

UNIVERSIDAD POLITECNICA SALESIANA
Unidad de Postgrados
Maestría en Intervención, Asesoría y Terapia Familiar
Sistémica

TESIS FINAL
Previa a la obtención del título:

MAGISTER EN INTERVENCION, ASESORIA Y
TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

LA ESTRUCTURA FAMILIAR EN LOS PACIENTES
AFECTADOS POR PSORIASIS EN LA CONSULTA
PRIVADA, EN LA CIUDAD DE QUITO

Elaborada por: Dra. Jady Alemán
Ing. Yadira Muñoz

Director: Dr. Giovani Toscano

Cuarta Promoción

Quito, 2010

Índice General

Agradecimiento	v
Dedicatoria	vi
Introducción	2
Parte I - Marco Teórico	4
Capítulo 1 - La Piel	4
1.1 Anatomía de la piel.....	4
1.2 Histología de la piel.....	4
1.3 Fisiología de la piel	8
Capítulo 2 - La psoriasis	10
2.1 Fisiopatología de la psoriasis.....	11
2.2 Tipos de psoriasis	12
2.2.1 Psoriasis pustulosa.....	12
2.2.2 Psoriasis no pustulosa o vulgar.....	14
2.3 Diagnóstico de psoriasis no pustulosa o vulgar.....	20
2.3.1 Diagnóstico diferencial de la psoriasis no pustulosa o vulgar.....	20
2.4 Tratamiento para la psoriasis no pustulosa o vulgar.....	22
Capítulo 3 - La estructura familiar	28
3.1 La familia como sistema.....	28
3.2 El modelo estructural de la familia.....	30
3.3 Diagnóstico estructural.....	37
3.3.1 Genograma	38
Capítulo 4 - Modelo Circumplejo de Olson.....	40
4.1 Dimensión del Modelo	40
4.1.1 Cohesión	40
4.1.2 Adaptabilidad	41
4.2 Tipos de familias de Equilibradas, rango medio y extremas	44
4.2.1 Cuadro de semejanzas y diferencias de las características generales en las familias extremas, de rango medio y equilibradas	45
4.2.2 Glosario del cuadro.....	47
4.2.3 Cuadro de rango de cohesión y adaptabilidad	50
Capítulo 5 – Metodología de la investigación	51
5.2 Planteamiento de las preguntas de investigación	51

5.3 Planteamiento de las hipótesis iniciales	51
5.4 Definición de los objetivos de la investigación	52
5.4.1 objetivo general	52
5.4.2 Objetivos específicos	52
5.5 Cuadro metodológico	53
Parte II - Práctica.....	54
Capítulo 6 – Resultados	54
6.1 CASO JUAN	56
6.1.1 Datos de filiación.....	56
6.1.2 Información relevante.....	56
6.1.3 Genograma familiar.....	57
6.1.4 Entrevista semiestructurada.....	57
6.1.5 Escala de Evaluación del Sistema Familiar – Caso 1: Juan	60
6.2 CASO ROSA.....	61
6.2.1 Datos de filiación.....	61
6.2.2 Información relevante.....	61
6.2.3 Genograma familiar.....	62
6.2.4 Entrevista semiestructurada.....	62
6.2.5 Escala de Evaluación del Sistema Familiar – Caso 2: Rosa.....	65
6.3 CASO PEDRO	66
6.3.1 Datos de filiación.....	66
6.3.2 Información relevante.....	66
6.3.3 Genograma familiar.....	67
6.3.4 Entrevista semiestructurada.....	67
6.3.5 Escala de Evaluación del Sistema Familiar – Caso 3: Pedro	70
6.4 CASO SILVIA	71
6.4.1 Datos de filiación.....	71
6.4.2 Información relevante.....	71
6.4.3 Genograma familiar.....	72
6.4.4 Entrevista semiestructurada.....	72
6.4.5 Escala de Evaluación del Sistema Familiar - Caso 4: Silvia	75
6.5 CASO JOSE	76
6.5.1 Datos de filiación.....	76
6.5.2 Información relevante.....	76

6.5.3 Genograma familiar.....	76
6.5.4 Entrevista semiestructurada.....	77
6.5.5 Escala de Evaluación del Sistema Familiar – Caso 5: José.....	79
6.6 CASO NANCY	80
6.6.1 Datos de filiación.....	80
6.6.2 Información relevante.....	80
6.6.3 Genograma familiar.....	81
6.6.4 Entrevista semiestructurada.....	81
6.6.5 Escala de Evolución del Sistema Familiar – Caso 6: Nancy.....	84
Capítulo 7 – Análisis y Discusión de Resultados	85
7.1 Cuadro de recopilación de datos entre tipos de psoriasis y la estructura familiar .	87
Análisis del cuadro 7.1	88
7.2 Cuadro resumen de semejanzas y diferencias entre los tipos de psoriasis y la estructura familiar.....	92
Análisis del cuadro 7.2	93
Parte III - Conclusiones y Recomendaciones	94
Capítulo 8 – Conclusiones	94
Capítulo 9 – Recomendaciones.....	98
Parte IV – Bibliografía.....	100
Parte V - Anexos	101

Agradecimiento

Gracias primero a Dios, porque en su infinita bondad ha cumplido los anhelos de mi corazón, el ya sabía que este momento tenía que llegar.

A mis formadores que con cariño y buena voluntad compartieron sus conocimientos y experiencias.

A Marco mí querido esposo, ya que siempre ha sido incondicional con mis causas y anhelos.

A mis tres hijos, mis tres bendiciones:

Vero por su paciencia y bondad

Miguel por su escucha generosa.

René por su apoyo y reconocimiento.

A mis nietas Dome y Rafa que como rayos de luz vinieron a mi vida.

A mis recuerdos y por qué? no, también a mis fantasmas que marcaron las elecciones hechas, buenas o malas, conduciéndome a éste maravilloso momento.

Jady

Agradezco a Dios, por la vida, por el amor incondicional que siento de el y por el. Por darme la oportunidad de hacer las cosas diferentes con amor.

A mi familia y amigos por el estar y apoyar día a día mis sueños.

A mis profesores por todas sus enseñanzas, por ponerle corazón en cada clase, por darnos mucho de ellos.

A mi compañera y amiga Jady, por su entrega, su dedicación y cariño.

Yadira

Un agradecimiento muy especial para Giovani, nuestro director de tesis, por su paciencia, tiempo y reflexión para con nosotras.

Jady - Yadira

Dedicatoria

A Vero por que desde su silencio me hablo con palabras de búsqueda.

Jady

A Dios por ser mi amor, a mi familia, a mis amigos infinitos, a mis amigas lunas, a Mariana, Diego, Marco, Orlando, a mis amigos de la u, a todos y cada uno que han estado que han escuchado que han compartido mi vivencia y se han alegrado por ella. Ahí estoy día a día estoy.

Yadira

**LA ESTRUCTURA FAMILIAR EN LOS PACIENTES
AFECTADOS POR PSORIASIS EN LA CONSULTA PRIVADA, EN
LA CIUDAD DE QUITO**

Introducción

Nos ha parecido interesante realizar un trabajo como éste pues nos proponemos investigar la relación entre psoriasis y la estructura familiar. Pretendemos adentrarnos en el componente familiar de psoriasis, investigando los nexos existentes entre la presencia de esta patología y su correspondencia en cuanto a la organización familiar.

Nosotros queremos saber si existe relación entre los problemas estructurales existentes en el seno familiar y la presencia de psoriasis, pues consideramos que las dificultades familiares pueden afectar el curso clínico de esta enfermedad.

El factor emocional es un factor evidentemente relacionado con psoriasis. De hecho, psoriasis está considerada dentro de las llamadas “enfermedades psicosomáticas”. Nuestra inquietud es determinar la relación que tiene las emociones familiares con psoriasis.

Creemos que los elementos psicológicos son, junto con otros, factores desencadenantes decisivos en esta enfermedad psicosomática. Y eso se pone en evidencia cuando constatamos que ésta es una patología que necesita un respaldo psicológico paralelo al tratamiento farmacológico.

No hemos encontrado en nuestro país un registro que relacione la psoriasis con la estructura familiar. Existen muchas implicaciones psicológicas no descritas en un paciente de psoriasis, que no son tan tomadas en cuenta como las implicaciones médicas. Estas implicaciones afectan a la familia no solo en la parte médica, sino también en la estructura del conjunto familiar.

Los eventuales beneficios que podrían ofrecer alternativas más “psicológicas” de tratamiento llevarían a que el abordaje de psoriasis no sea exclusivamente farmacológico, sino que se permita un abordaje cada vez más “multidisciplinario”, en el cual se refuerce el componente psicoterapéutico y particularmente, en lo que nos ocupa en este trabajo, el abordaje sistémico familiar. El beneficio sería mayor para el paciente y para su familia.

Así, vamos a describir los aspectos principales de los temas a tratar en nuestra investigación, empezando por la descripción de la fisiología de la piel, para seguir con la fisiopatología de psoriasis. Nos centraremos más en psoriasis vulgar o no pustulosa ya que ésta es mucho mas frecuente y es, en base a la cual, abordaremos nuestra investigación.

A continuación, estudiaremos la estructura familiar, que describe la totalidad de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico como es la familia.

Dentro de la estructura familiar vamos a considerar, para nuestro estudio, los límites, que son las reglas que determinan qué miembros de los diferentes subsistemas participan y de qué manera.

Parte I - Marco Teórico

Capítulo 1 - La Piel

1.1 Anatomía de la piel

La piel es uno de los órganos más grandes del cuerpo humano, equivale al 16% del peso corporal del adulto promedio.

La coloración ha servido para diferenciar las distintas razas.

Su grosor varía según las regiones: las partes más gruesas corresponden a la región pilosa de la cabeza hasta el dorso, las palmas de las manos, las plantas de los pies; es más fina a nivel de las orejas, en los párpados y en los genitales externos. Su espesor es, generalmente, de 2 milímetros.

La piel del niño y de la mujer es más delgada que la del hombre.

Al tacto, la piel da una sensación de suavidad. Cuando se la mira con una lupa se observa un fino cuadrículado de líneas ligeramente oblicuas, en donde se presentan los orificios de desembocadura de las glándulas anexas que son: sudoríparas y sebáceas. Los poros excretores están bien desarrollados en algunos individuos, y alrededor de ellos se encuentran los vellos, más gruesos o más delgados según la parte en observación.

Estos elementos están sujetos a las reacciones del sistema neurovegetativo.

1.2 Histología de la piel

La piel es una unidad funcional y todas sus estructuras y funciones se relacionan.

La piel está formada por dos capas: la epidermis y la dermis.

La epidermis, es avascular; está formada por un epitelio poliestratificado con cornificación superficial. Siendo la mas externa procede del ectodermo. Se dispone en diferentes subcapas, que de la profundidad a la superficie son:

- a) Membrana basal

- b) Cuerpo mucoso de Malphigio, con células espinosas claras
- c) Estrato granuloso
- d) Estrato lúcido
- e) Estrato córneo

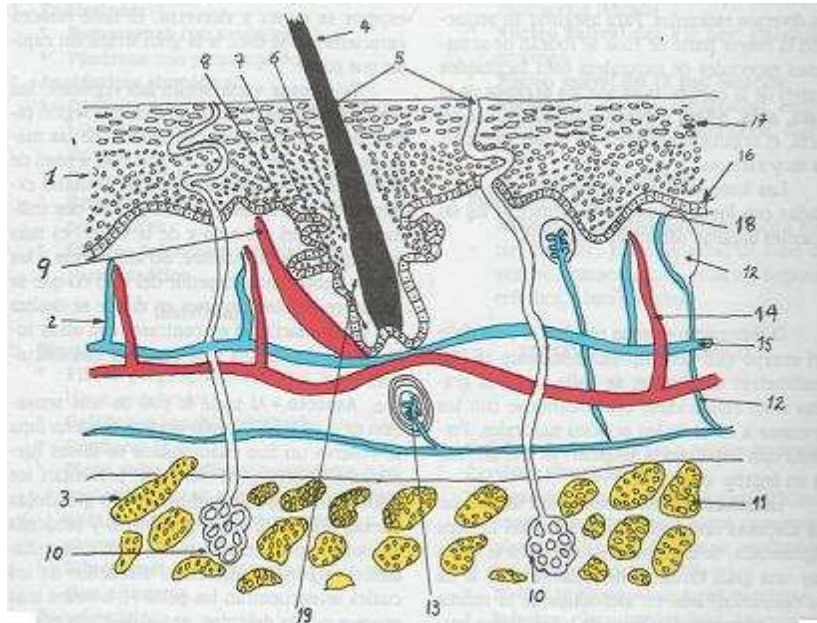


Gráfico 1 – Sección microscópica de la piel: (Anatomía Humana de Paltan, 1993)

- 1. epidermis
- 2. dermis
- 3. tejido celular subcutáneo
- 4. tallo del pelo
- 5. poro de piel
- 6. bulbo piloso
- 7. folículo piloso
- 8. glándula sebácea
- 9. músculo erector del pelo
- 10. glándula sudorípara
- 11. tejido adiposo
- 12. corpúsculos táctiles de Meissner
- 13. corpúsculo de Paccini
- 14. arteria
- 15. vena
- 16. capa de Malphigio
- 17. capa córnea
- 18. papilas dérmicas
- 19. raíz de pelo.

En la epidermis se reconocen cuatro tipos de células, que son:

- queratinocitos
- melanocitos

- células de Langerhans
- células de Merkel.

Todas las células cumplen una función particular, pero éstas están integradas entre sí.

Los queratinocitos son células de la epidermis y son predominantes (90%) en la piel; se organizan en cuatro capas que se diferencian por las características de las células en el proceso de diferenciación y son: basal, espinosa, granulosa y cornea.

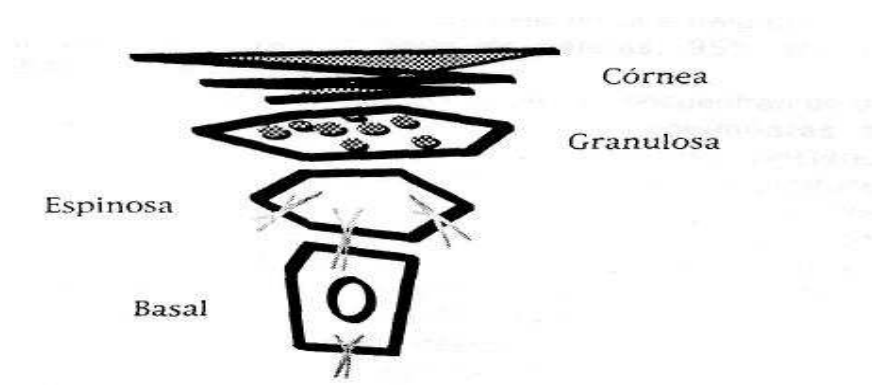


Gráfico 2 – Capas de los queratinocitos (Libro de resúmenes, Encuentro internacional de psoriasis, dermatosis relacionadas y trastornos)

La capa basal y espinosa tienen una importante actividad metabólica y de fijación a través de los desmosomas o puentes intercelulares, éstos son estructuras celulares que mantienen adheridas a células vecinas, además permiten que exista cierto movimiento en común entre las células adyacentes que están unidas mediante ellos. Los desmosomas tienen mucha importancia en el sistema inmunitario innato, pues permite establecer uniones muy resistentes evitando la separación de las células epiteliales por acción mecánica o por presión. Así la piel se ha convertido en una barrera mecánica de protección.

Las capa granulosa y cornea intervienen, fundamentalmente, en la formación y mantenimiento de la capa córnea de la superficie de la piel.

Los queratinocitos son células muertas que se desprenden continuamente en forma de escamas córneas. Contienen una proteína muy dura que se llama queratina; ésta

sustancia natural estimula el crecimiento de células epiteliales en la piel y de las que revisten la superficie de la boca, el estómago y los intestinos.

Esta capa constituye una barrera de protección contra todo tipo de agentes lesivos y microorganismos patógenos.

Los melanocitos producen la melanina, el pigmento que da color a la piel, protegiéndola de la radiación solar ultravioleta. A la vez, los melanocitos transfieren la melanina a los queratinocitos.

Las células de Langerhans son inmunológicas especializadas. Tienen una vida media de quince días en la epidermis (en el parénquima de la piel), tienen la capacidad de captar, presentar antígenos y desencadenar la respuesta inflamatoria.

Las células de Merkel, son receptores sensoriales especiales; se encuentran en la capa basal y transmiten estímulos al sistema nervioso central. Estas células son sensibles a cualquier proceso inflamatorio epidérmico.

La dermis, forma el esqueleto sobre el que descansa la piel, ya que sirve de sostén, da alojamiento a los vasos sanguíneos que la alimentan. Es interior y procede del mesodermo.

La dermis está formada por las siguientes capas:

- a) La superficial, forma una serie de digitaciones denominadas papilas dérmicas, que son de dos clases: vasculares para los vasos sanguíneos y nerviosas para los filetes nerviosos.
- b) Capa media, constituida por una trama de fibras conjuntivas y elásticas entre mezcladas, es el corión.
- c) La más profunda o hipodermis, sirve como substracto con gran cantidad de grasa en el que se asientan las glándulas sudoríparas y sebáceas.
- d) Pelos, son filamentos córneos elásticos consistentes y flexibles. Se desprenden de las depresiones de la dermis denominados folículos pilosos, en cuyo fondo se encuentran los vasos que los nutren.

La irrigación de la piel se realiza gracias a una abundante cantidad de arterias que forman una red subdérmica, encargadas de su nutrición, sin llegar jamás a la epidermis; proceden de los vasos regionales más próximos. Terminan en el espesor de las papilas formando ramilletes vasculares.

Las venas y linfáticos se originan en las papilas de las glándulas y en los folículos, formando una red subpapilar que sale a drenar en las redes subcutáneas, para dirigirse también a sus territorios topográficos correspondientes.

La inervación es abundantísima por su finalidad. La distribución de las terminaciones nerviosas varía según las regiones consideradas. De manera general forman con las células epiteliales el llamado neuroepitelio.

1.3 Fisiología de la piel

Las funciones principales de la piel son: la de protección, termorregulador, emuntoria, de sensibilidad, de respiración y de absorción.

Protección, defiende al organismo de los agente externos, por ejemplo frío, calor.
Termorregulador, nos da la capacidad para mantener la temperatura del cuerpo.
Emuntoria, controla la secreción sudoral y ayuda a los riñones a eliminar los líquidos nocivos del organismo.

Sensibilidad, función por la cual nos damos cuenta de las propiedades de los cuerpos que se pueden en contacto con ella. Existe una variedad de terminaciones nerviosas para cumplir específicamente con la recepción de determinados estímulos.
Respiración, aquella que facilita el intercambio de gases entre la sangre y el ambiente.
Absorción, debido a la gran cantidad de vasos linfáticos que corren en la dermis, se produce esta función, hay que considerar que muchas sustancias medicamentosas atraviesan la epidermis para llegar a la corriente linfática e incorporarse al organismo.¹

¹ DR. PALTAN J D, Anatomía humana general y descriptiva. Ed. Universitaria. Quito – Ecuador 1993, Pág. 733

Como veremos más adelante, en la psoriasis, las células inmunológicas de la epidermis y la dermis juegan un papel fundamental en el establecimiento de las lesiones.

Capítulo 2 - La psoriasis

La psoriasis es una enfermedad crónica, progresiva, de la piel, solamente controlable, que afecta a un 2 por ciento de la población, según FEPSO Fundación Ecuatoriana de Psoriasis. A escala mundial, esta enfermedad de la piel provoca en la persona un rechazo social ya que, por la apariencia, el mal puede ser confundido con lepra.

La psoriasis tiene carácter inflamatorio; se presenta como placas rojas en forma de gotas o de anillos; sobre éstas se asienta una especie de escamas.

Es una dermatosis crónica con lesiones típicas (pápulas y placas eritemato-descamativas) con predisposición genética y modulada por factores no genéticos del entorno y del organismo

De acuerdo a la FEPSO, ésta se presenta como máculas descamativas, que se evidencian, indistintamente, en cualquier parte del cuerpo.

La enfermedad es detectada a través del diagnóstico clínico. Sólo cuando hay dudas en ese chequeo se procede a tomar una biopsia (muestra del tejido) con la que se corrobora si el paciente padece o no de esa enfermedad. La psoriasis no se contagia y es solo controlable.

A pesar de que la psoriasis es un trastorno de la piel, sus consecuencias se pueden evidenciar tanto a nivel psicológico, laboral y familiar.

Un dato importante y de tomar en consideración es que casi el 80 por ciento de los pacientes de psoriasis sufre un trastorno de carácter afectivo (Rubinstein, 2006).

Las secuelas psicológicas se presentan de acuerdo al lugar donde se evidencian las lesiones, que puede ser en gran parte del cuerpo, sea éste el tórax anterior o posterior, los antebrazos, zonas de flexo extensión, glúteos o bien en una pequeña parte como la cara, manos, cuello pero que son zonas muy visibles.

2.1 Fisiopatología de la psoriasis

En el caso de la psoriasis, las alteraciones involucran a los queratinocitos, que presentan un ciclo celular acelerado rápido, que se expresa por un engrosamiento de la epidermis, con una consecuente papilomatosis, que es la prolongación de las papilas dérmicas casi hasta la superficie de la piel, cerca del estrato córneo, dando una imagen histopatológica característica, como lo evidencia el gráfico siguiente:

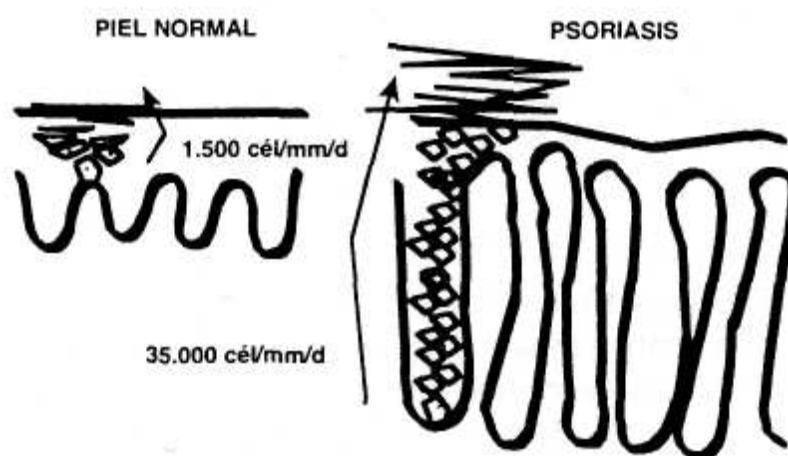


Gráfico 3 – Fisiopatología de la Psoriasis (Libro de resúmenes, Encuentro internacional de psoriasis, dermatosis relacionadas y trastornos)

Los queratinocitos están en continua renovación y pasan, progresivamente, de la capa basal a las zonas superiores, por diferenciación celular, hasta la capa córnea, donde forman una capa de células muertas en forma de escamas y rica en queratina. Se calcula que tardan un mes en el trayecto desde la capa basal (capa germinativa) hasta la capa córnea, aunque el proceso puede verse acelerado en casos de hiperproliferación que es el aumento en la producción de células en este caso los queratinocitos en la psoriasis. En las lesiones psoriásicas muy activas se reduce de 3 a 4 días ya que la velocidad de replicación de las células epidérmicas esta muy acelerada.

Los análisis cinéticos efectuados por Weinstein y Frost (Walter Lever, 1980), basados en estudios de las células epidérmicas fueron interpretados como un acortamiento del ciclo reproductivo celular de 457 horas para las células germinativas normales a 37,5 horas en las células germinativas psoriásicas.

2.2 Tipos de psoriasis

Existen dos tipos de psoriasis: pustulosa y no pustulosa o vulgar, que las describimos a continuación.

2.2.1 Psoriasis pustulosa

Es una forma inestable de la psoriasis en la que la piel afectada queda cubierta por pústulas sobre una piel inflamada y eritematosa, que con el paso del tiempo se descama, a medida que se secan las pústulas. Una característica descriptiva clave es que se trata de una dermatosis caracterizada por una pustulación subcorneal microscópica amplia no infecciosa.

Dentro de la población afectada por la psoriasis, solamente el 2 por ciento llega a ser afectado por la psoriasis pustulosa, los pacientes son escasos, razón por la cual nuestro estudio se centrara en un universo más amplio como el de los enfermos con la psoriasis no pustulosa.

Los subtipos de psoriasis pustulosa son:

a) Psoriasis pustulosa generalizada

La psoriasis generalizada o Von Zumbush se inicia bruscamente, poniendo en peligro la vida del paciente; afecta a casi todo el cuerpo y se acompaña, generalmente, de fiebre, malestar y leucocitosis. Afecta tanto a hombres como a mujeres, y a estas últimas en mayor proporción.

b) Psoriasis pustulosa tipo anular

Es un padecimiento de baja intensidad con lesiones anulares diseminadas y una menor respuesta sistémica.

c) Psoriasis pustulosa exantemática

Aparece, generalmente, en pacientes que no tienen antecedentes de psoriasis y es la respuesta a una infección o a un fármaco. La forma localizada hace referencia a las pústulas aparecidas en la superficie de las placas de psoriasis vulgar; esto sugiere que el paciente presenta una forma de psoriasis más inestable, con mayor propensión al deterioro hacia una forma de enfermedad más grave.

d) Psoriasis eritrodérmica

Es muy infrecuente pero muy grave, afecta a toda la superficie corporal, incluso cara, manos y pies. Predomina el eritema sobre la descamación. Su aspecto clínico puede confundirse con una eritrodermia secundaria u otras etiologías como la pitiriasis rubra, eccema o una erupción farmacológica. Aparece con frecuencia en pacientes que presentan una psoriasis vulgar inestable. Cuando pasa a estar descontrolada puede cubrir, de manera progresiva, áreas más amplias de la piel dando lugar a una eritrodermia, que se caracteriza por una descamación eritema extenso y edema. Al afectar la cara es frecuente observar ectropión, síntomas sistémicos como fiebre, escalofríos, dificultad respiratoria, fatiga, mialgias; no es infrecuente una bacteremia por estafilococo aureus, pudiendo aparecer una osteomielitis, endocarditis o neumonía, lo que justifica con frecuencia, una hospitalización.



Gráfico 4 - Psoriasis eritrodérmica (Libro de resúmenes, Simposio para el manejo razonable de la Psoriasis)



Gráfico 5 - Psoriasis eritrodérmica (Libro de resúmenes, Simposio para el manejo razonable de la Psoriasis)

2.2.2 Psoriasis no pustulosa o vulgar

La psoriasis no pustulosa o psoriasis vulgar o en placa crónica, en la cual centraremos nuestro estudio, se caracteriza por una o más placas ovales, de un color rojo brillante y homogéneo, de bordes netamente delimitados; el tamaño de la placa puede variar desde algunos milímetros hasta placas extensas de varios centímetros de diámetro. Las placas suelen presentar escamas plateadas no cohesivas. Clásicamente, se describe que al remover la escama con una cureta, aparece una área residual del eritema intenso con pequeñas gotas de sangre (este signo se conoce como signo de Auspitz).

La psoriasis en placa crónica afecta típicamente las siguientes áreas: rodillas, codos, cuero cabelludo (región retro auricular), región sacra, peri umbilical. También puede afectar las manos, los pies, el pene y el escroto. La afección de la cara es poco frecuente, pero determina un cuadro refractario al tratamiento. Las placas suelen ser bilaterales y pueden ser tanto simétricas como asimétricas.

Hay patrones clínicos que es preciso reconocer dentro de los subtipos de psoriasis no pustulosa o vulgar que los describimos a continuación.

a) Psoriasis de los pliegues o invertida

En estos casos hay compromiso axilar, inguinal, glúteo, submamaria, del hueco poplíteo. Las lesiones se presentan con mucho eritema pero sin escamas.

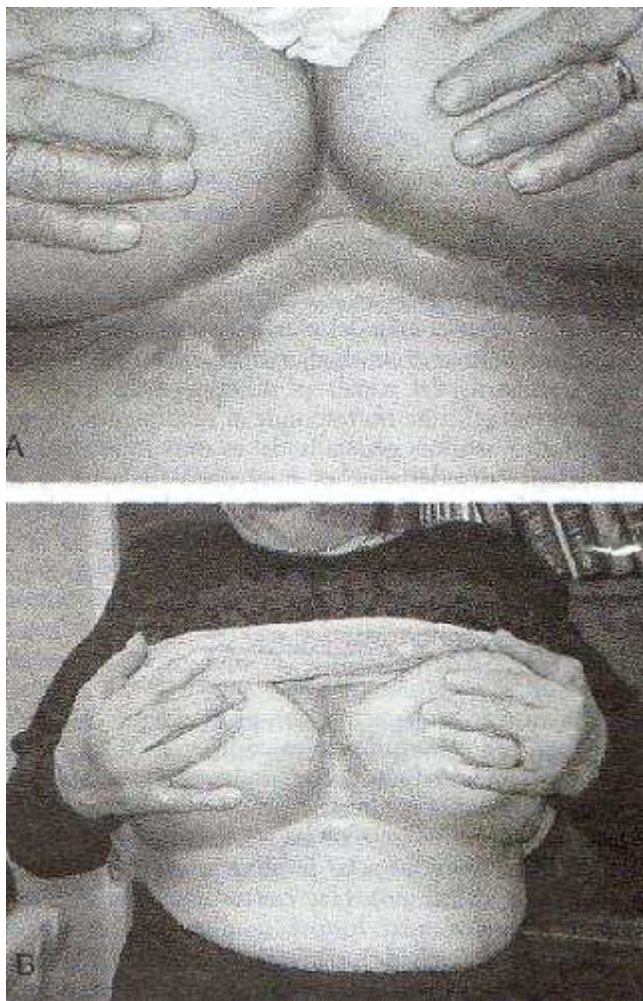


Gráfico 6 – Psoriasis de los pliegues o invertida (Libro de resúmenes, Simposio para el manejo razonable de la Psoriasis)

b) Psoriasis en gotas o Guttata

Se presenta como una erupción exantemática aguda que compromete con más frecuencia el tronco y la parte proximal de las extremidades. Las lesiones son

pequeñas (0.1 a 1 cm de diámetro), eritemato escamosas y tienen forma de gota. Se presenta, sobre todo, en los adolescentes y en adultos jóvenes y suele desencadenarse por una infección (faringitis estreptocócica u otra infección del tracto respiratorio superior); debe diferenciarse de la sífilis secundaria y de la pitiriasis rosada de Gilbert. Éste tipo de psoriasis la sufren el 2 por ciento de los pacientes.

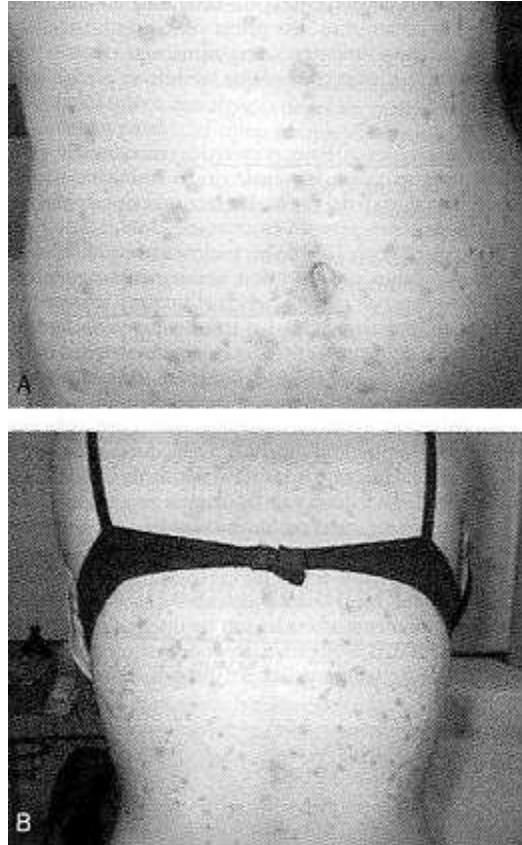


Gráfico 7 – Psoriasis en gotas o Guttata (Libro de resúmenes, Simposio para el manejo razonable de la Psoriasis)

c) Psoriasis de las palmas y de las plantas

En estas áreas suelen formarse pústulas profundas y estériles de 2 a 3 milímetros de diámetro con hiperqueratosis y escamas masivas de color blanco argéntico o amarillentas que, al contrario de lo que sucede con las lesiones del tronco, no son fáciles de desprender.



Gráfico 8 – Psoriasis de las plantas y de las palmas (Libro de resúmenes, Simposio para el manejo razonable de la Psoriasis)

d) Psoriasis ungueal

La psoriasis de las uñas y de las manos es muy frecuente afecta a un 25 por ciento de los pacientes con psoriasis, en especial en pacientes con artritis concomitante; varía en cuanto a sus lesiones y extensión y, a menudo, desaparece de forma espontánea o al tiempo que se trata psoriasis de la piel. Las alteraciones de las uñas son depresiones, hiperqueratosis subungueal, onicolisis, y manchas pardoamarillentas bajo la placa ungueal: mancha de aceite (patognomónico).



Gráfico 9 - Psoriasis ungueal (Libro de resúmenes, Simposio para el manejo razonable de la Psoriasis)

e) Psoriasis del cuero cabelludo

La psoriasis del cuero cabelludo puede formar parte de una psoriasis en placas generalizadas, coexistir con placas aisladas o presentarse en forma aislada. Plantea un problema terapéutico especial similar a la región anogenital por ser áreas inaccesibles, y de frecuente traumatismo, se acompaña de prurito leve o intenso, que a menudo provoca un rascado compulsivo y subconsciente.

Las placas pueden ser extensas, cubiertas con escamas gruesas y adherentes, frecuentemente liquenificadas, con exudación y fisuras, en especial detrás de las orejas o difusa en todo el cuero cabelludo; no se registra pérdida del cabello incluso después de años de enfermedad. Esto permite que las lesiones permanezcan ocultas, a esta enfermedad también se la conoce como seborrea.



Gráfico 10 – Psoriasis del cuero cabelludo (Libro de resúmenes, Simposio para el manejo razonable de la Psoriasis)

f) Artritis psoriásica

El 6 por ciento de los pacientes con psoriasis puede tener compromiso articular. Las articulaciones que se afectan comúnmente son las interfalángicas distales. Suele ser asimétrica.



Gráfico 11 – Artritis psoriásica (Libro de resúmenes, Simposio para el manejo razonable de la Psoriasis)

g) Psoriasis del pañal

Se presenta en los lactantes, en el área que corresponde al uso del pañal.

2.3 Diagnóstico de psoriasis no pustulosa o vulgar

El diagnóstico de la psoriasis de tipo no pustulosa se hace en base al hallazgo de las lesiones típicas de la psoriasis en placa crónica en las localizaciones típicas como son: codos, rodilla, cuero cabelludo, uñas. Hay ciertos datos del interrogatorio que pueden ayudar: historia familiar positiva, lesiones que aparecen después de un trauma menor, estrés, inyección, nacimiento de un hijo o lesiones que mejoran con la exposición solar. La psoriasis no suele picar y si hay prurito suele ser leve y localizado en el cuero cabelludo o en la región perianal.

Generalmente, es fácil de diagnosticar, pero difícil si no está en las áreas típicas o se presenta como placa única.

El diagnóstico es clínico; cuando aún quedan dudas diagnósticas, se recurre a la biopsia.

2.3.1 Diagnóstico diferencial de la psoriasis no pustulosa o vulgar.

En algunas ocasiones la psoriasis puede asociarse con manifestaciones sistémicas, siendo la más frecuente la artritis psoriásica. Y se la puede confundir con otras enfermedades de la piel, como las siguientes, según su forma y localización:

Forma exantemática:

- Rash alérgico. Son lesiones eritematosas o alérgicas que se presentan con manchas rojas, a nivel generalizado o localizado en manos, brazos, tórax y abdomen.
- Pitiriasis rosada de Gilbert. Lesiones ovales con finas escamas, que desaparecen espontáneamente y, a menudo, se presentan en adultos jóvenes.
- Sífilis. Es un exantema con manchas rojas generalizado, se presenta a nivel de todo el cuerpo y respeta la cara.

Cuero cabelludo:

- Eccema atípico. Es una dermatitis por contacto, se caracteriza por inflamación crónica pruriginosa y superficial de la piel, que aparece generalmente en individuos con antecedentes personales o familiares de trastornos alérgicos.
- Eccema seborreico. Enfermedad descamativa del cuero cabelludo, la cara y ocasionalmente, de otras zonas del cuerpo. Se presenta como una descamación difusa, seca o grasa del cuero cabelludo (caspa) con prurito variable. En casos graves, aparecen pápulas descamativas de color rojo amarillento a lo largo de la línea de implantación de cabello, detrás de las orejas, en los conductos auditivos externos, las cejas, el puente nasal, los pliegues naso labiales y sobre el esternón.

Regiones intertriginosas:

- Eccema. Es una inflamación crónica, superficial y pruriginosa de la piel. Caracterizado por placas liquenificadas, hiperpigmentadas, bien delimitadas, descamativas secas, de forma oval, irregular o angular: Este tiene un componente psicógeno importante. No guarda relación con la alergia.
- Candidiasis. Lesiones inflamatorias crónicas, que se presentan a nivel de genitales, muy pruriginosas y también se presentan a nivel de la piel y de las mucosas: ésta se produce por una levadura llamada *Candida albicans*. Prolifera gracias a un medio favorable y si las defensas del huésped están debilitadas. Son placas bien delimitadas, eritomasas, a veces muy pruriginosas, con exudado, de tamaño y forma variables.

Uñas:

- Onicomicosis. Es una lesión que comienza alrededor de la uña, con destrucción de la misma, incluso con deformación total de la capa córnea de la uña; No produce síntomas molestos sino estéticos.

2.4 Tratamiento para la psoriasis no pustulosa o vulgar

Aunque la principal forma de tratamiento es de tipo medicamentoso, se ha establecido varias formas de abordamiento, que las describimos a continuación:

a) Tratamiento tópico

Emolientes:

Se trata de sustancias que hidratan y, en consecuencia, suaviza la superficie escamosa e hiperqueratósica de la placa. En muchos pacientes, la sola aplicación de un emoliente dos veces al día, logra controlar la placa, reduciendo el prurito y la descamación, Estos productos no tiene efecto adverso y son económicos.

Corticoides tópicos:

Los corticoides típicos son muy eficaces y aceptados por los pacientes y resultan relativamente económicos.

Dentro de este tratamiento tenemos: los corticoides fluorados de alta potencia, como el clobetasol, fluocinolona, triancinoloma y dipropionato de betametasona.

Los efectos adversos son estrías, hipopigmentación, afinamiento o atrofia de la piel.

Queratolíticos:

El queratolítico más utilizado es el ácido salicílico en ungüento del 2 al 10 por ciento. Este suaviza la placa y ayuda a removerla.

Calcipotriol:

Es un tratamiento eficaz y relativamente inocuo para la placa simple de psoriasis.

Es un análogo de la vitamina D, que se une a los receptores de los queratinocitos, inhibiendo la proliferación epidémica.

Se puede utilizar solo o asociarse a corticoides tópicos. Es contraindicado en el embarazo.

Antralina:

Agente reductor potente. Su uso es el siguiente: Se debe comenzar con una crema con baja concentración y aplicar sobre la piel lesionada. Pasada media hora debe lavarse bien, controlando que no quede nada de la crema, luego aplicar un emoliente. El tratamiento se repite todos los días, aumentando la concentración de la crema cada sexto día, hasta lograr la remisión de la placa. No debe aplicarse nunca en las placas inflamadas, en los pliegues o en la cara.

Tazaroteno:

Es un retinoides tópico efectivo para el tratamiento de la psoriasis en casi el 70 por ciento aunque solo elimina la placa por completo en el 10 por ciento de los casos. Se aplica una o dos veces al día solo o combinado con corticoides tópicos. Contraindicado en el embarazo, o en mujeres en edad fértil.

b) Tratamiento sistémico

Metrotexato:

Es un antagonista del ácido fólico que actúa reduciendo la proliferación de las células de división rápida. Se utiliza en una dosis semanal de 10 a 25 mg por vía oral. Se recomienda utilizar de forma conjunta 5 mg de ácido fólico por día.

Los efectos adversos son algunos. Incluyendo leucopenía, náuseas, anorexia, dispepsia, diarrea y dolor de la boca. El efecto adverso a largo plazo más importante es el desarrollo de cirrosis.

Ciclosporina:

El mecanismo de acción de ésta, consiste en inhibir la activación y proliferación de las células T, su uso es exclusivo para formas severas de psoriasis refractaria a otros tratamientos.

Retinoides:

Los retinoides por vía oral, son drogas derivadas de la vitamina A, cuyo mecanismo de acción consiste en estimular la diferenciación epitelial. Son muy útiles para el tratamiento de psoriasis pustulosa, aunque también son efectivos para la psoriasis eritrodérmica, la artritis psoriásica y las placas simples. Esta droga es mucho más efectiva cuando se la combina con fototerapia; Está contraindicada en el embarazo, lactancia, hasta pasado tres años de la suspensión del tratamiento.

Fototerapia:

La fototerapia puede utilizarse de dos maneras:

- Radiación de luz B (UVB), en combinación o sola. Es uno de los tratamientos más antiguos y efectivos de psoriasis, logra una remisión hasta en el ochenta por ciento de los pacientes; Es muy efectivo, pero requiere muchas sesiones.
- Fotoquimioterapia (PUVA), consiste en la ingestión de un soraleno por vía oral que actúa como foto sensibilizador y en la aplicación posterior de rayos ultravioleta. El tratamiento se lleva a cabo dos o tres veces por semana. A las siete semanas ya se observa una gran mejoría, la remisión se produce, por lo general, luego de 19 a 25 semanas, en más del ochenta y cinco por ciento de los pacientes.

c) Tratamiento psicoterapéutico

Todo tratamiento psicológico o psicoterapéutico debe ir acompañado siempre del tratamiento médico – farmacológico recomendado, es decir el proceso terapéutico con el paciente está encaminado a proporcionar ayuda, tanto en el aspecto físico como en el emocional, por lo que se requiere un trabajo conjunto entre médico y psicólogo.

La psicoterapia individual

Se conoce como psicoterapia al método que trata los desórdenes psíquicos o corporales utilizando para ello medios psicológicos, enfatizando que dentro del proceso psicoterapéutico se da prioridad a la relación existente entre terapeuta y enfermo. Así mediante este proceso se realiza un análisis de la historia del paciente a fin de conocer las causas bio-psico-sociales de su padecimiento, ayudándole a entender y a sobrellevar la enfermedad o trastorno.

La aceptación de una dolencia o de un padecimiento es un proceso, por lo tanto el paciente atraviesa por diferentes momentos y actitudes sobre todo en las fases iniciales y en los momentos críticos de su evolución.

Los trastornos psicológicos más frecuentes asociados a enfermedades de la piel de forma crónica, como la psoriasis, son principalmente: la depresión y la ansiedad. Como se conoce, la piel es el órgano más grande del cuerpo y es el primero en recibir las agresiones del mundo exterior, además es uno de los más habituales en manifestar abiertamente las emociones internas. También es el órgano que impide ocultar que se padece un desorden, lo que implica un alejamiento social, provocando serias reacciones psicológicas, alteraciones en la vida diaria y algunos trastornos asociados como:

- Preocupación excesiva
- Sentimientos de vergüenza y desesperanza
- Tensión a nivel personal y familiar
- Inhibición sexual

-Marcada disconformidad social, en todo sentido, laboral, personal, etc.

La psicoterapia es un proceso personal e individual que ayuda al paciente a enfrentar, de manera diferente, su vida, pues el paciente que sufre psoriasis se siente afectado notablemente en su autoconfianza y autoestima. Lo que limita al individuo a enfrentarse adecuadamente en la mayoría de sus ámbitos. Es de suma importancia sentirse sano, saberse eficiente y capacitado en todos los desafíos de la vida. Estos pacientes desean llevar una vida plena, ser aceptados, estar socialmente comprometidos, ser seres humanos activos y productivos, por ello la necesidad de un tratamiento psicoterapéutico individual.

La psicoterapia de grupo

Es una actividad cooperativa cuya finalidad es propiciar cambios o modificaciones dentro de los miembros que padecen psoriasis, desarrollando entre ellos una interacción como el principal agente del cambio. El objetivo es afirmar su identidad y perder el individualismo. Aquí el paciente de psoriasis expone sus problemas frente al grupo, desarrolla aptitudes para adaptarse a sus semejantes para elevar su nivel de tolerancia a la frustración y a la hostilidad en general y mejorar posibilidades de comunicación. Se promueve el intercambio de experiencias personales, buenas o malas. Dentro de las sesiones grupales se evidencia las defensas que el paciente utiliza.

El grupo ayuda a que los mecanismos defensivos se fortalezcan además promueve la confrontación y la comparación de las experiencias personales en los distintos ámbitos (profesional, personal, educativo, e intelectual).

La acción del terapeuta es la de observar y analizar la transferencia del grupo hacia él. La transferencia de cada uno de los miembros del grupo de psoriasis entre sí y la contra transferencia del terapeuta sobre el grupo y sobre cada uno de sus integrantes. De igual manera, el rol del terapeuta es interpretar la transferencia y las resistencias grupales, provocando así cambios en cada paciente, tomando en cuenta su historia e individualidad.

Capítulo 2 - La psoriasis

La psoriasis es una enfermedad crónica, progresiva, de la piel, solamente controlable, que afecta a un 2 por ciento de la población, según FEPSO Fundación Ecuatoriana de Psoriasis. A escala mundial, esta enfermedad de la piel provoca en la persona un rechazo social ya que, por la apariencia, el mal puede ser confundido con lepra.

La psoriasis tiene carácter inflamatorio; se presenta como placas rojas en forma de gotas o de anillos; sobre éstas se asienta una especie de escamas.

Es una dermatosis crónica con lesiones típicas (pápulas y placas eritemato-descamativas) con predisposición genética y modulada por factores no genéticos del entorno y del organismo

De acuerdo a la FEPSO, ésta se presenta como máculas descamativas, que se evidencian, indistintamente, en cualquier parte del cuerpo.

La enfermedad es detectada a través del diagnóstico clínico. Sólo cuando hay dudas en ese chequeo se procede a tomar una biopsia (muestra del tejido) con la que se corrobora si el paciente padece o no de esa enfermedad. La psoriasis no se contagia y es solo controlable.

A pesar de que la psoriasis es un trastorno de la piel, sus consecuencias se pueden evidenciar tanto a nivel psicológico, laboral y familiar.

Un dato importante y de tomar en consideración es que casi el 80 por ciento de los pacientes de psoriasis sufre un trastorno de carácter afectivo (Rubinstein, 2006).

Las secuelas psicológicas se presentan de acuerdo al lugar donde se evidencian las lesiones, que puede ser en gran parte del cuerpo, sea éste el tórax anterior o posterior, los antebrazos, zonas de flexo extensión, glúteos o bien en una pequeña parte como la cara, manos, cuello pero que son zonas muy visibles.

2.1 Fisiopatología de la psoriasis

En el caso de la psoriasis, las alteraciones involucran a los queratinocitos, que presentan un ciclo celular acelerado rápido, que se expresa por un engrosamiento de la epidermis, con una consecuente papilomatosis, que es la prolongación de las papilas dérmicas casi hasta la superficie de la piel, cerca del estrato córneo, dando una imagen histopatológica característica, como lo evidencia el gráfico siguiente:

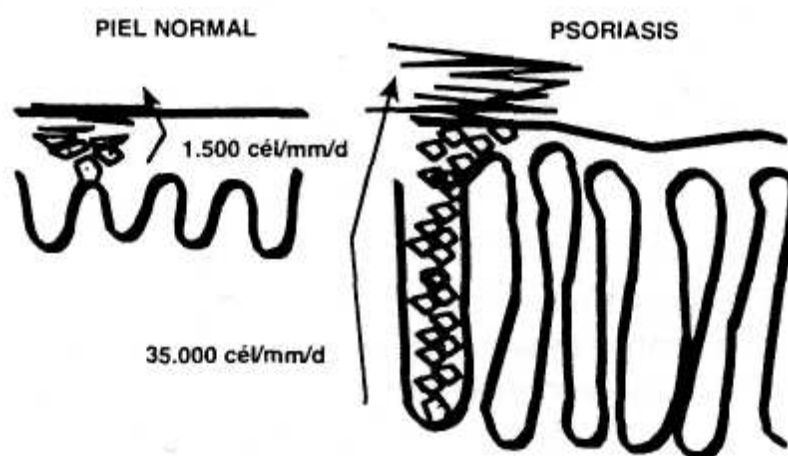


Gráfico 3 – Fisiopatología de la Psoriasis (Libro de resúmenes, Encuentro internacional de psoriasis, dermatosis relacionadas y trastornos)

Los queratinocitos están en continua renovación y pasan, progresivamente, de la capa basal a las zonas superiores, por diferenciación celular, hasta la capa córnea, donde forman una capa de células muertas en forma de escamas y rica en queratina. Se calcula que tardan un mes en el trayecto desde la capa basal (capa germinativa) hasta la capa córnea, aunque el proceso puede verse acelerado en casos de hiperproliferación que es el aumento en la producción de células en este caso los queratinocitos en la psoriasis. En las lesiones psoriásicas muy activas se reduce de 3 a 4 días ya que la velocidad de replicación de las células epidérmicas está muy acelerada.

Los análisis cinéticos efectuados por Weinstein y Frost (Walter Lever, 1980), basados en estudios de las células epidérmicas fueron interpretados como un acortamiento del ciclo reproductivo celular de 457 horas para las células germinativas normales a 37,5 horas en las células germinativas psoriásicas.

2.2 Tipos de psoriasis

Existen dos tipos de psoriasis: pustulosa y no pustulosa o vulgar, que las describimos a continuación.

2.2.1 Psoriasis pustulosa

Es una forma inestable de la psoriasis en la que la piel afectada queda cubierta por pústulas sobre una piel inflamada y eritematosa, que con el paso del tiempo se descama, a medida que se secan las pústulas. Una característica descriptiva clave es que se trata de una dermatosis caracterizada por una pustulación subcorneal microscópica amplia no infecciosa.

Dentro de la población afectada por la psoriasis, solamente el 2 por ciento llega a ser afectado por la psoriasis pustulosa, los pacientes son escasos, razón por la cual nuestro estudio se centrara en un universo más amplio como el de los enfermos con la psoriasis no pustulosa.

Los subtipos de psoriasis pustulosa son:

a) Psoriasis pustulosa generalizada

La psoriasis generalizada o Von Zumbush se inicia bruscamente, poniendo en peligro la vida del paciente; afecta a casi todo el cuerpo y se acompaña, generalmente, de fiebre, malestar y leucocitosis. Afecta tanto a hombres como a mujeres, y a estas últimas en mayor proporción.

b) Psoriasis pustulosa tipo anular

Es un padecimiento de baja intensidad con lesiones anulares diseminadas y una menor respuesta sistémica.

c) Psoriasis pustulosa exantemática

Aparece, generalmente, en pacientes que no tienen antecedentes de psoriasis y es la respuesta a una infección o a un fármaco. La forma localizada hace referencia a las pústulas aparecidas en la superficie de las placas de psoriasis vulgar; esto sugiere que el paciente presenta una forma de psoriasis más inestable, con mayor propensión al deterioro hacia una forma de enfermedad más grave.

d) Psoriasis eritrodérmica

Es muy infrecuente pero muy grave, afecta a toda la superficie corporal, incluso cara, manos y pies. Predomina el eritema sobre la descamación. Su aspecto clínico puede confundirse con una eritrodermia secundaria u otras etiologías como la pitiriasis rubra, eccema o una erupción farmacológica. Aparece con frecuencia en pacientes que presentan una psoriasis vulgar inestable. Cuando pasa a estar descontrolada puede cubrir, de manera progresiva, áreas más amplias de la piel dando lugar a una eritrodermia, que se caracteriza por una descamación eritema extenso y edema. Al afectar la cara es frecuente observar ectropión, síntomas sistémicos como fiebre, escalofríos, dificultad respiratoria, fatiga, mialgias; no es infrecuente una bacteremia por estafilococo aureus, pudiendo aparecer una osteomielitis, endocarditis o neumonía, lo que justifica con frecuencia, una hospitalización.



Gráfico 4 - Psoriasis eritrodérmica (Libro de resúmenes, Simposio para el manejo razonable de la Psoriasis)



Gráfico 5 - Psoriasis eritrodérmica (Libro de resúmenes, Simposio para el manejo razonable de la Psoriasis)

2.2.2 Psoriasis no pustulosa o vulgar

La psoriasis no pustulosa o psoriasis vulgar o en placa crónica, en la cual centraremos nuestro estudio, se caracteriza por una o más placas ovales, de un color rojo brillante y homogéneo, de bordes netamente delimitados; el tamaño de la placa puede variar desde algunos milímetros hasta placas extensas de varios centímetros de diámetro. Las placas suelen presentar escamas plateadas no cohesivas. Clásicamente, se describe que al remover la escama con una cureta, aparece una área residual del eritema intenso con pequeñas gotas de sangre (este signo se conoce como signo de Auspitz).

La psoriasis en placa crónica afecta típicamente las siguientes áreas: rodillas, codos, cuero cabelludo (región retro auricular), región sacra, peri umbilical. También puede afectar las manos, los pies, el pene y el escroto. La afección de la cara es poco frecuente, pero determina un cuadro refractario al tratamiento. Las placas suelen ser bilaterales y pueden ser tanto simétricas como asimétricas.

Hay patrones clínicos que es preciso reconocer dentro de los subtipos de psoriasis no pustulosa o vulgar que los describimos a continuación.

a) Psoriasis de los pliegues o invertida

En estos casos hay compromiso axilar, inguinal, glúteo, submamaria, del hueco poplíteo. Las lesiones se presentan con mucho eritema pero sin escamas.

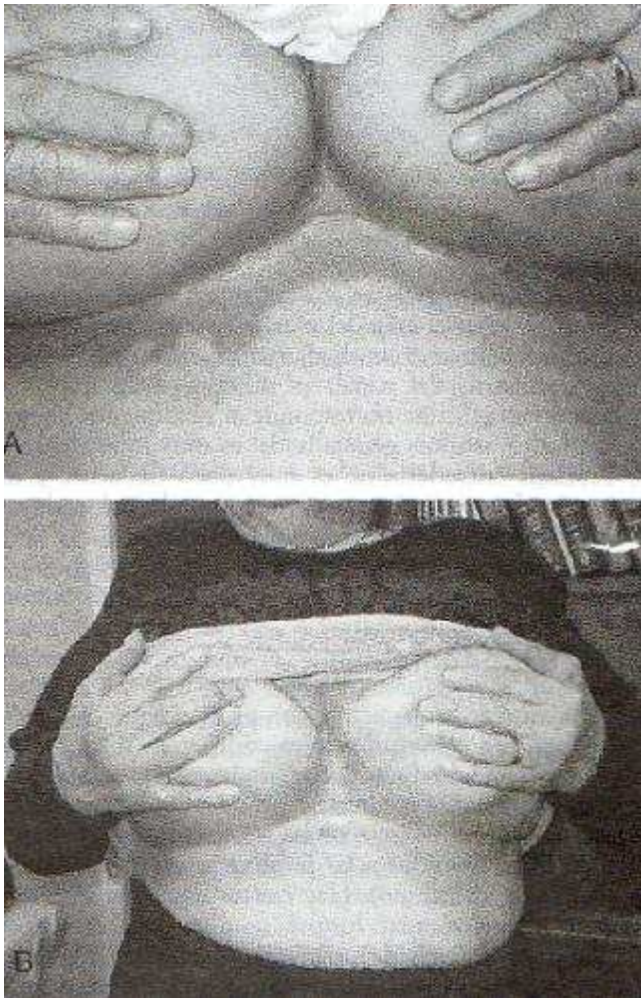


Gráfico 6 – Psoriasis de los pliegues o invertida (Libro de resúmenes, Simposio para el manejo razonable de la Psoriasis)

b) Psoriasis en gotas o Guttata

Se presenta como una erupción exantemática aguda que compromete con más frecuencia el tronco y la parte proximal de las extremidades. Las lesiones son

pequeñas (0.1 a 1 cm de diámetro), eritemato escamosas y tienen forma de gota. Se presenta, sobre todo, en los adolescentes y en adultos jóvenes y suele desencadenarse por una infección (faringitis estreptocócica u otra infección del tracto respiratorio superior); debe diferenciarse de la sífilis secundaria y de la pitiriasis rosada de Gilbert. Éste tipo de psoriasis la sufren el 2 por ciento de los pacientes.

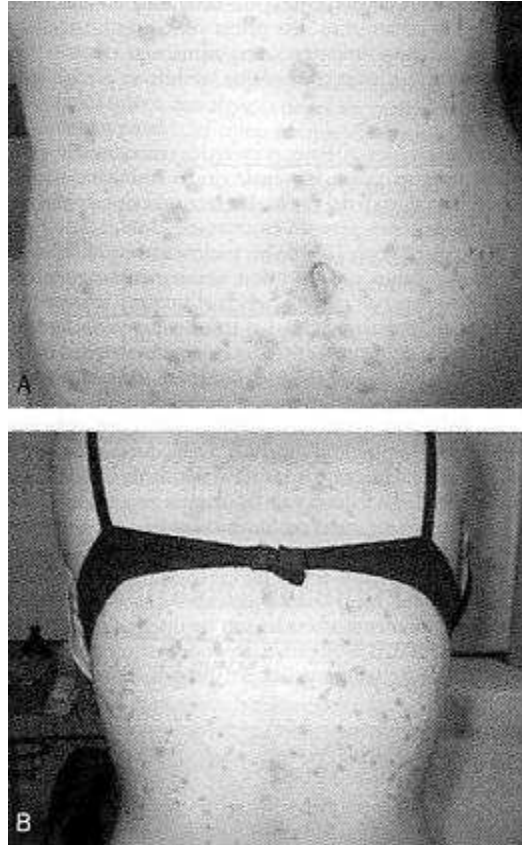


Gráfico 7 – Psoriasis en gotas o Guttata (Libro de resúmenes, Simposio para el manejo razonable de la Psoriasis)

c) Psoriasis de las palmas y de las plantas

En estas áreas suelen formarse pústulas profundas y estériles de 2 a 3 milímetros de diámetro con hiperqueratosis y escamas masivas de color blanco argéntico o amarillentas que, al contrario de lo que sucede con las lesiones del tronco, no son fáciles de desprender.



Gráfico 8 – Psoriasis de las plantas y de las palmas (Libro de resúmenes, Simposio para el manejo razonable de la Psoriasis)

d) Psoriasis ungueal

La psoriasis de las uñas y de las manos es muy frecuente afecta a un 25 por ciento de los pacientes con psoriasis, en especial en pacientes con artritis concomitante; varía en cuanto a sus lesiones y extensión y, a menudo, desaparece de forma espontánea o al tiempo que se trata psoriasis de la piel. Las alteraciones de las uñas son depresiones, hiperqueratosis subungueal, onicolisis, y manchas pardoamarillentas bajo la placa ungueal: mancha de aceite (patognomónico).



Gráfico 9 - Psoriasis ungueal (Libro de resúmenes, Simposio para el manejo razonable de la Psoriasis)

e) Psoriasis del cuero cabelludo

La psoriasis del cuero cabelludo puede formar parte de una psoriasis en placas generalizadas, coexistir con placas aisladas o presentarse en forma aislada. Plantea un problema terapéutico especial similar a la región anogenital por ser áreas inaccesibles, y de frecuente traumatismo, se acompaña de prurito leve o intenso, que a menudo provoca un rascado compulsivo y subconsciente.

Las placas pueden ser extensas, cubiertas con escamas gruesas y adherentes, frecuentemente liquenificadas, con exudación y fisuras, en especial detrás de las orejas o difusa en todo el cuero cabelludo; no se registra pérdida del cabello incluso después de años de enfermedad. Esto permite que las lesiones permanezcan ocultas, a esta enfermedad también se la conoce como seborrea.



Gráfico 10 – Psoriasis del cuero cabelludo (Libro de resúmenes, Simposio para el manejo razonable de la Psoriasis)

f) Artritis psoriásica

El 6 por ciento de los pacientes con psoriasis puede tener compromiso articular. Las articulaciones que se afectan comúnmente son las interfalángicas distales. Suele ser asimétrica.



Gráfico 11 – Artritis psoriásica (Libro de resúmenes, Simposio para el manejo razonable de la Psoriasis)

g) Psoriasis del pañal

Se presenta en los lactantes, en el área que corresponde al uso del pañal.

2.3 Diagnóstico de psoriasis no pustulosa o vulgar

El diagnóstico de la psoriasis de tipo no pustulosa se hace en base al hallazgo de las lesiones típicas de la psoriasis en placa crónica en las localizaciones típicas como son: codos, rodilla, cuero cabelludo, uñas. Hay ciertos datos del interrogatorio que pueden ayudar: historia familiar positiva, lesiones que aparecen después de un trauma menor, estrés, inyección, nacimiento de un hijo o lesiones que mejoran con la exposición solar. La psoriasis no suele picar y si hay prurito suele ser leve y localizado en el cuero cabelludo o en la región perianal.

Generalmente, es fácil de diagnosticar, pero difícil si no está en las áreas típicas o se presenta como placa única.

El diagnóstico es clínico; cuando aún quedan dudas diagnósticas, se recurre a la biopsia.

2.3.1 Diagnóstico diferencial de la psoriasis no pustulosa o vulgar.

En algunas ocasiones la psoriasis puede asociarse con manifestaciones sistémicas, siendo la más frecuente la artritis psoriásica. Y se la puede confundir con otras enfermedades de la piel, como las siguientes, según su forma y localización:

Forma exantemática:

- Rash alérgico. Son lesiones eritematosas o alérgicas que se presentan con manchas rojas, a nivel generalizado o localizado en manos, brazos, tórax y abdomen.
- Pitiriasis rosada de Gilbert. Lesiones ovales con finas escamas, que desaparecen espontáneamente y, a menudo, se presentan en adultos jóvenes.
- Sífilis. Es un exantema con manchas rojas generalizado, se presenta a nivel de todo el cuerpo y respeta la cara.

Cuero cabelludo:

- Eccema atípico. Es una dermatitis por contacto, se caracteriza por inflamación crónica pruriginosa y superficial de la piel, que aparece generalmente en individuos con antecedentes personales o familiares de trastornos alérgicos.
- Eccema seborreico. Enfermedad descamativa del cuero cabelludo, la cara y ocasionalmente, de otras zonas del cuerpo. Se presenta como una descamación difusa, seca o grasa del cuero cabelludo (caspa) con prurito variable. En casos graves, aparecen pápulas descamativas de color rojo amarillento a lo largo de la línea de implantación de cabello, detrás de las orejas, en los conductos auditivos externos, las cejas, el puente nasal, los pliegues naso labiales y sobre el esternón.

Regiones intertriginosas:

- Eccema. Es una inflamación crónica, superficial y pruriginosa de la piel. Caracterizado por placas liquenificadas, hiperpigmentadas, bien delimitadas, descamativas secas, de forma oval, irregular o angular: Este tiene un componente psicógeno importante. No guarda relación con la alergia.
- Candidiasis. Lesiones inflamatorias crónicas, que se presentan a nivel de genitales, muy pruriginosas y también se presentan a nivel de la piel y de las mucosas: ésta se produce por una levadura llamada *Candida albicans*. Prolifera gracias a un medio favorable y si las defensas del huésped están debilitadas. Son placas bien delimitadas, eritomasas, a veces muy pruriginosas, con exudado, de tamaño y forma variables.

Uñas:

- Onicomicosis. Es una lesión que comienza alrededor de la uña, con destrucción de la misma, incluso con deformación total de la capa córnea de la uña; No produce síntomas molestos sino estéticos.

2.4 Tratamiento para la psoriasis no pustulosa o vulgar

Aunque la principal forma de tratamiento es de tipo medicamentoso, se ha establecido varias formas de abordamiento, que las describimos a continuación:

a) Tratamiento tópico

Emolientes:

Se trata de sustancias que hidratan y, en consecuencia, suaviza la superficie escamosa e hiperqueratósica de la placa. En muchos pacientes, la sola aplicación de un emoliente dos veces al día, logra controlar la placa, reduciendo el prurito y la descamación, Estos productos no tiene efecto adverso y son económicos.

Corticoides tópicos:

Los corticoides típicos son muy eficaces y aceptados por los pacientes y resultan relativamente económicos.

Dentro de este tratamiento tenemos: los corticoides fluorados de alta potencia, como el clobetasol, fluocinolona, triancinoloma y dipropionato de betametasona.

Los efectos adversos son estrías, hipopigmentación, afinamiento o atrofia de la piel.

Queratolíticos:

El queratolítico más utilizado es el ácido salicílico en ungüento del 2 al 10 por ciento. Este suaviza la placa y ayuda a removerla.

Calcipotriol:

Es un tratamiento eficaz y relativamente inocuo para la placa simple de psoriasis.

Es un análogo de la vitamina D, que se une a los receptores de los queratinocitos, inhibiendo la proliferación epidémica.

Se puede utilizar solo o asociarse a corticoides tópicos. Es contraindicado en el embarazo.

Antralina:

Agente reductor potente. Su uso es el siguiente: Se debe comenzar con una crema con baja concentración y aplicar sobre la piel lesionada. Pasada media hora debe lavarse bien, controlando que no quede nada de la crema, luego aplicar un emoliente. El tratamiento se repite todos los días, aumentando la concentración de la crema cada sexto día, hasta lograr la remisión de la placa. No debe aplicarse nunca en las placas inflamadas, en los pliegues o en la cara.

Tazaroteno:

Es un retinoides tópico efectivo para el tratamiento de la psoriasis en casi el 70 por ciento aunque solo elimina la placa por completo en el 10 por ciento de los casos. Se aplica una o dos veces al día solo o combinado con corticoides tópicos. Contraindicado en el embarazo, o en mujeres en edad fértil.

b) Tratamiento sistémico

Metrotexato:

Es un antagonista del ácido fólico que actúa reduciendo la proliferación de las células de división rápida. Se utiliza en una dosis semanal de 10 a 25 mg por vía oral. Se recomienda utilizar de forma conjunta 5 mg de ácido fólico por día.

Los efectos adversos son algunos. Incluyendo leucopenía, náuseas, anorexia, dispepsia, diarrea y dolor de la boca. El efecto adverso a largo plazo más importante es el desarrollo de cirrosis.

Ciclosporina:

El mecanismo de acción de ésta, consiste en inhibir la activación y proliferación de las células T, su uso es exclusivo para formas severas de psoriasis refractaria a otros tratamientos.

Retinoides:

Los retinoides por vía oral, son drogas derivadas de la vitamina A, cuyo mecanismo de acción consiste en estimular la diferenciación epitelial. Son muy útiles para el tratamiento de psoriasis pustulosa, aunque también son efectivos para la psoriasis eritrodérmica, la artritis psoriásica y las placas simples. Esta droga es mucho más efectiva cuando se la combina con fototerapia; Está contraindicada en el embarazo, lactancia, hasta pasado tres años de la suspensión del tratamiento.

Fototerapia:

La fototerapia puede utilizarse de dos maneras:

- Radiación de luz B (UVB), en combinación o sola. Es uno de los tratamientos más antiguos y efectivos de psoriasis, logra una remisión hasta en el ochenta por ciento de los pacientes; Es muy efectivo, pero requiere muchas sesiones.
- Fotoquimioterapia (PUVA), consiste en la ingestión de un soraleno por vía oral que actúa como foto sensibilizador y en la aplicación posterior de rayos ultravioleta. El tratamiento se lleva a cabo dos o tres veces por semana. A las siete semanas ya se observa una gran mejoría, la remisión se produce, por lo general, luego de 19 a 25 semanas, en más del ochenta y cinco por ciento de los pacientes.

c) Tratamiento psicoterapéutico

Todo tratamiento psicológico o psicoterapéutico debe ir acompañado siempre del tratamiento médico – farmacológico recomendado, es decir el proceso terapéutico con el paciente está encaminado a proporcionar ayuda, tanto en el aspecto físico como en el emocional, por lo que se requiere un trabajo conjunto entre médico y psicólogo.

La psicoterapia individual

Se conoce como psicoterapia al método que trata los desórdenes psíquicos o corporales utilizando para ello medios psicológicos, enfatizando que dentro del proceso psicoterapéutico se da prioridad a la relación existente entre terapeuta y enfermo. Así mediante este proceso se realiza un análisis de la historia del paciente a fin de conocer las causas bio-psico-sociales de su padecimiento, ayudándole a entender y a sobrellevar la enfermedad o trastorno.

La aceptación de una dolencia o de un padecimiento es un proceso, por lo tanto el paciente atraviesa por diferentes momentos y actitudes sobre todo en las fases iniciales y en los momentos críticos de su evolución.

Los trastornos psicológicos más frecuentes asociados a enfermedades de la piel de forma crónica, como la psoriasis, son principalmente: la depresión y la ansiedad. Como se conoce, la piel es el órgano más grande del cuerpo y es el primero en recibir las agresiones del mundo exterior, además es uno de los más habituales en manifestar abiertamente las emociones internas. También es el órgano que impide ocultar que se padece un desorden, lo que implica un alejamiento social, provocando serias reacciones psicológicas, alteraciones en la vida diaria y algunos trastornos asociados como:

- Preocupación excesiva
- Sentimientos de vergüenza y desesperanza
- Tensión a nivel personal y familiar
- Inhibición sexual

-Marcada disconformidad social, en todo sentido, laboral, personal, etc.

La psicoterapia es un proceso personal e individual que ayuda al paciente a enfrentar, de manera diferente, su vida, pues el paciente que sufre psoriasis se siente afectado notablemente en su autoconfianza y autoestima. Lo que limita al individuo a enfrentarse adecuadamente en la mayoría de sus ámbitos. Es de suma importancia sentirse sano, saberse eficiente y capacitado en todos los desafíos de la vida. Estos pacientes desean llevar una vida plena, ser aceptados, estar socialmente comprometidos, ser seres humanos activos y productivos, por ello la necesidad de un tratamiento psicoterapéutico individual.

La psicoterapia de grupo

Es una actividad cooperativa cuya finalidad es propiciar cambios o modificaciones dentro de los miembros que padecen psoriasis, desarrollando entre ellos una interacción como el principal agente del cambio. El objetivo es afirmar su identidad y perder el individualismo. Aquí el paciente de psoriasis expone sus problemas frente al grupo, desarrolla aptitudes para adaptarse a sus semejantes para elevar su nivel de tolerancia a la frustración y a la hostilidad en general y mejorar posibilidades de comunicación. Se promueve el intercambio de experiencias personales, buenas o malas. Dentro de las sesiones grupales se evidencia las defensas que el paciente utiliza.

El grupo ayuda a que los mecanismos defensivos se fortalezcan además promueve la confrontación y la comparación de las experiencias personales en los distintos ámbitos (profesional, personal, educativo, e intelectual).

La acción del terapeuta es la de observar y analizar la transferencia del grupo hacia él. La transferencia de cada uno de los miembros del grupo de psoriasis entre sí y la contra transferencia del terapeuta sobre el grupo y sobre cada uno de sus integrantes. De igual manera, el rol del terapeuta es interpretar la transferencia y las resistencias grupales, provocando así cambios en cada paciente, tomando en cuenta su historia e individualidad.

La relajación

Cuando un paciente de psoriasis presenta ansiedad, la relajación le ayuda a tranquilizarse y conseguir la calma.

Por lo tanto, la relajación se la utiliza como una técnica complementaria a la psicoterapia, a través de la cual el paciente tiene cambios importantes en sus actitudes.

La relajación se la concibe, normalmente, como una respuesta pasiva e indiferenciada que reduce el estado de excitación somático y cognitivo; es también un estado alterado de conciencia autoinducido. Las técnicas de relajación suelen incluir un conjunto de conductas previas que conducen a ésta.

Así las conductas para relajarse pueden ser muy variadas, desde sentarse en un sillón o leer un buen libro hasta poner en práctica un sin número de técnicas de relajación que existen. Estas técnicas no son caminos hacia el mismo fin, sino que cada uno tiene sus propios efectos y se han adaptado a cada individuo.

La respuesta de relajación se facilita por cuatro elementos básicos:

- Un objeto mental que sirve de foco de atención.
- Una actitud pasiva.
- Un tono muscular reducido y
- Un ambiente tranquilo.

La relajación

Cuando un paciente de psoriasis presenta ansiedad, la relajación le ayuda a tranquilizarse y conseguir la calma.

Por lo tanto, la relajación se la utiliza como una técnica complementaria a la psicoterapia, a través de la cual el paciente tiene cambios importantes en sus actitudes.

La relajación se la concibe, normalmente, como una respuesta pasiva e indiferenciada que reduce el estado de excitación somático y cognitivo; es también un estado alterado de conciencia autoinducido. Las técnicas de relajación suelen incluir un conjunto de conductas previas que conducen a ésta.

Así las conductas para relajarse pueden ser muy variadas, desde sentarse en un sillón o leer un buen libro hasta poner en práctica un sin número de técnicas de relajación que existen. Estas técnicas no son caminos hacia el mismo fin, sino que cada uno tiene sus propios efectos y se han adaptado a cada individuo.

La respuesta de relajación se facilita por cuatro elementos básicos:

- Un objeto mental que sirve de foco de atención.
- Una actitud pasiva.
- Un tono muscular reducido y
- Un ambiente tranquilo.

Capítulo 3 - La estructura familiar

Dada las implicaciones psicológicas serias que presentan en la psoriasis, se hace necesario el estudio de alternativas para su tratamiento y eso apunta a la intervención psicológica individual y familiar con el fin de ofrecer estrategias de enfrentamiento ante esta condición.

En el aspecto familiar, hacia el cual está orientado este trabajo, nos vamos a ayudar del Modelo Estructural, cuyo paradigma es "la estructura", la cual describe la totalidad y el funcionamiento de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico como es la familia.

3.1 La familia como sistema

La familia es uno de los aspectos fundamentales de nuestra vida, es el sistema donde el individuo nace, crece, se desarrolla y se adapta a través de su ambiente más inmediato que es el entorno familiar y también influyen en él los ambientes más distantes que son la escuela, la comunidad o la sociedad.

Estos ambientes se organizan como un ambiente ecológico, el cual se divide en micro, meso, exo y macrosistema. Cada uno de estos sistemas va a influir en el individuo, la familia y en la relación. Estos sistemas van desde el microsistema como la familia, el mesosistema como la escuela, exosistema como los pares y el macrosistema como la comunidad y la sociedad. Gráfico 12

Por lo tanto, la importancia del microsistema familiar reside en ser el primer contexto donde se desarrolla cada individuo y también por ser el procesador central donde se dan muchas experiencias importantes para su desarrollo.

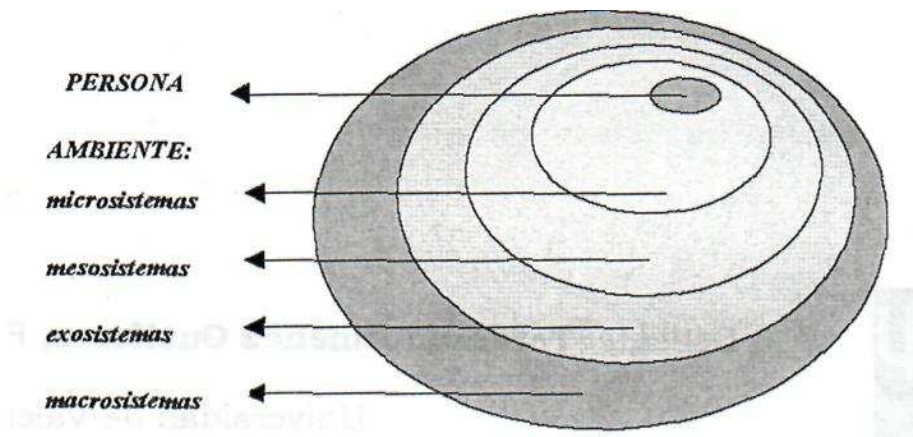


Gráfico 12. Ambiente ecológico

La familia no se rige con referencia a variables lineales, sino que se analiza en términos de sistemas por lo tanto se rompe con la explicación lineal tradicional de causa y efecto.

Una definición integradora de familia es: "la familia es un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior" (Andolfi, 1984).

Por lo tanto, tenemos que contemplan varios aspectos fundamentales de la teoría de sistemas:

- La familia esta compuesta por subsistemas.
- Es un sistema abierto que se auto regula.
- Estimula el crecimiento de sus miembros mientras se adaptan a los diferentes cambios del macrosistema.
- El sistema está en constante transformación e interacción con otros sistemas.

Por lo tanto, la familia se encuentra en un proceso continuo de comunicación e interrelación y permanente cambio.

El sistema familiar va modificando su estructura en las distintas etapas del ciclo vital de la familia, crisis normativas y paranormativas, se enfrenta a cambios, internos y externos y a la vez busca mantener la continuidad.

3.2 El modelo estructural de la familia

El modelo estructural de terapia familiar ha sido desarrollado por Salvador Minuchin, quien ha tenido una trayectoria importante a lo largo de sus más de cincuenta años de terapeuta. Minuchin es médico psiquiatra; nació en Argentina en 1921 en el marco de una familia judía. Emigró a Estados Unidos al inicio de la década de los sesenta. A partir de su práctica clínica y de su contacto con las propuestas teóricas de terapia sistémica, comenzó a plantear formas novedosas de abordar los problemas de salud mental, derivadas principalmente de su trabajo con poblaciones pobres de zonas marginadas de Estados Unidos y con familias que tenían miembros con problemas psicósomáticos (Minuchin, 1967-1978).

La búsqueda de la conexión entre síntoma y sistemas nos lleva a observar la estructura familiar, que es "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia" (Minuchin).

El abordaje de estos problemas desde una perspectiva sistémica dio un giro a su definición y tratamiento, en cuanto a la inclusión del contexto y a la atribución de responsabilidad compartida entre los miembros sobre lo que ocurre en la familia con relación al síntoma. Desde la perspectiva estructural sistémica hay un interés por encontrar cómo es que todos los miembros del sistema (ya sea familiar, institucional, psicosocial) participan en el mantenimiento del síntoma y, al mismo tiempo, se busca entender cómo es que el síntoma actúa como el esfuerzo de algunos miembros para mantener la estabilidad familiar.

La postura de Minuchin representa una perspectiva optimista acerca de las posibilidades de cambio: si se modifica la estructura de la familia se posibilita el cambio, ya que se favorecen distintas experiencias subjetivas de sus miembros y de la relación entre ellos.

La familia, según Minuchin, es un sistema abierto en permanente cambio e interrelación, que cumple con un objetivo interno y externo, que imprime un sentido de identidad o pertenencia y de separación o individuación a cada uno de sus miembros.

- Objetivo interno, que implica protección psicosocial a sus miembros.
- Objetivo externo, que se refiere a la acomodación a una cultura y transmisión de ésta.

La familia puede cambiar y a la vez, mantener la continuidad suficiente para la socialización de sus miembros.

El sentido de pertenencia se acompaña con una acomodación del niño a los grupos familiares y con la aceptación de pautas transaccionales en la estructura familiar que se mantienen a través de la vida.

El sentido de separación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares, en diferentes contextos familiares y extra familiares. Es importante la delimitación de áreas de autonomía y la delimitación de un territorio en el que ocurran las distintas transacciones familiares.

Además, un sistema familiar que opera dentro de contextos sociales específicos tiene tres componentes:

- a) La estructura de la familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación.
- b) La familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen reestructuraciones.
- c) La familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

Una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de modo tal que pueda seguir funcionando.

La familia posee una estructura que solo puede observarse en movimiento. Las familias tienen preferencia por algunas pautas suficientes para responder a requerimientos habituales. Su fortaleza depende de su capacidad para movilizar pautas alternativas cuando las condiciones externas o internas exigen una reestructuración. Una familia se adapta al estrés de tal modo que éste mantiene la continuidad familiar al mismo tiempo que permite reestructuraciones. Si una familia responde al estrés con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales o problemas.

Según Minuchin, los problemas en la estructura familiar surgen ante las siguientes circunstancias:

- Conflicto de pertenencia a los subsistemas (dificultada en el subsistema conyugal, parental, filial).
- Disfunción de las fronteras (cuando el subsistema de padres eleva al subsistema de hijos a su mismo nivel).
- Trastornos en la relación de la familia con el entorno (fronteras).
- Reacción inadecuada, exagerada o insuficiente.

El sistema familiar se expresa a través de pautas transaccionales cuyo funcionamiento se da con base a reglas acerca de quiénes son los que actúan, con quien y de qué forma.

Cuando se da una desviación respecto al nivel de tolerancia del sistema, es decir, cuando se sobrepasan los índices de equilibrio familiar, es cuando puede presentarse el síntoma.

Ante la necesidad de adaptación continua, la familia debe contar con una gama de pautas transaccionales alternativas y con flexibilidad para movilizarlas, de tal manera que pueda cambiar de acuerdo con las demandas externas e internas. Cuando la familia no cuenta con los elementos para el cambio y la adaptación, puede desarrollar mecanismos homeostáticos para contrarrestar las dificultades para aceptar el cambio.

Entre estos mecanismos podrían surgir síntomas diversos que adquieren una función en los sistemas y se conectan con estructuras familiares específicas.

Funcionales.- Las familias funcionales son aquellas que tienen los límites claros o flexibles; éstos se manifiestan cuando cada integrante de la familia cumple con las normas y reglas establecidas.

Desligadas.- Las familias desligadas son aquellas que tienen los límites rígidos, que existen cuando la comunicación entre subsistemas es difícil y no se llevan a cabo las funciones protectoras de la familia.

Caóticas.- Las familias caóticas son aquellas que tienen los límites difusos o porosos en este caso, un elemento del sistema invade el espacio del otro integrante y no se cumplen las reglas en la familia.

ELEMENTOS QUE PERMITEN EVALUAR LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Según Minuchin, algunos sistemas familiares pueden producir y mantener síntomas en uno o varios miembros en conexión con estructuras familiares específicas. Se propone el cambio en el sistema para poder restablecer un funcionamiento adecuado. Este cambio requiere, primero, la identificación de la estructura familiar y, al mismo tiempo, la comprensión de la forma cómo el o los síntomas se conectan con dicha estructura. Los elementos de la estructura propuestos son:

Subsistema

La familia desempeña sus funciones a través de subsistemas que pueden estar formados por: generación, género, interés, función, etc.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que tiene distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciales. Entre los subsistemas que encontramos en una familia se hallan el conyugal, el parental, el fraterno, el individual, entre otros. Con base en la definición de los subsistemas, podría darse el caso de que uno de los hijos o un abuelo forme parte del subsistema parental si ejerce esta función.

Lo adecuado o no de esta estructura tiene que ver con la flexibilidad y el acuerdo entre los miembros del sistema, y con las jerarquías, límites y definiciones claras y pertinentes con que se configura esta estructura.

a) Límites

Están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de que manera. Los límites protegen la diferenciación del sistema o subsistema.

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites deben ser claros. Deben definirse con precisión para que permitan a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferir. Deben, además, permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

Estos límites se presentan de la siguiente manera:

Tipo de límite (Minuchin 1977-1981)	Sinónimos	Símbolo
Rígido	Autoritarios, impermeables	-----
Flexibles	Negociables, Normales, semipermeables	- - - - -
Porosos	Difusos, débiles, invasivos, permeables

Cuadro 1. Límites

La claridad de los límites constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento.

Las familias presentan estilos transaccionales de aglutinamiento o de desligamiento, que influyen en la permeabilidad, la comunicación y las posibilidades de desarrollo de sus miembros.

Excesiva aglutinación provoca:

- Abandono de la autonomía.
- Poca diferenciación entre sus miembros.
- Dificultad para la exploración y dominio independiente del problema.
- La conducta de un miembro repercute intensamente sobre otros.
- La familia aglutinada responde a toda variación con excesiva rapidez e intensidad.

Excesivo desligamiento provoca:

- Desproporcionado sentido de independencia.
- Pocos sentimientos de lealtad y de pertenencia.
- Poca disposición para recibir ayuda.
- La familia desligada tiende a no responder cuando es necesario.

La ruptura de los límites entre subsistemas puede llevar a formar: alianza, coalición, y triangulación. Las cuales veremos más adelante.

Estilos de familia que describe Minuchin son:

- Funcionales
- Desligadas
- Caóticas

b) Roles

Son la totalidad de expectativas y normas que una familia tiene respecto a la posición y conducta de un individuo en la familia.

Los seres humanos, cuando participan en un contexto determinado, tienden a ocupar ciertos roles que, según Parsons y otros, se desarrollan a lo largo de dos ejes:

- a) El eje instrumental o rol instrumental, tradicionalmente asignado al hombre, identificado con el rol de procreador y mantenedor de la especie. Atribución de la obligación de proteger y otorgar seguridad a la familia. Es quien debe satisfacer las necesidades físicas y materiales, garantizar la supervivencia, el crecimiento, desarrollo familiar y específicamente, la aportación de orden económico del hogar. Lo desempeña el padre.

b) El eje efectivo o rol afectivo, se lo da a las mujeres, se relaciona con funciones de apoyo, amor, de aportación de valores, normas y pautas de comportamiento en general; éste suele ser desempeñado por la madre.

El rol es equivalente a las expectativas de conducta que son dirigidas hacia un individuo en una situación o contexto dado, por lo tanto otros componentes de la estructura que podemos tomar en cuenta dentro de los roles son:

- La parentalización ocurre cuando en el sistema familiar a un hijo se le asigna el rol de alguno de los progenitores.

- La centralidad es el espacio que cada quien ocupa en un determinado contexto. En muchas familias, los hombres, por el solo hecho de serlo tienen mayor centralidad, en tanto las mujeres se ven marginadas y con menor territorio.

El rol de centralidad sería un miembro con base en el cual gira la mayor parte de las interacciones familiares; puede ser por el reconocimiento de aspectos positivos de la persona central, o por características negativas.

- El rol de miembro periférico es quien interactúa lo menos posible con los demás del sistema familiar.

c) Jerarquías

Se refiere a las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema, que marca subordinación o supraordinación de un miembro respecto a otro. “Define la función del poder y sus estructuras en las familias”². A este respecto, la jerarquía corresponde a la diferenciación de roles de padres e hijos y de fronteras entre generaciones.

d) Alianzas

² F B SIMON, H STIERLIN Y LC WYNNE, Vocabulario de Terapia Familiar. Ed Gedisa S.A. Barcelona-España 1993, pagina 204

Designa una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema. "Se refiere a la percepción o experiencia de dos o más personas unidas en una empresa, interés, actitud o conjunto de valores común"³.

e) Coaliciones

Se habla de coaliciones cuando una alianza se sitúa en oposición a otra parte del sistema; generalmente es oculta e involucra a personas de dos distintas generaciones aliadas contra un tercero. La oposición contra un tercero puede expresarse por medio del conflicto, de la exclusión, entre otras formas.

3.3 Diagnóstico estructural

Un diagnóstico estructural implica plantear hipótesis que intenten explicar la relación entre las interacciones sistémicas que se dan en el contexto de la familia y el o los síntomas de sus miembros.

La estructura familiar se representa por medio de mapas, que consisten en esquemas organizativos que permiten formular hipótesis sobre áreas que funcionan correctamente e incorrectamente para después poder proponer objetivos terapéuticos. Los mapas reflejan diferentes momentos de la estructura familiar y aunque son representaciones estáticas que no reflejan la riqueza de las transacciones familiares que están en continuo movimiento, se usan para poder observar y comparar distintos momentos de la estructura.







El terapeuta observa la estructura familiar por medio del proceso de asociarse con ella; esto implica un doble proceso de unión y acomodación, a la vez que actúa interviniendo para la reestructuración familiar. El proceso de acomodación implica respetar la estructura ya existente y el de reestructuración consiste en cuestionar la estructura existente en sus diferentes manifestaciones.

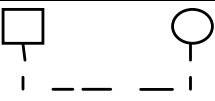


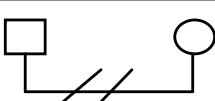

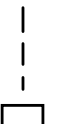


³ F B SIMON, H STIERLIN Y LC WYNNE, Vocabulario de Terapia Familiar. Ed Gedisa S.A. Barcelona-España 1993, pagina 25

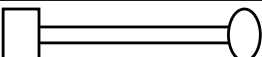
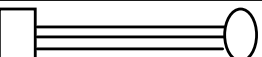
Para nuestra investigación nos ayudaremos de instrumentos conocidos por Minuchin, los cuales son de mucha utilidad para resumir la información de la familia. El mapa de relaciones nos ayuda a graficar las relaciones del sistema familiar y el Modelo Circumplejo de Olson para definir las diferentes estructuras familiares que vamos encontrando en las diferentes familias que hemos escogido para nuestra investigación.

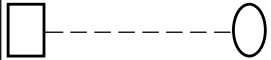
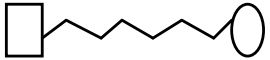
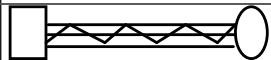

3.3.1 Genograma

Un genograma es una representación gráfica de una constelación familiar multigeneracional: Guerin y Pendagast (1976) lo llamaron "mapa de rutas del sistema de relaciones familiares" en el cual aparecen nombres edades fechas de los matrimonios, divorcios, muertes, enfermedades, incluyendo paciente identificado, sucesos claves y otros hechos importantes. Cuadro 2

Varón		Varón muerto	
Mujer		Mujer muerta	
P I Varón		P I Mujer	

Unión libre		Matrimonio	
Separación		Divorcio	
Hijo natural		Hijo adoptivo	
Alcoholismo		Miembro periférico	

Relación íntima		Relación muy íntima y fusionada	
-----------------	---	---------------------------------	---

Relación distante		Relación conflictiva	
Relación fusionada y conflictiva		Relación de ruptura de la relación	

Cuadro 2 – Símbolos del genograma

Capítulo 4 - Modelo Circumplejo de Olson

El modelo Circumplejo fue desarrollado por David Olson profesor de la Universidad de Minnesota realizó su tesis doctoral en el departamento de Desarrollo Humano y Relaciones Familiares de la Universidad de Pennsylvania en los años 60, con una orientación clínica.

Éste es uno de los modelos más importantes para el estudio del funcionamiento familiar y establece una tipología para clasificar y manejar los distintos perfiles a través de tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación.

La combinación de estas dimensiones permite a los autores describir dieciséis tipos de sistemas de relación familiar.

4.1 Dimensión del Modelo

El modelo de Olson considera tres dimensiones principales, la cohesión, adaptabilidad y la comunicación familiar. Para nuestra investigación hemos elegido como indicadores, las dimensiones de cohesión y adaptabilidad ya que estas cumplen con nuestros requerimientos.

4.1.1 Cohesión

Se define como la proximidad, vínculo o lazo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí.

Indicadores a evaluar:

- Vinculación emocional
- Independencia
- Límites
- Coaliciones
- Tiempo, espacio
- Amigos, adopción de decisiones intereses y recreación

Se puede distinguir cuatro niveles de cohesión que permiten diferenciar tipos de familias:

1. Desligadas (cohesión muy baja)
2. Separadas (cohesión baja a moderada)

Familias desligadas y separadas.- Se caracterizan por favorecer un alto grado de autonomía y cada persona actúa libremente con escaso apego o compromiso con su familia. Sería en el área central del modelo donde los individuos logran tener una experiencia equilibrada entre la independencia y la unión.

3. Unidas (cohesión moderada a alta)
4. Aglutinadas (cohesión muy alta)

Familias unidas y aglutinadas se caracterizan por una sobre identificación con la familia, en el sentido de una fusión psicológica y emocional, y con exigencia de lealtad y consenso que frenan la independencia, individuación o diferenciación de sus miembros.

Dentro de los niveles centrales de cohesión, los extremos como las familias desligadas y aglutinadas son considerados como familias caóticas, desbalanceadas o problemáticas, y los medios como las familias separadas o unidas son consideradas como familias facilitadoras.

4.1.2 Adaptabilidad

Se la conoce también como la flexibilidad, se define como "la habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, la dinámica entre los roles y las reglas de las relaciones familiares en respuesta a estresores evolutivos (propios del desarrollo) y situacionales". Ya que un sistema adaptativo requiere el equilibrio de la morfogénesis (cambio) y la morfostásis (estabilidad).

La adaptabilidad depende de dos mecanismos regulatorios: los circuitos de retroalimentación positivos y negativos.

La adaptabilidad de una familia depende de su capacidad para crear un equilibrio flexible entre una situación excesivamente cambiante (que se traduce en sistemas caóticos) y una situación excesivamente estable (que se traduce en sistemas rígidos).

Indicadores a evaluar:

- Poder (asertividad, control y disciplina)
- Estilos de negociación
- Posible intercambio y modificación de roles y reglas de las relaciones

Se pueden distinguir cuatro niveles de adaptabilidad que permiten diferenciar distintos tipos de familias.

1. Rígida (adaptabilidad muy baja)
2. Estructurada (adaptabilidad baja a moderada)
3. Flexible (adaptabilidad moderada alta)
4. Caótica (adaptabilidad muy alta)

Dentro de los niveles centrales de adaptabilidad, los extremos como familias caóticas, desbalanceadas o problemáticas y los medios como las familias facilitadoras.

Un sistema equilibrado significa que la familia puede actuar conforme a los extremos de la dimensión cuando sea apropiado, pero no permanecerá en esos patrones por largos períodos de tiempo.

Como resultado de su estilo de funcionamiento, las familias equilibradas tienen un repertorio más amplio de conductas y mayor capacidad de cambio que las familias extremas.

De los dieciséis tipos de familias propuestos por el Modelo Circumplejo:

Cuatro puntúan en los niveles centrales que reflejan niveles moderados en ambas dimensiones y que se consideran las más funcionales para el desarrollo individual y familiar.

Cuatro tienen puntuaciones extremas en las dos dimensiones y se entienden como los más disfuncionales para el bienestar de los miembros de la familia.

Ocho tipos de familias, se sitúan en un rango medio, al tener puntuaciones extremas en una sola dimensión, siendo menos comunes que las equilibradas y las familias extremas.

De este modo, el modelo propone una tipología que es un método de clasificación o diagnóstico en el cual se identifican modelos, grupos, o tipos característicos que preferentemente se excluyen entre si, de este modo nacen las familias curvilíneas, donde las áreas centrales son las ocupadas mayoritariamente por familias no-etiquetadas – “funcionales” o equilibradas-, situándose las disfunciones en los extremos.

El Modelo Circumplejo permite predecir adecuadamente en las diferentes etapas del ciclo vital a las familias extremas y a las equilibradas.

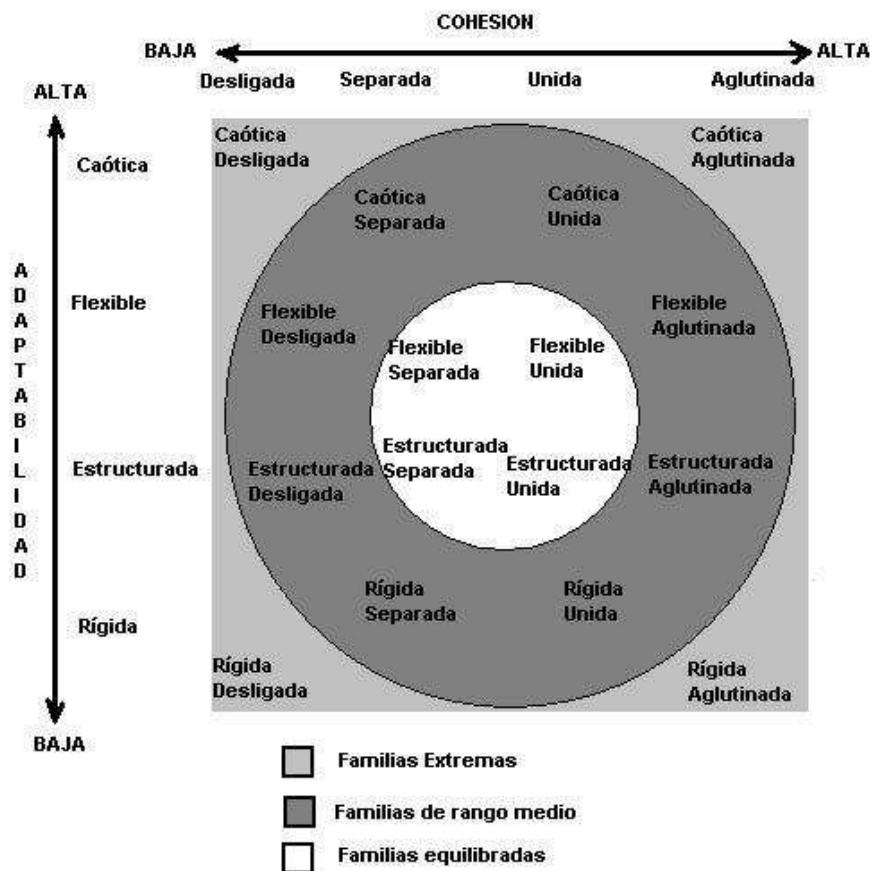


Gráfico 13. Tipología de Familias – Modelo Circumplejo de Olson

Los sistemas familiares más frecuentes encontrados son: familias equilibradas y familias extremas. Las familias de rango medio son el resultado de la combinación de las diferentes dimensiones de estos dos tipos de sistemas familiares. Son las siguientes:

4.2 Tipos de familias de Equilibradas, rango medio y extremas

		<i>Cohesión</i>			
		<i>Desligada</i>	<i>Separada</i>	<i>Unida</i>	<i>Aglutinada</i>
<i>Adaptabilidad</i>	<i>Caótica</i>	<i>Caótica Desligada</i>	<i>Caótica Separada</i>	<i>Caótica Unida</i>	<i>Caótica Aglutinada</i>
	<i>Flexible</i>	<i>Flexible Desligada</i>	<i>Flexible Separada</i>	<i>Flexible Unida</i>	<i>Flexible Aglutinada</i>
	<i>Estructurada</i>	<i>Estructurada Desligada</i>	<i>Estructurada Separada</i>	<i>Estructurada Unida</i>	<i>Estructurada Aglutinada</i>
	<i>Rígida</i>	<i>Rígida Desligada</i>	<i>Rígida Separada</i>	<i>Rígida Unida</i>	<i>Rígida Aglutinada</i>

Cuadro 3- Tipología de familias.

Para mayor comodidad la explicación de las familias equilibradas, de rango medio y extremas, la haremos en el siguiente cuadro.

4.2.1 Cuadro de semejanzas y diferencias de las características generales en las familias extremas, de rango medio y equilibradas

Cuadro de Semejanzas y diferencias de las características generales en las familias extremas, de rango medio y equilibradas											
Tipos de Familia	Solución de problemas	Toma de decisiones	Espacio personal	Chivo expiatorio	Coalición	Retroalimentación	Fronteras /Límites	Vinculación emocional	Disciplina	Roles	Reglas
1. Caótica desligada	Baja	Individuales	Máximo individual	Presente	Débil	Negativa	Externas porosas Internas rígidas	Ninguna	Permisiva	Cambios extremos	Más implícitas que explícitas
2. Caótica separada	Baja	individuales	Tiempo en familia tiempo individual	Ausente	Débil	Positiva	Externas porosas Internas rígidas	Empática	Permisiva	Cambios extremos	Más implícitas que explícitas
3. Caótica unida	Baja	Compartidas	Ningún espacio individual	A veces	Débil	Positiva	Externas flexibles	Empática	Compartida	Compartidos	Más implícitas que explícitas
4. Caótica aglutinada	Baja	Compartidas	Ningún espacio individual	Ausente	Bien definido	Negativa	Externas rígidas, Internas porosas	Simbiótica	Permisiva	Cambios extremos	Más implícitas que explícitas
5. Flexible desligada	Buena	Compartidas	Máximo individual	Presente	Débil	Positiva	Externas porosas, Internas rígidas	Ninguna	Permisiva	Cambios extremos	Más implícitas que explícitas
6. Flexible separada	Buena	Compartidas	Tiempo en familia tiempo individual	Ausente	Bien definido	Positiva	Externas e internas flexibles	Empática	Compartida	Compartidos	Más implícitas que explícitas
7. Flexible unida	Buena	Compartidas	Tiempo en familia tiempo individual	Ausente	Bien definido	Positiva	Externas flexibles	Empática	Compartida	Compartidos	Más implícitas que explícitas
8. Flexible aglutinada	Buena	Compartidas	Ningún espacio individual	Ausente	Débil	Positiva	Externas rígidas, Internas porosas	Simbiótica	Compartida	Cambios extremos	Más implícitas que explícitas
9. Estructurada desligada	Buena	Individuales	Máximo individual	Presente	Débil	Negativa	Externas porosas, Internas rígidas	Ninguna	Permisiva	Estereotipados	Más explícitas que implícitas

10. <i>Estructurada separada</i>	Buena	Compartidas	Tiempo en familia tiempo individual	Ausente	Bien definido	Negativa	Externas e internas flexibles	Empática	Compartida	Compartidos	Mas explicitas que implícitas
11. Estructurada unida	Buena	Compartidas	Tiempo en familia tiempo individual	Ausente	Bien definido	Negativa	Externas Flexibles	Empática	Compartida	Compartidos	Mas explicitas que implícitas
12. <i>Estructurada aglutinada</i>	Buena	Compartidas	Ningún espacio individual	Ausente	Débil	Negativa	Externas rígidas, Internas porosas	Simbiótica	Rígida	Estereotipados	Mas explicitas que implícitas
13. <i>Rígida desligada</i>	Baja	Individuales	Máximo individual	Presente	Débil	Negativa	Externas porosas, Internas rígidas	Ninguna	Rígida	Estereotipados	Mas implícitas
14. <i>Rígida separada</i>	Baja	Individuales	Tiempo en familia tiempo individual	Ausente	Débil	Negativa	Externas porosas, Internas rígidas	Ninguna	Rígida	Cambios extremos	Mas implícitas que explicitas
15. <i>Rígida unida</i>	Baja	Compartidas	Tiempo en familia tiempo individual	A veces	Débil	positiva	Externas porosas, Internas rígidas	Empática	Rígida	Cambios extremos	Mas implícitas que explicitas
16. <i>Rígida aglutinada</i>	Baja	Compartidas	Ningún espacio individual	Ausente	Bien definido	Negativa	Externas rígidas, Internas porosas	Simbiótica	Rígida	Estereotipados	Mas Implícitas

Cuadro 4. Similitudes y diferencias entre psoriasis y estructura familiar

4.2.2 Glosario del cuadro

Chivo expiatorio: Es aquella persona o miembro de la familia, por lo general un hijo, en el cual los padres tratan de resolver un conflicto existente entre ellos, exagerando problemas en este miembro de la familia. En él proyectan sus tensiones y conflictos interpersonales, a fin de armonizar la discordia de sus relaciones conyugales. Los padres son las partes culpables y el hijo la víctima pasiva.

Posibles categorías:

Existe chivo expiatorio: *presente, ausente, a veces.*

Coalición: es el alineamiento o alianza entre dos personas o más en contra de una tercera, cuyas consecuencias son la separación en cualquier parte de un sistema. Cuando las coaliciones se desdibujan o traspasan las fronteras generacionales se produce una perturbación en la jerarquía familiar (Minuchin 1974)

Posibles categorías:

Bien definido, Hay coalición

Débil, Puede o no haber la coalición

Disciplina: .Conjunto de leyes o reglamentos que rigen ciertos cuerpos o sistemas.

Posibles categorías:

Permisiva, no hay leyes o reglamentos

Compartida, hay leyes o reglamentos que se negocian entre los diferentes subsistemas

Rígida, leyes o reglamentos no se negocian ni cambian.

Espacio personal: espacio vital o territorio que una persona juzga indispensable adquirir para su desarrollo; se reserva para sí o lo comparte para su familia.

Posibles categorías:

Espacio juntos-espacio individual (50%-50%)

Ningún espacio individual	(100%-0)
Máximo espacio individual	(0-100%)

Límites fronteras: es la demarcación del espacio entre los individuos, entre los subsistemas familiares y entre la familia y el ambiente externo.

Posibles categorías:

Externas porosas, ingresa información externa que puede ser de la familia extensa de la comunidad

Internas Rígidas, entre los diferentes subsistemas del sistema familiar no existe comunicación porque no se acepta información de un subsistema a otro.

Externas Rígidas, no ingresa ninguna información externa.

Internas porosas, los subsistemas pueden ser invasivos del uno al otro

Externas e internas flexibles, la información es negociable y permite el ingreso y salida de la misma entre los diferentes subsistemas

Externas flexibles, negocia el ingreso de información del exterior

Reglas: Son acuerdos de relación que prescriben y limitan las conductas de los individuos en una amplia variedad de esferas, organizando su interacción en un sistema razonablemente estable; las reglas destacan también la redundancia de las configuraciones familiares.

Posibles categorías:

Más implícitas que explícitas

Más explícitas que implícitas

Reglas Explícitas, son las reglas que no se expresan dentro de la familia sino que se sobreentienden.

Solución de problemas:

Se evalúan dos tipos de problemas, instrumentales y afectivos.

La solución de problemas se verifica cuando las personas logran pasar por las siete etapas identificadas de resolución:

1. Identificación del problema

2. Comunicación del problema a la persona adecuada
3. Desarrollo de acciones alternativas
4. Decisión de una alternativa
5. Ejecución de la misma
6. Vigilancia y observación de la alternativa
7. Evaluación del éxito

Hay mayor eficacia de la familia cuando pasa por las siete etapas

Posibles categorías:

Baja, puede haber dificultad en la resolución de problemas

Buena, Fácilmente resuelven sus problemas

Retroalimentación: Es un método que consiste en controlar un sistema reinsertando en él, los resultados de su actuación pasada. En el caso de la retroalimentación negativa se mantiene el statu quo de una estructura ósea se mantiene la rigidez o morfostasis, en cambio en la retroalimentación positiva se crean nuevas estructuras dentro del sistema y se produce el cambio o morfogénesis..

Posibles categorías:

Retroalimentación positiva (produce cambio)

Retroalimentación negativa (se mantiene la estructura)

Roles: Se dan dos tipos de asignación de funciones, las necesarias y las adicionales y se analizan dos áreas del funcionamiento familiar. Se refiere a la totalidad de expectativas y normas, que un grupo tiene con respecto a la posición, conducta de un individuo en el sistema familiar.

Posibles categorías:

Cambios extremos (parentalización)

Compartido (Roles establecidos pueden flexibilizarse de acuerdo a cada situación).

Estereotipados (siguiendo un modelo transgeneracional)

Toma de decisiones: Manera en que el sistema familiar adopta una posición con respecto a temas o situaciones cotidianas de una familia.

Posibles categorías:

Toma de decisiones compartidas (intervienen los subsistemas conyugal y filial)

Toma de decisiones individual (sólo subsistema conyugal o solo subsistema filial)

Vinculación emocional: Hay mayor eficacia en una familia cuando se da implicación empática que en el caso de una implicación simbiótica, o cuando no hay ninguna implicación. Es la relación afectiva que existe entre el sistema familiar.

Es una modalidad relacional que refuerza los modelos centrípetos de la familia (la unión).

Posibles categorías:

Empática (funcional)

Simbiótica (apego excesivo)

Ninguna (desapego)

4.2.3 Cuadro de rango de cohesión y adaptabilidad

Es el puntaje que ha marcado cada familia de nuestro estudio, de acuerdo a tablas establecidas en el Modelo de Olson.

Cohesión		Adaptabilidad	
Aglutinados	46-50	Caótica	29-50
Unidos	41-45	Flexible	25-28
Separados	35-40	Estructurada	20-24
Desligadas	10-34	Rígida	10-19

FACES III – Puntaje lineal e interpretación

Capítulo 5 – Metodología de la investigación

5.1 Problematización del tema

Ya que la psoriasis es una enfermedad de la piel, crónica progresiva y que solamente se la puede controlar, de ahí que la persona que la sufre generalmente presenta secuelas de rechazo social por su apariencia. Esta patología puede ser confundida con muchas enfermedades de la piel, especialmente con lepra. Tiene un carácter inflamatorio presentando placas rojas en forma de gotas o anillos con escamas.

A pesar que la psoriasis es una enfermedad de la piel, sus consecuencias pueden ser a nivel, psicológico, laboral y familiar, por lo que estos pacientes sufren un trastorno de carácter afectivo.

De aquí nace nuestra inquietud de conocer como es la estructura de las familias con un miembro afecto de psoriasis.

5.2 Planteamiento de las preguntas de investigación

- ¿Cómo es la estructura de las familias que tiene un miembro con Psoriasis?
- ¿Como son los limites en las familias que tienen un miembro con Psoriasis?
- ¿Qué relación existe entre la estructura familiar y la presencia de Psoriasis en uno de sus miembros?

5.3 Planteamiento de las hipótesis iniciales

- En los pacientes con Psoriasis, encontramos problemas en su estructura familiar
- La mayor gravedad de la Psoriasis en un paciente se relaciona con mayores dificultades estructurales en su medio familiar.

5.4 Definición de los objetivos de la investigación

5.4.1 objetivo general

Establecer la relación entre la estructura familiar con la presencia de Psoriasis

5.4.2 Objetivos específicos

- Determinar el grado de afectación de psoriasis en el paciente a ser entrevistado.
- Determinar la estructura de la familia con un paciente de Psoriasis no Pustulosa o Psoriasis Vulgar
- Determinar la relación entre los aspectos analizados en cada familia en cuanto a su problema estructural con la presencia de la Psoriasis

5.5 Cuadro metodológico

Objetivo General: Establecer la relación entre estructura familiar y Psoriasis

Objetivos Específicos	Variables	Indicadores	Medios de Verificación
Determinar el grado de afectación de psoriasis en el paciente a ser entrevistado.	Grados de afectación de psoriasis	Psoriasis No Pustulosa	Reporte medico
Determinar la estructura de la familia con un paciente de Psoriasis no Pustulosa o Psoriasis Vulgar	Estructura	Límites: Flexibles Difusos Rígidos Jerarquía Roles: Instrumental Afectivo Parentalización Centralidad Periferia Alianzas Coaliciones Estilo familiar: Familias Equilibradas Familias Extremas	-Entrevista -Genograma. - Test. Escala de evaluación del sistema familiar (CESF) de Olson Portner y Lavee (1985)
Determinar la relación entre los aspectos analizados en cada familia en cuanto a su problema estructural con la presencia de la Psoriasis	Correlación problema estructural vs. Psoriasis.	Correlación directa	Tabla comparativa de indicadores Cruce de variables estructura versus afectación por psoriasis

Capítulo 5 – Metodología de la investigación

5.1 Problematización del tema

Ya que la psoriasis es una enfermedad de la piel, crónica progresiva y que solamente se la puede controlar, de ahí que la persona que la sufre generalmente presenta secuelas de rechazo social por su apariencia. Esta patología puede ser confundida con muchas enfermedades de la piel, especialmente con lepra. Tiene un carácter inflamatorio presentando placas rojas en forma de gotas o anillos con escamas.

A pesar que la psoriasis es una enfermedad de la piel, sus consecuencias pueden ser a nivel, psicológico, laboral y familiar, por lo que estos pacientes sufren un trastorno de carácter afectivo.

De aquí nace nuestra inquietud de conocer como es la estructura de las familias con un miembro afecto de psoriasis.

5.2 Planteamiento de las preguntas de investigación

- ¿Cómo es la estructura de las familias que tiene un miembro con Psoriasis?
- ¿Como son los limites en las familias que tienen un miembro con Psoriasis?
- ¿Qué relación existe entre la estructura familiar y la presencia de Psoriasis en uno de sus miembros?

5.3 Planteamiento de las hipótesis iniciales

- En los pacientes con Psoriasis, encontramos problemas en su estructura familiar
- La mayor gravedad de la Psoriasis en un paciente se relaciona con mayores dificultades estructurales en su medio familiar.

5.4 Definición de los objetivos de la investigación

5.4.1 objetivo general

Establecer la relación entre la estructura familiar con la presencia de Psoriasis

5.4.2 Objetivos específicos

- Determinar el grado de afectación de psoriasis en el paciente a ser entrevistado.
- Determinar la estructura de la familia con un paciente de Psoriasis no Pustulosa o Psoriasis Vulgar
- Determinar la relación entre los aspectos analizados en cada familia en cuanto a su problema estructural con la presencia de la Psoriasis

5.5 Cuadro metodológico

Objetivo General: Establecer la relación entre estructura familiar y Psoriasis

Objetivos Específicos	Variables	Indicadores	Medios de Verificación
Determinar el grado de afectación de psoriasis en el paciente a ser entrevistado.	Grados de afectación de psoriasis	Psoriasis No Pustulosa	Reporte medico
Determinar la estructura de la familia con un paciente de Psoriasis no Pustulosa o Psoriasis Vulgar	Estructura	Límites: Flexibles Difusos Rígidos Jerarquía Roles: Instrumental Afectivo Parentalización Centralidad Periferia Alianzas Coaliciones Estilo familiar: Familias Equilibradas Familias Extremas	-Entrevista -Genograma. - Test. Escala de evaluación del sistema familiar (CESF) de Olson Portner y Lavee (1985)
Determinar la relación entre los aspectos analizados en cada familia en cuanto a su problema estructural con la presencia de la Psoriasis	Correlación problema estructural vs. Psoriasis.	Correlación directa	Tabla comparativa de indicadores Cruce de variables estructura versus afectación por psoriasis

Capítulo 7 – Análisis y Discusión de Resultados

Luego de nuestra investigación hemos llegado al análisis de los resultados, los mismos que están basados en las familias de origen de los pacientes de psoriasis, a pesar que la psoriasis no se haya presentado en ese tiempo. Por que el estudio así lo exige.

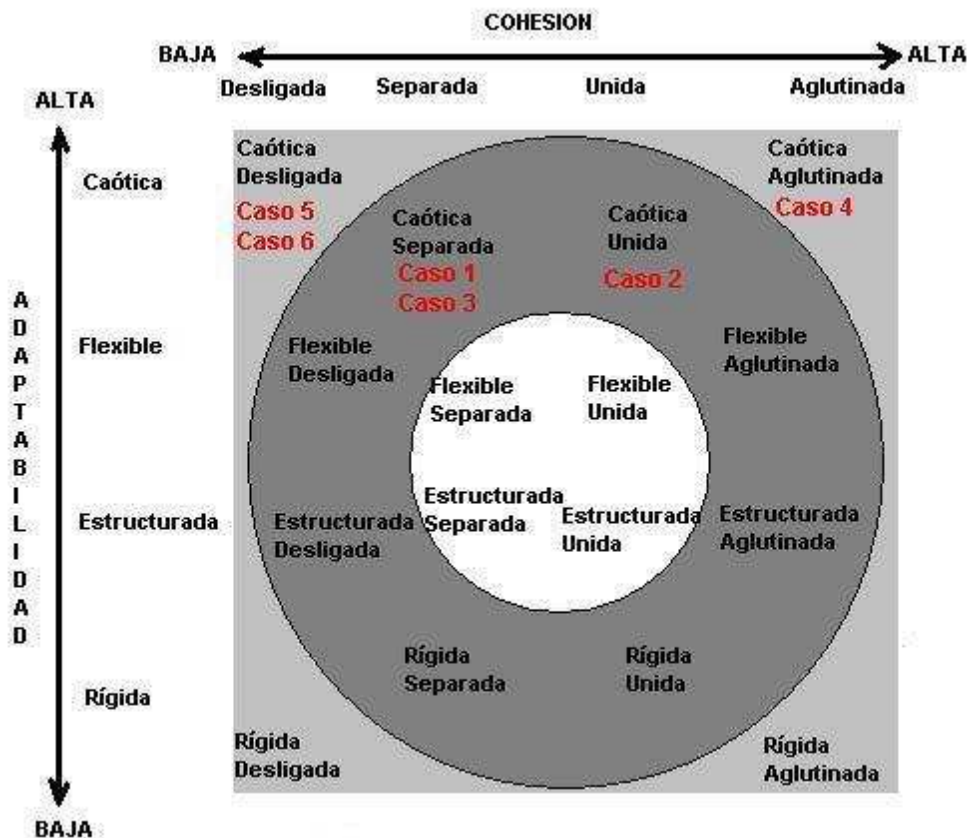


Gráfico 14. Ubicación de las familias del estudio dentro de la tipología de familias de Olson

Podemos observar que los miembros con psoriasis entrevistados, se presentan con familias de adaptabilidad caótica, con mayor o menor grado de cohesión. Las familias con adaptabilidad caótica no tienen límites claros entre los subsistemas, se adaptan demasiado a los cambios y llegan a olvidarse de sus propias necesidades y de ellos mismos ya que las reglas no son claras. Estas familias son extremas en adaptabilidad y medias en cohesión.

Las familias de los casos 1 Juan, 3 Pedro, 5 José, 6 Nancy, presentan psoriasis de los pliegues o invertida su cohesión está en el rango medio hacia abajo, y los casos 2 Rosa y 4 Silvia tienen una cohesión media hacia alta presentan psoriasis del cuero cabelludo.

Notamos que los estos dos tipos de psoriasis serian los predominantes en pacientes con psoriasis.

7.1 Cuadro de recopilación de datos entre tipos de psoriasis y la estructura familiar

CASO	PSORIASIS	TIPO DE FAMILIA	ESTRUCTURA										
			Jerarquías	Toma de Decisiones	Rol instrumental	Rol Afectivo	Parentalización	Centralidad	Periferia	Alianzas	Coaliciones		
1	JUAN	Psoriasis de los pliegues o invertida	Caótica - Separada	P M H	Vertical	Padre	Madre	Parentalizado desde los 16 años	No	No	No	Si con hermana menor	No
3	PEDRO	Psoriasis de los pliegues o invertida	Caótica - Separada	P M H	Vertical	Padre	Ninguno	No	hermana	No	No	Si con hermano	No
5	JOSE	Psoriasis de los pliegues o invertida	Caótica - Desligada	P M H	Vertical	Padre	Madre	No	No	No	No	Si con mamá	No
6	NANCY	Psoriasis de los pliegues o invertida	Caótica - Desligada	P M H	Vertical	Madre	Ninguno	Si	Si, ella	No	No	No	No
2	ROSA	Psoriasis del Cuero cabelludo	Caótica - Unida	PM H	Horizontal	Padre	Padre y Madre	No	No	No	No	Si con papá y tercera hermana	No
4	SILVIA	Psoriasis del Cuero cabelludo	Caótica - Aglutinada	PMH	Horizontal	Padre	Padre y Madre	No	hermana	No	No	Si con hermana	Si

Análisis del cuadro 7.1

Semejanzas y diferencias de la psoriasis de los pliegues o invertida

Los casos que presentan este tipo de psoriasis son:

Caso 1 – Juan, Caso 3 – Pedro, Caso 5 – José, Caso 6 - Nancy

Estas familias presentan en su parámetro de adaptabilidad, una adaptabilidad caótica y su parámetro de cohesión es separado y desligado.

En los casos 1 y 3, presentan cohesión separada, y los casos 5 y 6 presentan una cohesión desligada, estos se caracterizan por favorecer un alto grado de autonomía y cada miembro de la familia libremente con poco apego y compromiso familiar. En este tipo de familia los individuos logran una independencia equilibrada.

Con respecto a las jerarquías, las cuatro familias con psoriasis de pliegues o invertida, respetan la pirámide jerárquica familiar, esto quiere decir que el padre es la cabeza y el es quien toma todas las decisiones en forma autoritaria.

Papá

Mamá

Hijos

Dentro de la toma de decisiones, es vertical, el padre es el que siempre tiene la última palabra.

En cuanto a los roles, en el caso 1, 3, 5, el rol instrumental lo tiene el padre, el padre es el que provee el dinero a la casa, esto quiere decir que el rol del padre era claro y adecuado. En el caso 6 este rol le corresponde a la madre ya que el padrastro se lo gastaba en alcohol.

El rol afectivo, en el caso 1 y 5 le corresponde a la madre, la madre es la que expresaba sus afectos hacia sus hijos con sonrisas, abrazos y mimos. Lo cual quiere decir que el rol de la madre era el adecuado. En el caso 3 y 6, ninguno de los padres, expresaban afectos a sus hijos.

Sobre la parentalización, en los casos 1 y 6 a falta del padre, por muerte o por ausencia fueron parentalizados, esto quiere decir que los pacientes asumieron el rol de su progenitor, esto nos da como consecuencia la ruptura de los límites de los subsistemas y el cambio de roles, en los otros dos casos 3 y 5 no hubo esa necesidad.

Sobre la centralidad, en los casos 1 y 5 no existió centralidad, la centralidad es cuando un miembro es reconocido por aspectos positivos y las interacciones de la familia giran a su alrededor. A consecuencia los otros miembros de la familia quedan desatendidos. En el caso 3 y 6, no hubo centralidad.

En cuanto a la Periferia ningún caso tuvo un miembro periférico, quiere decir que todos los miembros tuvieron participación dentro del sistema familiar.

Sobre las alianzas, en el caso 1, 3 y 5 existió alianza, quiere decir que hubo una afinidad entre dos miembros del sistema familiar por lo tanto hubo un interés común. Lo que puede desencadenar una separación de los demás miembros del sistema. En el caso 6 no existió alianza.

No existen coaliciones en ningún caso, esto es positivo ya que no hubo un choque entre generaciones ni miembros de la familia de una manera negativa.

Semejanzas y diferencias de la psoriasis del cuero cabelludo

Los casos que presentan este tipo de psoriasis son:

Caso 2 – Rosa, Caso 4 – Silvia

Estas familias presentan un parámetro de adaptabilidad caótica y su parámetro de cohesión es unido y aglutinado.

En el caso 2, presentan cohesión unida y el caso 4 presentan una cohesión aglutinada, estas se caracterizan por una identificación alta, fusión emocional, psicológica y grandes exigencias de lealtad con su familia de origen, lo cual dificulta la individuación o diferenciación de cada uno de sus miembros.

Con respecto a las jerarquías, en las dos familias con psoriasis del cuero cabelludo, no se respeta la pirámide jerárquica familiar, esto quiere decir que todos toman las decisiones, se invaden los subsistemas, no se respeta los límites y no hay una cabeza de familia, las reglas y las normas no son confiables.

Papá - Mamá
Hijos

Papá – Mamá- Hijos

Dentro de la toma de decisiones, es horizontal, los roles no son definidos.

En cuanto a los roles en el caso 2, 4, el rol instrumental le corresponde al padre, el padre es el que provee el dinero a la casa, esto quiere decir que el rol del padre era claro y adecuado.

El rol afectivo, en estos casos lo cumple el padre y la madre, tanto el padre como la madre expresan sus afectos hacia sus hijos con sonrisas, abrazos y mimos.

Sobre la parentalización, en los casos 2 y 4 no existe, esto quiere decir que los pacientes no asumieron el rol de su progenitor, los roles estaban claros.

Sobre la centralidad, en el caso 2 no hay centralidad. En el caso 4, hay centralidad que quiere decir que un miembro es reconocido tanto por aspectos positivos como por características negativas y las interacciones de la familia giran a su alrededor.

En cuanto a la periferia ningún caso tuvo un miembro periférico, quiere decir que todos los miembros tuvieron participación dentro del sistema familiar.

Sobre las alianzas, en el caso 2, existió alianza con el padre y la tercera hermana, y en el caso 4, con la hermana. Esto quiere decir que hubo una afinidad entre estos miembros del sistema familiar por lo tanto hubo un interés común. Lo que puede desencadenar una separación de los demás miembros del sistema.

En el caso 2 no existieron coaliciones, en el caso 4 si existió coalición, lo que quiere decir que se traspasan las fronteras generacionales y se produce una perturbación en la jerarquía familiar.

7.2 Cuadro resumen de semejanzas y diferencias entre los tipos de psoriasis y la estructura familiar

PSORIASIS	TIPO DE FAMILIA	ESTRUCTURA									
		Jerarquías	Toma de Decisiones	Rol instrumental	Rol Afectivo	Parentalización	Centralidad	Periferia	Alianzas	Coaliciones	
Psoriasis de los pliegues o invertida	Caótica - Separada	Se tiende a respetar la pirámide jerárquica	Vertical	75 % el rol instrumental lo tiene el padre	50% es la madre 50% ninguno	Parentalización por ausencia del padre	50% no existe 50% si existe	No	75% existe alianza con hermanos	No	
	Caótica - Desligada										
Psoriasis del Cuero cabelludo	Caótica - Unida	La pirámide jerárquica no se respeta	Horizontal	Padre	Padre y Madre	No	50% no existe 50% si existe	No	si existe algún tipo de alianza	50% si 50% no	
	Caótica - Aglutinada										

Análisis del cuadro 7.2

Este cuadro resume las semejanzas y diferencias entre los tipos de psoriasis y la estructura familiar podemos expresar lo siguiente:

Psoriasis de los pliegues o invertida

La tipología de familias en este tipo de psoriasis corresponde a la caótica separada y caótica desligada, el parámetro afectado es la adaptabilidad – caótica y en el parámetro de cohesión - separada, desligada.

En estas familias generalmente se respeta la pirámide jerárquica, la toma de decisiones es de forma vertical o la hace el padre.

En relación a los roles, el rol instrumental lo hace el padre y el afectivo lo hace la madre. Si el padre no esta se da una parentalización; existen alianzas y centralidad, ausencia de periferia y coaliciones.

Psoriasis del cuero cabelludo

La tipología de familias en este tipo de psoriasis corresponde a la caótica unida y aglutinada, el parámetro afectado es la adaptabilidad – caótica y en el parámetro de cohesión – unida, aglutinada.

En estas familias no se respeta la pirámide jerárquica, la toma de decisiones es de forma horizontal o todos.

En relación a los roles, el rol instrumental lo hace el padre y el afectivo lo hace padre y madre. No existe parentalización; centralidad, alianzas y coaliciones existen, periferia no existe.

En resumen podemos decir que en las familias de nuestro estudio, encontramos que el parámetro de la adaptabilidad es el mas afectado, ya que se encuentra en el límite, al ser caóticas, lo que les lleva a no ser funcionales resultando afectado todo el sistema, en los distintos indicadores tomados en cuenta, para nuestro estudio.

Parte IV – Bibliografía

PALTAN, José Dr., Anatomía humana general y descriptiva. Editorial Universitaria. Quito- Ecuador 1993

WYNGRAARDEN JB y SMITH LI H., Cecil Tratado de medicina interna 16a ed, Editorial Interamericana, 1985

RUBINSTEIN A y TERRASA S., Medicina Familiar y practica ambulatoria, 2ª ed, Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires, 2006

FUNDACION ECUATORIANA DE LA PSORIASIS, Libro de resúmenes, Simposio para el manejo razonable de la Psoriasis, Quito- Ecuador 2003

FUNDACION ECUATORIANA DE LA PSORIASIS, Libro de resúmenes, Encuentro internacional de psoriasis, dermatosis relacionadas y trastornos Quito- Ecuador 2004

JIMENEZ Teresa., Seminario Temático Evaluación familiar con el modelo Circumplejo de Olson. Maestría en Intervención, Asesoría y Terapia Familiar Sistémica, Quito 2007

NAVARRO José., Técnicas y programas en terapia familiar. Paidós Ibérica S.A. Barcelona 2006

ORTIZ D., La terapia familiar Sistémica.1a ed. Editorial Abya-Yala Universidad Politécnica Salesiana Quito-Ecuador 2008

SIMON FB, STIERLIN H Y WYNNE L C., Vocabulario de terapia familiar, Editorial Gedisa S.A. Barcelona-España 1993

CARTER C UMBRARGE, Terapia Familiar Estructural 1999

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/314/31460201.pdf>

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/314/31460201/31460201.html>

Parte V - Anexos