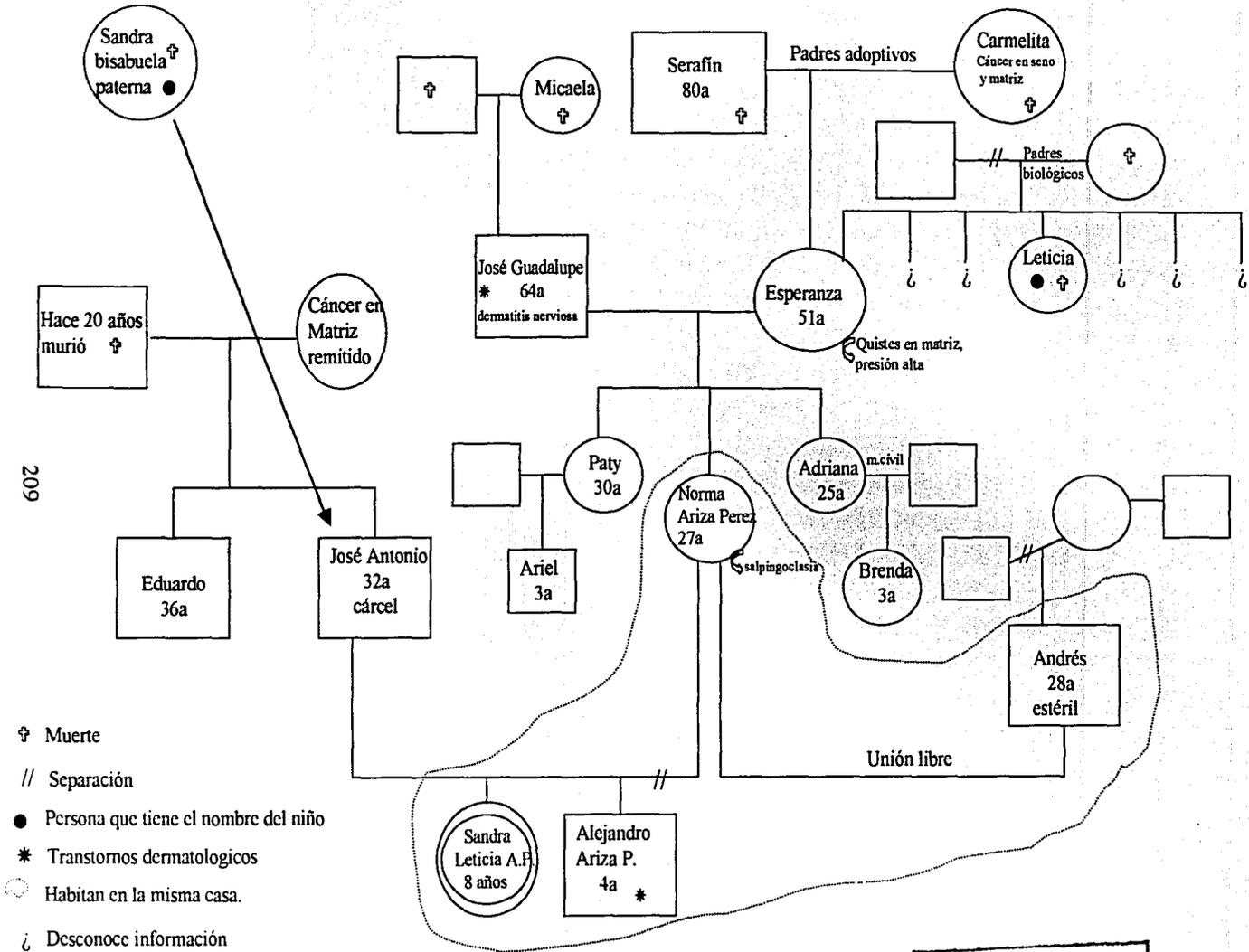
El padre tiene 32 años, del cual sólo se sabe que se halla en prisión, por robo. Es alcohólico y con el cual existió una relación conflictiva, se separan cuando Sandra contaba con dos años.

La familia está formada por la paciente, su hermano, la madre y la pareja actual de ésta, quien es descrito como un hombre de 28 años, noble y comprometido, respetuoso, estéril y cuya actitud hacia la paciente y el hermano es de un padre.

La DA aparece a los cuatro meses de edad, remite entonces y reaparece a los tres años de edad. Observándose exacerbaciones al ingresar a preescolar y a segundo de primaria. Nunca ha sido hospitalizada por el problema en la piel.

La madre tuvo una dermatitis a los doce años, por un período corto, actualmente sólo se da esporádicamente cuando está “nerviosa”. El hermano de la paciente también la padece, aunque es de grado leve. Se sabe que el abuelo materno sufre de “dermatitis nerviosa”.

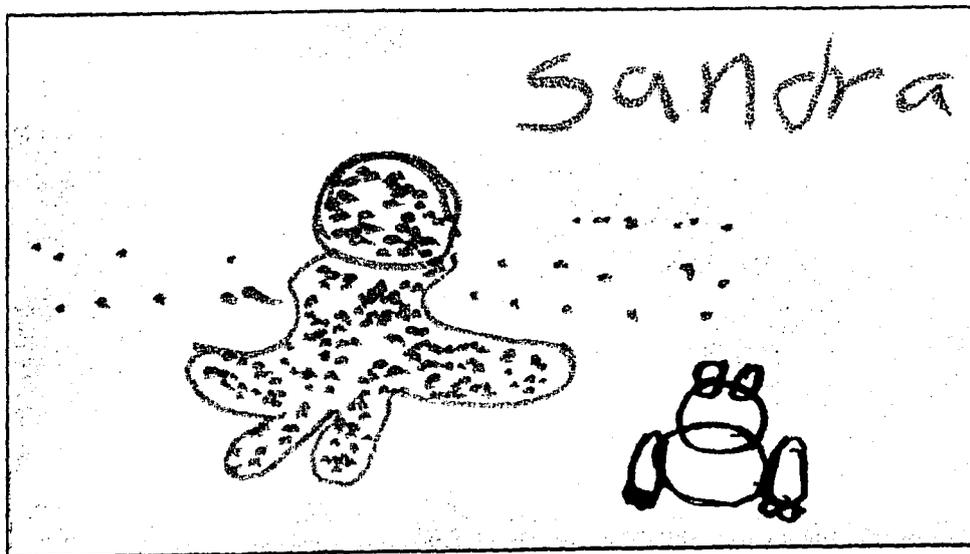
Sandra lleva el nombre de la bisabuela de su padre, quien cubrió la función materna para él (también es el nombre de una gran amiga de la madre de la paciente), el nombre Leticia fue en recuerdo de una tía materna fallecida al parecer en un accidente.



Familiograma 7. Sujeto 7. Niña de 8 años (Sandra Leticia).

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Dermatitis Atópica
Sujeto 7. Niña de 8 años.
Dermatitis moderada.



210

La Piel



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO 8. Niño 8. Víctor Manuel, nueve años, DA severa.

Es un niño curioso, extrovertido, ansioso, muy atento a lo que su madre dice en la sesión (incluso la corrige), luce fatigado, con ojeras, es de tez blanca, complexión delgada. La madre lo describe con un trastorno grave de conducta, le describe demandante, agresivo, impulsivo, con problemas de atención, ha pensado incluso internarle para su corrección. Víctor cursa el tercero de primaria, con mal aprovechamiento.

Producto de la gesta dos, de tres. Es el primero de la unión de sus padres, su madre procreó otro hijo de su antigua pareja, cuenta con 18 años y vive con Víctor.

La DA aparece al año y medio de vida, remite y vuelve a los cinco años, desde entonces no desaparece, comprometiendo todo el cuerpo y en forma grave. Ha sido multitratado y hospitalizado.

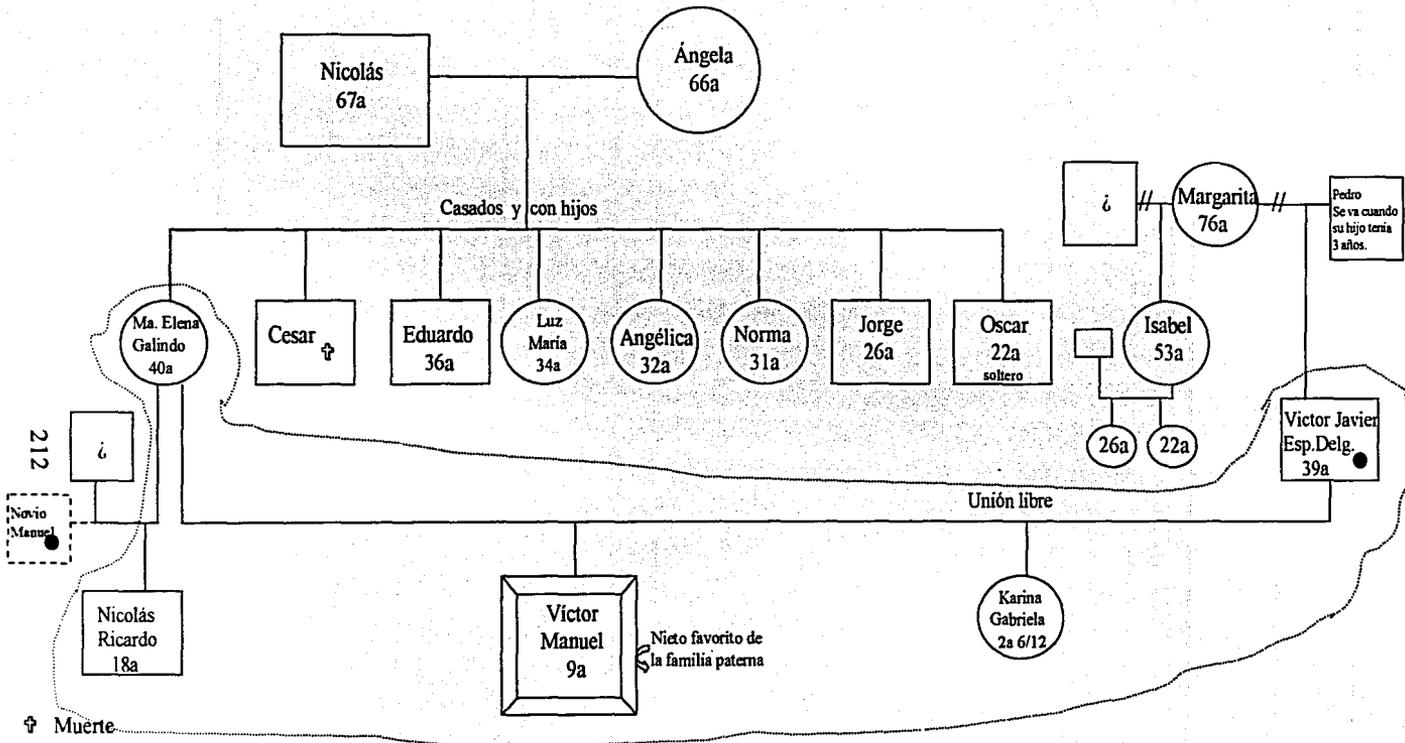
Madre de 40 años, con bachillerato, actualmente ama de casa, el padre tiene 39 años (proviene de una familia desintegrada). Los padres han vivido una relación muy conflictiva, con diversas separaciones, la madre lo adjudica a la intervención de la familia de origen del padre, cuando se separaban, el niño permanecía con el padre y la madre no podía verle.

Está muy consentido por la familia paterna, sobreprotectora, quien le ha llevado a curar en templos.

Víctor fue del sexo deseado por sus padres. Es “la adoración de su padre”, con quien duerme. La madre tiene celos por esto, ella duerme con la hija pequeña, ella refiere “cada quien duerme con su pareja”, “él lo apapacha mucho, pero también lo golpea mucho” (ambivalencia del padre).

El niño lleva el nombre de su padre, Víctor, y Manuel porque “rima” (es el nombre de un antiguo novio de la madre).

Es un niño que puede estar sobre- excitado, la madre pone pocos límites para el tocamiento entre ambos. Durante la entrevista, el menor observa con insistencia el escote de la entrevistadora.



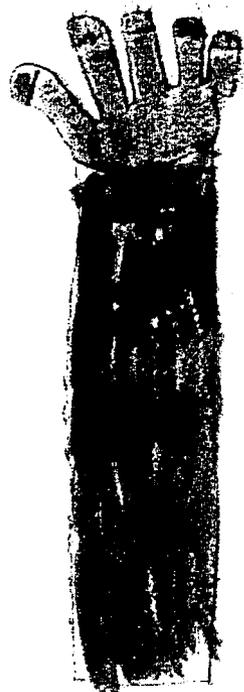
212

- † Muerte
- // Separación
- Persona que tiene el nombre del niño
- Habitan en la misma casa.
- ¿ Desconoce información

Familiograma 8. Sujeto 8. Niño de 9 años (Victor Manuel).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

18 de noviembre de 1998



LABEGES DE VICTOR

Dermatitis Atópica.

Sujeto 8. Niño de 9 años. Dermatitis severa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO 9. Niño 9. Yoselín Guadalupe, nueve años de edad, DA grave.

Es una niña tímida, delgada, respetuosa de los límites, de tez morena. La madre la describe nerviosa, irascible, irritable y fatigada (deprimida). Cursa el cuarto de primaria, con mal aprovechamiento.

Producto de la gesta uno, de dos embarazos, procreada como madre soltera con la primera pareja, trabajaba de empleada doméstica. Actualmente la familia está compuesta por Yoselín, la madre, su pareja actual y un hijo de ambos.

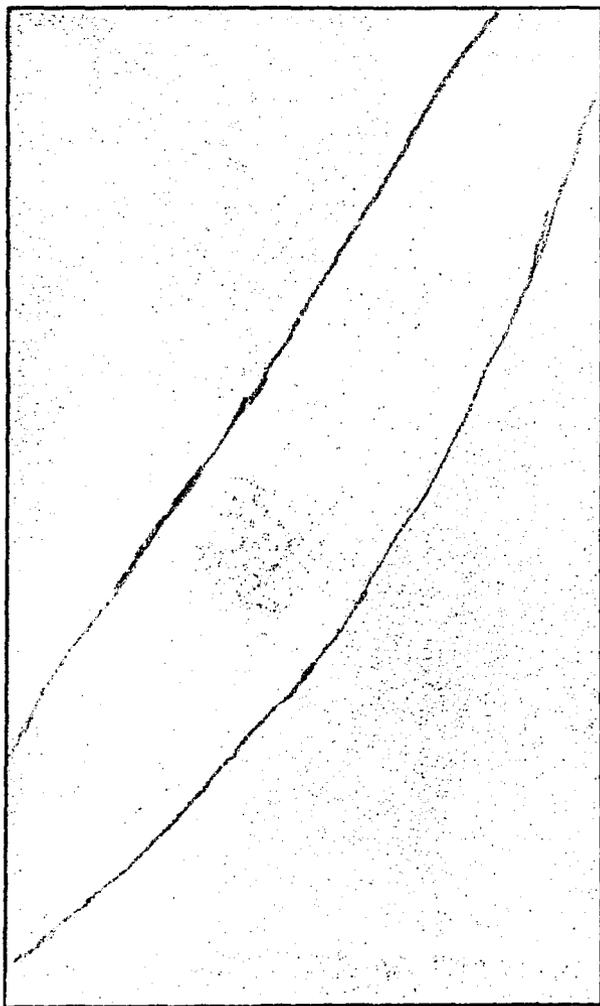
La madre cuenta con 33 años, es ama de casa, ha sido empleada doméstica, pierde el brazo derecho a los catorce años (lo adjudica a error en un yeso). Es una mujer depresiva, con mucha amargura y resentimiento por la vida, que maltrata a sus hijos (la paciente también recibe maltrato en la escuela por las burlas).

La DA aparece a los siete meses de edad, luego remite. A los cuatro años reaparece, en toda la piel. Se da por crisis, ha sido multitratada, nunca ha sido hospitalizada por esto, tiene otros problemas de salud también.

Por su discapacidad, una mujer le ayuda a la madre a cuidar a la niña, los primeros meses, ella, junto con la madre eligen el nombre Yoselín. Guadalupe le es asignado como gratitud a la virgen por haber nacido bien. La madre temía que naciera deforme.

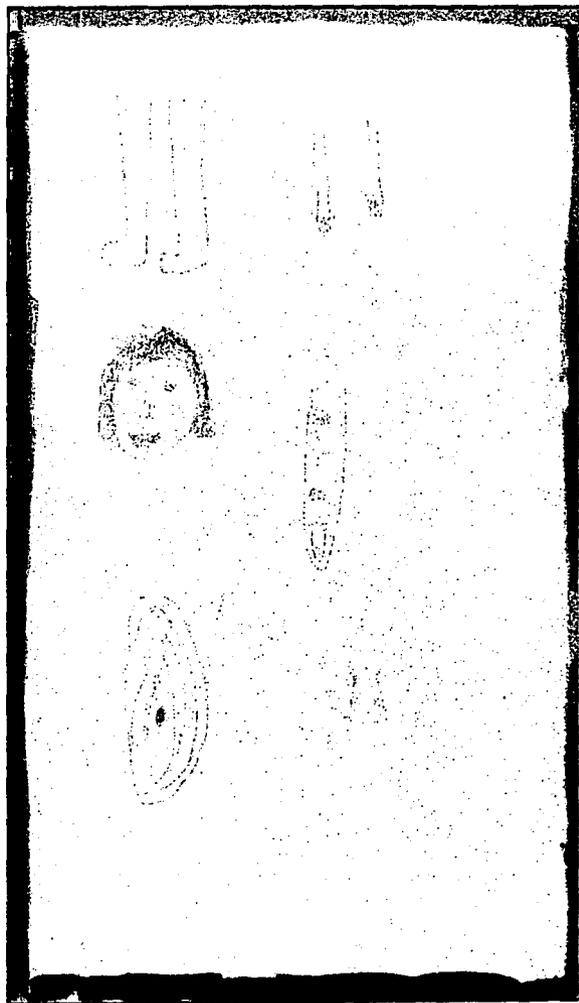
A futuro la madre espera que su hija estudie, desearía que fuese enfermera (lo que ella deseó) y que no hiciera trabajo duro con las manos.

Su situación económica es de pobreza extrema. La pareja actual de la madre es un hombre violento, alcohólico que la maltrata, junto con la niña, y la amenaza con quitarle al hijo.



Dermatitis Atópica.

Sujeto 9. Niña de 9 años. Dermatitis grave.



La Piel

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO 10. Niño 10. Cristian Emilio, diez años de edad, DA leve.

Es un niño amable, introvertido, alto y obeso, de tez blanca, usa lentes. Cursa el cuarto de primaria con buen aprovechamiento.

Producto de la gesta uno, de dos embarazos, el segundo fue un aborto.

La madre cuenta con 33 años, proveniente de una familia desintegrada (padre con múltiples parejas), es ama de casa actualmente, aunque vende en puesto y aporta dinero al hogar, cuenta con bachillerato. El padre cuenta con 32 años, tiene bachillerato y es empleado.

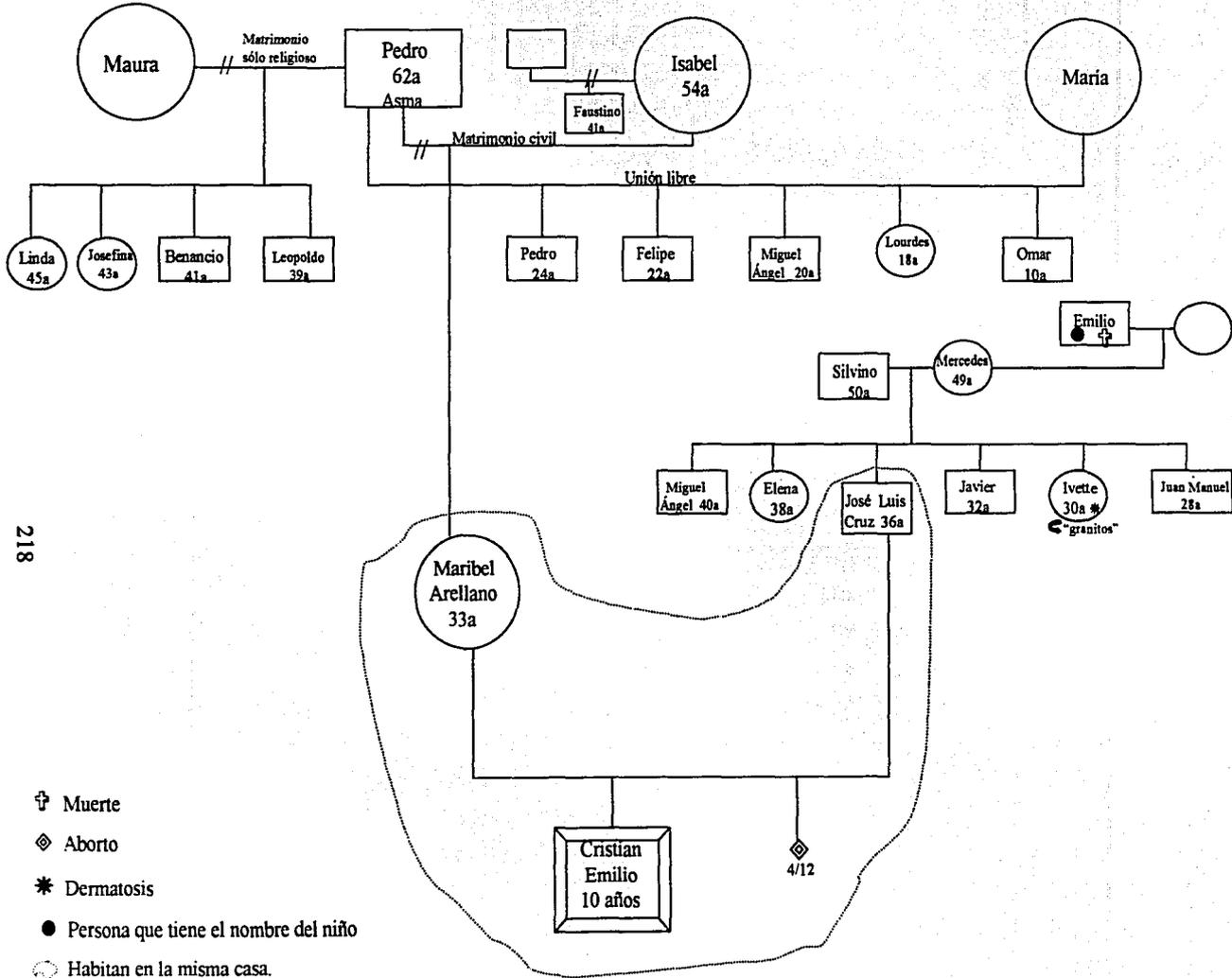
El problema en la piel aparece desde los ocho meses, casi imperceptible en la cara y en un área pequeña en el brazo. Nunca ha estado hospitalizado por esto. Tanto el niño como la madre se refieren a la dermatitis como “familia de granitos”, constantemente.

El padre es descalificado por la madre, él encuentra problemas para poner límites al niño, quien le trata como su igual. La madre se autodescribe como agresiva e impulsiva.

Inicialmente la pareja tuvo conflictos, incluso una separación, actualmente su relación es descrita como adecuada.

El niño establece relación muy estrecha con la madre, sin límites para la intimidad, duerme en el cuarto de los padres, a pesar de que tienen espacio y recursos para habilitarle una recámara propia.

El niño fue del sexo deseado por la madre. Lleva primero el nombre que ella eligió, Cristian, después el nombre elegido por el padre (Emilio, era el bisabuelo del padre).



† Muerte

◇ Aborto

* Dermatitis

● Persona que tiene el nombre del niño

○ Habitan en la misma casa.

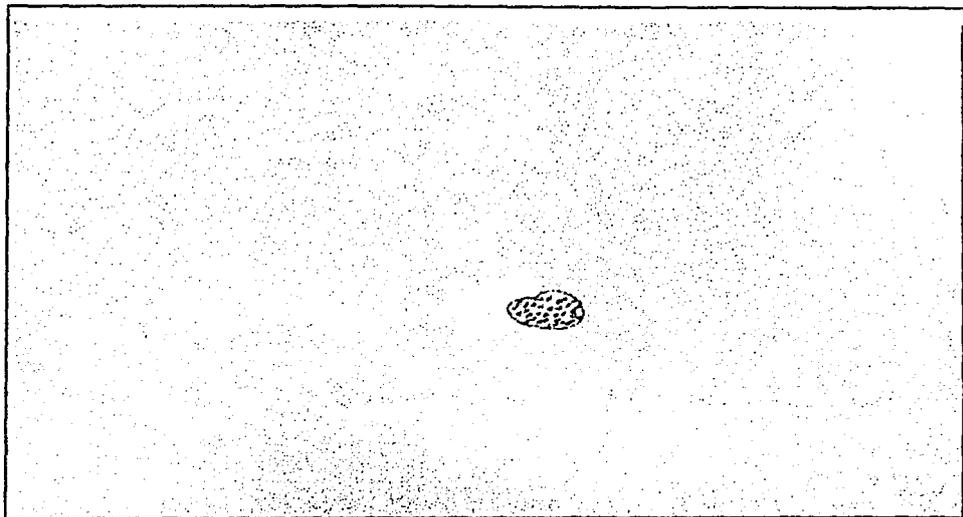
// Separación

Familiograma 10. Sujeto 10. Niño de 10 años (Cristian Emilio).

Dermatitis Atópica

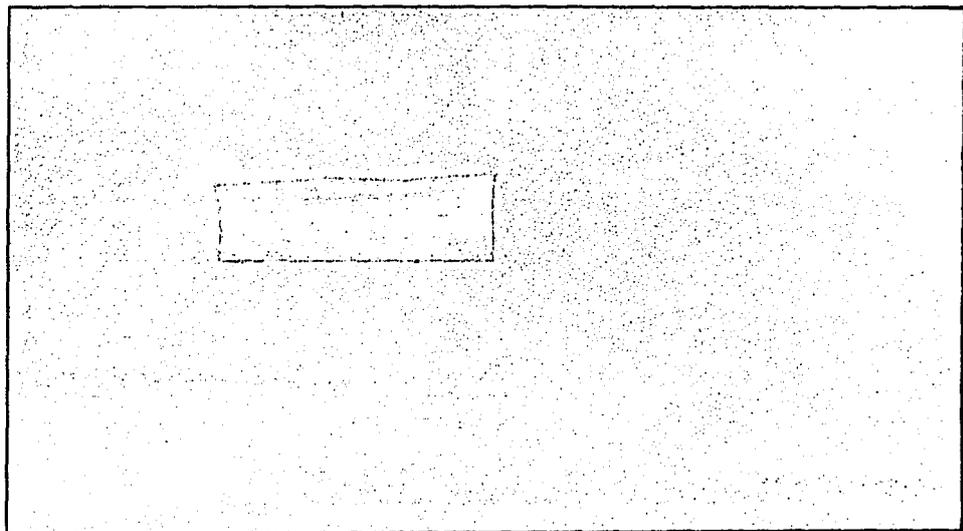
Sujeto 10. Niño de 10 años.

Dermatitis leve.



219

La Piel



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO 11. Niño 11. María Anayeli, diez años de edad, DA grave.

Es una niña tranquila, medianamente extrovertida, cooperadora, muy atenta al relato de su madre. La madre la describe irascible y deprimida. Tiene tez morena, es delgada y cursa el cuarto de primaria, con regular aprovechamiento.

Producto de la gesta dos, de cinco embarazos (el último aborto), es la única mujer.

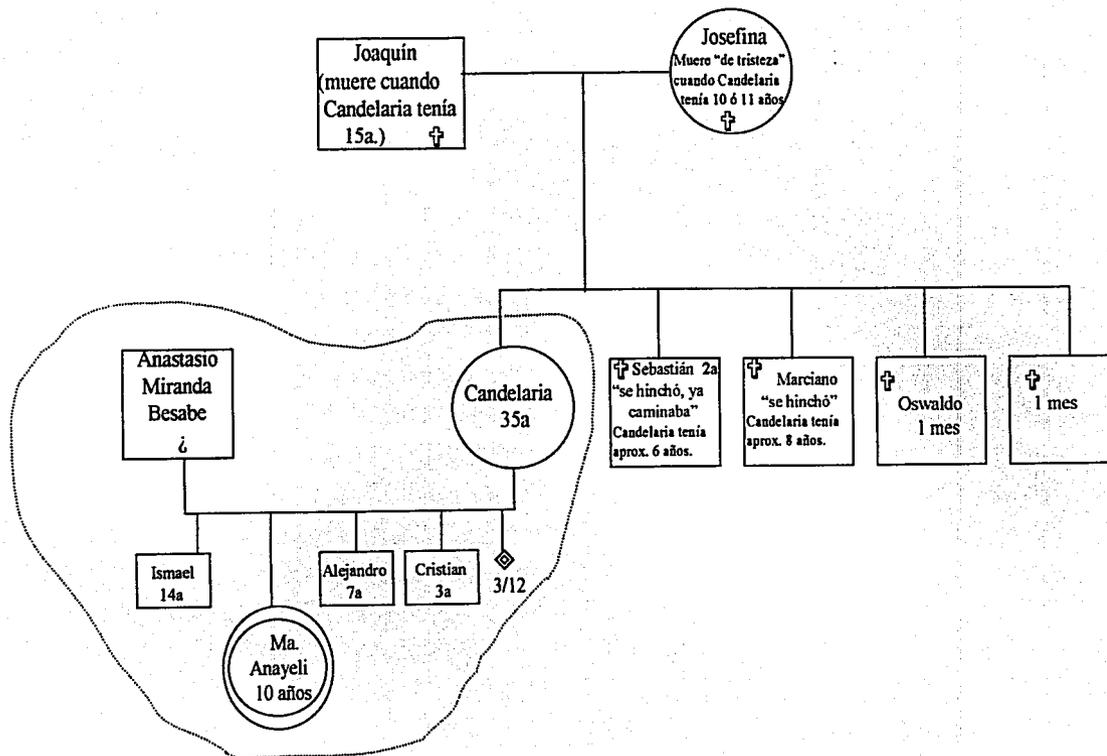
La DA inicia a los tres años, en diversas partes del cuerpo, la madre lo relaciona con un violento suceso de la familia (asesinato de un pariente, la niña lo ve). La DA se ha presentado en crisis.

La madre cuenta con 35 años, con secundaria, trabaja fuera de casa, primogénita, única mujer y única sobreviviente de los hijos de sus padres, sus cuatro hermanos fallecen antes de cumplir los ocho años (su madre nunca pudo recuperarse del impacto y fallece cuando la madre de la paciente tiene entre diez y once años). La madre ignora la edad del padre, él es empleado, cuenta con instrucción secundaria.

La paciente fue del sexo deseado por la madre, desde niña lo deseó, ella temía no poder ser madre debido a una caída que tuvo en su infancia. El nombre fue elegido por una comadre, de la madre, ya que ignoraba cómo denominarla.

Por otro lado, uno de los hermanos sufre asma.

En cuanto a la pareja de padres, existen conflictos entre ellos, hay desacuerdo para manejo de disciplina.



† Muerte

¿ Desconoce información

◇ Aborto

○ Habitan en la misma casa.

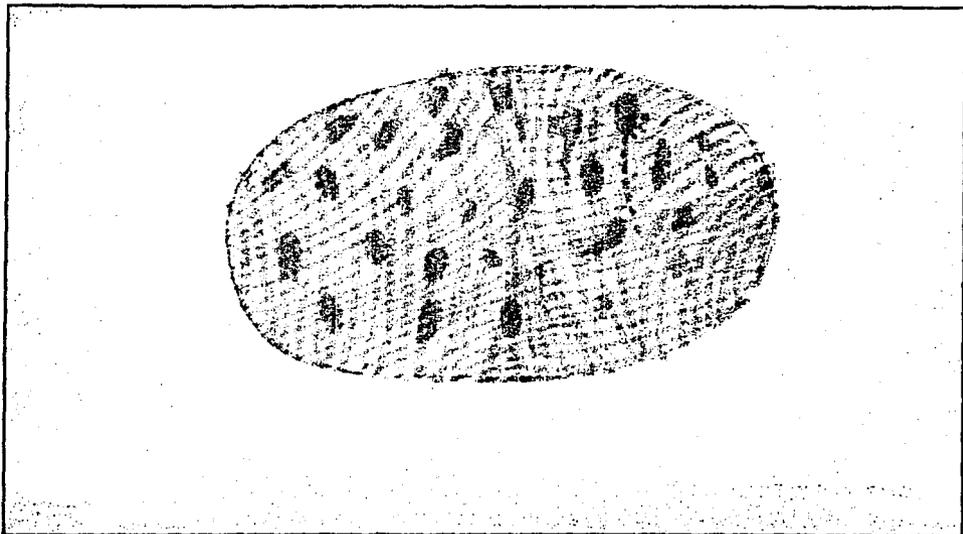
Familiograma 11. Sujeto 11. Niña de 10 años (María Anayeli).

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Dermatitis Atópica

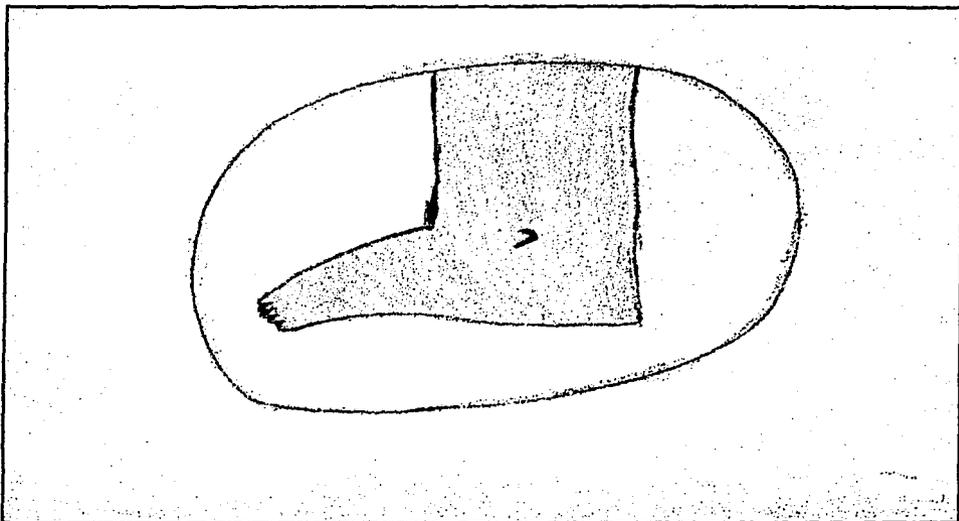
Sujeto 11. Niña de 10 años.

Dermatitis grave.



222

La Piel



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN