

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**

**SEDEQUITO**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
PSICÓLOGO.**

**TEMA:**

**“PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN PACIENTES CON  
PSORIASIS, BASADO EN ESTUDIO DE CASOS DE 10 ADULTOS CON  
EJEDAS ENTRE 25 Y 30 AÑOS QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN PONTE  
EN MI PIEL”**

**AUTORA:**

**SOFÍA LORENA LEIVA EGAS**

**DIRECTORA:**

**ROSA ARMAS**

**QUITO, JUNIO DE 2011**

## **DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD**

Las ideas, opiniones y comentarios  
expuestos en el presente documento son  
de exclusiva responsabilidad de su autora.

---

Sra. Sofía Lorena Leiva Egas.

C.I. 050251934-1

## **DEDICATORIA**

A Luis y Luis David mis amores.

A mi madre Jenny por todo su apoyo y amor.

A la memoria de mi padre Washington, quien me dio su amor y cuyo recuerdo vive  
presente en mí.

A mi abuelito Julio quien siempre quiso verme profesional.

A todas las personas que de diversas maneras me han apoyado siempre.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi Familia, mi mami, mi hijo quien me ha dado de su tiempo para yo poder realizar mi tesis, mi esposo que siempre me ha estado apoyando en todo, mi amor y agradecimiento por su incondicional apoyo.

A mi Directora de tesis Dra. Rosa Armas virtuosa maestra de prestigio, mi reconocimiento y admiración.

A mi Universidad, inolvidable centro de cultura y sus sapientes maestros, con imperecedero cariño y gratitud.

Al Dr. Santiago Palacios quien me abrió las puertas de la “Fundación Ponte en mi Piel” para que realice mi Tesis.

## TABLA DE CONTENIDOS.

CAPITULO I .....	1
LA PSORIASIS, PSICOANÁLISIS, IMAGEN CORPORAL Y SUS TRASTORNOS. ....	1
1.1.    Psoriasis. ....	1
1.1.1.    Concepto. ....	1
1.1.2.    Revisión histórica. ....	1
1.1.3.    Etiología. ....	5
1.1.4.    Causas. ....	5
1.1.5.    Tipos. ....	6
1.1.6.    Tratamiento. ....	9
1.2.    Psicoanálisis de la identidad. ....	10
1.2.1.    Importancia de la identificación. ....	10
1.2.2.    Experiencia de satisfacción como don previo a la identificación. ....	12
1.2.3.    Efectos de la identificación. ....	16
1.2.4.    La identidad. ....	17
1.2.5.    La identificación según Freud. ....	23
1.2.6.    Auto-percepción y construcción del sí mismo. ....	26
1.2.6.1.    Estadio de la infancia. ....	30
1.2.6.2.    Estadio de la niñez temprana. ....	32
1.2.6.3.    Estadio edad del juego. ....	34
1.2.6.4.    Estadio del niño escolar. ....	35
1.2.6.5.    Estadio de la adolescencia. ....	37
1.2.6.6.    Estadio adultez joven. ....	39
1.2.6.7.    Estadio adultez media. ....	41
1.2.6.8.    Estadio adultez tardía. ....	43
1.3.    Imagen corporal. ....	45
1.3.1.    Esquema corporal. ....	47
1.3.2.    Percepción de la imagen corporal. ....	51
1.3.3.    Las emociones y la imagen corporal. ....	52
1.3.4.    Cambios conductuales e interrelacionales. ....	53
1.4.    Trastornos clínicos asociados más frecuentes con el malestar psíquico, según DSM-IV. ....	55

1.4.1.	Depresivo mayor.....	55
1.4.1.1.	Características del episodio.....	55
1.4.1.2.	Síntomas y trastornos asociados.....	56
1.4.2.	Trastorno delirante.....	57
1.4.2.1.	Características diagnósticas.....	57
1.4.2.2.	Subtipos.....	58
1.4.2.3.	Síntomas y trastornos asociados.....	59
1.4.2.4.	Síntomas dependientes de la cultura y el sexo.....	60
1.4.2.5.	Prevalencia.....	60
1.4.2.6.	Curso.....	60
1.4.2.7.	Patrón familiar.....	61
1.4.3.	Fobia social.....	62
1.4.4.	Trastorno obsesivo - compulsivo.....	64
1.4.5.	Malestar psíquico.....	66
1.4.5.1.	Malestar psíquico y la imagen corporal sustentada con el libro DSM-IV. 67	
1.4.6.	Intervenciones psicológicas.....	70
1.4.7.	Tratamientos frecuentes.....	72
1.4.7.1.	Psicoanalítico.....	73
1.4.7.2.	Cognitivo conductual.....	76
1.4.7.2.1.	Características de la terapia.....	78
1.5.	Fundación Ponte en mi Piel.....	79
CAPITULO II.....		81
MARCO METODOLÓGICO.....		81
2.1.	Metodología.....	81
2.1.1.	Historia clínica.....	82
2.1.2.	Análisis de documentos.....	82
2.1.3.	Baterías psicológicas.....	83
2.1.4.	Observación clínica.....	84
2.1.5.	Entrevista clínica.....	85
2.1.6.	Grupos focales.....	87
2.2.	Criterios de análisis de casos.....	87
2.2.1.	Construcción de la imagen.....	87
2.2.2.	Autopercepción.....	88

2.2.3.	Efectos emocionales e interrelacionales.....	88
2.2.4.	Malestar psíquico. ....	89
2.2.5.	Organización yoica. ....	89
2.3.	Elección de casos. ....	90
2.4.	Historias clínicas realizadas. ....	91
2.4.1.	Historia clínica psicológica No.1 .....	91
2.4.2.	Historia clínica psicológica No.2 .....	95
2.4.3.	Historia clínica psicológica No.3 .....	99
2.4.4.	Historia clínica psicológica No.4 .....	102
2.4.5.	Historia clínica psicológica No.5 .....	105
2.4.6.	Historia clínica psicológica No.6 .....	108
2.4.7.	Historia clínica psicológica No.7 .....	111
2.4.8.	Historia clínica psicológica No.8 .....	114
2.4.9.	Historia clínica psicológica No.9 .....	117
2.4.10.	Historia clínica psicológica No.10 .....	120
2.5.	Test aplicados.....	123
2.6.	Análisis de casos. ....	123
2.7.	Conclusiones de resultados. ....	127
CAPITULO III.....		128
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		128
3.1.	Conclusiones. ....	128
3.2.	Recomendaciones. ....	131
BIBLIOGRAFÍA. ....		134
ANEXOS. ....		137

## **ABSTRACT.**

Este estudio abarca una discusión teórica acerca de las implicaciones que tiene la psoriasis en la percepción de la imagen corporal, esta aproximación contempla un enfoque claramente definido desde una perspectiva psicoanalítica y el análisis de casos a través de herramientas psicológicas específicas como la revisión de historias clínicas, análisis de documentos, baterías psicológicas, observaciones clínicas, entrevistas clínicas y grupos focales, que nos ayudaron a determinar adecuadamente el camino y las implicaciones para el objeto de estudio. Otro enfoque se realizó a través de las entrevistas a profundidad y test aplicados, que nos ayudaron a determinar el perfil psíquico de los pacientes y la relación con su imagen corporal.

La caracterización de los pacientes parte de una construcción de la imagen en relación con su auto-percepción, los efectos emocionales, el malestar y la organización que disponen los individuos objeto de este estudio. Este estudio de casos se realizó en pacientes con psoriasis, para ello se delimitó la selección de la muestra en diez adultos con edades entre veinte y cinco y treinta años, que asisten a la fundación ponte en mi piel de la ciudad de Quito – Ecuador.



## **INTRODUCCIÓN.**

Es importante considerar que la relación que existe entre la imagen corporal y el psicoanálisis son las variables expuestas durante la elaboración de esta investigación, se muestran de manera sistemática las principales consideraciones teóricas y el abordaje práctico para establecer la relación entre la imagen corporal y la enfermedad. En enfoque central aborda la percepción de la imagen corporal en los pacientes con psoriasis y la relación psicoanalítica que tienen con la problemática, basado en estudio de casos de adultos con edades entre veinte y cinco y treinta años de edad que asisten a la Fundación Ponte en Mi Piel.

En el capítulo uno, se abordó el marco teórico relativo a los aspectos de la psoriasis con una descripción clínica de la enfermedad, sus atributos y causas respecto a psicoanálisis, la imagen corporal y sus trastornos. La psoriasis fue abordada desde una perspectiva conceptual, su evolución histórica, la etiología, causas tipos y tratamientos desde un enfoque clínico de la enfermedad. Dentro de lo que se realizó a nivel del psicoanálisis de la identidad se encuentra la importancia de la identificación, la identidad, identificación de Freud, la auto-percepción y la construcción del sí mismo en los diferentes estadios de vida de la persona. La imagen corporal es uno de los importantes elemento analizados, ya que establece el vínculo entre la enfermedad y las respuesta que la psicología puede establecer para este tipo de pacientes, ya que se aborda el esquema corporal, la percepción de la imagen, las percepciones y los cambios conductuales, así como también los efectos en la relación interpersonal y se establece además una relación con los tratamientos frecuentes. También se describe a la trayectoria de la Fundación Ponte en Mi Piel y su labor.

En el segundo capítulo, se establece toda la relación metodológica que es necesaria desarrollar para analizar a los pacientes, para ello se planteó los objetivos de la investigación y se delimitó la muestra a una muestra que contemple los perfiles adecuados para el cumplimiento de los objetivos de este estudio. Dentro de las herramientas más importantes utilizadas para este fin, se realizó a través de la

revisión de las historias clínicas de los pacientes, un análisis documental, las observaciones y entrevistas clínicas son importantes para disponer de manera directa y sensorial las aspiraciones y preocupaciones de los pacientes, los grupos focales permitieron la selección adecuada de la muestra representativa en la que se hará la investigación. Los elementos que se cruzarán están entre la base teórica y los resultados esperados, esto sirvió para determinar la construcción de la imagen, la auto-percepción, los efectos emocionales que tienen en la persona, los niveles de malestar físico y la organización de la personalidad. Los casos fueron seleccionados entre los pacientes de la fundación ponte en mi piel los mismo que fueron evaluados a través de los instrumentos detallados pero con especial énfasis en las entrevistas a profundidad, se aplicaron: test de H T P, Escala de Hamilton para la Ansiedad y la Depresión, los resultados obtenidos es que los pacientes presentan ansiedad y depresión.

En el capítulo tres, se obtuvo las conclusiones importantes como que la mayoría de los pacientes con psoriasis padecen de muchos problemas emocionales e inter-relacionales, y que es muy recomendable trabajar en el área psicológica con todos los pacientes que presenta psoriasis por leve que sea el diagnóstico dermatológico.

En la Fundación Ponte en mi Piel, donde se realizaron las prácticas pre profesionales, existen pacientes que acuden por padecer de psoriasis, enfermedad que tiene como característica la descamación e inflamación de la piel. Ellos presentan frecuentemente depresión, y ansiedad. Manifiestan que en su vida diaria son discriminados y su entorno social se ve afectado por su aspecto físico, en muchas ocasiones tienen dificultad para relacionarse con otras personas ya que se sienten temerosos de provocar rechazo y lastima debido a su aspecto físico. Refieren que el trato que reciben de parte de las personas que están muy cerca de ellos normalmente tienden a aislarlos.

Los pacientes con psoriasis refieren que las personas que están en su entorno desconocen de la enfermedad, lo cuál genera abiertamente un rechazo a tener

contacto físico con ellos, ya sea por miedo al contagio o temor de la enfermedad. Lo descrito, al parecer influye sobre la percepción de si mismo y la que creen que los demás tienen de ellos.

*“El inicio de la psoriasis se asocia a factores genéticos, inmunológicos, psicológicos y medio ambientales. Como en la mayoría de enfermedades cutáneas, se suele destacar el aspecto psicossomático (la influencia de la mente sobre el inicio y el desarrollo de la afección) de la psoriasis”<sup>1</sup>.*

Se atribuye que en el apareamiento de la psoriasis intervienen aspectos psicossomáticos, ya que en estas enfermedades cutáneas la mente actúa de manera generadora del desarrollo de la enfermedad sin quitar que las enfermedades se pueden heredar o ambientalmente se pueden desarrollar, pero sin desmerecer que la mente en nosotros tiene mucho poder.

Además, la piel no es simplemente un órgano más. Es uno de los principales órganos sensores, que contribuyen a la belleza física de una persona, a su capacidad de aceptación social, atraer potenciales parejas y en general a las relaciones interpersonales.

Los psiquiatras y psicoanalistas han trabajado para identificar características personales comunes de los enfermos con psoriasis. Aunque existan divergencias, todos coinciden en que los factores psicológicos, como acontecimientos estresantes y traumas de la vida del paciente, no pueden por sí solos explicar por qué aparece la psoriasis.

---

<sup>1</sup> LUBAN, Boris, POLDINGER, Walter y HOFMAN, KURT. (1997). *“El Enfermo Psicossomático en la Práctica”* editorial Herder, Barcelona, p. 88.

Actualmente los médicos no ven contradicción alguna en la combinación de factores neurobiológicos y psicológicos en la etiología de la enfermedad. Se sabe que los trastornos del sistema inmunológico suelen ir asociados a problemas psicológicos.

*“Los estudios científicos han demostrado que los pacientes con psoriasis a menudo sufren de estados de ansiedad y/o depresión severa, acompañadas de pensamientos suicidas”.<sup>2</sup>*

De hecho, la psoriasis ejerce un impacto de tal magnitud comparable al de las principales enfermedades crónicas que ponen en peligro la salud. Los sentimientos de desaliento y el riesgo de caer en una depresión severa aumentan cuando se ha sufrido de psoriasis durante mucho tiempo. Es frecuente observar la presencia de psoriasis desde la infancia o la adolescencia pero es más común en personas adultas. Las restricciones que impone la terapia sobre el estilo de vida del paciente, los problemas relacionales inherentes a la psoriasis; entre otras afectan la confianza en sí mismo de estos pacientes, personas se construye un "caparazón" para protegerse emocionalmente: Se niegan a mostrar sus sentimientos y evitan las relaciones interpersonales.

Aunque la psoriasis pueda conllevar ansiedad y depresiones, los dermatólogos y psiquiatras no pueden infravalorar los problemas psicológicos previos a la aparición de la psoriasis. Puede resultar difícil determinar si la depresión y la ansiedad ya estaban presentes previamente, o si son consecuencia de la afección.

El enfoque teórico que voy a utilizar para esta investigación es el psicoanalítico ya que los dos autores que voy hacer uso de su información sustentan muy bien el trabajo que se realizara con esta investigación y nos dan información que nos harán entender más en la parte psicológica que es del interés de la investigación.

---

<sup>2</sup>Bhosle et al., Healthand Quality of Life Outcomes, 2006.

“Para el psicoanálisis, la piel tiene una importancia capital: proporciona al aparato psíquico las representaciones constitutivas del Yo y de sus principales funciones. Y, en su momento, esta constatación se inscribe en el cuadro de la teoría general de la evolución. Desde los mamíferos hasta el hombre, el cerebro no solamente aumenta sino que se hace más complejo. La piel pierde su dureza y sus pelos. Los pelos subsisten apenas sólo en el cráneo, aumentando su papel protector del cerebro, y alrededor de los orificios corporales de la cara y del tronco, donde refuerzan la sensibilidad e incluso la sensualidad.”<sup>3</sup>

La definición de Imagen Corporal que tomo de los dos autores a los que se va a referir en esta investigación han sido uno de los más importantes en todo el ámbito de la investigación sobre la imagen corporal ya que Didier Anzieu ha investigado como se forma nuestra imagen y el refiere que desde el embarazo se da ese sostenimiento como él lo llama de la madre y la importancia de esto en nuestras vidas, Rosa María Raich es una las más importantes investigadoras de España sobre este tema y la que ha llegado a una definición más clara de Imagen Corporal.

Didier Anzieu nos habla de un concepto que es el YO PIEL, construido a partir de sensaciones corporales de la madre, registradas por el niño.

Nos dice que ese Yo Piel es una envoltura que contiene los estados emocionales desde el cual las experiencias pueden ser conocidas, reconocidas y se pueden desarrollar, esta creación se va desarrollando en los primeros años de vida a través de la relación con la madre, en medio de un ambiente emocional contenedor, que va registrando la experiencia personal e interpersonal y que permite desarrollar el reconocimiento de la propia experiencia.

---

<sup>3</sup> FERNANDEZ, Joaquín. (2005) *“Yo Como Conjunto de Representaciones y yo como Conjunto de Funciones”*.Pág. 169.

A partir de esto se puede desarrollar el pensamiento, entendido como un procesamiento de las emociones.

Si la capacidad mental de la madre para procesar emociones está poco desarrollada o dañada, las experiencias emocionales quedan excluidas del acceso al pensar y a la elaboración psíquica y el resultado de esto es que el niño es propenso a una mayor vulnerabilidad somática.

“...es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.” (Raich, 2000).<sup>4</sup>

Después de tantos conceptos que se daba al tema de la Imagen Corporal ella llegó a uno que es muy importante ya que integra todo lo que es el ser humano es, no solo cuerpo sino también emociones sentimientos, pensamiento, etc. la imagen corporal no solo es consciente sino también pre-consciente e inconsciente ya que tenemos una representación mental.

Existen algunas investigaciones que se han hecho en el Ecuador respecto a la población que la padece especialmente en Quito, el último que fue realizado fue en el 2002., y publicado en el año 2004 en el cual el Dr. Santiago Palacios quien representa la “Fundación Ponte en mi Piel” conjuntamente con otros colaboradores, dirigió la investigación epidemiología de la psoriasis en el Distrito Metropolitano de Quito. En ella concluye que la mayoría de los datos de casos de psoriasis son hospitalarios, y que el 51% de los casos estudiados presentan problemas familiares, laborales, personales y un 30% siente repudio por sí mismo.

---

<sup>4</sup>RAICH, Rosa. (2000). *“Imagen corporal. Conocer y Valorar el Propio Cuerpo”*. Ediciones Pirámide. Madrid. Pág. 15.

La revista Epidemiológica de psoriasis en el Distrito Metropolitano de Quito señala lo siguiente:

“No existen datos epidemiológicos nacionales respecto a la psoriasis en el Ecuador. Se hizo una encuesta observacional, descriptiva, aleatoria, persona a persona, acerca de la prevalencia de la psoriasis en 1.000 familias de la ciudad de Quito de población mestiza en el 80%, de acuerdo con los planos oficiales de distribución urbana, seleccionando unidades primarias (parroquias), secundarias (barrios, manzanas, casas) y finales. De 4.911 personas encuestadas, un total de 29 pacientes (0,59%) fueron diagnosticados de psoriasis; 15 fueron hombres (0,30%) y 14 mujeres (0,28%), con edades entre 8-70 años, con una media de 39 años. En esta encuesta se hallaron trastornos emocionales como factores desencadenantes en 85%. En el Ecuador no existen datos estadísticos adecuados acerca de la incidencia y prevalencia. El último dato del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censo (INEC) reporta 86 casos de los egresos hospitalarios en el año 2000. El Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) registra 290 pacientes entre 1995-2002, con una prevalencia del 1,1% de las consultas nuevas. A nivel mundial, la incidencia de la psoriasis oscila entre 0,97%-5%. En algunas zonas de Europa es de más del 2%; en países escandinavos se aproxima al 5%. Se puede presentar a cualquier edad, de manera independiente del sexo, con incidencia familiar. Un inicio precoz de la enfermedad suele significar un peor pronóstico, un 10-15% aparece antes de los 10 años. La edad más común es en la segunda década de la vida (promedio 27 años)”.<sup>5</sup>

En base a lo descrito se puede concluir que no existen, en nuestro medio, investigaciones que den cuenta de la afectación psicológica presente en la psoriasis, pese a que los estudios nacionales e internacionales refieren la evidencia de su presencia. De allí que se plantean preguntas de investigación.

- ¿Cómo influye la percepción de su imagen corporal sobre sus emociones, y comportamientos que se asocian a la psoriasis?

---

<sup>5</sup> CAÑARTE, Cecilia; CABRERA, Franklin; PALACIOS, Santiago. (2004). *“Epidemiología de psoriasis en el Distrito metropolitano de Quito”*. Sociedad ecuatoriana de dermatología. Quito- Ecuador

- ¿Cuáles son los cambios emocionales e interrelacionales que se asocian con la psoriasis?
- ¿Qué elementos se deben tener en cuenta para un acompañamiento psicológico con los pacientes de psoriasis que asisten a la Fundación Ponte en mi Piel?

Estas preguntas buscan encontrar la percepción de la Imagen Corporal que tienen 10 adultos entre 25 y 30 años con psoriasis que asisten a la “Fundación Ponte en mi Piel” y los cambios emocionales e inter-relacionales que se producen como efecto.

El estrés emocional y la ansiedad puede desencadenar o agravar la psoriasis, por ello es importante considerar que al ser una enfermedad inflamatoria de la piel en la que se presenta lesiones escamosas y degenerativas que afectan la imagen corporal del individuo sea necesario una meticulosa intervención preventiva y de apoyo en el desenvolvimiento de la enfermedad, para lo cual la psicología clínica no ha sido tomada en cuenta, tampoco existen investigaciones en nuestro país sobre los problemas psicológicos que se dan con el tema de la piel. De allí que es importante conocer esta realidad desde la psicología para defender el papel del psicólogo.

El impacto social y psicológico de la Psoriasis puede ser enorme, aunque se menciona un componente inmunológico para su desencadenamiento, los factores psicológicos son de gran importancia en la calidad de vida de los pacientes, lo que hace disminuir su autoestima, por todo ello podemos hablar de razones neuroinmunológicas, ya que algunos neuropéptidos como la sustancia P y el péptido vaso activo intestinal, influyen de manera importante en la presencia fisiopatológica y en la evolución de varias enfermedades cutáneas, y en especial en ésta caso en particular, la psoriasis, la acción neuroreguladora puede estar representada teóricamente por el estrés psicológico y por determinados estados psicopatológicos como los trastornos ansiosos, depresivos, e incluso estar asociado a estados severos como el suicidio por la adversa imagen corporal que siente la persona.



La psicología clínica debe estar muy ligada con el trabajo dermatológico ya que los problemas de la piel también se dan por malestares emocionales y que pueden ser desencadenantes de psoriasis.

En las prácticas nace la necesidad de investigar, porque los problemas de la piel tienen una afectación psicológica importante tanto como la presencia del daño físico como cuando son un efecto de psoriasis, por eso es importante que la psicología clínica se acerque para de allí desarrollar intervención.

La comprensión que la investigación posibilite sobre las percepciones, emociones y conductas, permitiendo a futuro formulas de prevención y atención psicológica para personas que tienen esta sintomatología.

Dentro del punto de vista teórico, para abordar los efectos psicológicos de la psoriasis en la percepción de la imagen corporal es importante utilizar la teoría psicoanalítica. Este instrumento es importante para el análisis ya que nos ayuda a comprender como se va desarrollando la formación yoica en el paciente según el aporte Freudiano. Es decir, la comprensión de la relación que existe entre las variables psicológicas y las físicas. Por otra parte el aporte de Didier Anzieu es importante considerarlo ya que el nos habla de la relación de sostenimiento que se da entre la madre e hijo en la construcción de nuestra imagen desde la infancia y su vinculación con la piel. Rosa María Raich analiza la relación entre la imagen corporal y sus alteraciones.

Abordar teóricamente la relación entre los efectos de la imagen corporal en la psoriasis es relevante debido a que es un instrumento que desarrolla elementos más específicos relacionando la enfermedad con sus efectos psicológicos o viceversa, es

decir, que problemas psicológicos desencadenan la enfermedad. Pero sin descuidar que la perspectiva de análisis será el psicoanálisis.

Objetivos de la investigación:

- Determinar cómo se da la construcción de la imagen corporal de 10 pacientes adultos con psoriasis que asisten a la Fundación Ponte en mi Piel.
- Establecer los cambios emocionales, interrelacionales y evidenciar el malestar psíquico que se asocia con la psoriasis.
- Analizar los principales elementos psíquicos que presentan los pacientes con psoriasis.

La población a la cual está dirigida la investigación, son las personas adultos pacientes, las mismas que están comprendidas entre los 25 y 30 años, de diversas ciudades de nuestro país, con distinto estatus sociales, que se encuentran asistiendo por tratamiento médico a la "Fundación Ponte en mi Piel", anualmente a esta Fundación acuden 4000 mil pacientes aproximadamente hombres y mujeres de todas las edades para ser atendidos por enfermedades de la piel, entre los cuales se atienden pacientes con psoriasis, quienes posteriormente son remitidos a consulta psicológica. Que entre los casos atendidos se verán 10 pacientes voluntarios escogidos en forma aleatoria por medio de una encuesta ya que es un método de recogida de datos que a través de cuestionarios o preguntas ya sean abiertas o cerradas; que se caracteriza por ser sistemático, el cual se le aplica a la población muestra. La encuesta se realizara cara a cara para así poder recolectar más información.

El objetivo de las encuestas es determinar la opinión general, creencia o idea que las personas tengan sobre un hecho o fenómeno. Se realizara a los pacientes con psoriasis y sus familiares para poder determinar qué es lo que piensan de un enfermo de psoriasis como lo perciben y como se comporta el enfermo, para realizar la encuesta se seleccionaran las preguntas más convenientes de acuerdo al tema en este caso la imagen corporal, se usaran el mismo orden de preguntas para todos los encuestados, se considerara el nivel de educación de las personas que van a responder el cuestionario.

## CAPITULO I

### LA PSORIASIS, PSICOANÁLISIS, IMAGEN CORPORAL Y SUS TRASTORNOS.

#### 1.1. Psoriasis.

##### 1.1.1. Concepto.

La piel desde el punto de vista del psicoanálisis es un límite y un punto de contacto con el mundo. Freud comienza considerando al Yo como un yo corporal. P. Schilder (1958), sostiene que la piel es básica en la constitución del esquema corporal, íntimamente unido al concepto de identidad.

Por su parte D. Anzieu (1987) define el concepto del yo-piel, construido a partir de sensaciones corporales de la madre, registradas por el niño; al tiempo que señala que el cuerpo es aquello en que las funciones psíquicas encuentran su soporte.

En todos los casos es preciso hablar de:

- Una predisposición genética y constitucional a padecerla.
- Una estructura de personalidad que favorezca su aparición.
- Un suceso desencadenante, y más ampliamente un contexto social (cultural, familiar).

En psicósomática ocupan un lugar básico los afectos como concepto límite entre lo psíquico y lo somático que permiten establecer una “tonalidad” una manera de valorar lo que pasa: dentro y fuera de la persona que padece psoriasis

##### 1.1.2. Revisión histórica.

“Se pensaba que la dermatosis profesionales son hijas de la Revolución Industrial, existen ya citas en los tiempos de Augusto Celso se mencionan las úlceras producidas por cáusticos, posteriormente Paracelso en 1491 escribe sobre los efectos

perniciosos que ejercían algunas profesiones sobre la Piel, contemporáneos cuyos como Ellembog y Agrícola estudian las acciones sobre la piel y tegumentos de Humus de metales como el cadmio, arsénico y cobalto<sup>6</sup>.

“Es Bernardino Ramazzini quien en su libro de enfermedades de los artesanos (De MorbisArtificum, 1713), describe de forma magistral muchas de las enfermedades profesionales de aquel tiempo, es curioso que también a finales de ese siglo Percival Pott (1775) describe el cáncer de los deshollinadores, asociados de una forma clara y científica de las lesiones cutáneas con el trabajo realizado<sup>7</sup>.”

Por esa época Willian (1798) publica “Description and treatment of coetaneous diseases”, donde asocia cuadros cutáneos con profesiones diversas, así le describen a la psoriasis palmar de los zapateros, psoriasis difusa de los panaderos.

Los enfermos de psoriasis que desarrollo lesiones psoriásicas intensas en la zona de roce continuo de herramientas que utilizaba en su profesión para agujerear, coser y respuntar, su profesión era de zapatero y se dedicaba a reparar zapatos.

La psoriasis no solo es una erupción cutánea, sino una enfermedad que puede llegar a ser dolorosa, afecta al desarrollo de las actividades diarias. No es una enfermedad contagiosa, aunque aun su causa es desconocida, es una enfermedad que no tiene cura; pero si tratamiento. Se localizan sobre todo en el cuero cabelludo, uñas, codos, rodillas y región sacra.

La psoriasis se deriva del griego PSOR, que etimológicamente significa prurito, y IASIS que significa estado. Que quiere decir picor que se siente en una parte del cuerpo o en todo el cuerpo.

---

<sup>6</sup> L. Conde, SALAZAR GÓMEZ, A. Ancona, ALAYÓN. (2004) “*Dermatología Profesional*”. Ediciones Aula Médica, impreso en España, Pág. 1.

<sup>7</sup>Ídem, pág. 8.

“La psoriasis tiene una distribución universal, que afecta al 1-2 % de la población general, pero existen tasas de prevalencia que se aproximan al 0,1 – 6 %, especialmente en los países escandinavos. Sin embargo se encuentran diferencias en la prevalencia en el mundo entero. La mayoría de los estudios refieren datos hospitalarios y no de población general.”<sup>8</sup>

“La Psoriasis afecta al 2% de la población mundial. Está formada por pópulas o placas escamosas aisladas y suele observarse por simple examen físico. Las lesiones se presentan en cuero cabelludo, codos y rodillas. El color y tipo de las escamas permiten identificar las lesiones. Las escamas son densas y en laminillas con bordes separados periféricamente o sueltas con aspecto de salvado. Las placas tienen color rosado o rojo y los bordes son netos bien limitados”.<sup>9</sup>

“La mayoría de las investigaciones que se han realizado en España (40 millones de habitantes) de manera aleatoria se ha realizado a 12.938 personas lograron localizar a 4.027 casas mediante llamadas telefónicas realizadas por encuestadores 1.17-1.43% padecen de psoriasis en España”.<sup>10</sup>

“Las investigaciones que se han realizado en el Ecuador han sido de forma hospitalaria no existen datos estadísticos adecuados sobre la incidencia y prevalencia, el último dato del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censo (INEC), reporta 86 casos de egresos hospitalarios en el año 2000.”<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup><http://www.fepso.org.ec/Psoriasis.aspx#>, Fundación Ecuatoriana de la Psoriasis, investigaciones de la prevalencia de psoriasis en Ecuador, visitada 3 de noviembre del 2010.

<sup>9</sup> HARRISON, Principios de Medicina Interna, Volumen 1, Mc Graw Hill – Braunwold, España.

<sup>10</sup><http://www.fepso.org.ec/Psoriasis.aspx#>, Fundación Ecuatoriana de la Psoriasis, investigaciones realizadas en España, visitada 3 de noviembre del 2010,

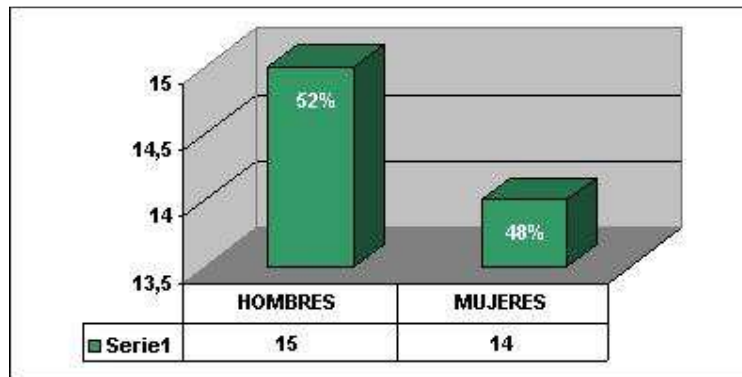
<sup>11</sup>Idem.

En el Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) durante 7 años 1995-2002, se registraron 290 pacientes, con una prevalencia del 1.1 % de las consultas nuevas.

La psoriasis es frecuente, en Quito, afecta a 1 de cada 200 personas; puede afectar a cualquier edad, pero ronda los 40 años.

La edad más frecuente en mujeres es en edades pediátricas, afecta a todas las razas, pero es menos frecuente en la amarilla, negra, y mongoloide, rara en los indios, sin embargo estas pueden ser fluctuantes y estar modificada por factores socio-económicos y culturales. En nuestro país existe un predominio de mestizos.

En Ecuador se ejecuto un estudio observacional, descriptivo, encuesta de prevalencia de la psoriasis, persona-persona, en un universo de todos los niveles socioeconómicos de la ciudad de Quito, en 1000 familias, escogidas aleatoriamente, de acuerdo a los planos oficiales de distribución de la ciudad de Quito, seleccionando unidades primarias (Parroquias), secundarias (Barrios, Manzanas, casas) y finales (pacientes). De 4.911 personas encuestadas, se encontraron un total de 29 pacientes diagnosticados de Psoriasis que corresponden al 0.59%, 15 fueron hombres (0.30%) y 14 mujeres (0.28%), de edades comprendidas entre 8-70 años con un promedio de 39 años la mayoría de profesiones y ocupaciones distintas.



**Gráfico 1.** Distribución por sexo y edad en estudio epidemiológico de población del Distrito Metropolitano de Quito (Ecuador)

Los estudios realizados demuestran que en realidad tanto mujeres como hombres, niños o adultos pueden tener psoriasis, sin distinción de clase social o económica, la única diferencia es que en la raza negra es menos frecuente.

### **1.1.3. Etiología.**

La psoriasis se provoca por el funcionamiento defectuoso del sistema inmunitario que provoca un exceso de producción de células cutáneas, las encargadas de reponer las capas de piel en renovación.

Este exceso de creación de nuevas capas puede causarse hasta siete veces superior al normal, dando lugar a las características placas de la enfermedad, que adoptan la forma de manchas rojas resaltadas cubiertas de descamaciones. El curso es impredecible, en algunos casos desaparece para siempre y en otros casos persiste o vuelve con frecuencia, es importante saber que la psoriasis aumenta con la edad, pero mientras más temprano se presente será más crónica y más grave.

### **1.1.4. Causas.**

Aun se desconoce el origen concreto de la enfermedad, sí se sabe que es una enfermedad genética. De hecho, se ha localizado el gen cuya alteración influye en la aparición de la patología. Se conoce que es una enfermedad hereditaria. Si uno de los dos padres es psoriásico, uno de cada ocho hijos puede sufrirla. Si son los dos progenitores los afectados, la probabilidad asciende a uno de cada cuatro. Sin embargo, no por el hecho de ser psoriásico, los hijos van a serlo. Además puede ocurrir que se herede la alteración genética, pero no se desarrolle la enfermedad, porque también intervienen factores exógenos (externos) en su aparición. Dentro de los factores exógenos, destacan:



- Infecciones crónicas
- Estrés nervioso
- Obesidad
- Alcohol
- Enfermedades como la artritis reumatoide
- Cambios hormonales
- Traumatismos (heridas, golpes, quemaduras solares...)

### **1.1.5. Tipos.**

Existen muchos tipos de psoriasis, aunque los especialistas prefieren hablar de distintas formas de presentación de la enfermedad. Se puede clasificar según su gravedad, su forma y el patrón de las escamas.

Según gravedad:

- Psoriasis leve: cubre un 2% o menos de la piel del cuerpo. Suelen ser placas aisladas localizadas en rodillas, codos, cuero cabelludo, manos y pies. El tratamiento es de uso tópico (cremas, lociones, champús).
- Psoriasis moderada: cubre entre el 2 y el 10% de la superficie corporal. Puede aparecer en brazos, piernas, tronco, cuero cabelludo y otras áreas. Tratamiento de uso tópico y fototerapia. En algunos casos puede incluir también terapia farmacológica.
- Psoriasis grave: cubre más del 10% de la piel del cuerpo. Suele tratarse con fototerapia y medicaciones orales. Según la forma y patrón de las escamas.
- Psoriasis en placas: conocida como 'psoriasis vulgaris'. Esta es la forma más típica de la enfermedad (un 80 por ciento de los casos corresponden con este tipo). Las escamas que forman la cúspide de la placa se componen de células

muerdas, que se desprenden de las placas. Otros síntomas también incluyen dolor y picor en la piel, así como resquebrajamientos.

- Psoriasis en gutata o gotular: este tipo se manifiesta como pequeñas gotas rojizas en la piel. Son lesiones que aparecen en el tronco y las extremidades y a veces en el cuero cabelludo. No son tan gruesas como las de la psoriasis en placas. Puede estar causada por algún tipo de infección y suele aparecer durante la infancia.
- Psoriasis inversa (en pliegues): aparece en axilas, ingles, bajo las mamas y en los pliegues de genitales y nalgas. Este tipo aparece en pieles lisas y secas, en forma de enrojecimiento e inflamación, pero no de escamas. La psoriasis inversa es especialmente propensa a la irritación por el roce y el sudor, por eso las personas obesas tienen más problemas.
- Psoriasis eritrodérmica: es un tipo inflamatorio de la psoriasis que suele afectar a la mayor parte del cuerpo. Se caracteriza por un enrojecimiento de la piel muy acusado y agresivo. Es poco frecuente. Dentro de este grupo se encuentra la forma seca y la húmeda o edematosa (más severa).
- Psoriasis pustular generalizada: también llamada psoriasis pustular de Von Zumbusch. Es muy poco común y se manifiesta con grandes áreas de la piel enrojecidas, que duelen y producen pústulas. Cuando estas pústulas se secan vuelven a aparecer de forma cíclica.
- Psoriasis pustular localizada: cuando las pústulas sólo aparecen en manos y pies.
- Acropustulosis: en esta forma, las lesiones de la piel se localizan en las puntas de los dedos y a veces en los pies. Estas lesiones pueden ser dolorosas e incapacitantes, llegando a producir deformidad en las uñas y en los casos más graves, cambios en los huesos de la cara.

- Artritis sistémica: parecida a la artritis reumatoide, aunque es más leve y con menos deformidades. Se asocia a algún tipo grave de psoriasis. Artritis asimétrica: suele afectar a entre una y tres articulaciones (cualquiera). Suele ser leve. Artritis distal interfalángica predominante: ocurre en un 5% de los afectados de artropatía psoriásica. Afecta a las articulaciones distales de dedos de las manos y pies. Espondilitis: se produce en un 5% de los casos. El síntoma predominante es la inflamación de la columna vertebral.
- Artritis mutilante: forma de artritis deformante y destructiva. Aparece en menos del 5% de los que sufren artropatía psoriásica y suele afectar a pequeñas articulaciones de las manos y pies.

Factores de riesgo que se dan en la psoriasis y que deben ser tomadas en cuenta ya que es muy importante el saber cuál es la más alta prevalencia de aparición de la psoriasis según el género, la edad ya que cerca del 40% de los pacientes reportan que el desarrollo de la psoriasis fue antes de los 20 años y un 10% antes de los 10 años, la edad más difícil de diagnosticar la psoriasis suave o no típica es en los niños.

“La historia familiar es importante ya que cerca del 35% de los pacientes con psoriasis tienen uno o más familiares con esta enfermedad, un estudio realizado demuestra que el riesgo de contraer psoriasis es de 4% en personas que no tienen familiares afectados, 28 % con un padre afectado y el 68% cuando los dos padres padecen de psoriasis”<sup>12</sup>.

El saber su historia es importante ya que según la edad de comienzo se reconoce dos tipos de psoriasis la de tipo I, que se inicia antes de los 40 años y de tipo II, que se inicia después de los cuarenta años, siendo la primera la más intensa y con clara influencia genética.

---

<sup>12</sup><http://www.todopsoriasis.com/psoriasisfactores.html>, “Factores de Riesgo en Psoriasis”, Fundación Ecuatoriana de Psoriasis, visitado 4 de noviembre del 2010

El saber tu historia y como se ha ido desarrollando la enfermedad es importante porque se sabe de dónde partir para realizar un tratamiento tanto en el área médica como en el área psicológica y poder determinar el conocimiento o desconocimiento que tienen de la enfermedad.

#### **1.1.6. Tratamiento.**

“Durante los últimos años se han producido diferentes avances en el tratamiento de la psoriasis, sin embargo el manejo del paciente debe ser individualizado y lo principal en la relación del médico paciente debe ser buena y clara, la información que se le entregue al paciente es la que puede llegar a ser decisiva para obtener una respuesta favorable en el tratamiento a seguir ya que el paciente debe conocer claramente cuál es su enfermedad, factores desencadenantes, los efectos secundarios de los medicamentos que se vayan a utilizar.”<sup>13</sup>

Las posibilidades terapéuticas que van a determinar el tratamiento del paciente van a ser el tipo de psoriasis, gravedad, extensión, localización, sexo, edad, actividad profesional, social, y patologías comorbidas existentes.

A pesar de que no existe cura para esta enfermedad, sí se puede mantener totalmente controlada y en algunos casos los síntomas (inflamación, enrojecimiento, descamación y picor) no tienen por qué volver a aparecer, la prevención de las infecciones secundarias.

Los diferentes tratamientos que se aplican son:

- Sustancias de uso tópico: cremas, lociones, limpiadores y pomadas aplicados en las zonas afectadas suele ser el tratamiento de inicio de la mayoría de los psoriásicos.
- Fototerapia: en general, el sol es beneficioso para este tipo de pacientes. Algunos pueden necesitar un refuerzo específico con luz ultravioleta artificial

---

<sup>13</sup><http://www.todopsoriasis.com/psoriasisfactores.html>, “Tratamiento”, Fundación Ecuatoriana de Psoriasis, visitado 4 de noviembre del 2010.

(rayos UVB) o una combinación de luz ultravioleta y medicaciones, denominada PUVA (Psoraleno junto con la exposición a luz ultravioleta UVA) también conocida como foto-quimioterapia. Se toma el medicamento por vía oral o inyectado para potenciar los efectos de los UVA.

- Fármacos sistémicos: normalmente de tipo oral, aunque también puede necesitar inyectables. Medicación de uso tópico (cremas y lociones): Esteroides, Alquitranes, Calcipotriol, Retinoides, Antralina, Acido Salicílico, Metotrexato y Retinoides orales: (isotretinoína).

## **1.2. Psicoanálisis de la identidad.**

### **1.2.1. Importancia de la identificación.**

Es importante hablar de identificación ya que se puede entender sobre la vida psíquica y lazo social que como seres humanos vivimos en el día a día y el compartir con otras personas, la identificación no viene en nosotros genéticamente sino en las relaciones que se van dando con la interacción social, es por esto que es importante hablar y conocer sobre la identificación porque los pacientes que tienen psoriasis según el grado y el lugar que la enfermedad se presenta, se aíslan socialmente y esto evita que el enfermo construya su identificación esto se da mediante la palabra con el otro, el paciente con psoriasis presenta disminución del sí mismo ya que tiene dificultad en relacionarse socialmente.

Es importante el abordar este tema haciendo una diferencia de los significados de identidad y la identificación desde la teoría psicoanalítica. El concepto de la identificación, proceso que supone la participación del significante amo, pues lo primordial de las identificaciones se impone por una lógica del lenguaje. Por ello enseguida abordare el concepto de identificación.

La identificación es el principio fundamental que hace posible dos hechos fundamentales de la cultura humana: la vida psíquica y el lazo social, no es un principio evolutivo, orgánico, genético, ni de una especie como el mimetismo, tampoco del orden de una maduración del sistema nervioso, sino un principio de carácter psíquico, que opera de manera individual pero siempre a partir de otro humano ya que el compartir con el otro vivencias, pensamientos, afectos, emociones vamos internalizando y se va dando las relaciones sociales.

La identificación es una relación, Freud le llamó la primera ligazón afectiva a esta relación con el otro semejante, el otro es la condición absoluta en la identificación. Es necesaria la imagen antropomórfica, la gestalt humana investida para que el bebé ahí se identifique, dicha identificación especular comienza desde el primer año de vida del bebé y se desarrolla hasta expresarse en una “asunción triunfante de la imagen con la mímica jubilosa que la acompaña y la complacencia lúdica en el control de la identificación especular”.<sup>14</sup>

En los bebés humanos sí operan los efectos identificatorios de la gestalt antropomórfica, cosa que no suceden en los animales. Los niños puestos delante del espejo, reconocen las personas y las cosas y se maravillan alegremente de este reconocimiento, En una primera instancia, el niño al ver su imagen en el espejo, reacciona como si esta fuese una realidad o al menos la imagen de otro. En un segundo momento, el niño ya no considera la imagen como real, ya no intentará apropiarse de esta y en una tercera instancia, el niño reconoce en la imagen, su propio cuerpo, lo que permite realizar un proceso de identificación, en donde, el niño comienza a formar su propia identidad. Además hay que hacer notar que esta tercera etapa del espejo se corresponde con la primera etapa del Edipo.

El niño al franquear exitosamente esta etapa, al integrar su imagen a su propio cuerpo es decisivo para la conformación del sujeto.

---

<sup>14</sup><http://www.cartapsi.org/spip.php?article15>, “Importancia de la Identificación”, visitado el 11 de noviembre del 2010.

Es importante mencionar que por una parte el estadio del espejo constituye el advenimiento de una unidad, de una subjetividad cenestésica, permitiendo una primera experiencia de localización del cuerpo y por otra parte determina una alienación, una sujeción del niño a su imagen, a sus semejantes, al deseo de la Madre.

Por otra parte en lo que hace referencia al complejo de Edipo, este es fundamental para el acceso del sujeto, al orden simbólico, al orden social, al igual que el espejo mientras que por ejemplo los gatos, colocados frente al espejo, no van y buscan un gato detrás del espejo, sino que se espantan o con su propio reflejo especular, no logran reconocerla como pura imagen, esto es porque los animales no realizan un proceso de identificación no están inmersos en un orden simbólico.

### **1.2.2. Experiencia de satisfacción como don previo a la identificación.**

En la especie humana la identificación tiene como requerimiento la existencia de la experiencia de una primera satisfacción experiencia de satisfacción llamado 'autoerotismo primario'. Forma de manifestación de la pulsión sexual, en cuanto no se dirige hacia otras personas, o, más en general, hacia objetos exteriores, sino que se satisface en el cuerpo propio del sujeto.

De éste, sólo se supone un autoerotismo que repite la obtención de satisfacción de una mítica primera experiencia. El lugar del cuerpo donde se manifiesta la pulsión, la zona erógena, es el centro de circulación de energía donde se sitúa una perpetua diferencia tensional.

La concomitancia alrededor del objeto anatómo-fisiológico de la necesidad y del deseo naciente transcurre en un tiempo de apuntalamiento pulsional. La unidad narcisista está constituida por las actividades libidinales que unen a la madre y al niño. Freud muestra que las satisfacciones erógenas se apoyan en las funciones del cuerpo; el placer bucal, por ejemplo, en la nutrición, en la succión del seno materno. Cuando interviene el destete, e incluso antes, el chupeteo se instala como actividad

auto erótica vuelta sobre el propio cuerpo. Lo que da idea, en el límite, de lo que es el autoerotismo, es la satisfacción de los labios que se besan a sí mismos, más aún que la succión del pulgar o de la teta.

Si se insiste en la primera experiencia de satisfacción así como en el autoerotismo es porque ellos son fundamentales para que se instaure la identificación primordial, la que da origen a la existencia de un aparato psíquico y la inserción en el mundo social. Tanto en el caso de la experiencia de satisfacción como en el autoerotismo, es el otro, la madre o el padre quienes han hecho posible tal situación. O sea, no hay experiencia de satisfacción como autoerotismo sino es porque hay otro adulto que así lo ha querido o deseado.

Hay que destacar este deseo del Otro de que su hijo viva; y para eso día tras día lo alimenta, lo pulsiona, erotiza su cuerpo, hace que la satisfacción del bebé tenga sentido. Estos son llamados, signos de amor, interpelaciones que hacen venir al bebé y que lo inscriben en este mundo simbólico. El darle un lugar simbólico al bebé es un acto de don. El don implica todo el ciclo del intercambio en el que se introduce el Sujeto tan primitivamente como pueden ustedes suponer. Si hay don, es sólo porque hay una inmensa circulación de dones que recubre todo el conjunto intersubjetivo. El don surge de un más allá de la relación objetal, pues supone todo el orden del intercambio en el que ya ha entrado el niño, y únicamente puede surgir de este más allá con el carácter que lo constituye como propiamente simbólico.

No hay don que no esté constituido por el acto que previamente lo había anulado o revocado. Sobre este fondo, como signo de amor, primero anulado para reaparecer luego como pura presencia, el don se da o no se da.

La madre, en tanto agente simbólico, como encarnación primera del Otro simbólico, articulando la noción freudiana de desamparo al concepto de demanda. El agente simbólico es aquél que puede responder, o no, al "llamado". Al responder, la



necesidad es transformada en demanda, introduciendo en aquella, la discontinuidad del significante y la pérdida de especificidad del objeto (el Otro desde donde el sujeto recibe su propio mensaje invertido). Es justamente el par presencia-ausencia del Otro simbólico lo que constituye al agente de la frustración en cuanto tal (es importante precisar que lo relevante no es la presencia-ausencia del objeto sino la presencia-ausencia del Otro simbólico). El par presencia ausencia connota la primera constitución del agente de la frustración, que en el origen es la madre.

Ahora bien, en la medida en que esta presencia o ausencia se estructura como diferente del objeto, es decir, en la medida en que el agente (la madre) puede responder, o no, ella deviene una potencia, en tanto aquella de quien depende el acceso a los objetos. Correlativamente, el objeto pasa a ser un signo de su presencia, es decir un don. El objeto tiene a partir de ese momento dos órdenes de propiedades satisfactorias, es dos veces posible de satisfacción: como precedentemente, satisfacer una necesidad, pero también simboliza una potencia favorable.

El paso de la frustración de goce a la frustración de amor implica un intercambio de registros entre el agente  $S - R$  y el objeto  $R - S$ , en tanto que la frustración sigue siendo imaginaria. El objeto en juego pasa a ser los signos de amor, los signos de la presencia del Otro, sus dones. Y en cambio, el Otro, pasa de simple lugar de la presencia-ausencia a ser una potencia real en tanto aquella de quien depende la respuesta.

La frustración de amor es la que abre el acceso a la realidad simbólica, precisamente en tanto se funda en la anulación del goce del objeto. La frustración de goce, en cambio, deja al sujeto preso de la agresividad imaginaria con el semejante.

Hay una diferencia radical, por una parte, el don como signo de amor, que apunta radicalmente a algo distinto, un más allá, el amor de la madre, y por otra el objeto, sea cual sea, que viene a satisfacer la necesidad del niño. Es la frustración de amor la

que está en sí misma cubierta de todas las relaciones intersubjetivas que podrán constituirse.

El objeto de amor no es un objeto total sino el objeto primordial que como agente simbólico muta a agente real constituyéndose en un poder en lo real que brinda objetos que son dones de esa potencia. Esto implica, no obstante, un Otro que aún responde según su capricho, la característica propia del don es su posibilidad de ser revocado, anulado. El fondo de la demanda de amor se establece sobre el fondo de esta legalidad.

A partir de la frustración de amor, en algún momento, el Otro aparece herido en su potencia, tanto sea por su imposibilidad estructural de responder a la demanda, tanto sea por el vaivén de la presencia-ausencia. La falta del Otro se sitúa más allá de la demanda, y abre la dimensión del deseo. La relación que hay entonces entre amor y deseo es la que se plantea entre la demanda y el más allá de esta.

La identificación opera gracias a que hay un deseo del Otro, otro que llama y que al llamar al bebé un don se manifiesta, un llamado que aparece en lugar de un objeto que no está y que no ha estado. El don se manifiesta al llamar. La llamada se hace oír cuando el objeto no está. Cuando está, el objeto se manifiesta esencialmente sólo como signo del don, es decir, como nada a título de objeto de satisfacción. No hay objeto para la satisfacción ni el objeto de la satisfacción.

La experiencia de satisfacción está dada por la significación a la actividad pulsional. Es una significación a dicha satisfacción como si fuese una satisfacción placentera a repetir, las significaciones están dadas por los padres (el Otro). No se trata de una pura satisfacción que se inscribe en el sistema nervioso, o un puro mecanismo neuronal que evoque posteriormente en el organismo la necesidad de volver a satisfacer alguna necesidad, no hay contenidos a guardar en alguna memoria cerebral sino se trata de una inscripción significativa.

La pulsión se presenta muda, apremiante, lo que aparece para el sujeto es la significación que le llega desde el Otro. Un niño no nace siendo comelón, ni mirón, él deviene así porque hay un Otro que le dice come, mira. "Otro quien habita al sujeto y en tanto lo habita, hace que él mismo opera desde allí o se fije en un goce a veces mortífero, pues Freud "decía que el estímulo pulsional viene del interior."<sup>15</sup>

La identificación no es a otro semejante, aunque puede pasar por el padre real, es básicamente a un padre simbólico. El padre es un agente de una función lógica.

### **1.2.3. Efectos de la identificación.**

El sujeto se identifica con su propia imagen, pero en el otro, porque su yo se constituyó a partir de la nueva acción psíquica consistente en la identificación de la imagen unificada que aporta el semejante, aquel otro, el padre, la madre. El yo es efecto de esa acción psíquica, pero la condición de esta nueva acción psíquica es el deseo del Otro que empuja o cautiva a la identificación.

El yo aparece alienado en la alteridad, condición necesaria para que asuma psicológicamente, en sus sentimientos y emociones que él es aquello que reconoce de su cuerpo, o también aquello que reconoce de su cuerpo es su yo; en breve que el yo es siempre un yo corporal. Si el sujeto se identifica con su propia imagen podemos notar ahí el carácter imaginario, así el yo se sostiene afirmándose en una imagen, en un yo corporal, es decir en una alteridad. La identidad que el yo requiere para mantenerse como unidad es de carácter imaginario.

No identificarse es no llegar a tener el estatuto de Sujeto del Inconsciente, sería como vivir en un estado de fragmentación corporal, de delirio y angustia, de autoerotismo o

---

<sup>15</sup> FREUD, Sigmund, "Pulsiones y destinos de pulsión" (1915), Obras Completas, vol. XV Pág. 48

esquizofrenia. La identificación tiene como efecto el sentimiento inconsciente o consciente de estar arraigado a algo, de estar para alguien, para el Otro, de pertenencia al Otro.

#### **1.2.4. La identidad.**

Hablar de identidad en el tema de la psoriasis es importante ya que los pacientes deben recuperar su identidad que se ve afectada por todos los procesos que la enfermedad lleva en su vida, el aislamiento social, familiar, escolar, discriminación, baja autoestima, inconformidad, haciendo esto una pérdida de identidad en el paciente con psoriasis, y que en el trabajo terapéutico se debe trabajar a que el paciente recupere su identidad.

La identidad entendida así como una "mismidad" de lo individual sería una cualidad, que se ha intentado atribuir igualmente al ser humano. Para algunos filósofos, entre ellos Hegel "no hay existencia humana sin identidad, la cual estaba dada por la reflexividad, la posibilidad de pensarse a sí mismo y a su mundo, es decir, la autoconciencia y el auto reconocimiento proceso que no tenían los animales".<sup>16</sup>

Para Locke por ejemplo no era la reflexividad sino la memoria en lo que se sostenía la identidad, "tan lejos como esta conciencia pueda extenderse hacia atrás a cualquier acción o pensamiento pasado, hasta allí alcanza la identidad esa persona"<sup>17</sup>. Del pensamiento antiesencialista de Heidegger se puede deducir cuando define la esencia del hombre como existencia, esto es, como poder ser que el hombre no posee una

---

<sup>16</sup>RABINOVICH, D. S. (1993). "La angustia y el deseo del Otro". Edit. Manantial. Argentina. P. 25.

<sup>17</sup>[http://books.google.com.ec/books?id=JclUnOhCGTsC&pg=PA62&lpg=PA62&dq=identidad+segun+locke&source=bl&ots=gT2AmDW2da&sig=FUFVQOufIVktUlvvQvYTjpVJif8&hl=es&ei=Sm9xTZP2OZOhtwf21IHgDg&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=9&ved=0CEgQ6AEwCA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.ec/books?id=JclUnOhCGTsC&pg=PA62&lpg=PA62&dq=identidad+segun+locke&source=bl&ots=gT2AmDW2da&sig=FUFVQOufIVktUlvvQvYTjpVJif8&hl=es&ei=Sm9xTZP2OZOhtwf21IHgDg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=9&ved=0CEgQ6AEwCA#v=onepage&q&f=false), visitado el 18 de febrero del 2011, Pag. 63.

identidad, no es pasado sino porvenir. La existencia humana transcurre en el mundo, es un estar en el mundo, y el ser ahí indica el hecho de que el hombre está situado de manera dinámica, es decir, en el modo del poder ser, en la forma de proyecto.

La identidad para disciplinas como la psicología el yo en todos y en cada uno de los sujetos, tiende insistentemente a encontrar referencias concretas y positivas que le aseguren una identidad que no tiene, ya sea el nombre y los apellidos que le digan quién es y a qué familia o linaje pertenece. Toda instancia psíquica yoica busca construir una identidad a partir del cuerpo propio, de la historia autobiográfica o la memoria individual y colectiva; validada por la psicología, historia y el Estado.

La exigencia yoica de sustancializar pretende decir y constituir la identidad social y política a partir de promover por ejemplo, la idealización de los símbolos patrios, la exaltación de ciertas tradiciones culturales, o del otorgamiento de una cédula es la constancia y supuesta identidad.

Lo anterior se desprende la afirmación de que no se nace con una identidad sino un semblante de identidad que es asignada, independientemente de que el sujeto se identifique ahí en esas positividadas asignadas. Esto quiere decir que siempre existe por un lado el semblante de identidad yoica que tiene lugar en el sujeto y el semblante de identidad que se asigna, o con la cual a alguien se le identifica o mejor dicho se le reconoce.

Hay una incompatibilidad fundamental simbólica entre los referentes que sirven para ‘construir’ una identidad y la identidad ‘obtenida’, por ejemplo, que en el nombre propio el sujeto encuentre su identidad, ello se hace sobre un vínculo muy frágil, que en el cuerpo que el sujeto tiene funde parte de su identidad, es también un vínculo que se sostiene con pincitas pero que imaginariamente se presenta como una convicción para el yo de que él es su propio cuerpo, su nombre, eso es semblante.

Como no hay identidad en el sujeto, entonces necesita angustiosamente identificarse para obtener un semblante de identidad que aparece como el efecto del juego articulatorio de los significantes.

El término identidad no debe asimilarse ni confundirse con la categoría central psicoanalítica de identificación ya que tienen dos significados diferentes. Sin embargo el carácter imaginario de aquella y en tanto que como efecto semblante no la hace menos importante, es como la fachada de una casa de hecho ha sido notoria la preocupación teórica de dicho término. La identidad se va formando por medio de recuerdos, autobiografías, pasados, presentes y es dinámica.

En cambio el concepto identificación es central y aparece de diversas formas en su obra, y de ello se extrae la idea de que la identificación está en la base del psiquismo, en tanto es el mecanismo psíquico que opera cuando tienen lugar las imaginarias identidades en el Sujeto, y aun más en detalle, la identificación simbólica en tanto causa negativa y las identificaciones yoicas en su expresión positiva, son las que hacen posible el carácter imaginario, ficticio e irreductible de la identidad yoica en el Sujeto.

Ella no es una esencia en el Sujeto, sino la verdad de una imposibilidad, y si decimos tener una identidad, hay que entender entonces que se trata no de una ilusión sino de un semblante que hace mantener el sentimiento de la mismidad, sentimiento o idea de ser siempre los mismos a pesar de los cambios que suceden a lo largo de nuestra vida y del recuerdo de nuestra historia o autobiografía, a pesar de que sólo recordemos aquello que queremos.

Y aún cuando se pueda decir, 'ahora soy otro', habría el supuesto de que hay algo en uno que permanece, y en efecto, hay cosas que nunca cambian, por ejemplo el nombre propio, pero justamente, ahí, la identidad se sostiene en esas referencias

simbólicas, ello sigue siendo un efecto imaginario una consecuencia de una serie de identificaciones.

La identidad está sujeta al tiempo, a la memoria, a los recuerdos, a la autobiografía, y estas cosas no están hechas sino de lenguaje y palabras. La identidad que crea tener alguien es modificable cuando se acuerda de otra cosa de su infancia o cuando un recuerdo salta o un anhelo se presenta.

En el análisis es posible percatarse de algunas de nuestras identificaciones pasadas o las que uno llega a reconocer en tiempo presente, pero es más bien justamente aquello que se olvida es lo que hace la historia del sujeto, y no lo que recuerda.

El sujeto, ni en el tiempo halla o encuentra la identidad perdida, ni hay tiempo ni espacio de reencuentro, no hay más la naturaleza de la identidad, sino historia por hacer, camino que recorrer, y en ese camino aparecen sólo identificaciones a relaciones, objetos e imágenes y sospechas de identidad cuyo señuelo logra engañar al yo y darle su cuota de goce al sujeto, el goce de la pérdida.

La identidad como efecto de múltiples identificaciones imaginarias y simbólicas tiene siempre lugar en la relación con el otro y con el Otro, con la alteridad imaginaria y simbólica. La identificación en todas sus formas o tipos es por definición una relación al Otro y en dicha relación se supone un goce el cual involucra objetos.

En otros términos, el objeto en su función de plus de gozar es lo que le permite al Sujeto unificarse como Sujeto de un discurso en el nivel pre-consciente y ocupar un lugar en lo social, dicha unificación de carácter yoico, invita a ser leída como aquello que intenta hacer consistente a un ser como respuesta, la cual pretende desconocer la verdad fundamental y radical de la estructura: la falta del ser en el Sujeto.

El sujeto entonces encuentra, a través de los objetos, modalidades de relación a los otros y al Otro, las cuales diseñan como efecto el semblante de la identidad. La identidad es: “la capacidad de seguir sintiéndose el mismo en la sucesión de cambios, forma la base de la experiencia emocional de la identidad. Implica mantener la estabilidad a través de circunstancias diversas y de todas las transformaciones y cambios de vivir.”<sup>18</sup>

“...la identidad es una configuración en evolución que se establece gradualmente por sucesivas síntesis y resíntesis del yo a través de la instancia y configuración que integra aspectos constitucionales, necesidades libidinales e idiosincráticas, capacidades, identificaciones significantes defensas efectivas, sublimaciones exitosas y roles consistentes... en este proceso el sujeto se juzga a sí mismo a la luz de lo que percibe en el modo en que los otros lo juzgan.” (Erikson, 1971).<sup>19</sup>

La identidad siempre se va dando a través de cómo nosotros nos sentimos a través de todos los momentos vividos, de cómo nos juzgamos y de cómo percibimos que nos juzgan los demás a través de la vivencia que se va dando en las interrelaciones.

“la identidad es la experiencia del autoconocimiento específico de los rasgos personales únicos de uno mismo y de una continuidad interna a través de todos los cambios de personalidad en la vida.”(H.Lichenstein, 1961).<sup>20</sup>

Como sabemos la identidad se va dando en nuestra vida como un autoconocimiento de lo cual hace que nosotros vayamos cambiando según sigamos teniendo nuevas vivencias, conocimientos y experiencias que harán que nuestra personalidad vaya cambiando.

---

<sup>18</sup>GRINBERG, León. (1976). *Identidad y Cambio*, Buenos aires, Paidós. Pág. 79

<sup>19</sup>BLEGER, J. (1973). *La Identidad en el Adolescente*, Buenos Aires, Paidós, Asappia. Pág. 146.

<sup>20</sup>ídem, Pág. 73.



La identidad es una experiencia de individualidad y diferenciación, ha tenido características propias durante cada una de las etapas de vida. En la pubertad, los cambios corporales, y la emergencia pulsional que provoca cambios psicológicos y sociales, que determinan el cuestionamiento de la identidad infantil; por lo que la búsqueda de la identidad es la tarea de la adolescencia, como lo señala Erikson.

Se puede afirmar que la Crisis de la Identidad, es característica del periodo adolescente; es tan profunda y radical porque es una crisis en las estructuras en que se ha basado y sigue basándose en la personalidad, está enraizada en el cuerpo que se transforma con mucha rapidez y como consecuencia que estos cambios traen para la vida individual y social. Durante esta crisis el yo percibe la ruptura no solo en el tiempo como sentimiento de continuidad sino en el sujeto mismo como sentimiento de unidad, en la relación con la familia y la sociedad como sentimiento de mismidad.

La identidad se establecería en la adolescencia por medio de la integración de las experiencias anteriores, por identificaciones infantiles, en el cuerpo que ha cambiado y crecido, por las necesidades individuales que surgen y la forma de relacionarse con el mundo que lo rodea la capacidad de seguir sintiéndose él mismo a pesar de los cambios externos e internos que ha vivido es la identidad y esta identidad se expresa en tres sentimientos: unidad, continuidad y mismidad.

La unidad es la integración de las partes del yo entre sí, lo que le permite compararse con el medio que lo rodea y diferenciarse de él, el sentimiento de continuidad es la integración que se da del yo a través del tiempo, y reconocerse en representaciones del pasado e integrarlas para así poder proyectarlas en el futuro. El sentimiento de mismidad es el reconocerse y ser reconocido como un ente único y diferente de los demás pero a la vez semejante de los que le rodean.

Asumir la identidad del yo, formada por la integración del yo corporal, el yo psicológico, y el yo social es la culminación de la crisis. Bien es cierto que esto

implica una desorganización y un proceso de duelo por la identidad infantil que se tiene que abandonar, esto es un momento de renacimiento psíquico que emerge el individuo ya provisto de características que le posibilitaran su participación en la sociedad de una manera crítica y constructiva.

En la adolescencia y en todo el periodo de crisis, la identidad se manifiesta en forma consciente, cuando el sujeto siente que el yo no puede mantener su coherencia por presiones internas y necesidades del ambiente, puede darse la desorganización de no identidad. La identidad se instaura cuando el adolescente ha adquirido un yo organizado, estructurado, que es capaz de incorporar la madurez genital y su esquema corporal. También está implica la elaboración del proceso de duelo, al remplazar las figuras parentales por otras que el medio le está ofreciendo.

Esto determina la necesidad de la adquisición de una vida de independencia de los padres, en lo económico, un status social diferente y adoptar una propia línea de valores.

#### **1.2.5. La identificación según Freud.**

El psicoanálisis conoce la identificación como la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona. Desempeña un papel en la prehistoria del complejo de Edipo. El varoncito manifiesta un particular interés hacia su padre; quería crecer y ser como él, hacer sus veces en todos los terrenos. Digamos, simplemente: toma al padre como su ideal. Esta conducta nada tiene que ver con una actitud pasiva o femenina hacia el padre (y hacia el varón en general); al contrario, es masculina por excelencia. Se concilia muy bien con el complejo de Edipo, al que contribuye a preparar.

Contemporáneamente a esta identificación con el padre, y quizás antes, el varoncito emprende una cabal investidura de objeto de la madre según el tipo del apuntalamiento analítico.

Muestra entonces dos lazos psicológicamente diversos: con la madre, una directa investidura sexual de objeto; con el padre, una identificación que lo toma por modelo. Ambos coexisten un tiempo, sin influirse ni perturbarse entre sí. Pero la unificación de la vida anímica avanza sin cesar, y a consecuencia de ella ambos lazos confluyen a la postre, y por esa confluencia nace el complejo de Edipo normal.

El pequeño nota que el padre le significa un estorbo junto a la madre; su identificación con él cobra entonces una tonalidad hostil, y pasa a ser idéntica al deseo de sustituir tal padre también junto a la madre. Desde el comienzo mismo, la identificación es ambivalente; puede darse vuelta hacia la expresión de la ternura o hacia el deseo de eliminación. Se comporta como un retoño, de la primera fase, oral, de la organización libidinal, en la que el objeto anhelado y apreciado se incorpora por devoración y así se aniquila como tal. El caníbal, como es sabido, permanece en esta Posición; le gusta amar devorar a su enemigo, y no devora a aquellos de los que no puede gustar de algún modo.

Más tarde es fácil perder de vista el destino de esta identificación con el padre. Puede ocurrir después que el complejo de Edipo experimente una inversión, que se tome por objeto al padre en una actitud femenina, un objeto del cual las pulsiones sexuales directas esperan su satisfacción; en tal caso, la identificación con el padre se convierte en la precursora de la ligazón de objeto que recae sobre él.

Para Freud el concepto de identificación designa un proceso que está lejos de ser una imitación. Aquello que va a permanecer en la base del concepto freudiano, es que la identificación es el resultado de una relación a nivel intrapsíquico e inconsciente, y sólo es perceptible de manera indirecta, uno sólo se percata de ella cuando se ha desidentificado.

“La identificación para Freud aparece por primera vez en una carta a Fliess, el 2 de mayo de 1897 como un síntoma de la histeria. Él escribe que las histéricas que está atendiendo han quedado identificadas con las sirvientas personal doméstico de su infancia. En posteriores desarrollos la identificación es un proceso permanente a lo largo de la vida de un sujeto.”<sup>21</sup>

Se trata de un fenómeno que implica un mecanismo psíquico que da como resultado una transformación: una forma diferente del yo, del superyo e incluso del carácter. La identificación no es entonces un hecho patológico, sino un elemento esencial en la constitución del yo, y que funciona en conjunto con su contraparte, la desidentificación. En Freud existen dos formas de la Identificación: total que opera entre la instancia psíquica yo y otra instancia inconsciente: el objeto total y la identificación parcial, en la que el yo se identifica con un aspecto del objeto.

La identificación se da un lugar llamado por Freud el “ello psíquico”, donde el yo se transforma en un aspecto del objeto, tanto el yo como el objeto estarían ya constituidos. Freud consideró el término Introyección planteado por Ferenczi y el término Incorporación de Abraham. En todo caso, si bien Freud reconoció que en los primeros estadios del desarrollo del niño se desarrolla una posición canibalística, cuya incorporación no pasa de ser una metáfora.

En *Psicología de las masas y análisis del yo* de (1921), recurre al mecanismo de la identificación para explicar tanto la solidaridad que aparece sólo después del originario rechazo hecho al amenazante y peligroso hermano: “El sentimiento social descansa, pues, en el cambio de un sentimiento primero hostil en una ligazón de cuño positivo, de la índole de una identificación”<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup>FREUD, S. (1921). “*Psicología de las masas y análisis del yo*”. en O.C., E.A. T.XVIII. Bs. As. 1979. Pág. 112.

<sup>22</sup>Ídem, Pág. 115.

Pero la identificación fraterna es un mecanismo posibilitada por un trazo común: el amor del padre. Solo es posible la fraternidad, la solidaridad social y los sentimientos sociales, porque la identificación también se hace en primer lugar al Padre, y sus sustitutos: el líder, el conductor, el dirigente... etc. y aun más, cualquiera de estas figuras, “puede ser sustituido por una idea, algo abstracto”<sup>23</sup>. Por tanto, un grupo, una comunidad, pueblo o incluso una nación “es una multitud de individuos que han puesto un objeto, uno y el mismo, en el lugar de su ideal del yo, a consecuencia de lo cual se han identificado entre sí en su yo.”<sup>24</sup>

La identificación es a nivel del yo, pero como el yo tiene dos componentes y uno de ellos es el ideal del yo, es este el que permite explicar la identificación a los otros y al líder. La identificación es posible gracias a que en cada sujeto, está potencialmente sujetado por su propio ideal del yo. Este ha surgido como efecto de una identificación primera, la forma más originaria de ligazón afectiva además de ser el heredero del complejo de Edipo.

#### **1.2.6. Auto-percepción y construcción del sí mismo.**

El sí mismo, ha sido tomado en cuenta por diferentes corrientes de pensamientos, pero todos coinciden en que el concepto de sí mismo se va formando en la relación del yo con los demás y de la opinión de los otros sobre sí. El concepto de sí mismo es nombrado de diferentes formas de acuerdo a los diferentes autores. Allport llama imagen de sí a la imagen de la personalidad total.

La Sensación corporal se desarrolla en los primeros dos años de vida. Tenemos un cuerpo, sentimos su cercanía y su calidez. Tiene sus propios límites que nos alertan de su existencia a través del dolor y la injuria, el tacto o el movimiento. Allport hacía gala de una demostración en este aspecto del Self: imaginemos que escupimos dentro de un vaso y luego nos lo bebemos. Qué pasa; ¿dónde está el problema? Desde luego

---

<sup>23</sup> Freud, S. Psicología de las masa...Op. Cit. Pág. 95.

<sup>24</sup> Idem, Pág. 110-115.

es la misma cosa que nos tragamos todos los días! Pero, por supuesto ha salido de dentro de nuestro cuerpo y se ha vuelto algo extraño, y por tanto, ajeno a nosotros.

La Identidad Propia del Self; de uno mismo también se desarrolla en los primeros dos años de vida. Hay un momento en nuestra vida donde nos consideramos como entes continuos; como poseedores de un pasado, un presente y un futuro. Nos vemos como entes individuales, separados y diferenciados de los demás. Fíjense que incluso hasta tenemos un nombre. Serás la misma persona cuando te levantes mañana, claro que sí. Desde luego, asumimos esta cuestión.

La Autoestima se desarrolla entre los dos y los cuatro años de edad. También llega un momento donde nos reconocemos como seres valiosos para otros y para nosotros mismos. Esta circunstancia está íntimamente ligada al desarrollo continuo de nuestras competencias. Para Allport, esto es realmente el estadio Anal.

La Extensión de uno mismo extensión del Self se desarrolla entre los cuatro y seis años de edad. Algunas cosas, personas y eventos a nuestro alrededor también pasan a ser centrales y cálidos; esenciales para nuestra existencia. "Mío" es algo muy cercano a "Mi" ("yo") Algunas personas se definen a sí mismas en virtud de sus padres, esposas o hijos; de su clan, pandilla, comunidad, institución o nación. Otros hallan su identidad en una actividad: soy un psicólogo, un estudiante o un obrero. Algunos en un lugar: mi casa, mi ciudad. ¿Por qué cuando mi hijo hace algo malo, me siento culpable? Si alguien raya mi coche, ¿por qué siento como si me lo hubieran hecho a mí?

La autoimagen de uno mismo también se desarrolla entre los cuatro y seis años. Este sería "el reflejo de mí"; aquel que los demás ven. Esta sería la impresión que proyecta en los demás, mi "tipo", mi estima social o estatus, incluyendo mi identidad sexual. Es el principio de la conciencia; del Yo Ideal y de la "persona".

La Adaptación racional se aprende predominantemente entre los seis y doce años. El niño empieza a desarrollar sus habilidades para lidiar con los problemas de la vida de forma racional y efectiva.

El Esfuerzo o 'Lucha propia usualmente no empieza hasta después de los doce años. Sería la expresión de mi Self en términos de metas, ideales, planes, vocaciones, demandas, sentido de dirección o de propósito. La culminación de la lucha propia sería, según Allport, la habilidad de decir que soy el propietario de mi vida; el dueño y operador<sup>25</sup>.

No podemos evitar la observación de que los períodos evolutivos que usa Allport son muy cercanos a los periodos de desarrollo que utiliza Freud en sus estadios, pero, es importante que precisemos que el esquema de Allport no es una teoría de estadios evolutivos; es sólo una descripción de la forma en que las personas generalmente se desarrollan.

Forman parte de un medio circundante las funciones paternas que completan las funciones de la madre y la función de la familia los cuales ayudan a introducir el principio de la realidad a medida que el niño va creciendo, sin dejar que él niño deje de ser niño.

El principio del placer y el principio de realidad. El primero supone una búsqueda de lo placentero y una huida del dolor, que nos impulsa a realizar aquello que nos hace sentir bien. En contraposición a éste, el principio de realidad subordina el placer al deber. La subordinación del principio del placer al principio de realidad se lleva a cabo a través de un proceso psíquico denominado sublimación, en el que los deseos insatisfechos reconvierten su energía en algo útil o productivo. Tomando como ejemplo el deseo sexual, ya su práctica continua supondría el abandono de otras

---

<sup>25</sup>[http://es.wikipedia.org/wiki/Psicolog%C3%ADa\\_social](http://es.wikipedia.org/wiki/Psicolog%C3%ADa_social). Pag. 1

actividades productivas (trabajo, arte, etc.), el hombre sublima sus deseos y utiliza su energía para la realización de otras acciones (deporte, literatura, juego). Sin la sublimación de los deseos sexuales no existiría, según Freud, civilización.

En el principio de realidad del niño, esta dado por la persona más cercana a él, la persona que cuida de sus necesidades básicas, y esta persona generalmente es la madre, también intervienen la familia y la sociedad. El niño es un espejo donde se refleja el concepto que tienen las personas más significativas.

El principio de realidad es el que le ayuda al niño a conocer, sus capacidades y limitaciones, sus aspectos débiles y fuertes y el continuar pensando que es bueno y que puede tener éxito. En un medio suficientemente bueno el niño es capaz de llevar a cabo un desarrollo personal en función de las tendencias heredadas, que resulta en una continuidad de existencia que termina en la autonomía.

La construcción del sí mismo se da según Erikson por medio de ocho estados ya que la adultez no se le puede dejar de lado a lo largo del ciclo vital; nuestros progresos a través de cada estadio está determinado en parte por nuestros éxitos o por los fracasos en los estadios precedentes. Es importante explicar la identidad según Erickson ya que él dice que cada crisis es un momento crucial para la resolución de aspectos importantes; éstas se manifiestan en momentos determinados según el nivel de madurez de la persona.

Si el individuo se adapta a las exigencias de cada crisis el ego continuará su desarrollo hasta la siguiente etapa; si la crisis no se resuelve de manera satisfactoria, su presencia continua interferirá el desarrollo sano del ego. La solución satisfactoria de cada una de las ocho crisis requiere que un rasgo positivo se equilibre con uno negativo.



“Como si fuese el botón de una rosa que esconde sus pétalos, cada uno de éstos se abrirá en un momento concreto, con un cierto orden que ha sido determinado por la naturaleza a través de la genética. Si interferimos con este orden natural de desarrollo extrayendo un pétalo demasiado pronto o en un momento que no es el que le corresponde, destruimos el desarrollo de la flor al completo”.<sup>26</sup>

Cada fase por la que se va a pasar está determinada por ciertas tareas o funciones y un tiempo óptimo, determinadas psicossocialmente por la naturaleza de las fases, llamada por Erikson como crisis.

Si pasamos bien por un estadio, llevamos con nosotros ciertas virtudes o fuerzas psicossociales que nos ayudarán en el resto de los estadios de nuestra vida. Por el contrario, si no nos va tan bien, podremos desarrollar mal adaptaciones o malignidades, así como poner en peligro nuestro desarrollo faltante. De las dos, la malignidad es la peor, ya que comprende mucho de los aspectos negativos de la tarea o función y muy poco de los aspectos positivos de la misma, tal y como presentan las personas desconfiadas. La mal adaptación no es tan mala y comprende más aspectos positivos que negativos de la tarea, como las personas que confían demasiado. Los siguientes estadios nos ayudaran a entender el proceso por el que se pasa desde la niñez hasta la adultez.

#### **1.2.6.1. Estadio de la infancia.**

El primer estadio, el de infancia o etapa sensorio-oral comprende el primer año o primero y medio de vida. La tarea consiste en desarrollar la confianza sin eliminar completamente la capacidad para desconfiar.

---

<sup>26</sup><http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/erikson.htm>, “Teorías de la Personalidad”, visitado el 9 de noviembre del 2010.

Si papá y mamá proveen al recién nacido de un grado de familiaridad, consistencia y continuidad, el niño desarrollará un sentimiento de que el mundo, especialmente el mundo social, es un lugar seguro para estar; que las personas son de fiar y amorosas. También, a través de las respuestas paternas, el niño aprende a confiar en su propio cuerpo y las necesidades biológicas que van con él.

Si los padres son desconfiados e inadecuados en su proceder; si rechazan al infante o le hacen daño; si otros intereses provocan que ambos padres se alejen de las necesidades de satisfacer las propias, el niño desarrollará desconfianza. Será una persona aprensiva y suspicaz con respecto a los demás.

De todas maneras, es muy importante que sepamos que esto no quiere decir que los padres tengan que ser los mejores del mundo. De hecho, aquellos padres que son sobreprotectores; que están ahí tan pronto el niño llora, le llevarán a desarrollar una tendencia mal adaptativa que Erikson llama desajuste sensorial, siendo excesivamente confiado, incluso crédulo. Esta persona no cree que alguien pudiera hacerle daño y usará todas las defensas disponibles para retener esta perspectiva exagerada.

Aunque, de hecho, es peor aquella tendencia que se inclina sobre el otro lado: el de la desconfianza. Estos niños desarrollarán la tendencia maligna de desvanecimiento (mantenemos aquí la traducción literal de “withdrawal”, como caída o desvanecimiento. Esta persona se torna depresiva, paranoide e incluso puede desarrollar una psicosis.

Si se logra un equilibrio, el niño desarrollará la virtud de esperanza, una fuerte creencia en la que se considera que siempre habrá una solución al final del camino, a pesar de que las cosas vayan mal. Uno de los signos que nos indican si el niño va bien en este primer estadio es si puede ser capaz de esperar sin demasiado jaleo a demorar la respuesta de satisfacción ante una necesidad: mamá y papá no tienen por

qué ser perfectos; confío lo suficiente en ellos como para saber esta realidad; si ellos no pueden estar aquí inmediatamente, lo estarán muy pronto; las cosas pueden ser muy difíciles, pero ellos harán lo posible por arreglarlas. Esta es la misma habilidad que utilizaremos ante situaciones de desilusión como en el amor, en la profesión y muchos otros dominios de la vida.

#### **1.2.6.2. Estadio de la niñez temprana.**

El segundo estadio corresponde al llamado estadio anal-muscular de la niñez temprana, desde alrededor de los 18 meses hasta los 3-4 años de edad. La tarea primordial es la de alcanzar un cierto grado de autonomía, aún conservando un toque de vergüenza y duda.

Si papá y mamá (y otros cuidadores que entran en escena en esta época) permiten que el niño explore y manipule su medio, desarrollará un sentido de autonomía o independencia. Los padres no deben desalentarlo ni tampoco empujarlo demasiado. Se requiere, en este sentido, un equilibrio. La mayoría de la gente le aconsejan a los padres que sean “firmes pero tolerantes” en esta etapa, y desde luego el consejo es bueno. De esta manera, el niño desarrollará tanto un autocontrol como una autoestima importantes.

Por otra parte, en vez de esta actitud descrita, es bastante fácil que el niño desarrolle un sentido de vergüenza y duda. Si los padres acuden de inmediato a sustituir las acciones dirigidas a explorar y a ser independiente, el niño pronto se dará por vencido, asumiendo que no puede hacer las cosas por sí mismo. Debemos tener presente que el burlarnos de los esfuerzos del niño puede llevarle a sentirse muy avergonzado, y dudar de sus habilidades.

También hay otras formas de hacer que el niño se sienta avergonzado y dudoso. Si le damos al niño una libertad sin restricciones con una ausencia de límites, o si le ayudamos a hacer lo que él podría hacer solo, también le estamos diciendo que no es lo suficientemente bueno. Si no somos lo suficientemente pacientes para esperar a que el niño se ate los cordones de sus zapatos, nunca aprenderá a atárselos, asumiendo que esto es demasiado difícil para aprenderlo.

Un poco de vergüenza y duda no solo es inevitable, sino que incluso es bueno. Sin ello, se desarrollará lo que Erikson llama impulsividad, una suerte de premeditación sin vergüenza que más tarde, en la niñez tardía o incluso en la adultez, se manifestará como el lanzarse de cabeza a situaciones sin considerar los límites y los atropellos que esto puede causar.

Peor aún es demasiada vergüenza y duda, lo que llevará al niño a desarrollar la malignidad que Erikson llama compulsividad. La persona compulsiva siente que todo su ser está envuelto en las tareas que lleva a cabo y por tanto todo debe hacerse correctamente. El seguir las reglas de una forma precisa, evita que uno se equivoque, y se debe evitar cualquier error a cualquier precio. Muchos de ustedes reconocen lo que es sentirse avergonzado y dudar continuamente de uno mismo. Un poco más de paciencia y tolerancia hacia sus hijos podría ayudarles a evitar el camino recorrido que ustedes han seguido. Y quizás también deberían darse un respiro ustedes mismos.

Si logramos un equilibrio apropiado y positivo entre la autonomía y la vergüenza y la culpa, desarrollaremos la virtud de una voluntad poderosa o determinación. Una de las cosas más admirables (y frustrantes) de un niño de dos o tres años es su determinación. Su mote es “puedo hacerlo”. Si preservamos ese “puedo hacerlo” (con una apropiada modestia, para equilibrar) seremos mucho mejores como adultos.

### 1.2.6.3. Estadio edad del juego.

Este es el estadio genital-locomotor o la edad del juego. Desde los 3-4 hasta los 5-6 años, la tarea fundamental es la de aprender la iniciativa sin una culpa exagerada. La iniciativa sugiere una respuesta positiva ante los retos del mundo, asumiendo responsabilidades, aprendiendo nuevas habilidades y sintiéndose útil. Los padres pueden animar a sus hijos a que lleven a cabo sus ideas por sí mismos. Debemos alentar la fantasía, la curiosidad y la imaginación. Esta es la época del juego, no para una educación formal. Ahora el niño puede imaginarse, como nunca antes, una situación futura, una que no es la realidad actual. La iniciativa es el intento de hacer real lo irreal.

Pero si el niño puede imaginar un futuro, si puede jugar, también será responsable y culpable. Si mi hijo de dos años tira mi reloj en el baño, puedo asumir sin temor a equivocarme que no hubo mala intención en el acto. Era solo una cosa dando vueltas y vueltas hasta desaparecer. Podría sentirse culpable del acto y comenzaría a sentirse culpable también. Ha llegado la capacidad para establecer juicios morales.

“Erikson es, por supuesto, un freudiano y por tanto incluye la experiencia edípica en este estadio. Desde su punto de vista, la crisis edípica comprende la renuencia que siente el niño a abandonar su cercanía al sexo opuesto. Un padre tiene la responsabilidad, socialmente hablando, de animar al niño a que “crezca”; “¡que ya no eres un niño!”. Pero si este proceso se establece de manera muy dura y extrema, el niño aprende a sentirse culpable con respecto a sus sentimientos”.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup><http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/erikson.htm>, “Estadios de la personalidad”, visitado el 9 de noviembre del 2010.

Demasiado iniciativa y muy poca culpa significa una tendencia mal adaptativa que Erikson llama crueldad. La persona cruel toma la iniciativa. Tiene sus planes, ya sea en materia de escuela, romance o política, o incluso profesión. El único problema es que no toma en cuenta a quién tiene que pisar para lograr su objetivo. Todo es el logro y los sentimientos de culpa son para los débiles. La forma extrema de la crueldad es la sociopatía.

La crueldad es mala para los demás, pero relativamente fácil para la persona cruel. Peor para el sujeto es la malignidad de culpa exagerada, lo cual Erikson llama inhibición. La persona inhibida no probará cosa alguna, ya que “si no hay aventura, nada se pierde” y particularmente, nada de lo que sentirse culpable. Desde el punto de vista sexual, edípico, la persona culposa puede ser impotente o frígida.

Un buen equilibrio llevará al sujeto a la virtud psicosocial de propósito. El sentido del propósito es algo que muchas personas anhelan a lo largo de su vida, aunque la mayoría de ellas no se dan cuenta que, de hecho, ya llevan a cabo sus propósitos a través de su imaginación y su iniciativa. Creo que una palabra más acertada para esta virtud hubiera sido coraje; la capacidad para la acción a pesar de conocer claramente nuestras limitaciones y los fallos anteriores.

#### **1.2.6.4. Estadio del niño escolar.**

Esta etapa corresponde a la de latencia, o aquella comprendida entre los 6 y 12 años de edad del niño escolar. La tarea principal es desarrollar una capacidad de laboriosidad al tiempo que se evita un sentimiento excesivo de inferioridad. Los niños deben “domesticar su imaginación” y dedicarse a la educación y a aprender las habilidades necesarias para cumplir las exigencias de la sociedad.

Aquí entra en juego una esfera mucho más social: los padres, así como otros miembros de la familia y compañeros se unen a los profesores y otros miembros de la comunidad. Todos ellos contribuyen; los padres deben animar, los maestros deben cuidar; los compañeros deben aceptar. Los niños deben aprender que no solamente existe placer en concebir un plan, sino también en llevarlo a cabo. Deben aprender lo que es el sentimiento del éxito, ya sea en el patio o el aula; ya sea académicamente o socialmente.

Una buena forma de percibir las diferencias entre un niño en el tercer estadio y otro del cuarto es sentarse a ver cómo juegan. Los niños de cuatro años pueden querer jugar, pero solo tienen conocimientos vagos de las reglas e incluso las cambian varias veces a todo lo largo del juego escogido. No soportan que se termine el juego, como no sea tirándoles las piezas a su oponente. Un niño de siete años, sin embargo, está dedicado a las reglas, las consideran algo mucho más sagrado e incluso puede enfadarse si no se permite que el juego llegue a una conclusión estipulada.

Si el niño no logra mucho éxito, debido a maestros muy rígidos o a compañeros muy negadores, por ejemplo, desarrollará entonces un sentimiento de inferioridad o incompetencia. Una fuente adicional de inferioridad, en palabras de Erikson, la constituye el racismo, sexismo y cualquier otra forma de discriminación. Si un niño cree que el éxito se logra en virtud de quién es en vez de cuán fuerte puede trabajar, entonces ¿para qué intentarlo?.

Una actitud demasiado laboriosa puede llevar a la tendencia mal adaptativa de virtuosidad dirigida. Esta conducta la vemos en niños a los que no se les permite “ser niños”; aquellos cuyos padres o profesores empujan en un área de competencia, sin permitir el desarrollo de intereses más amplios. Estos son los niños sin vida infantil: niños actores, niños atletas, niños músicos, niños prodigio en definitiva. Todos nosotros admiramos su laboriosidad, pero si nos acercamos más, todo ello se sustenta en una vida vacía.

Sin embargo, la malignidad más común es la llamada inercia. Esto incluye a todos aquellos de nosotros que poseemos un “complejo de inferioridad”. Alfred Adler habló de ello. Si a la primera no logramos el éxito, ¡no volvamos a intentarlo!. Por ejemplo, a muchos de nosotros no nos ha ido bien en matemáticas, entonces nos morimos antes de asistir a otra clase de matemáticas. Otros fueron humillados en el gimnasio, entonces nunca harán ningún deporte o ni siquiera jugarán al fútbol. Otros nunca desarrollaron habilidades sociales la más importante de todas entonces nunca saldrán a la vida pública. Se vuelven seres inertes.

Lo ideal sería desarrollar un equilibrio entre la laboriosidad y la inferioridad; esto es, ser principalmente laboriosos con un cierto toque de inferioridad que nos mantenga sensiblemente humildes. Entonces tendremos la virtud llamada competencia.

#### **1.2.6.5. Estadio de la adolescencia.**

Esta etapa es la de la adolescencia, empezando en la pubertad y finalizando alrededor de los 18-20 años. Actualmente está claro que debido sobre todo a una serie de factores psicosociales, la adolescencia se prolonga más allá de los 20 años, incluso hasta los 25 años. La tarea primordial es lograr la identidad del Yo y evitar la confusión de roles. Esta fue la etapa que más interesó a Erikson y los patrones observados en los chicos de esta edad constituyeron las bases a partir de las cuales el autor desarrollaría todas las otras etapas.

Hay cosas que hacen más fácil estas cuestiones. Primero, debemos poseer una corriente cultural adulta que sea válida para el adolescente, con buenos modelos de roles adultos y líneas abiertas de comunicación.

Además, la sociedad debe proveer también unos ritos de paso definidos; o lo que es lo mismo, ciertas tareas y rituales que ayuden a distinguir al adulto del niño. En las



culturas tradicionales y primitivas, se le insta al adolescente a abandonar el poblado por un periodo de tiempo determinado con el objeto de sobrevivir por sí mismo, cazar algún animal simbólico o buscar una visión inspiradora. Tanto los chicos como las chicas deberán pasar por una serie de pruebas de resistencia, de ceremonias simbólicas o de eventos educativos. De una forma o de otra, la diferencia entre ese periodo de falta de poder, de irresponsabilidad de la infancia y ese otro de responsabilidad propio del adulto se establece de forma clara.

Sin estos límites, nos embarcamos en una confusión de roles, lo que significa que no sabremos cuál es nuestro lugar en la sociedad y en el mundo. Erikson dice que cuando un adolescente pasa por una confusión de roles, está sufriendo una crisis de identidad. De hecho, una pregunta muy común de los adolescentes en nuestra sociedad es “¿Quién soy?”.

Una de las sugerencias que Erikson plantea para la adolescencia en nuestra sociedad es la una moratoria psicosocial. Anima a los jóvenes a que se tomen un “tiempo libre”. Si tienes dinero, vete a Europa. Si no lo tienes, merodea los ambientes de Estados Unidos. Deja el trabajo por un tiempo y vete al colegio. Date un respiro, huele las rosas, búscate a ti mismo. Por norma, tendemos a conseguir el “éxito” demasiado deprisa, aunque muy pocos de nosotros nos hayamos detenido a pensar en lo que significa el éxito para nosotros. Existe un problema cuando tenemos demasiado “identidad yoica”. Cuando una persona está tan comprometida con un rol particular de la sociedad o de una subcultura, no queda espacio suficiente para la tolerancia. Erikson llama a esta tendencia mal adaptativa fanatismo. Un fanático cree que su forma es la única que existe. Por descontado está que los adolescentes son conocidos por su idealismo y por su tendencia a ver las cosas en blanco o negro. Éstos envuelven a otros alrededor de ellos, promocionando sus estilos de vida y creencias sin importarles el derecho de los demás a estar en desacuerdo.

La falta de identidad es bastante más problemática, y Erikson se refiere a esta tendencia maligna como repudio. Estas personas repudian su membrecía en el mundo

adulto e incluso repudian su necesidad de una identidad. Algunos adolescentes se permiten a sí mismos la “fusión” con un grupo, especialmente aquel que le pueda dar ciertos rasgos de identidad: sectas religiosas, organizaciones militaristas, grupos amenazadores; en definitiva, grupos que se han separado de las corrientes dolorosas de la sociedad. Pueden embarcarse en actividades destructivas como la ingesta de drogas, alcohol o incluso adentrarse seriamente en sus propias fantasías psicóticas. Después de todo, ser “malo” o ser “nadie” es mejor que no saber quién soy.

Si se logra negociar con éxito esta etapa, tendremos la virtud que Erikson llama fidelidad. La fidelidad implica lealtad, o la habilidad para vivir de acuerdo con los estándares de la sociedad a pesar de sus imperfecciones, faltas e inconsistencias. No estamos hablando de una lealtad ciega, así como tampoco de aceptar sus imperfecciones. Después de todo, si amamos nuestra comunidad, queremos que sea la mejor posible. Realmente, la fidelidad de la que se habla se establece cuando hemos hallado un lugar para nosotros dentro de ésta, un lugar que nos permitirá contribuir a su estabilidad y desarrollo.

#### **1.2.6.6. Estadio adultez joven.**

Si hemos podido llegar esta fase, nos encontramos entonces en la etapa de la adultez joven, la cual dura entre 18 años hasta los 30 aproximadamente. Los límites temporales con respecto a las edades en los adultos son mucho más tenues que en las etapas infantiles, siendo estos rangos muy distintos entre personas. La tarea principal es lograr un cierto grado de intimidad, actitud opuesta a mantenerse en aislamiento.

La intimidad supone la posibilidad de estar cerca de otros, como amantes, amigos; como un partícipe de la sociedad. Ya que posees un sentimiento de saber quién eres, no tienes miedo a “perderte” a ti mismo, como presentan muchos adolescentes. El “miedo al compromiso” que algunas personas parecen presentar es un buen ejemplo de inmadurez en este estadio. Sin embargo, este miedo no siempre es tan obvio.

Muchas personas enlentecen o postergan el proceso progresivo de sus relaciones interpersonales. “Me casaré o tendré una familia, o me embarcaré en algún tema social, tan pronto acabe la universidad; tan pronto tenga un trabajo; cuando tenga una casa; tan pronto. Si has estado comprometido durante los últimos 10 años, ¿qué te hace echarte atrás?.

El joven adulto ya no tiene que probarse a sí mismo. Una relación de pareja adolescente sí busca un establecimiento de identidad a través de la relación. “¿Quién soy?. Soy su novio”. La relación de adultos jóvenes debe ser una cuestión de dos egos independientes que quieren crear algo más extenso que ellos mismos. Intuitivamente reconocemos esto cuando observamos la relación de pareja de dos sujetos donde uno de ellos es un adolescente y el otro un adulto joven. Nos percatamos del potencial de dominio que tiene el último sobre el primero.

A esta dificultad se añade que nuestra sociedad tampoco ha hecho mucho por los adultos jóvenes. El énfasis sobre la formación profesional, el aislamiento de la vida urbana, la fractura de las relaciones por motivos de traslados y la naturaleza generalmente impersonal de la vida moderna, hacen que sea más difícil el desarrollo de relaciones íntimas. Yo soy una de esas personas que he tenido que mudarme de lugar docenas de veces en mi vida. No tengo ni la más remota idea de lo que pasó con mis amigos infantiles o incluso de aquellos que tenía en la universidad. Mis amigos más antiguos están a miles de kilómetros de donde vivo. Yo resido donde las necesidades relativas a mi profesión me han llevado y por tanto, no tengo una sensación firme de comunidad.

Bueno, antes de que me ponga demasiado depresivo, mejor hablemos de ustedes. Sé que a muchos de ustedes no les ha pasado lo mismo. Si han crecido y afincado en una comunidad en particular, especialmente una rural, es muy probable que ustedes tengan relaciones mucho más profundas y duraderas; probablemente se casaron con el amor de toda su vida, y sienten un buen cariño por su comunidad. Pero este estilo de vida se está volviendo rápidamente un anacronismo.

La tendencia mal adaptativa que Erikson llama promiscuidad, se refiere particularmente a volverse demasiado abierto, muy fácilmente, sin apenas esfuerzo y sin ninguna profundidad o respeto por tu intimidad. Esta tendencia se puede dar tanto con tu amante, como con tus amigos, compañeros y vecinos.

La exclusión es la tendencia maligna de aislamiento máximo. La persona se aísla de sus seres queridos o parejas, amigos y vecinos, desarrollando como compensación un sentimiento constante de cierta rabia o irritabilidad que le sirve de compañía.

Si atravesamos con éxito esta etapa, llevaremos con nosotros esa virtud o fuerza psicosocial que Erikson llama amor. Dentro de este contexto teórico, el amor se refiere a esa habilidad para alejar las diferencias y los antagonismos a través de una “mutualidad de devoción”. Incluye no solamente el amor que compartimos en un buen matrimonio, sino también el amor entre amigos y el amor de mi vecino, compañero de trabajo y compatriota.

#### **1.2.6.7. Estadio adultez media.**

Este estadio corresponde al de la adultez media. Es muy difícil establecer el rango de edades, pero incluiría aquel periodo dedicado a la crianza de los niños. Para la mayoría de las personas de nuestra sociedad, estaríamos hablando de un período comprendido entre los 20 y pico y los 50 y tantos años. La tarea fundamental aquí es lograr un equilibrio apropiado entre la productividad y el estancamiento.

La productividad es una extensión del amor hacia el futuro. Tiene que ver con una preocupación sobre la siguiente generación y todas las demás futuras. Por tanto, es bastante menos “egoísta” que la intimidad de los estadios previos: la intimidad o el amor entre amantes o amigos, es un amor entre iguales y necesariamente es recíproco. Claro, nosotros amamos al otro sin egoísmo. Pero la verdad es que si no

recibimos el amor de vuelta, no lo consideramos un amor verdadero. Con la productividad, no estamos esperando, al menos parece que no implícitamente, una reciprocidad en el acto. Pocos padres esperan una “vuelta de su investimento” de sus hijos, y si lo hacen, no creemos que sean buenos padres.

Aunque la mayoría de las personas ponen en práctica la productividad teniendo y criando los hijos, existen otras maneras también. Erikson considera que la enseñanza, la escritura, la inventiva, las ciencias y las artes, el activismo social complementan la tarea de productividad. En definitiva, cualquier cosa que llene esa vieja necesidad de ser necesitado.

El estancamiento, por otro lado, es la “auto-absorción”; cuidar de nadie. La persona estancada deja de ser un miembro productivo de la sociedad. Es bastante difícil imaginarse que uno tenga algún tipo de estancamiento en nuestras vidas, tal y como ilustra la tendencia mal adaptativa que Erikson llama sobre extensión. Algunas personas tratan de ser tan productivas que llega un momento en que no se pueden permitir nada de tiempo para sí mismos, para relajarse y descansar. Al final, estas personas tampoco logran contribuir algo a la sociedad. Estoy seguro de que todos ustedes conocerán a alguien inmerso en un sinnúmero de actividades o causas; o tratan de tomar todas las clases posibles o mantener tantos trabajos. Al final, no tienen ni siquiera tiempo para hacer ninguna de estas actividades.

Más obvia todavía resulta la tendencia maligna de rechazo, lo que supone muy poca productividad y bastante estancamiento, lo que produce una mínima participación o contribución a la sociedad. Y desde luego que aquello que llamamos “el sentido de la vida” es una cuestión de cómo y qué contribuimos o participamos en la sociedad.

Esta es la etapa de la “crisis de la mediana edad”. En ocasiones los hombres y mujeres se preguntan esa interrogante tan terrible y vasta de “¿Qué estoy haciendo aquí?”. Detengámonos un momento a analizar esta pregunta. En vez de preguntarse

por quiénes están haciendo lo que hacen, se preguntan el qué hacen, dado que la atención recae sobre ellos mismos. Debido al pánico a envejecer y a no haber logrado las metas ideales que tuvieron cuando jóvenes, tratan de “recapturar” su juventud. El ejemplo más evidente se percibe en los hombres. Dejan a sus sufrientes esposas, abandonan sus tediosos trabajos, se compran ropa de última moda y empiezan a acudir bares de solteros. Evidentemente, raramente encuentran lo que andan buscando porque sencillamente están buscando algo equivocado. Pero si atravesamos esta etapa con éxito. Desarrollaremos una capacidad importante para cuidar que nos servirá a lo largo del resto de nuestra vida.

#### **1.2.6.8. Estadio adultez tardía.**

Esta última etapa, la delicada adultez tardía o madurez, o la llamada de forma más directa y menos suave edad de la vejez, empiezan alrededor de la jubilación, después que los hijos se han ido; digamos más o menos alrededor de los 60 años. Algunas personas “viejetes” rabian con esto y dicen que esta etapa empieza solo cuando uno se siente viejo y esas cosas, pero esto es un efecto directo de una cultura que realza la juventud, lo cual aleja incluso a los mayores de que reconozcan su edad. Erikson establece que es bueno llegar a esta etapa y si no lo logramos es que existieron algunos problemas anteriores que retrasaron nuestro desarrollo.

La tarea primordial aquí es lograr una integridad yoica con un mínimo de desesperanza. Esta etapa parece ser la más difícil de todas, al menos desde un punto de vista juvenil. Primero ocurre un distanciamiento social, desde un sentimiento de inutilidad; todo esto evidentemente en el marco de nuestra sociedad. Algunos se jubilan de trabajos que han tenido durante muchos años; otros perciben que su tarea como padres ya ha finalizado y la mayoría creen que sus aportes ya no son necesarios.

Además existe un sentido de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes. Las mujeres pasan por la menopausia, algunas de forma dramática. Los hombres creen que ya “no dan la talla”. Surgen enfermedades de la vejez como artritis, diabetes, problemas cardíacos, problemas relacionados con el pecho y ovarios y cánceres de próstata. Empiezan los miedos a cuestiones que uno no había temido nunca, como por ejemplo a un proceso gripal o simplemente a caerse.

Junto a las enfermedades, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos mueren; los familiares también. La esposa muere. Es inevitable que también a uno le toque su turno. Al enfrentarnos a toda esta situación, parece que todos debemos sentirnos desesperanzados.

Como respuesta a esta desesperanza, algunos mayores se empiezan a preocupar con el pasado. Después de todo, allí las cosas eran mejores. Algunos se preocupan por sus fallos; esas malas decisiones que se tomaron y se quejan de que no tienen ni el tiempo ni la energía para revertirlas (muy diferente a estadios anteriores). Vemos entonces que algunos ancianos se deprimen, se vuelven resentidos, paranoides, hipocondríacos o desarrollan patrones comportamentales de senilidad con o sin explicación biológica.

La integridad yoica significa llegar a los términos de tu vida, y por tanto, llegar a los términos del final de tu vida. Si somos capaces de mirar atrás y aceptar el curso de los eventos pasados, las decisiones tomadas; tu vida tal y como la viviste, como necesariamente así, entonces no necesitarás temerle a la muerte. Aunque la mayoría de las personas no se encuentran en este punto de la vida, quizás se podría identificar un poco si empezamos a cuestionarnos nuestra vida hasta el momento. Todos hemos cometido errores, alguno de ellos bastante graves; si bien no seríamos lo que somos si no los hubiéramos cometidos. Si hemos sido muy afortunados, o si hemos jugado a la vida de forma segura y con pocos errores, nuestra vida no habría sido tan rica como lo es.

La tendencia mal adaptativa del estadio 8 es llamada presunción. Esto ocurre cuando la persona “presume” de una integridad yoica sin afrontar de hecho las dificultades de la senectud. La tendencia maligna es la llamada desdén. Erikson la define como un desacato a la vida, tanto propia como la de los demás.

La persona que afronta la muerte sin miedo tiene la virtud que Erikson llama sabiduría. Considera que este es un regalo para los hijos, dado que los niños sanos no temerán a la vida si sus mayores tienen la suficiente integridad para no temer a la muerte. Esto nos sugiere que una persona debe sentirse verdaderamente agradecida de ser sabia, entendiendo lo de agradecida en su sentido más amplio: uno se encuentra con personas muy poco agradecidas que han enseñado grandes cosas, no por sus palabras sabias, sino por su simple y gentil acercamiento a la vida y a la muerte; por su generosidad de espíritu.

### **1.3. Imagen corporal.**

La imagen corporal es la representación mental de tu propio cuerpo, en la que se distinguen tres componentes interrelacionados; los pensamientos y las emociones asociados a tu cuerpo; la percepción de las dimensiones corporales; y los comportamientos relacionados con tu cuerpo.

Dos conceptos implicados serían los de esquema corporal e imagen inconsciente del cuerpo desarrollados por Françoise Dolto. Coincidencias y diferencias conceptuales que se especificarán. Nosotros no creamos solos nuestra imagen corporal. Las personas que nos rodean y nuestra cultura tienen una fuerte influencia en nuestra imagen corporal. Todo el tiempo recibimos mensajes positivos y negativos sobre nuestro cuerpo de la familia y los amigos, y esto comienza muy temprano en nuestras vidas.



La imagen corporal también se ve afectada por el proceso natural del envejecimiento y por nuestra experiencia de vida. Si las personas se han lastimado, se enferman o tienen alguna discapacidad, su imagen corporal también puede verse afectada.

La experiencia del cuerpo se enriquece sin cesar, y evoluciona en relación directa con la maduración de los centros nerviosos superiores. Los contactos táctiles, oculares, kinestésicos y articulares se asocian, y cuanto mayor es la madurez, la evocación del gesto es más libre y agradable. Las diferentes tareas motrices plantean cada vez que se realizan un nuevo fenómeno de adaptación al espacio y al tiempo. El esquema corporal es una síntesis renovada a cada instante que tiene caracteres distintos según la acción emprendida. Durante muchos años han existido investigaciones respecto a nuestra imagen corporal y el esquema corporal por eso daré a conocer los diferentes conceptos que se han manejado para poder entender esta temática.

Schilder introduce en este concepto la dimensión psicoanalítica. Este autor, sin desairar los datos neurológicos, precisa los procesos que colaboraron en la construcción de la imagen corporal no se sitúan tan solo en el campo de la percepción, también su desarrollo paralelo en el campo libidinal y afectivo.

La imagen corporal como estructura psíquica incluye la representación consciente e inconsciente del cuerpo. La imagen del cuerpo humano es entendida como aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo es decir, la forma en que este se nos aparece.

Esta imagen se puede integrar a partir de:

- Registro visual de algunas partes de la superficie corporal.
- Impresiones táctiles: como de dolor, de presión, térmica.
- Registro de sensaciones provenientes de músculos, de las vísceras.

La imagen corporal se expande más allá de los límites del cuerpo (instrumentos, objetos ropa significativos, emanaciones corporales). Las imágenes corporales son, en un principio, sociales. Existen una vinculación sumamente estrecha entre nuestra imagen corporal y la de los demás determinadas por factores de proximidad espacial y afectiva. Existe un continuo intercambio entre las partes de nuestra imagen corporal y las imágenes de los demás.

### **1.3.1. Esquema corporal.**

El concepto de esquema corporal es proveniente de la neurología y se ha ido constituyendo un foco de atención de la educación psicomotriz. Un neurólogo Henry Head, 1911 dice "Todo cambio reconocible penetra en la conciencia y la carga de una relación con algo anterior".

“El esquema corporal sería la representación que se construye de la realidad del cuerpo. Producto de las experiencias con el mismo. Del vivir carnal y del aprendizaje, relacionado con los aspectos evolutivos del niño. Al ser una representación de la realidad del cuerpo, de presentarse una discapacidad, incluiría las mencionadas marcas del cuerpo. Se acordaría con Dolto que el esquema corporal: “...especifica al individuo en cuanto representante de la especie...”<sup>28</sup> Pero el esquema corporal no sería el mismo para todos pues, de presentarse una malformación o alteración funcional por un déficit orgánico, al formar parte éstos de la realidad del cuerpo y marcar las experiencias que se tengan con el mismo, éstos contribuirían a la construcción estando presentes en la representación resultante. A su vez, no se trataría del mismo para todos pues cada sujeto inscribiría la representación de su realidad corporal a partir de experiencias y aprendizajes que, en tanto subjetivas, serían singulares e irrepetibles

---

<sup>28</sup>DOLTO, Françoise. (1986). “*imagen inconsciente del cuerpo*”, Ediciones Paidós, Buenos Aires. Pág. 9-30.

Para el modelo complejo, en la relación con el cual se miden todos los cambios posteriores antes de que penetren en la conciencia, se propone la palabra esquema. El esquema corporal corresponde a la organización psicomotriz global, comprendiendo todos los mecanismos y procesos de los niveles motores, tónicos, perceptivos y sensoriales, expresivos verbal y extra verbal, procesos en los cuales y por los cuales el nivel afectivo está constantemente investido.

La evolución del esquema corporal está ligada al desarrollo psicomotor en el sentido de una diferenciación progresiva de funciones, de una discriminación perceptiva, sensorial, que a partir de la aparición del lenguaje y la función ideatoria se convierte en discriminación gnosopráctica.

Le Boulch, es importante nombrarlo, ya que inspirándose en trabajos de Wallon, Mucchielli y Ajuariaguerra ha distinguido tres etapas en la evolución del esquema corporal que nos servirán para entender cómo se van dando las siguientes etapas.

- Etapa del cuerpo vivido (hasta los 3 años).

Caracterizada por un comportamiento motor global con repercusiones emocionales fuertes y mal controladas. A los tres años, el niño ha conquistado un esqueleto de yo a través de su experiencia práctica global y de relación con el adulto.

- Etapa de discriminación perceptiva (de 3 a 7 años).

Se caracteriza por el desarrollo progresivo de la orientación del esquema corporal y la afirmación de la lateralidad. En el final de esta etapa, el niño es capaz de dirigir su atención sobre la totalidad de su cuerpo y sobre cada uno de los segmentos corporales.

- Etapa del cuerpo representado (de 7 a 12 años).

Corresponde al plano intelectual del estadio de las operaciones concretas de Piaget. En este estadio juega un papel decisivo el esquema de acción, aspecto dinámico del esquema corporal verdadera imagen anticipatoria, por medio del cual el niño hace más consciente su motricidad. Para alcanzar esta etapa son necesarias una serie de condiciones, raramente encontradas en la educación tradicional como:

1. Una experiencia suficientemente variada del cuerpo vivido en un buen clima emocional.
2. Posibilidad de interiorización y dominio de las relaciones emocionales primitivas.
3. Un buen esquema de actitud, que corresponde al estadio de imagen del cuerpo de carácter estático.
4. La posibilidad de integrar conjuntamente las informaciones propioceptivas y exteroceptivas .

El esquema corporal es el resultante de la experiencia del cuerpo del cual el sujeto toma poco a poco consciencia y de la manera como el cuerpo se pone en relación con el medio y con sus posibilidades propias.

El niño progresivamente se descubre a través de su actividad corporal, global o instintiva en principio, después diferenciada e intencional, esta actividad le permite descubrir el mundo que le rodea. El esquema corporal se convierte en un elemento indispensable en la construcción de la personalidad del niño.

Un esquema corporal mal definido, como subraya Le Boulch, entraña un déficit de la relación sujeto mundo exterior, que se traduce en el plano:

- De la percepción: déficit de la estructuración espacio temporal
- De la motricidad: torpeza, incoordinación, malas actitudes
- De la relación con el otro: inseguridad en las relaciones.

Por el contrario, una buena integración del esquema corporal, condiciona directamente la adaptación del sujeto en el tiempo y espacio, contribuyendo a la disposición corporal más adecuada para la realización de diferentes actividades.

Esquema corporal bien integrado implica:

- La percepción y el control del propio cuerpo
- Un equilibrio postural económico
- una lateralidad bien definida.
- La independencia de los segmentos en relación al tronco y unos en relación a otros.
- El control y el equilibrio de las pulsiones o inhibiciones estrechamente asociadas al esquema corporal.

Le Boulch propone en lo que nos concierne, pasamos fluidamente de la noción de "Esquema corporal" a la de "imagen del cuerpo" en la medida que precisamos que vemos en ello una manera de traducir a dos lenguajes diferentes, uno fisiológico, otro psicológico, una misma y única realidad que es la del cuerpo propio. Identificamos por completo ambos conceptos, en lugar de complementar uno mediante otro y de ese modo razonar dentro de dos sistemas heterogéneos.

Por otra parte se considera al esquema corporal o imagen del cuerpo como una institución de conjunto o un conocimiento inmediato que tenemos de nuestro cuerpo en estado estático o en movimiento, en la relación de sus diferentes partes entre ellas y en sus relaciones con el espacio circundante de los objetos y las personas.

Esta noción es eje del sentimiento de mayor o menor disponibilidad que tenemos de nuestro cuerpo y eje de la relación vivida universo sujeto experimentada afectivamente, y en ocasiones de manera simbólica.

La posibilidad de realizar en un nivel consciente "la imagen del cuerpo", verdadero referencial perceptivo, a partir del cual se organizará la acción y base de las regulaciones tónicas inconscientes que apuntan a su estabilidad, está en función del afinamiento de las percepciones kinestésicas y de su asociación con los datos visuales, lo que se ha denominado el trabajo de la "percepción del cuerpo propio" basado en la internalización que exige una forma de atención dirigida hacia el cuerpo que es esencial desarrollar en el ser humano.

### **1.3.2. Percepción de la imagen corporal.**

Las percepciones sólo se forman sobre la base de la motilidad y sus impulsos. Cabe esperar, por tanto que los cambios operados en la motilidad, en un sentido más amplio ejerzan una influencia determinante sobre la estructura del modelo postural.

Al estudiar la imagen corporal, debemos encarar el problema psicológico central que guardan las impresiones de nuestros sentidos con nuestros movimientos y la motilidad en general. Cuando percibimos o imaginamos un objeto, o cuando construimos la percepción de un objeto, no actuamos como un simple aparato receptor. La percepción es siempre nuestro modo de percibir, influida por nuestra emoción, nuestra personalidad.

### 1.3.3. Las emociones y la imagen corporal.

Didier Anzieu nos habla de un concepto que es el YO PIEL, construido a partir de sensaciones corporales de la madre, registradas por el niño. Nos dice que ese Yo Piel es una envoltura que contiene los estados emocionales desde el cual las experiencias pueden ser conocidas, reconocidas y se pueden desarrollar, esta creación se va desarrollando en los primeros años de vida a través de la relación con la madre, en medio de un ambiente emocional contenedor, que va registrando la experiencia personal e interpersonal y que permite desarrollar el reconocimiento de la propia experiencia.

A partir de esto se puede desarrollar el pensamiento, entendido como un procesamiento de las emociones. Si la capacidad mental de la madre para procesar emociones está poco desarrollada o dañada, las experiencias emocionales quedan excluidas del acceso al pensar y a la elaboración psíquica y el resultado de esto es que el niño es propenso a una mayor vulnerabilidad somática.

*“...es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.” (Raich, 2000) <sup>29</sup>*

Después de tantos conceptos que se daba al tema de la Imagen Corporal ella llegó a uno que es muy importante ya que integra todo lo que es el ser humano es, no solo cuerpo sino también emociones sentimientos, pensamiento, etc. la imagen corporal

---

29 RAICH, Rosa. (2000). *“Imagen corporal. Conocer y Valorar el Propio Cuerpo”*. Ediciones Pirámide. Madrid. Pág. 15.

no solo es consciente sino también preconscious e inconsciente ya que tenemos una representación mental.

#### **1.3.4. Cambios conductuales e interrelacionales.**

La fobia social, social es una timidez exagerada, se caracteriza por un miedo y ansiedad marcados y persistentes a enfrentar determinadas situaciones sociales, a la interacción con los demás, o a simplemente a ser observados en cualquier situación, hasta tal punto que todo esto interfiere de forma muy importante en la vida diaria de quien la padece.

Las personas con fobia social comprenden que sus sensaciones son irracionales, sin embargo experimentan una gran aprensión a enfrentarse a la situación temida, hacen todo lo posible para evitarla, como consecuencia se comienza a evitar todo tipo de situaciones sociales, inhibiendo la funcionalidad de las persona. En las situaciones sociales temidas las personas con fobia social experimenta una preocupación constante sobre todo a que los demás les juzguen y piensen que son personas ansiosas, débiles, tontas o raras.

Una característica importante en la fobia social, es una marca ansiedad antes de que ocurran los hechos temidos, tiene el nombre de ansiedad anticipatoria, las personas se empiezan a preocupar y a sentir temor ante la situación temida mucho antes de tenerla que afrontar, esto provoca que cuando se afronta la situación esta se lleva a cabo peor , debido al estado de nerviosismo, esto provoca un aumento de la ansiedad anticipatoria para la próxima vez que se afronte la situación, creándose así un círculo vicioso que se auto alimenta.



Podemos diferenciar entre dos tipos de fobia social:

Generalizada: Hablamos de fobia social generalizada cuando los temores se experimentan en la mayoría de las relaciones sociales o que comportan una cierta interacción con las personas.

Específica: Cuando las situaciones de ansiedad solo se dan en unas determinadas situaciones, como por ejemplo al hablar en público, o temer a ser observado mientras se come.

Algunas de las principales situaciones temidas por las personas con fobia social son:

- Hablar en público
- Comer o beber en público
- Asistir a fiestas
- Sensación de sentirse observado y criticado
- Escribir o firmar en público
- Desenvolverse en comercios y relaciones administrativas
- Mirar a los ojos a la gente
- Iniciar una conversación
- Ser presentados a otras personas
- Realizar llamadas telefónicas
- Dar o defender las propias opiniones
- Encuentros con personas desconocidas o del sexo opuesto
- Espacios cerrados donde hay gente.
- Hablar en un grupo pequeño.

- Hablar con personas de autoridad.
- Hacer o aceptar cumplidos.
- Miedo a quedarse en blanco.
- Preocupación por ser el centro de atención

#### **1.4. Trastornos clínicos asociados más frecuentes con el malestar psíquico, según DSM-IV.**

##### **1.4.1. Depresivo mayor.**

Los trastornos clínicos asociados más frecuentes y que causa malestares al paciente son los siguientes:

###### **1.4.1.1. Características del episodio.**

Es un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, que representa un cambio con respecto a la actividad previa. En los niños y adolescentes este estado puede ser irritable. Debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista de síntomas que se detalla a continuación:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día casi cada día, según lo indica el propio sujeto.
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas las actividades, la mayor parte del día casi cada día, referido por el propio sujeto o los demás.

- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o la pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- Insomnio o hipersomnias casi cada día.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados, casi cada día.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida con o sin plan específico para suicidarse.

Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Además, no deben ser causados por los efectos fisiológicos de medicamentos, sustancias psicoactivas o enfermedad orgánica.

#### **1.4.1.2. Síntomas y trastornos asociados.**

- Llanto, irritabilidad y tristeza.
- Rumiasiones obsesivas, ansiedad, fobias o preocupaciones excesivas por la salud.
- Pueden presentarse crisis de angustia con patrones que cumplen los requerimientos para el trastorno de angustia.
- Ansiedad por separación.

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse durante días o semanas, antes de iniciarse el episodio en sí, lo que se conoce como periodo

prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves que pueden durar semanas o meses. Un episodio depresivo no tratado debe durar 4 meses o más. Sin embargo si es crónico, es posible que dure 2 años o más

#### **1.4.2. Trastorno delirante.**

##### **1.4.2.1. Características diagnósticas.**

La principal característica esencial del trastorno delirante es la presencia de una o más ideas delirantes que deben persistir durante, al menos, un mes (criterio A). Si el sujeto ha presentado alguna vez el cuadro clínico que cumpla el criterio A para la esquizofrenia, no debe diagnosticarse de trastorno delirante (criterio B). Suelen ser más importantes las alucinaciones táctiles y olfatorias que las visuales y/o auditivas.

La actividad psicosocial no está significativamente alterada, excepto por consecuencia directa de las ideas delirantes (criterio C). El criterio D para diagnosticar de trastorno delirante es que si se presentan episodios afectivos simultáneos, su duración debe ser relativamente breve, en comparación con la duración total del trastorno delirante. Dichas ideas delirantes no deben ser causadas por el efecto de ninguna sustancia o enfermedad médica (criterio E).

Aunque la consideración de la extrañeza de las ideas delirantes es muy importante para poder distinguir este trastorno del esquizofrénico, es especialmente difícil determinar el concepto de rareza, debido a las diferentes culturas. Las ideas delirantes son calificadas como extrañas si son claramente improbables y si no derivan de la vida cotidiana; sin embargo, las ideas delirantes no extrañas se caracterizan y refieren a situaciones que son susceptibles que se den en la vida real, como por ejemplo, ser engañado por el cónyuge.

La actividad psicosocial puede ser variable, ya que en algunos sujetos, parece

conservarse los papeles en el plano interpersonal y en el laboral; sin embargo, en otros el deterioro incluye una actividad laboral escasa o nula y un aislamiento social. En general, es más fácil, que se deteriore la actividad social y conyugal, que la intelectual y laboral.

#### **1.4.2.2. Subtipos.**

Puede haber varios subtipos dependiendo del tema delirante que predomine:

Tipo erotomanía: ocurre cuando el tema principal de la idea delirante consiste en el pensamiento de que otra persona está enamorada del sujeto. La idea suele referirse más a una amor idealizado, que a una amor de atracción sexual. Normalmente, la persona sobre la que recae la idea ocupa un estatus superior, aunque también puede ser un auténtico desconocido. Pocas veces la idea delirante se mantiene en secreto, ya que es más común, que el sujeto intente ponerse en contacto con la persona objeto de dicha idea, por ejemplo, mediante cartas, regalos.

Tipo de grandiosidad: la idea principal de este delirio consiste en que la persona cree que tiene un talento extraordinario, o de haber hecho un descubrimiento importante. Con menor frecuencia, pueden aparecer la idea delirante de tener una relación con alguien importante o bien dichas ideas también pueden tener un contenido religioso.

Tipo celotípico: el tema central de esta idea delirante es que la pareja tiene un amante o es infiel. Esta idea se apoya sobre inferencias erróneas apoyadas en pequeñas pruebas, como por ejemplo, manchas en las sábanas. El sujeto con esta idea intenta intervenir en la fidelidad imaginada, como por ejemplo, investigando al amante o agrediendo a la pareja.

Tipo persecutorio: este subtipo se refiere a la creencia del sujeto de que está siendo perseguido, engañado, espiado, envenenado, drogado, u obstruido en la consecución de sus metas a largo plazo. Normalmente, el núcleo de la idea es alguna injusticia

que debe ser remediada mediante alguna acción legal y la persona puede enzarzarse en repetidos intentos para obtener alguna satisfacción legal. Estos sujetos, son, a menudo, irritables y pueden reaccionar contra los que creen que les están haciendo daño.

Tipo somático: en este subtipo, la idea delirante se refiere a funciones o sensaciones corporales. Las ideas más habituales son la convicción de que el sujeto emite un olor insoportable por la piel, la boca, el recto o la vagina; también puede creer que tiene algún parásito interno o que en algunas partes del cuerpo tiene malformaciones o bien que hay partes del cuerpo que no funcionan.

Tipo mixto: este subtipo se aplica cuando no hay ningún tema que predomine sobre otro.

Tipo no especificado: se aplica cuando la creencia dominante no puede ser determinada con claridad o bien cuando la idea no está descrita en los otros tipos de específicos. Por ejemplo, cuando la idea auto referencial no tiene un componente importante de persecución o grandeza.

#### **1.4.2.3. Síntomas y trastornos asociados.**

Pueden producirse problemas sociales, laborales o conyugales como consecuencia de las ideas delirantes. Las interpretaciones de los acontecimientos suelen ser consistentes con el contenido de las ideas delirantes. Muchos de los sujetos que poseen este trastorno desarrollan un estado de ánimo irritable, puede haber accesos de ira o comportamiento violento. Suelen producir, además, problemas legales o los pacientes con trastorno delirante de tipo somático pueden verse involucrados en exploraciones y pruebas médicas innecesarias. Los estresores psicosociales graves y el estatus socioeconómico bajo, pueden ser predisponentes para el desarrollo de ciertos tipos de trastorno delirante.

El trastorno delirante puede asociarse al trastorno obsesivo compulsivo, al trastorno dismórfico, y a los trastornos paranoide, esquizoide o por evitación de la personalidad.

#### **1.4.2.4. Síntomas dependientes de la cultura y el sexo.**

Para evaluar la presencia de este trastorno se deben tener en cuenta la cultura y las creencias religiosas del sujeto. Además el contenido de las ideas delirantes puede cambiar en las diferentes culturas y subculturas. No suele haber diferencias genéticas importantes en la frecuencia total del trastorno delirante, pero, por ejemplo, el trastorno delirante celotípico es más frecuente en hombres que en mujeres; sin embargo, no parece que haya diferencias importantes.

#### **1.4.2.5. Prevalencia.**

Este trastorno es, relativamente raro, en el marco clínico, y, los diversos estudios realizados nos sugieren que el trastorno explica el 1-2% de los ingresos en los hospitales psiquiátricos. Se carece de información precisa acerca de la prevalencia de este trastorno, aunque la estimación más alta es de 0.03%, debido al inicio tardío de esta enfermedad, el riesgo de morbilidad suele estar entre 0.05 y 0.1%.

#### **1.4.2.6. Curso.**

La edad de inicio de este trastorno es variable, puede oscilar entre la adolescencia y la edad avanzada. El tipo persecutorio es el más frecuente. El trastorno suele ser crónico, aunque se pueden producir oscilaciones en la intensidad de las creencias delirantes. Aunque puede ocurrir que el trastorno remita, en unos meses, sin que haya

de nuevo recaídas. Algunos datos nos sugieren que el subtipo celotípico puede tener un mejor pronóstico que el persecutorio.

#### **1.4.2.7. Patrón familiar.**

Existen datos que nos indican que el trastorno paranoide y por evitación de la personalidad pueden ser más frecuentes entre los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con trastorno delirante.

#### **Diagnóstico diferencial**

Este diagnóstico sólo se establece cuando la idea delirante no se debe a los efectos fisiológicos de alguna sustancia o enfermedad médica. Un delirium, una demencia o un trastorno psicótico debido a una enfermedad pueden presentarse con síntomas que sugieren un trastorno delirante. Un trastorno psicótico inducido por sustancias también puede ser idéntico al trastorno delirante, pero puede diferenciarse por la relación cronológica del consumo de la sustancia.

Este trastorno se diferencia de la esquizofrenia y del trastorno esquizofreniforme ya que no presenta los síntomas característicos de la fase activa de los últimos; ocurre además que este trastorno suele tener un menor deterioro en la actividad laboral y social.

La distinción entre el trastorno del estado del ánimo con sintomatología psicótica y del trastorno delirante consiste en la relación temporal entre la alteración afectiva y las ideas delirantes y en la gravedad de los síntomas afectivos. Los síntomas depresivos son frecuentes en el trastorno delirante, pero dichos síntomas son leves y remiten en tanto que persistan los síntomas delirantes. El trastorno delirante, solo se diagnostica si la duración total de los episodios afectivos sigue siendo breve, en relación con la duración total de la alteración delirante. Si los síntomas que cumplen los criterios para un episodio afectivo están presentes durante una parte sustancial de



la alteración delirante, entonces el diagnóstico apropiado es trastorno psicótico no especificado, acompañado por el de trastorno depresivo no especificado o el de trastorno bipolar no especificado.

Los síntomas del trastorno psicótico compartido pueden parecerse a los que se observan en el trastorno delirante, sin embargo, su duración y el curso son distintos. En el psicótico compartido, las ideas delirantes aparecen en el contexto de una relación muy estrecha con otra persona, y se atenúan o desaparecen cuando el sujeto con el trastorno psicótico compartido es separado del sujeto con el trastorno psicótico primario. El trastorno psicótico breve se diferencia del trastorno delirante ya que los síntomas se delirantes duran menos de 1 mes.

Se diagnostica el trastorno psicótico no especificado si no hay información suficiente para elegir entre el trastorno delirante y otros trastornos psicóticos. Es difícil diferenciar el trastorno delirante de la hipocondría, al igual que del trastorno dismórfico, ya que bastantes sujetos con este trastorno sostienen sus creencias con una intensidad delirante. Otras veces también es difícil discernir entre el trastorno delirante y el obsesivo compulsivo, ya que el juicio de realidad puede perderse en algunos sujetos alcanzando proporciones delirantes. En el trastorno paranoide de la personalidad, no hay creencias delirantes persistentes bien definidas ni persistentes, al contrario que en el trastorno delirante.

### **1.4.3. Fobia social.**

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las

reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro

trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

- Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).

#### **1.4.4. Trastorno obsesivo - compulsivo.**

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

#### **1.4.5. Malestar psíquico.**

Cuando nuestro cuerpo se enferma tenemos muy claro a qué especialista debemos visitar o qué medicamentos debemos tomar. El aspecto físico de las personas es algo que entendemos y admitimos, sabemos que sentimos dolor y que ese dolor requiere un médico. Desafortunadamente el cuerpo no es lo único que se enferma. Existe en el ser humano un ámbito muy importante que pertenece a su psiquismo.

Todo lo que pensamos, sentimos y recordamos permanece en nuestro aparato psíquico. A pesar de que no seamos conscientes de ello, el psiquismo tiene un orden

complejo y complicado, un mecanismo dinámico que procura siempre el bienestar del individuo. Cuando el mecanismo psíquico no puede hacer frente a situaciones o sentimientos, existe una lucha interna que puede desembocar en un malestar psíquico que invalida al individuo en todas las esferas de su vida.

#### **1.4.5.1. Malestar psíquico y la imagen corporal sustentada con el libro DSM-IV.**

Uno de los malestares psíquicos que presentan los pacientes sobre su imagen corporal es el trastorno dismórfico corporal que se sustentare según el DSM -IV.

##### **1.4.5.1.1. Trastorno dismórfico corporal (300.7).**

###### **1.4.5.1.1.1. Características diagnósticas.**

La característica esencial de este trastorno conocido históricamente como dismorfofobia es la preocupación por algún defecto en el aspecto físico. Criterio A. el defecto es imaginario o si existe la preocupación del individuo es claramente excesiva. La preocupación causa malestar significativo deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Criterio B no se explica mejor la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo la insatisfacción por el tamaño y la silueta corporales presente en la anorexia nerviosa). Criterio C. los síntomas más usuales se refieren a defectos imaginarios o de poca importancia en la cara o la cabeza, como son delgadez del cabello, acné, arrugas, cicatrices, manchas vasculares, palidez, enrojecimiento del cutis, hinchazones, asimetría o desproporción facial y vello excesivo en la cara, estos individuos pueden preocuparse también por la forma, el tamaño u otros aspectos de su nariz, ojos, párpados, cejas, orejas, boca, labios, dientes, mandíbula, barbilla, mejillas y cabeza.

Sin embargo cualquier otra parte del cuerpo puede ser igual motivo de preocupación. La preocupación puede centrarse en varias partes del cuerpo al mismo tiempo las quejas son normalmente específicas algunas veces llegan a ser considerablemente vagas y tienden a evitar describir con detalle sus "defectos" y se limitan hablar siempre de su fealdad.

Describen sus preocupaciones como muy dolorosas, torturantes, o devastadoras, les resulta difícil controlar y dominar sus preocupaciones y hacen poco o nada por superarlas.

#### **1.4.5.1.1.2. Síntomas o trastornos asociados.**

Los comportamientos de comprobación y de aseo se ejecutan para disminuir la ansiedad producida por el defecto y para intentar mejorar la propia apariencia, evitan mirarse al espejo y llegan a tapar los espejos o a retirarlos de su sitio, los periodos de observación excesiva con periodos de evitación.

Comparan continuamente las partes de su cuerpo que no les gustan con las de otros individuos. La conciencia del defecto percibido es a menudo pobre y algunos individuos pueden presentar ideas delirantes; es decir están completamente convencidos de que su visión del defecto es exacta y no distorsionada y no pueden ser convencidos de lo contrario, los individuos que padecen este trastorno piensan a menudo que los otros pueden percibir o están percibiendo su supuesto defecto e incluso mofarse y hablar de él.

Los sujetos buscan y reciben tratamientos médicos generales, a menudo dermatológicos, odontológicos y quirúrgicos con el fin de corregir sus defectos

imaginarios o leves. El trastorno dismórfico corporal puede asociarse al trastorno depresivo mayor, al trastorno delirante, a la fobia social, y al trastorno obsesivo-compulsivo.

En centros ambulatorios de salud mental, el trastorno dismórfico corporal se diagnostica aproximadamente con la misma frecuencia en hombres y mujeres.

#### **1.4.5.1.1.3. Prevalencia.**

El trastorno dismórfico corporal en la población general se desconoce. En los centros de salud mental, los porcentajes comunicados de trastorno dismórfico corporal en individuos con trastorno de ansiedad o trastornos depresivos oscilan entre un 5 y un 40%. En los centros dermatológicos y la cirugía cosmética, los porcentajes de trastorno dismórfico corporal oscilan entre un 6 y un 15%.

#### **1.4.5.1.1.4. Curso.**

El trastorno dismórfico corporal se inicia generalmente en la adolescencia aunque puede presentarse ya en la niñez. Sin embargo, puede pasar desapercibido durante muchos años debido a que con frecuencia los individuos con este trastorno no quieren revelar sus síntomas, el curso es continuo con pocos intervalos sin síntomas.

#### **1.4.5.1.1.5. Criterios para el diagnóstico del trastorno dismórfico corporal (300.7)**

- A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.



- B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental ejemplo insatisfacción con el tamaño y la silueta corporal en la anorexia nerviosa.

#### **1.4.6. Intervenciones psicológicas.**

Para R. Zukerfeld (1996:40) el objetivo general que ha de presidir una intervención terapéutica dirigida a la imagen corporal sería la reparación de los déficits de la estructura del self entendido como organización del pensamiento y de los impulsos.

El desarrollo yoico implicaría lograr un contacto adecuado con la realidad, la mejora de los trastornos cognitivos, y en particular los pensamientos automáticos descritos por Beck (1976), la mejoría de la imagen corporal y la actitud hacia la sexualidad.

Por otra parte, Rogers (1959) nos propone otros principios fundamentales para el diseño de una estrategia metodológica de intervención como son:

- El hombre vive esencialmente en su propio mundo personal y subjetivo.
- El auto-concepto, que es la organización de la percepción del yo, se convierte en el determinante más significativo de la respuesta al medioambiente.
- El auto-concepto es la forma en que la persona se percibe y se experimenta.
- La perturbación de la personalidad se caracteriza por ser un yo ideal sin base real y/o por la incongruencia existente entre el auto-concepto y el yo ideal.

La Terapia Gestalt sugiere que las actividades se constituyan en un tipo de experiencias donde los aspectos cognitivos se completen hasta otorgan una mínima capacidad de significación. Precisamente por esto es por lo que Fritz Perls (1978) advertía contra el moralismo impuesto desde fuera al mismo tiempo que recomendaba aquel otro que calificaba de “organísmico o intrínseco”. El tipo de experiencias que propone, el “darse cuenta” requiere tomar conciencia, percatarse focalizando, una forma de vivenciar que Yontef (1995:171) describe como el proceso de estar en contacto, alerta con la situación más importante en el campo ambiente individuo, con un total apoyo sensorio-motor, emocional, cognitivo y energético.

El Focusing de Gedlin es un método que igualmente recurre a resortes muy semejantes (Siems, 2002) para construir las actividades de su propuesta de intervención. Utiliza también la vivencia y el enfoque corporal o proceso activo, dinámico, de enfocar, focalizar o poner bajo el foco determinadas sensaciones y sentimientos y, al mismo tiempo, descubrir los significados implícitos de nuestra experiencia.

Con esta técnica se intenta entrar en contacto con una forma de vivencia, la “sensación sentida”, que se encuentra detrás de las palabras, las imágenes, las sensaciones corporales y las emociones.

Con relación a la finalidad del proceso de intervención, R.M. Raich (2000:148) propone como objetivo general y final que la persona aprenda a verse con mayor objetividad, a sentir menor malestar, a pensar favorablemente de sí y a comportarse de acuerdo con una manera más gratificante de verse.

“A este respecto Rosen y Cash, como guía para diseñar las líneas básicas de un proceso de intervención en trastornos de la imagen corporal, recuerdan que han de ser atendidos sus tres grandes componentes: el aspecto perceptivo o representación mental del cuerpo; el aspecto cognitivo-afectivo o pensamientos y valoraciones del

cuerpo, creencias y actitudes; y el aspecto conductual o comportamientos y conductas de acuerdo con los pensamientos y valoraciones.<sup>30</sup>

Todas estas orientaciones metodológicas sugieren, de manera más específica, la posibilidad de perseguir en el proceso de intervención los siguientes objetivos:

- Entrenamiento en percepción corporal.
- Desensibilización sistemática.
- Reestructuración cognitiva.
- Exposición a situaciones que producen malestar y a las conductas de evitación.
- Exposición con prevención de respuesta para la eliminación de los rituales de comprobación del cuerpo.
- Prevención de recaídas mediante pensamientos racionales, técnicas de relajación, etc.

#### **1.4.7. Tratamientos frecuentes.**

El tratamiento psicológico se basa en que el paciente tome conciencia y conocimiento de su cuerpo, que conozca en qué momento debe parar en la medida de lo posible una situación estresante en el momento en que están comenzando las lesiones.

---

<sup>30</sup>[http://www.wanceulen.com/revista/PDF/n3/Alteraciones\\_autopercepcion.pdf?phpMyAdmin=EIYxy nXwoUIAsM3dCpEA6zVFD30&phpMyAdmin=6e797b98330a177d30bc4cb1260dae](http://www.wanceulen.com/revista/PDF/n3/Alteraciones_autopercepcion.pdf?phpMyAdmin=EIYxy nXwoUIAsM3dCpEA6zVFD30&phpMyAdmin=6e797b98330a177d30bc4cb1260dae), visitado el 12 de diciembre del 2010.

#### **1.4.7.1. Psicoanalítico.**

Si la enfermedad médica como la psoriasis, podemos señalar que su etiología presenta componentes genéticos, auto inmunitarios y psíquicos. Desde el punto de vista médico sobre genética nada podríamos hacer, porque generalmente se lo considera como un término fijo. Respecto de lo auto inmunitario, ya no hay dudas de su relación con lo psíquico y aunque existen distintas técnicas para su abordaje, hay consenso en que el mismo sea multidisciplinario.

Frente al componente psíquico nos encontramos con diferentes posturas terapéuticas. Algunas sugieren una disminución de los factores estresantes provenientes del mundo externo, como mejorar las condiciones laborales o vivenciales del paciente. Coinciden en esta postura las nuevas terapias breves, orientadas al “aquí y ahora” y a los puntos de urgencia.

También podemos considerar otro tipo de abordaje, que no se basa exclusivamente en la aparición fortuita de las enfermedades, sino en una participación directa del yo (inconciente) en la elección de una manifestación somática y que sugiere al analista, una serie específica de representaciones que están ausentes en la conciencia del paciente, pero presentes en él, así como un “lenguaje” tan específico como el hablado o el gestual; el corporal.

La psoriasis es una afección que se caracteriza por presentar lesiones típicas en la piel y/o articulaciones, con escamas, irritación, prurito y sangrado que se distribuyen en toda la superficie corporal desde el cuero cabelludo hasta los genitales ocasionando limitaciones funcionales al enfermo y padecimiento a su núcleo familiar.

Estos pacientes concurren desalentados luego de recorrer una lista interminable de dermatólogos y realizar tratamientos complejos con serios efectos colaterales, escuchamos su desazón por el aislamiento que padecen en la vida cotidiana, social, profesional y familiar.

Ellos se sienten avergonzados, culpables, agobiados por presentar, según les informaron los médicos algo incurable, similar a la lepra, que no es mortal pero que deberán acostumbrarse a vivir con ella y con las limitaciones que les impone.

Sienten que no pueden descubrir su cuerpo, hacer deportes o ejercer su profesión sin tener que aclarar que su enfermedad no es contagiosa, que tienen temporadas en las que “se limpian” y otras en las que “están sucios”, “manchados”, “marcados”.

¿Cómo entablamos un tratamiento frente a esta dolencia?

¿Qué conocemos sobre la piel, sus simbolismos y funciones?

¿Podría algún afecto rechazado de la conciencia por efecto de la represión, tender a manifestarse a través de esta enfermedad?

Desde la teoría psicoanalítica se puede afirmar que siempre que nos enfermamos, lo hacemos de algo en particular y que además esto no ocurre en cualquier momento, sino en uno individualmente significativo.

Por eso, frente a un paciente con estas características podríamos pensar:

-¿Qué representa esta enfermedad para este paciente?

- ¿Por qué se manifiesta en este momento de su vida?

A fin de encontrar en el paciente la disposición a un tratamiento psicoanalítico y no solo a una terapia que “cure su síntoma”, podemos comunicarle que las enfermedades somáticas también pueden ser comprendidas y tratadas psicoanalíticamente, en conjunción con el tratamiento médico que están realizando.

Si partimos de la base freudiana que señala que la represión parte del yo y deja consecuencias en lo que denominamos nuestro “carácter” y que los afectos son además de algo que se siente, manifestaciones somáticas de descarga, podemos pensar que el yo interviene en la expresión de una enfermedad determinada si se produce un proceso represivo particular, y también, desde ese mismo yo se puede iniciar un proceso psicoanalítico de comprensión y reelaboración de ese material inconsciente y reprimido.

De este modo en lugar de considerarla como una afección que proviene de los genes, de la inmunidad o que es algún tipo de castigo frente al cual, nada se puede hacer más que acostumbrarse, comprometemos al paciente al trabajo re-elaborativo que permitirá eventualmente llegar a su curación.

Trabajando con los síntomas depresivos, el aislamiento, la vergüenza que siente el paciente en sus niveles conscientes acompañaríamos involuntariamente las sugerencias médicas sobre la incurabilidad y el misterio de su génesis.

De ser así estaríamos dejando de lado lo inconsciente y sus manifestaciones y realizaríamos otro estilo de terapias que se dirigen a la conciencia, al yo consciente.

Nos orientamos en la dirección de la cura psicoanalítica sabiendo que la piel es:

-El órgano que nos separa y a la vez nos acerca al semejante, es superficie de contacto y a la vez barrera limitante.

-Que contribuye a formar el sentimiento de identidad en base a nuestro esquema corporal y representar simbólicamente a un sujeto. Dicho sentimiento se constituye además por el contacto significativo con el semejante.

-Que el sentirse “escamado” o en “carne viva” tiene relación con las fantasías inconscientes propias de las funciones de este órgano. Las mismas pueden ser indagadas en el tratamiento psicoanalítico hasta los primeros momentos evolutivos del yo, el yo placer corporal, que deriva de las sensaciones que se originan en la superficie del cuerpo y es, además de representar la superficie del aparato psíquico, la proyección misma de una superficie.

-Que la localización particular que adquieren las lesiones también señalan distintas zonas erógenas fijadas en la evolución libidinal. La piel es un órgano con doble función en cuanto al contacto: toca y siente.

Las principales fantasías inconscientes presentes en los enfermos con psoriasis están en relación a la necesidad de recibir caricias o elogios, (equivalente afectivo) que pondrían de manifiesto una carencia en las primeras experiencias de contacto. La lesión en la piel representaría el “estar despellejado” o “en carne viva”, producto del objeto idealizado que lastima.

Los temores de desprotección y desapego del objeto amado generarían la necesidad de una defensa incrementada, que en la piel se manifestaría como una “coraza protectora” a través de la hiperqueratosis: “estar escamado”

Estos conceptos nos permiten disponer de una herramienta transferencial ampliada, que facilita la comprensión y el tratamiento psicoanalíticos de los síntomas corporales.

#### **1.4.7.2. Cognitivo conductual.**

Ante una determinada situación o estímulo, cada persona realiza una respuesta o reacción, la cual está mediada por el proceso de significación o evaluación, en base a los objetivos, deseos y metas de cada uno.

Dichos procesos de significación o evaluación realizados, son en base a la estructura cognitiva de cada uno, lo cual, generalmente, se denominan esquemas, y son el resultado tanto de predisposiciones genéticas, junto a las experiencias vividas por cada persona, las cuales, aunque sea sin saberlo, generan algún tipo de aprendizaje.

En la Psicoterapia Cognitiva Conductual, las hipótesis de trabajo se basan en que los patrones de pensamiento distorsionados o conceptualmente erróneos (denominados distorsiones cognitivas) ejercen un efecto adverso sobre las diferentes emociones, conductas y modos de funcionamiento conductuales.

La labor de la Psicoterapia Cognitiva, implicará la modificación de dichas estructuras, junto a la de los significados o evaluaciones, para de este modo, lograr modificaciones también en las respuestas generadas.

Como se mencionó anteriormente, hay influencias genéticas y factores biológicos que pueden generar diversos trastornos, junto a influencias sociales y psicológicas. La Psicoterapia Cognitiva, no deja de lado el aspecto biológico de los trastornos, pudiendo sumarse, en determinadas ocasiones, y previa evaluación individual, el uso de medicamentos psicofarmacológicos para calmar, aliviar o disminuir ciertos síntomas.

Año tras año, la Psicoterapia Cognitiva es cada vez más reconocida y aplicada, tanto

por sus alcances como por su eficacia, ya que los resultados son comprobados y perdurables.

En la Terapia Cognitivo Conductual, las hipótesis de trabajo se basan en que los patrones de pensamiento distorsionados o conceptualmente erróneos y denominados distorsiones cognitivas ejercen un efecto adverso sobre la diferentes emociones, conductas y modos de funcionamiento conductuales y que por lo tanto, la reestructuración cognitiva por medio de intervenciones psicoeducativas, modificaciones emocionales, conceptuales y la puesta en práctica de nuevas modalidades conductuales colaboran en mejorar el estado de los pacientes.

La Terapia Cognitiva Conductual que incorpora Hipnosis Clínica Cognitiva contribuye al cambio y superación de dificultades emocionales, ideas, pensamientos y pautas de conducta que llevaron a incrementar los síntomas y malestares trabajándolos en forma puntual.

Permite como resultado que la ansiedad o la angustia disminuya de un modo eficaz a niveles capaces de ser controlados. El tratamiento con Psicoterapia Cognitiva, al incluir Hipnosis Clínica Cognitiva, está orientado hacia terapéuticas que impliquen cambios cognitivos conductuales, con el criterio de una terapia breve y puntual, especialmente indicado para enfrentar diferentes padecimientos psicológicos, físicos, psicosomáticos, emocionales y conductuales.

La Hipnosis Clínica Cognitiva puede ser usada en el tratamiento del dolor, depresión, hipertensión, ansiedad, ansiedad social o fobia social y otras fobias de diferentes características y orígenes, crisis o ataque de pánico, colon irritable, estrés, trastornos por adicciones, como aporte para dejar de fumar, trastornos de angustia y de ansiedad, insomnio, dermatológicos y otros problemas psicosomáticos psicológicos y médicos.



#### **1.4.7.2.1. Características de la terapia.**

La Psicoterapia Cognitiva se caracteriza, entre otras cosas, por:

- Ser breve.
- Focalizarse en el presente, en la problemática planteada y en su solución.
- Haber prevención hacia futuros trastornos.
- La Psicoterapia Cognitiva o Terapia Cognitiva Conductual requiere de una labor en conjunto, contando con la actividad del terapeuta y del paciente, ya que para lograr los objetivos propuestos, los mismos deben ser desarrollados entre los dos, siendo estos claros y compartidos, estar de acuerdo en las metas a alcanzar y en la modalidad a utilizar. Es necesaria la cooperación del paciente para, de este modo, realizar un trabajo en conjunto y en equipo.
- El paciente obtiene un rol activo, en el cual debe trabajar no solamente en las sesiones con el terapeuta, sino también fuera del consultorio, con diferentes tareas dictadas por el profesional.
- Psicoeducación: en el transcurso del tratamiento de la Psicoterapia Cognitiva, es necesario informar al paciente acerca de la modalidad en que se trabajará en el tratamiento, proponiendo metas y objetivos a cumplir, en forma conjunta, es decir, entre el terapeuta y el paciente. Conocer en qué consiste el tratamiento, además de ser de gran utilidad, es necesario ya que el paciente tiene derecho a saber qué es lo que va a pasar.
- La Psicoterapia Cognitiva, realiza también diversos aprendizajes en el paciente, quien incorpora técnicas en su vida, enseñadas por el terapeuta. Estos aprendizajes son muy útiles, ya que, luego de haber terminado el tratamiento, el paciente cuenta con recursos que puede llegar a aplicar en futuras situaciones.

- El objetivo principal de la Psicoterapia Cognitiva es el de ayudar al paciente a superar la problemática planteada, para de este modo, poder manejarse mejor en su vida cotidiana.

La reestructuración cognitiva, por medio de intervenciones psicoeducativas, modificaciones emocionales, conceptuales y la puesta en práctica de nuevas modalidades cognitivo conductuales, colaboran en mejorar el estado del paciente.

### **1.5. Fundación Ponte en mi Piel.**

Hace 15 años, varios profesionales especializados en diversas áreas médicas, desarrollaron acciones en apoyo a las familias de pacientes de escasos recursos con el fin de darles una atención médica integral y la posibilidad de una recuperación satisfactoria. Este equipo de médicos ha luchado para enfrentar los enormes problemas dermatológicos existentes en el país que afectan de manera especial a la población de escasos recursos. Esta realidad motivo al Dr. Santiago palacios Almeida para capitalizar los años de trabajo voluntario y conformar la *Fundación Ponte en mi Piel*, organización sin fines de lucro, reconocida en el Ministerio de Salud Pública en Mayo del 2007.

La Fundación fue creada, como dice el artículo 3 literal (a) de los estatutos, con el objetivo de “generar y respetar procesos a favor de la vida, en especial de las personas más necesitadas que sufren problemas de la salud de la piel, y de sus familias, compartiendo experiencias, oportunidades y condiciones adecuadas a través de acciones integrales concretas y del compromiso vital de los miembros”<sup>31</sup>propósito que se ha viabilizado a través de investigaciones, programas y proyectos de desarrollo humano con enfoque transversal de género, ambiente y potenciación de capacidades, formulados a partir del eje “enfermedades de la piel”,

---

<sup>31</sup> Estatutos Art. 3 Literal (a)

vista como un problema médico y social que demanda acciones a nivel preventivo y curativo en el que han participado las personas enfermas, sus familias, comunidades de origen y equipos de salud.

La filosofía de la Fundación se guía por un pensamiento humanista, que se basa en la solidaridad, la diversidad y el respeto de la vida. Un pensamiento que reconoce la salud desde una perspectiva integral, que contempla a la persona en sus relaciones familiares, sociales, ambientales, económicas.

El Dr. Palacios, Fundador de la Fundación Ponte en mi Piel señala que “el enfermar del ser humano es una condición particular, un derecho; cada persona busca recuperar la salud a su manera influido por sus percepciones, cultura familia y sociedad. La recuperación de la salud o el tratamiento de la enfermedad han sido patrimonio del médico, quien históricamente ha jugado diferentes roles de la relación pero el médico no puede cumplir este propósito solo; el cuidado y la recuperación de la salud se realiza en equipo, un equipo de salud que tendrá roles diferentes en cada caso y éxito en la medida en que reconozca a la persona enferma en su contexto individual y colectivo. Los roles terapéuticos están fundamentados en las medidas de auto cuidado soportadas en el entorno cultural. Sin estos conocimientos difícilmente tendrán éxito las intervenciones terapéuticas por parte del médico y además, al debilitar la relación del equipo de salud con el paciente, se madura el germen de la mala práctica. La bioética y sus principios se insertan perfectamente en las relaciones del equipo de salud y el paciente”<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Palacios, Santiago, bioética y terapéutica. En boletín informativo de la Sociedad Ecuatoriana de bioética, Edición Ponte en mi Piel, Quito, Ecuador, 2006.

## CAPITULO II

### MARCO METODOLÓGICO.

#### 2.1. Metodología.

La presente investigación está dirigida a describir la realidad que viven 10 personas que asisten a la "Fundación Ponte en mi Piel" con problemas de psoriasis. La percepción de su imagen corporal. "Esta investigación es cualitativa, ya que se trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades de las personas que padecen de psoriasis, su sistema de relaciones, su estructura dinámica".<sup>33</sup>

La investigación cualitativa es un método de investigación usado principalmente en las ciencias sociales que se basa en cortes metodológicos basados en principios teóricos tales como la fenomenología, hermenéutica, la interacción social empleando métodos de recolección de datos que son no cuantitativos, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los correspondientes.

La investigación cualitativa requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan. A diferencia de la investigación cuantitativa, la investigación cualitativa busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento. En otras palabras, investiga el por qué y el cómo se tomó una decisión, en contraste con la investigación cuantitativa la cual busca responder preguntas tales como cuál, dónde, cuándo. La investigación cualitativa se basa en la toma de muestras pequeñas, esto es la observación de grupos de población reducidos, como salas de clase, etc.

---

<sup>33</sup> LEÓN, Orfelio; MONTERO, Ignacio. (2003). "Métodos de investigación en Psicología y Educación", Mc Graw Hill / Interamericana de España, Madrid. Pág. 151.

La investigación cualitativa se basa en la selección múltiple de casos, la cuál, se usa cuando se desea que los casos elegidos ilustren situaciones extremas de un contexto bajo estudio al maximizar sus diferencias se hacen que afloren las dimensiones del problema de forma clara. Para la presente investigación se utilizaran los siguientes instrumentos y técnicas como:

### **2.1.1. Historia clínica.**

La historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal. En atención primaria, donde toma importancia los métodos de la promoción de la salud, la historia clínica se conoce como historia de salud o historia de vida. Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, incorpora los datos de sus antecedentes personales y familiares, sus hábitos, y todo aquello vinculado con su salud biopsicosocial.

También incluye el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación. La historia clínica no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente, sino que incluye en una sección aparte los juicios, documentos, procedimientos, informaciones y consentimiento informado. El consentimiento informado del paciente, que se origina en el principio de autonomía, es un documento donde el paciente deja registrado y firmado su reconocimiento y aceptación sobre su situación de salud o enfermedad y participa en las tomas de decisiones.

### **2.1.2. Análisis de documentos.**

El objetivo es observar a las cosas que se producen o produjeron. Se distinguen entre registros y documentos. Los registros más habituales son las historias clínicas, los

certificados de todo tipo. Dentro de los documentos están los diarios, cartas, apuntes, publicaciones. Hay que empezar definiendo lo que constituirá la unidad de análisis de la investigación. Si se obtiene autorización se puede grabar la conversación, mantener un diario en el cual el paciente de psoriasis pueda ir describiendo su vida, sus sentimientos, etc.

El análisis del diario de los pacientes con psoriasis va a ayudar a ver cómo es la relación en su círculo familiar, de trabajo, y cómo está en la parte emocional, y así poder ir analizando las demandas que él tiene sobre su vida y qué expectativas tiene y si el seguimiento que se está dando, se están dando progresos de aceptación de su imagen corporal y cuál es su percepción.

### **2.1.3. Baterías psicológicas.**

Que se realizaran para evidenciar la presencia de posibles trastornos serán:

- Test HTP. es un test proyectivo basado en la técnica gráfica del dibujo, del cual podemos realizar una evaluación global de la personalidad, su estado de ánimo, emocional, etc. En el de la casa proyectamos nuestra situación familiar y en el del árbol el concepto más profundo de nuestro Yo.
  
- La Escala de Hamilton para la depresión. es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.

#### **2.1.4. Observación clínica.**

La observación es una parte fundamental de la práctica científica. En las ciencias empíricas la investigación empieza y acaba en la observación: el científico comienza su investigación con la medida o descripción de algún fenómeno percibido, y la termina con la comprobación de que la realidad se comporta tal y como suponen sus hipótesis. La observación es la recolección de datos de las realidades empíricas, y puede ser:

Ocasional, como cuando se produce fuera de un programa o estrategia y es, por tanto, casual, o sistemática, que es la más frecuente, se da bajo normas concretas sobre un campo debidamente delimitado y con una finalidad concreta. La observación sistemática debe hacerse en términos cuantitativos y puede ser de campo o de laboratorio.

Como método de verificación, la observación sistemática consiste en recoger datos de unas conductas determinadas de antemano, en situaciones también determinadas y con la intención de comprobar la verdad de una hipótesis; aquí la observación se suele realizar: en situaciones naturales: observaciones de campo que suelen utilizar como técnica de registro el formato de campo o cuaderno; o en la práctica clínica: orientada a recabar datos sobre un enfermo con los tipos de registro que llamamos escalas evaluativas o protocolos de anotaciones.

Los registros de observación sistemática deben reunir varias condiciones para tener carácter científico, entre las que destacan la validez (deben ser útiles para predecir futuros comportamientos, las puntuaciones registradas deben medir aquello que se ha determinado medir) y la fiabilidad (o grado de acuerdo con otras observaciones del mismo observador o con otras observaciones de otros observadores).

### **2.1.5. Entrevista clínica.**

Según Bleger la entrevista es un instrumento o técnica fundamental del método clínico y es un procedimiento de investigación científica de la psicología. Tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con las cuales no sólo se amplían y se verifica el conocimiento científico, sino que al mismo tiempo se aplica. Identifica o hace confluir en el psicólogo las funciones de investigador o de profesional, ya que la técnica es el punto de interacción entre las ciencias y las necesidades prácticas; es así que la entrevista logra la aplicación de conocimientos científicos y al mismo tiempo obtiene o posibilita llevar la vida diaria del ser humano al nivel del conocimiento y la elaboración científica. Se incluye la técnica y la teoría de la técnica en la entrevista psicológica.

La entrevista puede ser de dos tipos fundamentales:

Entrevista cerrada: las preguntas ya están previstas, tienen un orden y una forma de ser planteadas que no pueden ser modificadas por el entrevistador. Es en realidad un cuestionario.

Entrevista abierta: el entrevistador tiene amplia libertad para realizar las preguntas o para las intervenciones permitiendo toda la flexibilidad necesaria para cada caso particular. Hay una flexibilidad que permite que el entrevistado configure el campo de la entrevista según su estructura psicológica particular, o dicho de otra manera, que el campo de la entrevista se configure al máximo posible por las variables que dependen de la personalidad del entrevistado.

Considerada de esta manera, la entrevista abierta posibilita una investigación más amplia y profunda de la personalidad del entrevistado, mientras que la cerrada puede permitir una mejor comparación sistemática de datos.



Considerada como una de las principales técnicas para obtener datos y tomar decisiones, al mismo tiempo es la más básica y servicial de las técnicas que emplea el clínico en salud mental, su amplio rango de aplicación y su capacidad de adaptación la hacen uno de los principales instrumentos para la toma de decisiones, comprensión y predicción en clínica.

La entrevista clínica nos servirá ya que por medio de la recolección de datos personales nos ayudara a saber la construcción de la imagen corporal que el tiene y así poder ir analizando todo el discurso que va manejando para expresarse de el mismo y de cómo creen que tanto en su casa, amigos y otras personas le consideran.

*“Mediante este tipo de entrevista se puede llegar hasta el fondo del asunto que se esté investigando. La perspectiva cualitativa pone énfasis en poder descubrir y describir lo particular y lo peculiar, es decir, la entrevista en profundidad no es más que el nombre cualitativo de la entrevista que no está estructurada, que es un conjunto de preguntas abierta cuyo número y temática no está predeterminadas.se realizará para recolectar información a la población muestra y sus familias.”<sup>34</sup>*

Con la entrevista se puede investigar en los pacientes con psoriasis que es lo que piensan de ellos y como creen que los demás los perciben, esto podremos obtener teniendo preguntas bien formuladas y otras preguntas abiertas pero que ayuden a sacar información tanto del paciente, como de las familias, o personas cercanas a él.

---

<sup>34</sup>PHARES, Jerry, *“Psicología Clínica, Conceptos, Métodos y Práctica”*, editorial el Manual Moderno México D.F. Pág. 141.

### **2.1.6. Grupos focales.**

Es una técnica de estudio de las opiniones o actitudes de un público utilizada en ciencias sociales y en estudios. También conocida como grupo de discusión o sesiones de grupo consiste en la reunión de un grupo de personas, entre 6 y 12, con un moderador encargado de hacer preguntas y dirigir la discusión. Su labor es la de encauzar la discusión para que no se aleje del tema de estudio y, de este modo, da a la técnica su nombre en inglés (grupo con foco).

Con el grupo de discusión se indaga en las actitudes y reacciones de un grupo social específico frente a un asunto social o político, o bien un tema de interés. Las preguntas son respondidas por la interacción del grupo en una dinámica en que los participantes se sienten cómodos y libres de hablar y comentar sus opiniones.

En el grupo focal que se realizara nos servirá para obtener información acerca de lo que los pacientes de psoriasis sienten, como se comportan y perciben de lo que los demás piensan de ellos, en este grupo focal se podrá también analizar lo que dice Didier Anzieusobre la importancia de la relación que se dan con la madre es lo que hace que se forme el sí mismo y como vamos demostrando durante nuestra vida.

## **2.2. Criterios de análisis de casos.**

### **2.2.1. Construcción de la imagen.**

Levantar la información clínica de cada uno de los participantes sobre su historia de vida.

Aplicación de test que proyecte la percepción de la Imagen Corporal De los contenidos de la entrevista, en cada uno de las historias clínicas, será analizadas y obtenidas conclusiones enfocadas en la construcción de la Imagen Corporal.

### **2.2.2. Autopercepción.**

Entrevistar a los pacientes seleccionados acerca de la relación del sí mismo que tienen los pacientes con psoriasis. Estudiar la información que nos presenta la entrevista hecha a profundidad de los pacientes sobre lo que piensan los demás de ellos.

Examinar el test para determinar el sí mismo de los pacientes, estudiar la información que nos presenta la entrevista hecha a profundidad de los pacientes sobre lo que piensan los demás de ellos.

Examinar el test para determinar el sí mismo de los pacientes con psoriasis.

Procesar datos estadísticamente y analizar los datos de las entrevistas para establecer la percepción de los demás acerca del paciente con psoriasis y comparar y analizar con los datos que tiene el paciente de sí mismo.

### **2.2.3. Efectos emocionales e interrelacionales.**

Investigar la relación que presentan, en el ámbito familiar, sus comportamientos y sentimientos.

Averiguar cómo es la relación familiar y cuál es el comportamiento que el paciente tiene dentro de ella. Analizar el discurso que manejan los pacientes en el momento de expresarse dentro del grupo de intervención. Y el relato que presenta y como expresa

a sus compañeros. Y el comportamiento y relación que manifiestan con otros pacientes.

Analizar el test para saber cuál es la relación en el ámbito familiar y las falencias o fortalezas presentadas dentro del sostenimiento de la madre o cuidador primario.

#### **2.2.4. Malestar psíquico.**

Investigar qué es lo que le está causando malestar en el desenvolvimiento de su vida diaria. Estudiar los resultados de los test e ir analizando con los documentos, apuntes y diario que el paciente nos entregue para de esta manera poder determinar que está pasando y le produce mucho malestar.

Analizar el cuestionario de calidad de vida ya que las preguntas dadas por el paciente nos guiaran en el trabajo de la intervención a realizarse.

#### **2.2.5. Organización yoica.**

Para saber la formación yoica de paciente con psoriasis se realizara una investigación por medio de una entrevista a sus familiares y al paciente para saber cómo se ha dado la relación familiar y que es lo que le está causando malestar y saber si su yo se siente amenazado por algo y saber qué mecanismos de defensa está usando para defenderse de esta sensación persecutoria.

Para realizar el análisis de la presente investigación, se tomara una muestra de 10 pacientes de la fundación “Ponte en mi Piel” a quienes se les realizará, entrevistas, análisis de documentos baterías psicológicas, las cuales se les ira analizando paso por paso mediante las transcripción de los datos y anotaciones de palabras claves, frases

y comportamientos significativos para dicho análisis, esto nos servirá mucho ya que se puede ir haciendo un análisis teórico sobre las prácticas realizadas en dicha institución y así poder dar un esquema de tratamiento para los pacientes con psoriasis.

En el análisis de datos se tomará en cuenta:

- En todas estas evaluaciones tomare en cuenta el rol tanto familiar, ocupacional, socio afectivo, auto percepción, percepción y valoración de sí mismo, percepción de los procesos de la enfermedad de Psoriasis, percepción corporal.
- Percepción familiar y social.
- Malestar psíquico.

### **2.3. Elección de casos.**

La población a la cual está dirigida la investigación, son las personas adultos pacientes, las mismas que están comprendidas entre los 25 y 30 años, de diversas ciudades de nuestro país, con distinto estatus sociales, que se encuentran asistiendo por tratamiento médico a la "Fundación Ponte en mi Piel", anualmente a esta Fundación acuden 4000 mil pacientes aproximadamente hombres y mujeres de todas las edades para ser atendidos por enfermedades de la piel, entre los cuales se atienden pacientes con psoriasis, quienes posteriormente son remitidos a consulta psicológica. Que entre los casos atendidos se verán 10 pacientes voluntarios escogidos en forma aleatoria por medio de una encuesta ya que es un método de recogida de datos que a través de cuestionarios o preguntas ya sean abiertas o cerradas; que se caracteriza por ser sistemático, el cual se le aplica a la población muestra.

La encuesta se realizara cara a cara para así poder recolectar mas información El objetivo de las encuestas es determinar la opinión general, creencia o idea que las personas tengan sobre un hecho o fenómeno. Se realizara a los pacientes con psoriasis y sus familiares para poder determinar qué es lo que piensan de un enfermo de psoriasis como lo perciben y como se comporta el enfermo, para realizar la encuesta se seleccionaran las preguntas más convenientes de acuerdo al tema en este caso la imagen corporal, se usaran el mismo orden de preguntas para todos los encuestados, se considerara el nivel de educación de las personas que van a responder el cuestionario.

## **2.4. Historias clínicas realizadas.**

### **2.4.1. Historia clínica psicológica No.1**

#### 1. Datos de Identificación:

- Nombre: Cecilia
- Edad: 29 años
- Género: F
- Estado Civil: Soltera
- Instrucción: Superior
- Ocupación: Artista
- Profesión: Profesora de idiomas y pinta cuadros
- Fecha y Lugar de nacimiento: Quito 25 de Octubre de 1981
- Religión: creyente
- Motivo de Consulta: presenta psoriasis causa mucha incomodidad.

Interconsulta: psicología

Especialidad: Fototerapia

Motivos: vergüenza por su apariencia

2. Salud: no se encuentra muy bien presenta dolores de cabeza y problemas con los huesos.

3. Antecedentes Personales:

Es una mujer que hace ocho años se le presento psoriasis en ciertas partes de cuerpo como en las rodillas y codos no puso mucha atención ya que al principio pensó que eran unos granitos pero al pasar el tiempo se le presento molestias ya que se lastimo mas y causaba picor pensando que era hongos, acudió a un especialista y al principio le dijeron que esta con un lastimado pero que le va a pasar con ciertos medicamentos, siguió las molestias hasta que acude a la fundación Ponte en mi Piel y el Dr, Palacios le dice que tiene Psoriasis y le explica sobre la enfermedad y diciéndole que no tiene cura pero se puede seguir un tratamiento con cremas medicación y también fototerapia ella mantiene ese tratamiento aunque se le complicaba en la parte económica ya que ella se quedo sin trabajo y no le gustaba molestarles a sus Padres ya que ella siempre fue independiente, dice haberle costado mucho aceptar la enfermedad pero se sentía bien aunque dice que ella notaba que cuando se ponía triste o algo le causaba molestar a pesar de hacerse el tratamiento médico no desaparecía, dice que ella tenía parejas pero era muy intolerante no aceptaba nada y por mínima cosa que pasaba ella terminaba, al tiempo ella encuentra una persona que fue a vivir con ella ya que ella vivía sola en una casa que con su trabajo la construyo y ahí vivían los dos pero dice que era un hombre que le tenía muy asfixiada no le dejaba pintar que es lo que a ella más le apasiona, tenía que hacer lo que él quería no podía hacer cosas que a ella le gustaban solo pasar con el y cuando ella quería salir con sus amistades no le dejaba, ella dice que lloraba escondida porque se sentía mal pero que no sabía cómo separarse del hasta que tuvieron muchos problemas y después de dos años dice ella me canse tanto que le mande de mi casa y no quise saber nada de el, paso, mi psoriasis mejoro yo me sentía aliviada porque ya no estaba sufriendo por no poder hacer mis cosas, después de unos meses su padre fallece ella dice para fue lo peor era todo para mi éramos tan unidos un gran padre, de lo que fallece su padre la madre le dice que regrese a la casa de su madre pero ella no quería porque ella ya tenía su espacio así que decidió quedarse en su casa y se encierra dice que ella paso así mal triste no quería salir, que aunque este con sus hermanos familiares y sobrinos ella se sentía sola paso así 2 años buscando lugares solitarios aunque siempre le ha gustado estar así ella buscaba mas soledad de

las pocas amigas que tenía se aisló, dice ella no haber sido muy amigüera peor con la psoriasis se sentía incómoda ella prefería no salir, frecuentar lugares que podía exponer la enfermedad, ahora se le presentó psoriasis en su cabeza dice estar muy asfixiada en su casa ya que regreso a vivir con su madre porque se encuentra enferma y como sus hermanos ya son casados ella es quien puede cuidarle, pero dice no tengo mi espacio ni tiempo para pintar no me siento a gusto tengo ganas de llorar, estoy sin trabajo no tengo mi espacio, ya no puedo hacer lo que me gusta porque el cuidado de mi madre me lleva todo el tiempo.

#### 4. Antecedentes Familiares:

Son 5 hermanos 3 mujeres y 2 varones ella es la última sus cuatro hermanos son casados tienen sus familias, su madre vive su padre fallecido, siempre fueron muy unidos, nunca hubo problemas de gran magnitud, todo tranquilo.

#### 5. Antecedentes Laborales:

Cecilia daba clases de idiomas lo que le permitió viajar, ella pinta cuadros y se dedica a dar cursos de pintura.

#### 6. Educación y entrenamiento:

En la escuela como en el colegio fue muy alegre, divertida, no muy amigüera me gustaba tener pocas pero buenas amigas que hasta ahora nos llevamos, en la universidad igual muy bien nunca tuvo problemas con nadie siempre se llevo con todos pero muy pocas amistades, estudio idiomas inglés y Francés, sus habilidades a la pintura son innatas y se dedicó siempre a dar clases tanto de idiomas como de pintura y de eso vive.

#### 7. Recreación e intereses:

Le gusta leer de arte, caminar, y le apasiona la pintura.

#### 8. Desarrollo Sexual:

No a tenido muchas parejas pero si me ha dado recelo al principio tener relaciones por mi psoriasis ya que no vayan a entender que es pero igual no he tenido intimidad



con todos las personas que han sido mi pareja con la única fue con la persona que me hizo mucho daño con el que viví.

9. Constelación familiar:

Madre viva, padre falleció, 5 hermanos 3 mujeres 2 varones es la última tiene 7 sobrinos 4 mujeres dos hombres y 3 mujeres, vive con su madre y un sobrino.

10. Auto descripción:

Soy una persona franca, generosa, reservada, retraída para hacer amistades, poco sociable, comunicativa.

11. Decisiones y elecciones en la vida:

La mejor decisión que tuve en la vida es terminar con una pareja que tuve y me hacia mucho daño, y la mejor elección irme de viaje a Europa.

12. Perspectiva Futura:

Deseo seguir pintando y exponer mis pinturas en un futuro.

**Reactivos aplicados y resultados:**

**HTP:** Tensión, rigidez, impotencia, fantasía, dependencia, organicidad, poco contacto con la realidad, ansiedad, aislamiento, necesidad de seguridad, preocupación por sí mismo, ambivalencia, tensión, desamparo, desamparo social, yo débil.

**Escala de Hamilton para la Ansiedad.**

24 ansiedad moderada grave.

**Escala de Hamilton para la Depresión.**

13 menos que depresión mayor.

**Diagnóstico:** presunción diagnóstica ansiedad moderada con presencia de llanto.

## 2.4.2. Historia clínica psicológica No.2

### 1.-Datos de Identificación:

- Nombre: Diego
- Edad: 27
- Género: M
- Estado Civil: Soltero
- Instrucción: superior
- Ocupación: Comerciante
- Profesión: tecnólogo mecánica Automotriz
- Fecha y Lugar de nacimiento: Quito 27 de Agosto de 1983
- Religión: católico
- Motivo de Consulta: presenta molestias psoriasis.

Interconsulta: psicología

Especialidad: Fototerapia

Motivos: molestia por la psoriasis.

### 2.-Salud: está presentando problemas estomacales detectaron licobacter

### 3.-Antecedentes Personales:

Diego es el mayor de tres hermanos es soltero tiene ya sobrinos sus hermanos son casados tiene una buena relación con su familia, vive con su abuela y tía maternos, a Diego le aparece psoriasis hace 10 años su tía materna y tía paterna tiene psoriasis, le empezó en las rodillas como lastimados después en sus codos y espalda, sus padres le llevaron a un especialista para que le revise aunque sus familiares ya sospecharon que tenia psoriasis, aunque él decía que no tenía esa enfermedad, acuden a la fundación cempi y el Dr. Le confirma diciéndole que hay alternativas de tratamientos pero no cura y que depende de él todo el proceso del tratamiento ya que no debería tomar , fumar o drogas ya que eso hace que la psoriasis se reactive, el sale de la

fundación molesto y con iras de que sus tías le hayan heredado y no quería someterse a ningún tratamiento, el en ese tiempo tenía una enamorada a la cual le dijo que tenía dermatitis por vergüenza, el no era muy amigüero así que por no perder sus pocas amistades prefirió no decir nada y ocultó su enfermedad, en pocos meses sus padres decidieron mandarle del país a que estudie el con mucho tristeza aunque también con ganas de cumplir el deseo que les pidió a sus padres se fue a Chile a estudiar, no terminó con la novia siempre mantuvo contacto aunque sus padres le presionaban que termine el dice que a sus padres nunca les gustó la relación que mantenía con su novia y eso le causaba muchas molestias y le irritaba mucho eso, pero igual seguía aunque él sentía que las cosas habían cambiado, en Chile nunca siguió el tratamiento él veía que se empeoraba pero igual no quería seguir el tratamiento porque no se iba a curar eso sí le causaba molestias el momento de hacer deportes o el ponerse ropa que deje en evidencia su psoriasis, así pasó los años y regreso al Ecuador sus padres le exigieron hacerse el tratamiento pero no quería más por tranquilizarles ya que le irritaba mucho que le estén diciendo las cosas que tenía que hacer se empezó hacer el tratamiento, empezó a trabajar en un concesionario de autos la presión del trabajo hacía que en épocas le brotara la psoriasis y los problemas que empezó a tener con su padre por la novia con la que estaba no les gustaba a sus padres, él siguió a escondidas y les dijo que se va a casar con su novia tuvo un problema fuerte con su padre le causó mucho dolor y otra vez apareció la psoriasis, ahí se empezó a dar cuenta que si se ponía triste o tenía problemas le salía con fuerza la psoriasis. Él se fue de la casa de sus padres y decidió ir a vivir con su abuelita materna ella vivía sola, después de un tiempo fue una tía de él a vivir ahí así que se quedaron los tres ahí, él pensó no vivir mucho tiempo porque quería casarse pero perdió su trabajo que le causó mucho dolor y más problemas con su pareja sus padres le dijeron que no valía esa chica él se alejó de sus amigos se encerró no quería ya ni entrenar lo que a él tanto le gustaba que es las pesas y el ciclismo, dejó de hacerse el tratamiento, terminó con la novia él dice que por culpa de su padre, no conseguía trabajo en su carrera, después de muchos meses él decide buscar nuevo trabajo, quiso regresar con su novia pero ella se iba a casar, no hacía deportes por no exponerse a que le digan que tiene en su cuerpo y eso le incomodaba él no poder hacer sus actividades que tanto le gusta, encontró trabajo de comerciante se dedica a eso no tiene una buena relación ya con su padre no le interesa mucho encontrar una chica para casarse ya que dice que las mujeres con las que sale son divorciadas, tienen hijos y que los hijos hacen que la

relaciones no fusionen, dice que antes era una persona muy irritable, intranquilo, le producía no hacer sus cosas mucha ansiedad, ahora trata de controlarse, esta realizándose foto terapia porque vio en sus tías un cambio y el quiere verse mejor y sentirse bien con su cuerpo.

#### 4.-Antecedentes Familiares:

Dos tías con psoriasis, el es el hermano mayor, no vive con sus padres sino con su tía y abuelita, tiene cuatro sobrinos.

#### 5.-Antecedentes Laborales:

Trabajo en concesionarios de Autos, y en la actualidad es comerciante

#### 6.-Educación y entrenamiento:

Sus estudios superiores los hizo en Chile en mecánica automotriz.

#### 7.-Recreación e intereses:

Le gustan los deportes como pesas y ciclismo.

#### 8.-Desarrollo Sexual:

Sus relaciones sexuales han sido muy limitadas por vergüenza y dice que esto le produce mucha ansiedad y no puede mantener una relación sexual.

#### 9.-Constelación familiar:

Padre, madre, tres hermanos él, el mayor tiene 4 sobrinos 2 mujeres y dos hombres le quiere mucho.

#### 10.-Auto descripción:

Una persona sensible, irritable, impaciente, buena.

#### 11.-Decisiones y elecciones en la vida:

Dejarle ir a la persona que tanto ame por presiones de mi padre, viajar a estudiar.

#### 12.-Perspectiva Futura:

Tratar de que mi negocio salga adelante y encuentre una persona que me ame mucho.

**Reactivos aplicados y resultados:**

**HTP:** inseguridad, aislamiento, rumiación sobre el pasado, evitación del ambiente, tensión en el hogar, necesidad de afecto, fantasía, poco control del yo, hostilidad, descontento, miedo, dependencia, regresión, lucha no realista, frustración, dependencia, desamparo, psicosis.

**Escala de Hamilton para la Ansiedad**

Ansiedad moderada/ grave

**Escala de Hamilton para la Depresión.**

11 depresión menor.

**Diagnóstico:** presunción diagnóstica ansiedad.

### 2.4.3. Historia clínica psicológica No.3

#### 1.-Datos de Identificación:

- Nombre: Jaime
- Edad: 30
- Género: M
- Estado Civil: casado
- Instrucción: secundaria
- Ocupación: comerciante
- Profesión: comerciante
- Fecha y Lugar de nacimiento: Puellaro 8 de julio de 1980
- Religión: católica
- Motivo de Consulta: psoriasis todo el cuerpo

Interconsulta: psicología

Especialidad: Fototerapia

Motivos: molestia de verse que su cuerpo está lleno de psoriasis.

#### 2.-Salud:

De salud está bien no presenta molestias.

#### 3.-Antecedentes Personales:

Jaime es un hombre que se caso cuando tenía 17 años su esposa se quedo embarazada el asumió su responsabilidad, acabo de estudiar el colegio y encontró trabajo ayudando en una tienda así mantenía a su esposa, cumplió la mayoría de edad y encontró trabajo en Adams donde trabajo siete años hasta que despidieron a 200 personas eso me causo mucho dolor no sabía que hacer dice Jaime me impacto mucho me gustaba mi trabajo ya iba a tener a mi tercer hijo no sabía donde ir a buscar y peor sin título universitario, pero paso los días mi esposa siempre apoyándome y dándome fuerzas salí a buscar trabajo pero no me resignaba a perder el que tenia y regrese por si necesitaban alguien no perdía las esperanzas me afecto mucho yo lloraba lo único que me dijeron es que nos van a dar un dinero pero que aun no sabían cuándo, ya tantos días de estar buscando y nada me reuní con mis

amigos que siempre salíamos a jugar fútbol para distraerme, en eso cuando regreso a la casa para bañarme me veo como un lastimado en la pierna pero me causaba comezón no era un lastimado normal no sangraba, pero paso no hice caso hasta cuando pasaban los días y no se me curaban al contrario apareció más, me preocupe y me fui a un dispensario cerca de la casa y me dijeron que era hongos me mandaron medicina pero nada así que me vive a la Fundación Cempi, donde me dijeron que tenía psoriasis me explicaron que es esta enfermedad pero me desesperé mas porque tenía que hacerme el tratamiento y no tenía plata, paso el tiempo mi esposa siempre comprensiva me dijo que ya va a salir algo mis padres tan buenos y mis hermanos igual nos ayudaban siempre hemos sido una familia muy unida, yo también trataba de estar bien por mi familia, hasta que me llaman de Adams a decirme que venga a retirar un cheque ahí las cosas cambiaron no pensé que era una buena plata sin pensar dos veces y consultando a mi esposa me puse mi propio negocio una bodega de víveres, ahí logre ponerme al día en lo económico me puse más tranquilo y note que la psoriasis seguía pero se iba opacando, tuve para hacerme el tratamiento en fototerapia me va bien noto mucho cambio ya puedo ponerme ropa para hacer deporte y me puedo ir a la playa de eso ya ha pasado 7 años desde que tengo psoriasis, aunque hace unos tres meses falleció mi padre y eso me ha puesto muy triste que ha hecho que la psoriasis rebrote.

Hay momentos muy buenos y también malos en el negocio pero no me quejo trabajamos juntos con mi esposa, les educamos a nuestros hijos dice Jaime el esfuerzo que hemos hecho como familia se ve reflejado en la unión que tenemos aunque a veces reniego de mi enfermedad ya que si me ha dado molestias al menos al principio me daba vergüenza de mi aspecto físico, pero con el tratamiento que no me descuido me mantiene.

#### 4.-Antecedentes Familiares:

No hay psoriasis en la familia.

#### 5.-Antecedentes Laborales:

Trabajo en una tienda, en Adams, y ahora en su negocio propio

#### 6.-Educación y entrenamiento:

Estudio hasta la secundaria.

7.-Recreación e intereses:

Me gusta mucho el futbol.

8.-Desarrollo Sexual:

Me da vergüenza no me gusta cómo me veo ya que mi psoriasis es en todo el cuerpo y si ha cambiado las relaciones con mi esposa.

9.-Constelación familiar:

Esposa Hipatia, tres hijos uno de 13años, otra niña de 10 años y otro niño de 7 años.

10.-Auto descripción:

Soy amable, buena persona, trabajador, luchador.

11.-Decisiones y elecciones en la vida:

El tener a mi hijo sin importarme mi edad y acabar los estudios para darles un futuro.

12.-Perspectiva Futura:

Mejorar mi aspecto físico, y darles lo mejor a mi familia

**Reactivos aplicados y resultados:**

**HTP:** preocupación por sí mismo, inseguridad, aislamiento, ansiedad, fantasía, límites del yo, descontento, pérdida de control, ambiente restrictivo, aislamiento, rechazo, introvertido, poco contacto con la realidad, desamparo impulsividad.

**Escala de Hamilton para la Ansiedad.**

17 ansiedad moderada/ grave

**Escala de Hamilton para la Depresión.**

7 no depresión.

**Diagnóstico:** presunción diagnóstica ansiedad.



#### 2.4.4. Historia clínica psicológica No.4

##### 1.-Datos de Identificación:

- Nombre: Nelson
- Edad: 29 años
- Género: M
- Estado Civil: soltero
- Instrucción: superior
- Ocupación: Departamento de marketing
- Profesión: Administración en Marketing
- Fecha y Lugar de nacimiento: Quito 5 de agosto de 1981
- Religión: católico
- Motivo de Consulta: psoriasis en rodillas y espalda.

Interconsulta: psicología

Especialidad: Fototerapia

Motivos: no me gusta cómo me veo.

##### 2.-Salud:

Con molestias estomacales tiene gastritis.

##### 3.-Antecedentes Personales:

Nelson cuenta que siempre tuvo una buena relación con sus padres él es el mayor tiene una hermana con quien se lleva muy bien, siempre fue un niño juguetón, inquieto, travieso, nunca he tenido problemas, mi problema de psoriasis si me causo mucha molestia porque realmente hace dos años que apareció no sabían que tenía en mi familia nunca habido los doctores se confundían yo pensé que era una enfermedad de la costra por lo que yo trabajo ahí dije algún animal me pico pero vine a Quito y ahí me dijeron que tenía psoriasis que no se cura me dio iras, molestia, me sentía confundido me aislé mucho de mis amigos y mis actividades con ellos solo me

dedique a trabajar, yo en la época que me di cuenta de la psoriasis era una persona muy impaciente, me estresaba el tráfico, todo me molestaba peleaba mucho con una novia que tenía, me sentía muy estresado, termine con esa chica no me sentía bien con mi cuerpo no podía tener relaciones con ella, sentía que a ella no le gustaba que se sentía incomoda por mi aspecto, mejor termine y decidí no tener enamorada porque no me sentía bien con mi aspecto físico, deje de hacer deporte e irme a lugares donde tenga que exponer el cuerpo, decidí no venir a Quito pasaba trabajando ya no me gustaba bailar pegado porque creía que me iban a topar la espalda y sentir la psoriasis. De eso ya dos años con el tratamiento y la información que he ido obteniendo me voy acostumbrando aunque en mi casa no se topa el tema nadie sabe de mis tíos o familiares así decidieron mis padres para que no me estén preguntando es por eso que con la novia que estoy desde hace tres meses no le he dicho que tengo psoriasis sino dermatitis porque no quiero que me pregunte y no me interesa que sepa lo que si me doy cuenta es que cuando me dicen algo de la enfermedad se me llenan los ojos de lagrimas y entre mi digo porque me dio a mi esta enfermedad, espero encontrar más información acerca de la enfermedad esta vez que me voy a estudiar a Colombia, desde que estoy con psoriasis trato de ser más tranquilo y tolerar el tráfico y la aglomeración de gente porque noto que si me desespero me brota o si estoy triste o con carga de trabajo igual. Yo mismo me he ayudado me daba cuenta de que estaba fallando y cambiaba mi estilo de vida.

#### 4.-Antecedentes Familiares:

Nadie de la familia tiene psoriasis, tiene una hermana menor, sus padres.

#### 5.-Antecedentes Laborales:

Trabaja desde hace 6 años en una empresa de piñas en la costa.

#### 6.-Educación y entrenamiento:

Estudio Marketing y se va a Colombia a sacar una maestría.

#### 7.-Recreación e intereses:

Le gusta el deporte, bailar, estudiar.

#### 8.-Desarrollo Sexual:

Le da vergüenza mantener relaciones así que con su actual novia no ha tenido porque no quiere preguntas.

9.-Constelación familiar:

Madre, padre, el, y su hermana.

10.-Auto descripción:

Alegre, extrovertido, pensante, calculador, equilibrado.

11.-Decisiones y elecciones en la vida:

Estudiar lo que estudie, e ir a trabajar a otro país y no haberme casado con una persona que no amaba.

12.-Perspectiva Futura:

Ser un gran profesional y encontrar una persona que me acepte con mi enfermedad.

**Reactivos aplicados y resultados:**

**HTP:** rigidez, preocupación por sí mismo, falta de afecto, dependencia, defensividad, aislamiento, ambiente restrictivo, tensión, frustración, evitación ambiente, inmadurez, aislamiento, agresión, narcisismo.

**Escala de Hamilton para la Ansiedad.**

13 ansiedad leve.

**Escala de Hamilton para la Depresión.**

10 depresión menor.

**Diagnóstico:** presunción diagnóstica ansiedad y depresión leve

## 2.4.5. Historia clínica psicológica No.5

### 1.-Datos de Identificación:

- Nombre: Jorge
- Edad: 30
- Género: M
- Estado Civil: soltero
- Instrucción: superior
- Ocupación: bajista
- Profesión: sociólogo
- Fecha y Lugar de nacimiento: Quito, 25 de noviembre de 1980
- Religión: creyente
- Motivo de Consulta: psoriasis en todo su cuerpo.

Interconsulta: psicología

Especialidad: Fototerapia

Motivos: Molestias por su aspecto

### 2.-Salud:

Todo bien

### 3.-Antecedentes Personales:

Jorge un chico que siempre le gusto estudiar desde niño siempre juguetón y le encantaba la música, su padre siempre le apoyo le compro instrumentos musicales le hacía que cante baile y toque sus instrumentos paso los años y cada vez le gustaba más la música pero su padre le dijo que está bien que le apoya, a los quince años se va a una fiesta con el grupo de amigos que tocaba en el barrio y la chica que a él más le gustaba le abraza bailando y le duele en la espalda pero también le dio comezón pero él no se veía hasta que le dice a ella que le vea y ella le dice que esta lastimado casi toda su espalda, le dio vergüenza que le diga eso y mejor se fue e la fiesta para decirle a sus padres lo que le había pasado sus padres con curiosidad le revisan y ven

si tipo lastimado pero no había sangre le llevaron donde un doctor le hicieron exámenes hasta que le dijeron que tenía psoriasis él no quería hacerse ningún tratamiento peor que le dijeron que no había cura pero le daba vergüenza que le vean así porque empezó a tener en mas partes del cuerpo que son notorias en sus manos, piernas, cejas pelo, partes intimas, nalgas, etc. los amigos le empezaron a preguntar que le pasaba y el no sabía que decirles así que mejor ocultaba su cuerpo con ropa pero sus manos no podía y les decía que tiene alergia, al pasar el tiempo se acostumbro pero no se aceptaba así se veía feo con su cuerpo le causaba malestar no podía irse a la piscina porque le quedaban viendo, evito hacer todo ese tipo de actividades, se graduó y su padre le dijo que le apoya en la música pero que debe estudiar la universidad y por darles a sus padres un título estudio sociología, nunca ejerció, hizo una maestría en España, nunca trabajo en eso siempre le gusto la música se dedico a su grupo musical Kimera, cuenta que no le interesa mucho las relaciones amorosas si ha tenido novia pero evita por no tener que estar explicando que es lo que tiene, empieza intimidad con alguna chica y no logra que pase nada porque piensan que tiene una enfermedad contagiosa así que prefiere tener amiga y no ilusionarse, su padre hace dos años falleció el era muy importante, su apoyo pero dice ya no podemos hacer nada el ya no está y la vida continua aunque a pesar de que tenia controlada la psoriasis cuando él se fue me broto con fuerza, ahí regrese con continuidad al tratamiento ahora no dejo que se me complique, me siento mejor.

#### 4.-Antecedentes Familiares:

Nadie de su familia tiene psoriasis.

#### 5.-Antecedentes Laborales:

Trabajo en grupo Kimera.

#### 6.-Educación y entrenamiento:

Sociólogo.

#### 7.-Recreación e intereses:

Le gusta la música.

#### 8.-Desarrollo Sexual:

Evita tener por su aspecto físico que no le permite,

9.-Constelación familiar:

Su madre, su padre que falleció, él y dos hermanos menores.

10.-Auto descripción:

Luchador, sentimental, alegre, colaborador.

11.-Decisiones y elecciones en la vida:

Irme a vivir a otro país por estudiar, no ir al entierro de mi padre.

12.-Perspectiva Futura:

Seguir con mi grupo y hacer lo que tanto me gusta.

### **Reactivos aplicados y resultados:**

**HTP:** aislamiento, preocupación por sí mismo, ansiedad, inseguridad, obsesivo, necesidad de afecto, ambivalencia social, ambiente restrictivo, rigidez, manía, labilidad, dependencia, pérdida de control, descontento, necesidad de logro, poco contacto con la realidad, agresión.

### **Escala de Hamilton para la Ansiedad.**

10 ansiedad leve

### **Escala de Hamilton para la Depresión.**

7 no depresión.

**Diagnóstico:** presunción diagnóstica ansiedad leve.

## 2.4.6. Historia clínica psicológica No.6

### 1.-Datos de Identificación:

- Nombre: Paúl
- Edad: 27
- Género: M
- Estado Civil: soltero
- Instrucción: superior
- Ocupación: área negocios
- Profesión: Ingeniero comercial
- Fecha y Lugar de nacimiento: Quito 2 de Diciembre de 1983
- Religión: católica
- Motivo de Consulta: malestar por la psoriasis.

Interconsulta: Psicología

Especialidad: Fototerapia

Motivos:

### 2.-Salud:

Problemas en sus rodillas.

### 3.-Antecedentes Personales:

Paúl es el hermano mayor de tres su psoriasis empezó hace siete años cuando sus padres se separaron nadie de su familia tiene dice que le empezó a picar mucho la cabeza cada vez que les escuchaba pelearse hasta que pensó que tenía mucha caspa y se fue al centro médico de a universidad donde le dijeron que fuese donde un dermatólogo y se acerco a la fundación cempi, le revisaron y le dijeron que tiene psoriasis pero él decía que no porque le pica y es caspa le explicaron que hay psoriasis en la cabeza y que es mejor tener tratamiento para que no salga en otra parte del cuerpo, así empezó su tratamiento, pero no sabía cómo decirle a sus papas porque no quería darles otro problema más si ya estaban en trámites de separación,

pero igual les tenía que decir para que le ayuden económicamente así que les dijo y le apoyaron paso el tiempo encontró trabajo y ya no les pedía dinero se graduó de la universidad y siguió en tratamiento no tan seguido, pero había momentos en su vida que le aparecía muy fuerte hasta que descubrió que cuando tenía problemas le aparecía, y no sabía cómo taparse la cabeza porque en la oficina no le permitían trataba de controlar sus emociones para que no le de brotes y mantenerse bien, tiene una novia que le apoya mucho y que le conto la enfermedad pero ella le ha dicho que le quiere y no importa ella le va apoyar, el dice que lo bueno es que no se le ha presentado en otras partes del cuerpo y que con el tratamiento que sigue le va mejor, aunque siempre hay gente que le pregunta que le pasa en la cabeza pero él les dice lo que le pasa siempre y cuando sean personas que necesiten que les explique, ahora ya hace un mes estoy comprometido me voy a casar soy muy feliz, porque me acepta mi novia con mi enfermedad.

#### 4.-Antecedentes Familiares:

Nadie de la familia tiene psoriasis.

#### 5.-Antecedentes Laborales:

Trabaja durante 6 años en una tarjeta de crédito.

#### 6.-Educación y entrenamiento:

Estudio ingeniería comercial.

#### 7.-Recreación e intereses:

Le gusta jugar futbol.

#### 8.-Desarrollo Sexual:

Todo normal no he tenido problemas con respecto a la parte sexual.

#### 9.-Constelación familiar:

Mamá, papá, el, dos hermanos menores.

#### 10.-Auto descripción:

Una persona luchadora, persistente, responsable.



11.-Decisiones y elecciones en la vida:

Casarme.

12.-Perspectiva Futura:

Ser muy feliz y alcanzar muchos éxitos en la parte profesional.

**Reactivos aplicados y resultados:**

**HTP:** rigidez, tensión, fantaseo, falta de afecto, dependencia, defensividad, suspicacia, regresión, ambivalencia social, miedo, indecisión, ambiente restrictivo, preocupación por sí mismo, inseguridad, labilidad, dependencia, regresión, inmadurez, ansiedad, meticulosidad, pérdida de control, rumiación del pasado, necesidad de apoyo, necesidad de logros.

**Escala de Hamilton para la Ansiedad.**

11 ansiedad leve

**Escala de Hamilton para la Depresión**

9 depresión menor.

**Diagnóstico:** presunción diagnóstica depresión menor con ansiedad leve.

## 2.4.7. Historia clínica psicológica No.7

### 1.-Datos de Identificación:

- Nombre: Cristian
- Edad: 30
- Género: M
- Estado Civil: soltero
- Instrucción: superior
- Ocupación: área forestal de un municipio
- Profesión: mecánico automotriz
- Fecha y Lugar de nacimiento: Quito 11 de noviembre de 1980
- Religión: católica
- Motivo de Consulta: malestar por la psoriasis.

Interconsulta: Psicología

Especialidad: Fototerapia

Motivos:

### 2.-Salud:

Problemas en su estomago

### 3.-Antecedentes Personales:

Cristian es una persona que desde los ocho años tiene psoriasis le apareció en sus manos pensó su mamá que tenía hongos por lo que jugaba en la tierra pero veía que no le pasaba a pesar de ponerle cremas para los hongos así que le llevo donde un especialista que le dijo que tenía psoriasis en las manos ella empezó a investigar quien de la familia tenía, pero nadie, se le hizo difícil explicar en la escuela donde iba Cristian porque los niños le molestaban mucho le gritaban cosas feas que le hacían sentirse muy triste no quería ir a la escuela o se ponía guantes pero le incomodaba el momento de escribir, el sentirse triste y mal porque sus manos tenían aspecto desagradable no dejaba que se atenué las marcas de la psoriasis, pero cuando

salía a vacaciones se desaparecía no había marcas y podía jugar no le molestaban y así paso todo el tiempo de vida estudiantil, sus padres ayudaban a que Cristian acepte la enfermedad y el pueda explicar que es lo que tenía, luego al colegio las chicas siempre le preguntaban que le pasaba en las manos no le querían saludar dándole la mano por miedo a contagiarse con algo que no sea curable, se sentía mal, se aislaba prefería no exponer las manos a menos que sea necesario, trataba de hacer el tratamiento para poder opacar la enfermedad pero la tensión que él pasaba dice Cristian que no ayudaba a mejorar, acabe el colegio, entre a estudiar mecánica automotriz pero los profesores le decían que no va a poder hacer nada con sus manos tan lastimadas pero logro terminar, buscaba trabajo y le negaban porque le veían las manos y él les explicaba que es lo que tenía pero igual no lo aceptaban, así dice que paso mucho tiempo y se desesperaba porque ya tenía que trabajar y no le daban la oportunidad, intento muchas veces pero le negaban, salía con sus amigos y se dedico algún tiempo a tomar, no se cuidaba ya no seguía tratamientos, no le importaba nada porque dice que se hacia el tratamiento igual no le dan trabajo y que es lo mismo si se hace o no, la mamá le dice que están cogiendo gente en el municipio y que intente así que él se va a la entrevista y le dan el trabajo luego feliz su vida cambio sintió que le dieron una oportunidad y no puede desaprovechar y empezó a ver que su estado de ánimo mejoro y también la psoriasis, ahí ya trabaja algún tiempo y se siente bien.

#### 4.-Antecedentes Familiares:

Nadie de la familia tiene psoriasis.

#### 5.-Antecedentes Laborales:

Trabaja durante 6 años en el municipio

#### 6.-Educación y entrenamiento:

Estudio mecánica automotriz

#### 7.-Recreación e intereses:

Todo lo que tenga que ver con carros

#### 8.-Desarrollo Sexual.

9.-Constelación familiar:

Mamá, papá, el, y una hermana menor.

10.-Auto descripción:

Sentimental, bueno.

11.-Decisiones y elecciones en la vida

Seguir mi tratamiento

12.-Perspectiva Futura:

Hacer que mi psoriasis mejore.

**Reactivos aplicados y resultados:**

**HTP:** inseguridad, rigidez, tensión, defensividad, aislamiento, ambiente restrictivo, fantaseo, frustración, necesidad de seguridad, dependencia, narcisismo.

**Escala de Hamilton para la Ansiedad.**

13 ansiedad leve

**Escala de Hamilton para la Depresión.**

7 no depresión.

**Diagnóstico:** presunción diagnóstica ansiedad leve

## 2.4.8. Historia clínica psicológica No.8

### 1.-Datos de Identificación:

- Nombre: William
- Edad: 25
- Género: M
- Estado Civil: soltero
- Instrucción: superior
- Ocupación: área forestal
- Profesión: ingeniero agrónomo
- Fecha y Lugar de nacimiento: Quito 15 de septiembre de 1985
- Religión: católica
- Motivo de Consulta: malestar por la psoriasis.

Interconsulta: Psicología

Especialidad: Fototerapia

Motivos:

### 2.-Salud:

Todo bien.

### 3.-Antecedentes Personales:

William un chico que es huérfano perdió a sus padres hace 4 años en un accidente el sintió que se iba el también a morir no tenía a sus padres su única familia no tenía hermanos, se encerró a llorar durante mucho tiempo para él ya no tenía sentido la vida, no salía a ningún lado, no iba a estudiar se encerró por completo, hasta que un día bañándose se da cuenta que estaba lastimado en su rodilla y que antes no lo estaba y que tampoco había hecho cosas como para estar así, pasaron los días y no mejoraba se fue donde un Dr. Quien le dijo que estaba con psoriasis y tenía que hacerse un tratamiento para mantener bien su psoriasis, empezó a buscar trabajo trataba de seguir su vida aunque la falta de sus padres es muy grande pero el tenía

que terminar de estudiar, se fue con su abuelita para acompañarle y el también no sentirse tan solo, hay momentos que le dan mucha ganas de llorar, se alejo de sus amigos porque ya no puede jugar futbol por sus rodillas y le apareció en sus codos, los amigos le preguntan que pasa pero tiene vergüenza porque cree que no entiendan, ha tenido enamoradas pero como le preguntan el se enoja y prefiere terminar me hecho intolerante a las cosas y me fastidia que me estén viendo o preguntando acerca de mis rodillas o codos, me dedico a estar con mi abuelita, paso con ella el mayor tiempo posible, trato de llevarle donde mis tíos y paso en familia aunque dice mis padres me hacen mucha falta les pienso mucho, les sueño, me da mucha tristeza, me da ganas de llorar cuando hablo de ellos, trato también de que mi trabajo sea muy bueno para que mis jefes estén contentos conmigo, mis padres siempre me inculcaron que todo lo que haga se bueno no mediocre y eso trato de hacer, el trabajar me ayudo a mantener mi mente en lo que hago y no estar pensando en mis padres así me distraigo.

#### 4.-Antecedentes Familiares:

Nadie de la familia tiene psoriasis.

#### 5.-Antecedentes Laborales:

Trabaja en empresa agrónoma

#### 6.-Educación y entrenamiento:

Estudio ingeniería agrónoma.

#### 7.-Recreación e intereses:

Los deportes

#### 8.-Desarrollo Sexual.

Normal pero en este momento no me interesa

#### 9.-Constelación familiar:

Padres fallecieron, hijo único.

#### 10.-Auto descripción:

Sentimental, bueno, trabajador, luchador.

11.-Decisiones y elecciones en la vida

Seguir adelante en mi vida, vivir con mi abuelita.

12.-Perspectiva Futura:

Hacer que mi psoriasis no avance y mantenerme.

**Reactivos aplicados y resultados:**

**HTP:** rigidez, ansiedad, aislamiento, preocupación por si mismo, rumiación sobre el pasado, fantaseo, frustración, miedo, evitación al ambiente, necesidad de seguridad, obsesivo, falta de afecto en el hogar, suspicacia, ambivalencia social, tensión, culpa, hostilidad.

**Escala de Hamilton para la Ansiedad.**

16 ansiedad moderada/ grave

**Escala de Hamilton para la Depresión.**

12 depresión menor.

**Diagnóstico:** presunción diagnóstica ansiedad moderada.

## 2.4.9. Historia clínica psicológica No.9

### 1.-Datos de Identificación:

- Nombre: Paty
- Edad: 28
- Género: F
- Estado Civil: casada
- Instrucción: superior
- Ocupación: enfermera
- Profesión: enfermera
- Fecha y Lugar de nacimiento: Riobamba 15 de Abril de 1982
- Religión: católica
- Motivo de Consulta: malestar por la psoriasis.

Interconsulta: Psicología

Especialidad: Fototerapia

Motivos:

### 2.-Salud:

Todo bien.

### 3.-Antecedentes Personales:

Hace 10 años vine a estudiar a Quito enfermería mis padres siempre me apoyaron con mis estudios todo el tiempo me venían a ver si necesitaba algo y para acompañarme, después de cuatro meses de estar aquí conozco a mi actual esposo con quien me case a los tres meses de estar saliendo con el mis padres se oponían pero el verme tan insistente dejaron, paso un año y tuve a mi primera hija mi matrimonio era muy bueno, nos apoyábamos mucho ya que yo tenía que irme hacer mis internados él se quedaba con nuestra hija en la casa mientras en la noche trabajaba, un día llego no me acuerdo exactamente hace cuanto tiempo se me empezó a poner como manchas rojas por mis senos yo pensé que era sarpullido pero nada no pasaba yo no me hacía



ver pero mi esposo me decía que tendré que está feo y me daba vergüenza que él me vea así y en vez de mejorarse se empeoraba me asuste y un día que estaba con un Dr. le pedí que me chequee porque me causa picazón y me molesta ahí me dijo que estoy con psoriasis me explico que es lo que pasaba me dio medicación y dijo que había algunos tratamientos, bueno yo llegue a la casa le conté a mi esposo y me dijo que le daba asco, me sentí muy mal, me daba vergüenza me hacia el tratamiento yo veía que iba mejorando pero no quería que me vea mi esposo por lo que me dijo ni tampoco que mi familia se entere, así me aguante algunos años, me quede embarazada de mi segundo hijo y como deje de hacerme el tratamiento tenia todito el pecho con brotes de psoriasis, mi esposo se enojqo me dijo que si no me veía lo feo que esta, me sentía mal, me humillaba, yo lloraba tenía ganas de irme y no regresar, pero paso nació mi hijo y descubrí que mi esposo me engañaba y cuando le dije que paso me dijo que era mi culpa por tener esa enfermedad, me hizo sentir culpable yo decidí contarles a mis padres y ellos me apoyaron me separe de él, claro que me sentía culpable de todo lo que pasaba porque decía sino tenia psoriasis nada pasaba, de esa separación son tres años y ya estoy mejor me mantengo en tratamiento, acepte mi enfermedad aunque evito ponerme ropa que ponga en descubierto mi enfermedad porque la gente siempre juzga sin saber que es y nos hace sentir mal.

#### 4.-Antecedentes Familiares:

Nadie de la familia tiene psoriasis.

#### 5.-Antecedentes Laborales:

Trabaja en un centro de salud

#### 6.-Educación y entrenamiento:

Estudio enfermería.

#### 7.-Recreación e intereses:

Tener más conocimientos de mi enfermedad.

#### 8.-Desarrollo Sexual.

No he tenido relaciones desde que me divorcie.

9.-Constelación familiar:

Papá, mamá ella, su hija e hijo.

10.-Auto descripción:

Trabajadora, valiente, buena.

11.-Decisiones y elecciones en la vida

Seguir mi vida con mis hijos, separarme

12.-Perspectiva Futura:

Sacar adelante a mis hijos.

**Reactivos aplicados y resultados:**

**HTP:** rigidez, preocupación sexual, dependencia, necesidad de afecto, ambivalencia social, suspicacia, preocupación por sí mismo, extrema necesidad de seguridad, ansiedad, poco contacto con la realidad, pérdida de control, presiones ambientales, inseguridad, inmadurez.

**Escala de Hamilton para la Ansiedad.**

10 ansiedad leve.

**Escala de Hamilton para la Depresión**

11 depresión menor.

**Diagnóstico:** presunción diagnóstica ansiedad leve con presencia de depresión menor.

## 2.4.10. Historia clínica psicológica No.10

### 1.-Datos de Identificación:

- Nombre: Susy
- Edad: 29
- Género: F
- Estado Civil: soltera
- Instrucción: primaria
- Ocupación: empleada domestica
- Profesión:
- Fecha y Lugar de nacimiento: Otavalo 18 de mayo de 1981
- Religión: católica
- Motivo de Consulta: malestar por la psoriasis.

Interconsulta: Psicología

Especialidad: Fototerapia

Motivos:

### 2.-Salud:

Todo bien.

### 3.-Antecedentes Personales:

La psoriasis que tengo es desde que tengo siete años ya me acostumbre pero se me ha hecho muy difícil porque es en partes donde se ve en uñas y cabeza mis papas eran personas humildes que nunca supieron que pasaba siempre me decían que me dio por no estar lavándome las manos y yo de niña como no sabía creía, hasta que en la escuela que estuve en mi barrio mi profesora se preocupaba mucho, y como mis compañeros me molestaban mucho y no me pasaba lo de las uñas y empezó a picarme la cabeza pensaban que estaba con piojos, me acostumbre a estar así igual mis papas no tenían plata para hacerme ver, como crecí y hubo una familia del pueblo que me contrato para trabajar me vieron así me hicieron ver con un doctor el

cual les dijo que tenía psoriasis les explicaron a mis papás pero no entienden, mis patrones me ayudan para el tratamiento no les importa que yo tenga pero si me siento mal porque cuando tienen invitados el momento de servir me ven como que estuvieran mis uñas infectadas y mejor me pongo guantes, si me siento mal porque no se cómo mas esconder mi enfermedad me dan ganas de llorar no me siento bonita así que mejor no intento tener amigos paso trabajando y los días libres mejor voy donde mis papas, lo bueno es que donde trabajo me quieren mucho entienden mi enfermedad pero se que algún momento no voy a seguir ahí aunque la hija de mis patrones dice que ella me quiere llevar, no sé qué hacer, dice que me quiere mucho porque yo jugaba con ella y que me quiere con mi enfermedad y me va ayudar para siempre tener el tratamiento, ninguna de mis hermanas tiene esto ni familiares no se porque me dio.

#### 4.-Antecedentes Familiares:

Nadie de la familia tiene psoriasis.

#### 5.-Antecedentes Laborales:

Trabaja en una casa.

#### 6.-Educación y entrenamiento:

#### 7.-Recreación e intereses:

Me gusta bordar.

#### 8.-Desarrollo Sexual.

No he tenido relaciones.

#### 9.-Constelación familiar:

Papá, mamá tres hermanas ella es la menor.

#### 10.-Auto descripción:

Buena, sencilla, trabajadora.

11.-Decisiones y elecciones en la vida

Ninguna

12.-Perspectiva Futura:

Seguir trabajando.

**Reactivos aplicados y resultados.**

**HTP:** inseguridad, aislamiento, descontento, rigidez, miedo, evitación, necesidad de seguridad, falta de afecto, indecisión, fantasía, poco control del yo, hostilidad, necesidad de seguridad, pérdida de control, ambiente restrictivo, desamparo, agresión reprimida, impulsividad.

**Escala de Hamilton para la Ansiedad.**

17 ansiedad moderada/ grave

**Escala de Hamilton para la Depresión.**

10 depresión menor.

**Diagnóstico:** presunción diagnóstica. ansiedad moderada con presencia de depresión menor.

## **2.5. Test aplicados.**

HTP, Escala de Hamilton para la Ansiedad y la Depresión.

## **2.6. Análisis de casos.**

La identidad en los pacientes con psoriasis es importante ya que los pacientes pierden su identidad que se ven afectados por todos los procesos que la enfermedad lleva en su vida, el aislamiento social que viven personas que les aíslan por la enfermedad porque no les gusta su apariencia y también se aísla los pacientes de sus amistades no quieren salir a las actividades que realizaban antes una paciente de los diez se encerró y no salió varios días, evitaba ir a las reuniones con sus amigas, los 10 pacientes dejaron de hacer cosas que antes hacían con sus amistades, ir a la piscina, bailes, hacer deportes ya que exponen alguna parte de su cuerpo y la gente les ve, y no quieren exponerse a que realicen comentarios o les vean mal o con asco, en el ámbito familiar los pacientes evitan tener mucho contacto con sus primos, hermanos, tíos para no dar de que hablar y su núcleo familiar evita conversar sobre la enfermedad de algún miembro que la padece para que los demás parientes no realicen ningún tipo de comentario o sepan de la enfermedad, evitan mantener reuniones familiares, paseos en grupo prefieren realizar cualquier actividad solos, en momentos compartidos con compañeros de estudios no comentan nada sobre la enfermedad para no sentirse aislado o vivir malas experiencias ya sean de comentarios o burlas, no asisten a eventos con los amigos y menos si es de exponer alguna parte de su cuerpo y que se note la enfermedad, los pacientes que son casados si comentan que les da vergüenza estar así ya que aunque sus esposas no les digan nada ellos se sienten mal por su aspecto físico no agradable, y el no sentirse agradable ni deseado para su compañero o compañera sentimental, 5 de los diez pacientes siente preocupación por la parte sexual que mejor deciden no decir nada a la pareja con la que están de enamorados o prefieren no mantener ningún tipo de relación sentimental para no sentirse aislados por la enfermedad ni tener que dar explicaciones sobre lo que tocan o ven es mejor dicen mantenernos aislados en el

contacto físico y mejor prefieren mantener una amistad en la que no deban dar explicaciones ,todos los pacientes presentan en algún momento en su etapa de la enfermedad algún tipo de malestar psíquico por su enfermedad ya sea ansiedad, llanto fácil, depresión, etc., se sienten discriminados ya que la enfermedad no es muy conocida y cuando se enteran que no tiene cura la gente que se entera se asusta pensando que es contagiosa por eso prefieren 9 de los 10 pacientes no decir nada a nadie peor a sus jefes, la discriminación que han vivido en algún momento es sentirse una persona sucia, que causan asco, vergüenza porque la gente que pensara de ellos, la baja autoestima que ellos viven es sentirse no aceptados ya sea por familiares o amistades, por la enfermedad se sienten inconformes de lo que les toca vivir, en momentos castigados en los 10 casos que se trato para esta investigación se pudo constatar que existe perdida de esta identidad, la identificación en estos pacientes es difícil ya que por su aislamiento en la parte social, etc., no se puede identificar como otro la percepción que tienen de sí mismos es negativa por esa no aceptación de su imagen corporal ya que esta construcción de su imagen se va dando en las relaciones sociales con el otro, como ven estos pacientes, como perciben que los demás le ven es de un forma negativa o piensan que así los ven, su vida está llena de ansiedad, miedos en no querer sentir rechazo, aislamiento haciendo que principio del placer no sea placentero y escape del dolor haciendo que en vez de realizar algo que les haga sentir bien tienen que hacer actividades que puedan escapar de ese dolor. En contraposición a éste, el principio de realidad subordina el placer al deber. En estos pacientes se da una subordinación del principio del placer al principio de realidad se lleva a cabo a través de un proceso psíquico denominado sublimación, en el que los deseos insatisfechos reconvierten su energía en algo útil o productivo, toda esa energía que no puede explotar en algo que el desearía, por su enfermedad los pacientes hacen algo diferente, realizan actividades individuales que no les hagan hacer cosas en conjunto o exponer su cuerpo.

La relaciones sociales de estos 10 pacientes es muy difícil, siempre tiende aislarse, hacer cosas solas, la mayoría de estos pacientes evitan involucrarse en relaciones sentimentales por no tener que dar explicaciones y contar su enfermedad, haciendo que su vida se vuelva llena de necesidades de afecto, la identidad yoica significa saber quiénes somos y cómo encajamos en el resto de la sociedad el problema es que estos pacientes presentan un yo débil y es por eso que prefieren tener en secreto su

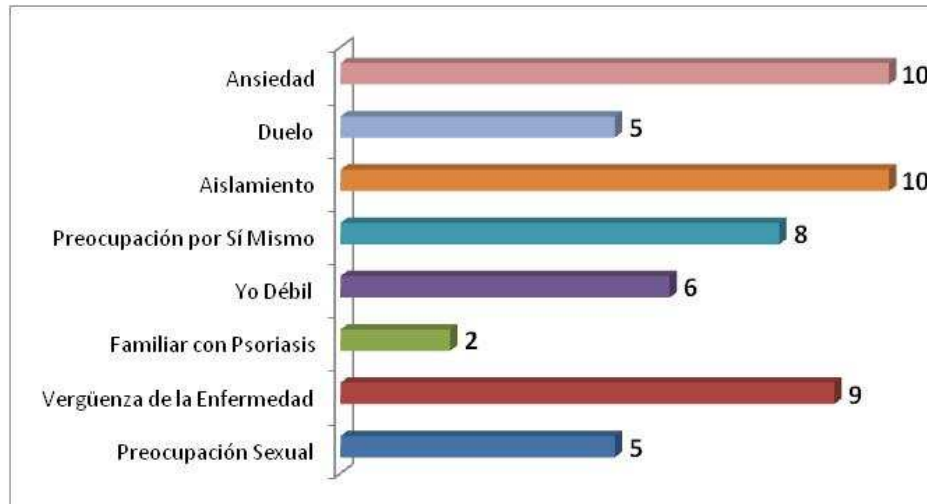
enfermedad para no enfrentar esta realidad. Exige que tomemos todo lo que hemos aprendido acerca de la vida y de nosotros mismos y lo moldeemos en una autoimagen unificada, una que nuestra comunidad estime como significativa, presentan identidad yoica estos pacientes con psoriasis, pero como la percepción que ellos tienen de los demás prefieren aislarse de las cosas que les va a causar dolor o exponer una parte de su cuerpo en actividades físicas o sociales, que tienen que reconocerse como enfermo psoriásico.

De los 10 pacientes a los que se realizó la investigación nos demuestran que:

- ❖ 10 de los 10 pacientes presenta ansiedad.
- ❖ 5 de los 10 pacientes han pasado por etapas de duelo.
- ❖ 10 de 10 pacientes presentan aislamiento.
- ❖ 8 de 10 pacientes presentan preocupación por sí mismo.
- ❖ 6 de 10 pacientes presentan un yo débil.
- ❖ 2 de 10 pacientes con psoriasis tienen familiares con psoriasis.
- ❖ 9 de 10 pacientes tienen vergüenza de la enfermedad.
- ❖ 5 de 10 pacientes tienen preocupación sexual.



## RESULTADOS CON LOS 10 PACIENTES DE PSORIASIS



**Autor:** Sofía Leiva.

CONSTRUCCIÓN DE LA IMAGEN	AUTOPERCEPCIÓN	EFECTOS EMOCIONALES E INTERRELACIONALES	MALESTAR PSIQUICO	ORGANIZACIÓN YOICA
La construcción de la imagen se da con la relación con el otro dándose una imagen no positiva en estos pacientes ya que ellos mismos no se sienten bien con su cuerpo y creen que las otras personas les ven mal, se reflejan cuando se aíslan del contorno familiar, social, etc..	Los pacientes se sienten feos no agradables, por eso evitan mostrar la parte del cuerpo afectada tapándose o evitando actividades que debelen esta enfermedad, como ir a la playa, piscina, etc.	En el ámbito emocional se aíslan de amigos, familiares, prefieren no mantener relaciones sentimentales y si la enfermedad se dio cuando estaban casados es difícil mantener intimidad por vergüenza y el no sentirse atractivo/a para la otra persona, siente vergüenza,	El malestar que presentan los pacientes es llanto fácil, en todos se presenta ansiedad, en algún momento de la enfermedad ya que también se aísla y la vergüenza y el miedo que presentan por la enfermedad y el que dirán las otras se refleja con estos malestares.	La organización yoica de los 10 pacientes es débil ya que no pueden resolver los problemas que se les presenta en su vida y en la convivencia diaria con las otras personas.

## **2.7. Conclusiones de resultados.**

Las conclusiones a las que se ha podido llegar con respecto a los resultados obtenidos mediante los reactivos aplicados a los casos clínicos es que la mayoría de los pacientes presenta ya sea ansiedad o depresión con respecto a su enfermedad la psoriasis, que la mayoría de los pacientes tienden aislarse de las cosas que antes realizaban, se sienten abatidos y con necesidad de protección.

## CAPITULO III

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

#### 3.1. Conclusiones.

La psoriasis es una enfermedad que se presenta en personas de todas las edades, su característica principal es que ataca a la piel, razón por la cual puede aparecer en cualquier parte del cuerpo. Cuando brota en partes visualmente expuestas a otras personas causa una mayor afectación en la imagen corporal de los pacientes, debido a que se altera la percepción frente a otros individuos. Las molestias que se derivan de la enfermedad causan trastornos físicos y la sintomatología complicada de resistir cuando existe un brote fuerte de la enfermedad o esta está avanzada.

Respecto a la conexión de la enfermedad con el psicoanálisis de la identidad esta se provoca debido a que los pacientes que tiene psoriasis no pueden construir su identificación adecuadamente, inclusive en algunos casos se pierde la identidad, por el aislamiento social o el aislamiento al interior de su familia y su núcleo más cercano. Este fenómeno no se presenta en la totalidad de los casos sino es una trayectoria respecto de la convivencia con otras personas, de las condiciones que vive el paciente, relaciones familiares, afectivas y laborales, el grado de intensidad de la enfermedad y toda la carga psíquica que dispone el paciente.

En la Psoriasis la auto-percepción se la puede analizar desde los diferentes estadios de la vida de las personas, las etapas de la infancia, niñez, escolar, adolescencia, juventud, adultez tienen una connotación importante para la enfermedad, ya que bajo este esquema de análisis se puede determinar como se va construyendo la percepción de sí mismo, de su propia imagen en el mundo, que le ayuda a enfrentar las relaciones y también a construir las. El proceso se va dando desde los cuidadores primarios hasta la edad actual que posee el paciente. Los diferentes estadios tienen

una vinculación con la independencia que las personas pueden o no adquirir durante su vida. La enfermedad tiene influencia en las personas que han desarrollado un sí mismo independiente ya que pueden enfrentar de mejor manera la enfermedad y separar la influencia de otros individuos, esto también permite a los pacientes adoptar el rol que cada uno busca y desarrollar la aceptación del esquema corporal que cada uno posee, es decir la persona puede adoptar la realidad del cuerpo que dispone de mejor manera cuando posee un sí mismo desarrollado.

La necesidad de mejorar la percepción de la imagen corporal que tienen los pacientes con psoriasis es muy grande tanto en el ámbito social como en el afectivo, la soledad, el aislamiento y la falta de entendimiento de las demás personas hacia la enfermedad, posibilita que ellos hagan de su mundo algo complicado de sobrellevar, y esto causa malestares que pueden influenciar de diversas formas en su vida diaria como dejar de hacer cosas que les gusta, compartir con otras personas, llevar una vida libre de las consecuencias de la enfermedad y la aceptación que por estar enfermo, siguen siendo útiles. Es necesario que en la intervención psicológica se trabaje aspectos tales como: miedo al rechazo, que dirán y por las explicaciones a las que están sometidos a dar.

En la psoriasis el principal trastorno que se da es la ansiedad debido a que las mismas características de la enfermedad provocan que los pacientes sienten malestar de su imagen respecto de los demás, y también presentan depresión, haciéndolos tomar en cuenta que la vida que tienen o perciben lo que los demás al verlos o saber de la enfermedad les hace pensar que de manera no muy positiva en su vida, al contrario hace que ellos tengan muchos vacíos, en lo personal, social, familiar, emocional, e inter-relacional, hasta sentirse inútiles según donde se aparezca la psoriasis imposibilitándolos el trabajar por su estado físico y también por el rechazo laboral que existe.

Se observó en los discursos que los pacientes con psoriasis realizaban, una idealización de situaciones o condiciones de vida, que son valoradas tanto por las personas como por la sociedad (como estudio, viajes, trabajo, ambiente y personas conocidas). Se incluye también la idealización de figuras del pasado. Esta idealización de los aspectos positivos de situaciones y figuras significativas, permite que los pacientes con psoriasis puedan mantener su self y su narcisismo en una situación tolerable, ya que la introyección de dichos aspectos como propios permite que la angustia narcisista vivenciada por los cambios y pérdidas vividas sea, en cierta forma manejable.

Los procesos de identidad e identificación permiten también, que la percepción por parte de los pacientes con psoriasis sea el haber vivido una vida exitosa, de haber disfrutado, aprendido y enriquecido, haciendo más aceptable la etapa actual de la enfermedad. Los pacientes con psoriasis que tienen una visión más positiva de la vida, son aquellos que han podido establecer una red de soporte afectivo más variada; al sentirse incluidos y valorados dentro de sus grupos sociales y que pueden ver posibilidades en su futuro diferentes.

En el discurso de los pacientes con psoriasis relatado y también dentro de la realización de los test se pudo comprobar la presencia de malestar psíquico, tanto subjetivamente como objetivamente, a través de las entrevistas y las baterías psicológicas aplicadas. Los principales síntomas de este malestar se traducen en tristeza generalizada, ansiedad, irritabilidad, aislamiento por el que atraviesan estos pacientes. Este malestar está relacionado con: metas no alcanzadas, conflictos y duelos no resueltos a lo largo de su historia de vida.

El malestar psíquico puede relacionarse con la convivencia dentro de su hogar; así insatisfacción del trato de las personas, el, aparecimiento de enfermedades físicas. Además el tener que adoptar costumbres y normas, que pueden ser, diferentes y nuevas, elementos señalados, combinados con factores como alejamiento emocional de la familia, y un cambio drástico del estilo de vida, pueden dar lugar a que las

personas con psoriasis se sientan: discriminadas y minimizadas, tratadas como personas no valiosas produciendo un choque de la percepción que tienen de sí mismas contra lo que perciben del resto de personas. La alteración perceptual de Imagen Corporal está determinada por las evaluaciones que las personas hacen respecto a su apariencia física.

### **3.2. Recomendaciones.**

- La Fundación ponte en mi piel, como clínica dermatológica debe tener como contraparte múltiples organismos públicos que cumplan principalmente con el objetivo de generar bienestar de la población a la que se dirige, proveyendo no solo los cuidados apropiados, asistencia médica, psicológica, para cada caso, sino además un trato amable al paciente y constante, con una infraestructura adecuada, para lograr dicho objetivo sin invadir la privacidad de cada paciente.
- Elementos fundamentales que deben ser considerados en este proceso de adaptación de la enfermedad en los pacientes con psoriasis son: la subjetividad del paciente, sus opiniones, sus percepciones, estilo de vida, relaciones interpersonales, intereses, entre otros. Es importante considerar los recursos que el paciente con psoriasis posee para ponerlos en juego dentro del tratamiento.
- Es necesario, también, realizar una capacitación y actualización de la enfermedad de psoriasis a los pacientes y familiares periódica y permanentemente, lo que permitiría la sensibilización ante la situación del paciente y comprensión de actitudes que pueden generar malestar en el paciente.

- Para que en los pacientes con psoriasis se cumpla con las expectativas del tratamiento clínico, es necesario, proveer de apoyo psicológico y terapia a la familia que pasa diariamente con el paciente para que puedan manejar las conductas de aislamiento, tristeza, iras, ansiedad, que a veces se presenta de mejor manera y ser soporte del proceso de sensibilización en primera instancia desde el propio círculo cercano al paciente para trasladarlo al resto de ambientes cotidianos cercanos al mismo.
  
- En pacientes con psoriasis es recomendable, la implementación de actividades, grupales, tales como talleres, grupos de diálogo, etc., los cuales les permitan compartir experiencias de vida, conflictos, ideales, metas, entre otras cosas, lo que también permitiría el desarrollo de nuevas redes sociales, que le proveerían de identificación, apoyo emocional, social, lo que obviamente es un recurso terapéutico ante el malestar que puedan sentir.
  
- Es muy importante en los pacientes con psoriasis tratar de incluir a la familia un poco más adentro de la vida del paciente a través de actividades terapéuticas y/o lúdicas, individuales o grupales, evitando presionar, o generar una sensación de obligatoriedad a la familia, ya que podría ser contraproducente en el proceso de estabilización del paciente.
  
- Es recomendable que todos los pacientes que presenten psoriasis por muy leve que se presente la enfermedad, sean también tratados en el área psicológica ya que la percepción de su enfermedad y el enterarse que no es curable influye mucho en su sí mismo, haciendo que tengan muchos cambios en su vida diaria y en la relación que mantienen con las demás personas.

- Es necesario que se realicen seminarios y talleres de salud mental, donde se trabaje con personas con psoriasis, abordando problemáticas que podrían estar afectando a los pacientes, promoviendo la aceptación de la Imagen Corporal para vincularlos con la sociedad y con otros pacientes que padecen la enfermedad.
  
- Es pertinente elaborar un programa sobre el manejo de Imagen Corporal, percepción de la imagen corporal, estados de ánimo depresivos en pacientes con psoriasis y otros problemas psicológicos como una herramienta metodológica que ayude a disminuir dichos índices en la población afectada y acelere un proceso de conocimiento en el resto de la sociedad para que se transforme en un apoyo y no exista rechazo a este tipo de pacientes.
  
- Se propone que en futuras investigaciones, se plantee la posibilidad de diagnosticar otras variables o patologías asociadas a los trastornos de la percepción de la imagen corporal en pacientes con psoriasis como es el caso de trastornos de personalidad entre otros; y las repercusiones que éstos generen en el comportamiento de los individuos.



## BIBLIOGRAFÍA.

- AVILA, Alejandro. (1993). *“Manual de Psicoterapia de Orientación Psicoanalítica”*.
- BLEGER, J. (1973). *“La Identidad en el Adolescente”*, Buenos Aires, Paidós-Asappia.
- BOBES GARCIA, Julio, G.PORTILLA, María Paz, BASCARÁN, María Teresa, SÁIZ, Pilar y BOUSOÑO, Manuel. (2004). *“Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica”*. 3ra. Edición. Argentina. Psiquiatría Editores, S.L.
- BURNS, R.B. (1990). *“El autoconcepto”*. Bilbao: Ediciones EGA
- CAÑARTE, Cecilia; CABRERA, Franklin; PALACIOS, Santiago. (2004). *“Epidemiología de psoriasis en el Distrito metropolitano de Quito”*. Sociedad ecuatoriana de dermatología. Quito- Ecuador
- CHIOZZA, L. (1975b) *“La enfermedad de los afectos en Cuerpo afecto y lenguaje”*(Tercera Edición). Luis Chiozza Alianza Editorial, 1998.
- CHIOZZA, L. (1976a) *“Cuerpo, afecto y lenguaje”*, Ed. Paidós, Buenos Aires.
- DIDIER, Anzieu. (1987) *“El Yo Piel”*, versión española, VILLARRAZAGA, ZIMMERMANN, Sofía, Biblioteca nueva Almagro 38, Madrid.
- DIDIER, Anzieu. (1998). *“Funciones del yo Piel”*, Biblioteca Nueva Madrid.
- DOLTO, Françoise, (1986), *“Imagen inconsciente del cuerpo”*, Buenos Aires, ediciones Paidós.
- FREUD, Sigmund, Volumen XIV (1979).- *Trabajos sobre metapsicología, y otras obras* (1914-1916), «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico» (Buenos Aires/Madrid: Amorrortu.
- FREUD, Sigmund. (1915). *“Pulsiones y destinos de pulsión”*, Obras Completas, vol. XV.

- GONZÁLEZ, Fernando. (2000). “*Lo cualitativo y lo cuantitativo en la investigación de la psicología social*”. Revista Cubana de Psicología. Volumen 17. no.1. La Habana – Cuba.
- GRINBERG, León. ( 1976). “*Identidad y Cambio*”, Buenos Aires, Paidós.
- GUTIÉRREZ, Sáenz, Raúl, (2007). “*Psicología*”, Editorial Esfinge, S. de R. L. de C.V. Naucalpan, Estado de México.
- KOO, John. (1996). “*Psicodermatología*”. edición Mcgraw-Hill Interamericana de España.
- LEBOULCH, Jean. (1991). “*hacia una ciencia del movimiento humano*”, Buenos Aires, Paidós.
- LEON, Orfelio, MONTERO, Ignacio. (2003). “*Métodos de Investigación en Psicología y Educación*”. Edición Mcgraw-Hill Interamericana de España.
- LÓPEZ-IBOR ALIÑO, Juan y VALDÉS MIYAR, Manuel. (2002). “*DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*”. España. Masson S.A.
- LUBAN, Boris; POLDIGER, Walter; KROGER, Fridebert y LEADERACH, Kurt, “*El Enfermo Psicossomático en la Práctica*”, Editorial Herder S.A., Barcelona España.
- MIQUELARENA, M. (1987). “*el Cuerpo y la música en el tratamiento psiquiátrico*”. Editorial Medina, Montevideo Uruguay.
- NASIO, Juan David. (2008). “*Mi Cuerpo y sus Imágenes*”, Editorial Paidós, Buenos Aires.
- PHARES, Jerry. (1999). “*Psicología Clínica Concepto, Métodos y Práctica*”. Editorial el Manual Moderno México DF.
- RAICH, Rosa. (2000). “*Imagen corporal. Conocer y Valorar el Propio Cuerpo*”. Ediciones Pirámide. Madrid.

- RAMOS, F. (1979), *''Int. A la práctica psicomotriz''*, Madrid, ediciones Pablo del Río.
- RONDON LUGO, Antonio. (2001). *''Temas Dermatológicos pautas Diagnósticas y Terapéuticas''*, Caracas- Venezuela.
- SALAZAR GÓMEZ, L. Conde y ANCONA ALAYÓN, A. (2004). *''Dermatología Profesional''*. Madrid España, Ediciones Aula Médica.
- SANCHÉZ, Ackerman Kerl. (2002). *''Atlas Clínico de las 101 Enfermedades más Comunes de la Piel''*. España.
- SCHILDER, P. (1977). *'' Imagen y apariencia del cuerpo Humano''*, Buenos Aires, Paidós.
- SHAUGHNESSY, John J; ZECHMEISTER, Eugene; ZECHMEISTER. (2007). *''Métodos de Investigación en Psicología''*. Edición Mcgraw-Hill Interamericana, séptima edición.
- VALLE, Lidia Esther. (2008). *''Dermatología General Enfoque Práctico''*, Editorial Dunken. Buenos Aires.
- VALLEJO RUILOVA, J. (2003). *''Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría''*, EditMasson, quinta Edición, España.
- [http://www.wanceulen.com/revista/PDF/n3/Alteraciones\\_autopercepcion.pdf?phpMyAdmin=EIYxynXwoUIAsM3dCpEA6zVFD30&phpMyAdmin=6e797b98330a177d30bc4cb1260dadfe](http://www.wanceulen.com/revista/PDF/n3/Alteraciones_autopercepcion.pdf?phpMyAdmin=EIYxynXwoUIAsM3dCpEA6zVFD30&phpMyAdmin=6e797b98330a177d30bc4cb1260dadfe)
- <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/adler.htm>,
- <http://usuarios.multimania.es/educacionfisica/apuntes/Imagen3.pdf>.
- <http://www.fepso.org.ec/Psoriasis.aspx#>

## ANEXOS.

### Fotos tipos de Psoriasis.

Psoriasis en rodillas.



Fuente: <http://www.todopsoriasis.com/psoriasisfotos.htm>

Psoriasis en uñas



Fuente : <http://www.todopsoriasis.com/psoriasisfotos.html>

Psoriasis palmar.



Fuente: <http://www.todopsoriasis.com/psoriasisfotos.html>

Psoriasis en manos.



Fuente: <http://www.todopsoriasis.com/psoriasisfotos.html>

Psoriasis guttata.



Fuente: <http://www.todopsoriasis.com/psoriasisfotos.htm>.

Psoriasis pustulosa.



Fuente: <http://www.todopsoriasis.com/psoriasisfotos.htm>.

Psoriasis en cuero cabelludo.



Fuente :<http://www.todopsoriasis.com/psoriasisfotos.htm>

Psoriasis artrítica.



Fuente :<http://www.todopsoriasis.com/psoriasisfotos.htm>