

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **SARA MARÍA VALLEJO CEVALLOS**, con CC. 171592799-0, autora del trabajo de graduación intitulado: **"EL VITÍLIGO COMO TRASTORNO PSICOSOMÁTICO EN RELACIÓN A LA HISTORIA DEL SUJETO"**. Estudio basado en la teoría Psicoanalítica en **10 personas de 18 a 60 años que hayan sido diagnosticadas con vitíligo**, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, agosto 2017



SARA MARÍA VALLEJO CEVALLOS

CC. 171592799-0

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA
CLÍNICA**

**“EL VITÍLIGO COMO TRASTORNO PSICOSOMÁTICO EN RELACIÓN A LA
HISTORIA DEL SUJETO**

Estudio basado en la teoría Psicoanalítica en 10 personas de 18 a 60 años que hayan sido diagnosticadas con vitíligo.”

Sara María Vallejo Cevallos

Directora: Mtr. Paulina Barahona Cruz

Quito, 2017

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por la vida de mis padres y hermano, y a ellos, por su confianza y amor infinito.

Gracias Francesco y María Elena por su ayuda y apoyo brindado a lo largo de esta carrera. Agradezco de manera especial a Paulina Barahona por su tiempo, dedicación y conocimientos prestados; y, al Dr. Santiago Palacios por abrirme las puertas de CEPI.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	iv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
1. Trastorno Psicossomático	3
1.1. Definición desde el enfoque Psicoanalítico	3
1.2. Causas de los trastornos Psicossomáticos	8
1.2.1 Visión médica.....	9
1.2.2 Visión Psicológica.....	11
1.2.3 Visión Psicoanalítica.....	15
1.3. Distintas Lecturas Psicoanalíticas del trastorno Psicossomático.....	18
1.3.1 Alice Miller	18
1.3.2 Luis Chiozza.....	19
1.3.3 Joyce McDougall	20
1.3.4 Jorge Ulnik	22
CAPÍTULO II	26
2. La piel y el vitíligo	26
2.1. Las funciones y el significado de la piel desde el Psicoanálisis	26
2.1.1. Referencias de Freud acerca de la piel	26
2.1.2 Yo – piel de Didier Anzieu	27
2.1.3. La piel - Jorge Ulnik.....	31
2.2. La piel desde el contexto médico.....	34
2.3. El vitíligo	36
2.3.1. Diagnóstico:	37
2.3.2. Evolución y tipos de vitíligo:	38
2.3.3. Epidemiología:	39
2.3.4. Tratamiento:	39
2.3.5. Factores desencadenantes:.....	40
2.4. Consecuencias Psicológicas del vitíligo	42
CAPÍTULO III	44
3.1. Metodología	44
3.2. Resultados	46
3.2.1. Entrevista semiestructurada	46
3.2.2 Análisis del dibujo de la figura humana.....	58
3.2.3 DLQI	62
3.3. Discusión de Resultados	65
Conclusiones	69
Recomendaciones.....	70
Bibliografía	72
Anexos.....	74

RESUMEN

La enfermedad dermatológica vitíligo, pese a no tener ningún tipo de cura específica en la actualidad, ha sido abordada ampliamente a partir del saber de la medicina; el enfoque desde el campo de lo psicosomático y específicamente desde el psicoanálisis, ha sido por el contrario, escaso e insuficiente.

El presente trabajo: “El vitíligo como trastorno Psicosomático en relación a la historia del sujeto”, es un estudio que pretende abordar y reconocer al vitíligo no únicamente como una enfermedad orgánica estudiada desde el campo médico; sino por el contrario, como un fenómeno psicosomático, por medio del cual, un cuerpo expresa a través de vías alternativas aquello que en algún momento no pudo ser parte del discurso del sujeto.

El poder analizar tanto las causas somáticas, como el hecho de enlazarlas con aquellas psicológicas, haciendo énfasis en la historia personal, puede llegar a ser indicio para comprender el origen de los síntomas como lo son las máculas acrómicas, específicamente en el caso de esta disertación del vitíligo

INTRODUCCIÓN

El vitíligo es un trastorno dermatológico caracterizado por la despigmentación de la piel. Afecta a millones de personas alrededor del mundo, sin importar su género, etnia, edad o color de la piel; y, si bien, no tiene un efecto nocivo sobre el organismo, motivo por el cual posiblemente no ha sido estudiado y atendido como corresponde por los distintos profesionales de la salud, la apariencia de la persona se ve trastornada, lo cual desencadena una afectación psicológica, en la mayor parte de los casos.

Quienes padecen vitíligo pueden llegar a presentar efectos emocionales negativos, tales como: miedo, ira, depresión, ansiedad, estrés, vergüenza o hasta culpa; esto, se traduce en que su integridad emocional se ve comprometida, así también, el entorno social del sujeto, debido al desconocimiento general de la población acerca del vitíligo y su articulación a una idea de contagio, que dan como resultado un claro prejuicio social.

La destrucción de los melanocitos, encargados de dar el pigmento a la piel, ha sido relacionada a factores genéticos, enfermedades autoinmunes, u otras alteraciones asociadas a la glándula tiroidea; no obstante, al precisar en distintos textos dermatológicos e indagar a varios galenos, se mantiene el postulado del vitíligo como un trastorno multifactorial, con una evolución incierta e impredecible, puesto que las máculas acrómicas pueden generarse de forma progresiva, en ocasiones repigmentarse e incluso desaparecer.

No queda duda de que un cuerpo es una totalidad, donde lo orgánico y lo psíquico ejercen influencia uno sobre el otro; por lo que, desde la teoría psicoanalítica, cabe la inquietud de si una enfermedad como el vitíligo se genera desde un psiquismo, una historia y un entorno social, que no solo principian la aparición de un padecer, sino que a su vez, son partícipes en el curso y tratamiento de la misma. Para el desarrollo de esta disertación, se trabajará principalmente desde la teoría de Jorge Ulnik, quien basa sus estudios alrededor del psiquismo, la mirada y la piel.

La importancia del órgano de la piel para la construcción de un psiquismo es inefable; este órgano, captura los estímulos provenientes del exterior que estimulan receptores generando la producción de sustancias que alcanzan el cerebro, y actúan sobre el

pensamiento, las emociones y la conducta, asimismo, la piel es pantalla al exterior de todo aquello que se siente en el alma.

La presente disertación realizada desde el campo psicoanalítico está estructurada en tres capítulos:

En el primer capítulo, se establecerá las primeras elaboraciones alrededor de los trastornos psicosomáticos estudiando, por tanto, la relación entre los procesos físicos y psíquicos en el sujeto; seguidamente, se planteará una definición al término “vitíligo”, a partir de lo cual se podrá abordar sus posibles causas. Téngase presente que, se realizará un recorrido informativo desde el campo médico y psicológico para centrarse en lo posterior en el campo psicoanalítico. Finalmente, en este segmento, se revisará las lecturas Psicoanalíticas del trastorno psicosomático desde cuatro autores: Alice Miller, Luis Chiozza, Joyce McDougall y Jorge Ulnik.

En el segundo capítulo se realizará un recorrido alrededor del órgano de la piel, planteando sus diversas funciones y su significado desde las distintas obras de Sigmund Freud, Didier Anzieu y de forma específica en el médico, psiquiatra y psicoanalista en el cual se basa esta investigación, Jorge Ulnik. Más tarde, en ese mismo apartado, siendo el tema de investigación el trastorno del vitíligo, se puntualizará sus causas, el diagnóstico, evolución y tratamiento desde el campo de la salud. En la última parte de este capítulo, se considerarán las consecuencias psicológicas que una enfermedad dermatológica como el vitíligo puede acarrear.

Con el fin de alcanzar el propósito de esta investigación, el tercer capítulo abarca la descripción del proceso de investigación, metodología y análisis de resultados con el fin último de reconocer al vitíligo como un trastorno psicosomático, donde un cuerpo manifiesta, a partir de vías alternativas, aquello que el sujeto en un determinado momento no pudo comunicar o transmitir.

Por otro lado, el desarrollo de este escrito pretende demostrar la importancia de un trabajo interdisciplinario, donde conjuntamente con el labor médico, el abordaje psicológico, procure el origen del padecimiento, trabaje en el proceso de aceptación de la enfermedad dermatológica, y finalmente, la adherencia a algún tipo de tratamiento, en aquellos casos que así corresponda.

CAPÍTULO I

1. Trastorno Psicosomático

En el primer capítulo, se realizará un estudio del concepto de trastorno Psicosomático, con el fin de comprender el origen y la estrecha relación entre los fenómenos físicos y psíquicos; se partirá desde una secuencia cronológica la transformación del término psicosomático para posteriormente enfocar su definición desde las distintas propuestas del psicoanálisis. También se analizarán las posibles causas que podrían producir un trastorno psicosomático como es el vitíligo. Finalmente, dentro de este capítulo, se dará paso a comparar las distintas lecturas psicoanalíticas alrededor de un trastorno psicosomático.

1.1. Definición desde el enfoque Psicoanalítico

Para poder responder a la interrogante ¿Qué es un trastorno psicosomático?, es esencial abordar el vínculo existente entre los procesos físicos y psíquicos en el sujeto; esta relación ha sido estudiada desde el siglo XVII por diversos autores; no obstante, es a partir del siglo XIX donde el fenómeno psicosomático empieza a cobrar interés y dar paso al desarrollo de nuevos estudios y legados dentro de distintas disciplinas como lo son la medicina, la psicología y el psicoanálisis (Oceáno, 2007).

Partiendo de una secuencia cronológica, el origen de la palabra psicosomática se remite al siglo XIX, donde el psiquiatra alemán Johann Heinroth establece el término, para designar un tipo de insomnio; sin embargo, es un siglo después, donde el término es retomado desde una visión en la que, tanto procesos biológicos como psicológicos, interactúan en un individuo para provocar algún tipo enfermedad (Marty, 2013).

La concepción de la idea de psicosomática tiene un origen precedente al término aludido en el siglo XIX, puesto que para comprender que es un fenómeno psicosomático se debe remitir a los postulados de Claude Bernard, quien formula una hipótesis acerca de la existencia de un estado de equilibrio dentro del organismo de las personas que asegura la protección de tejidos y órganos. Por otro lado, los trabajos que forman parte de la escuela de reflexología generados a partir de ensayos con animales, específicamente con perros de

Iván Pavlov, en 1876 muestran de forma experimental que los cambios internos en la corteza asociados a algún tipo de estímulo ambiental, pueden dar paso al desencadenamiento de alteraciones psicofisiológicas (Marty, 2013).

Es por tanto, que a partir de la práctica experimental, se concluye que las respuestas viscerales del cuerpo podían ser, de cierto modo, controladas. Los acontecimientos vitales que generaban cambios positivos o negativos en la vida del sujeto, además de las distintas condiciones ambientales, podían ser el origen de un cambio interno en el equilibrio del organismo y traer consigo consecuentes repercusiones a nivel de trastornos psicosomáticos.

Como parte de la escuela fisiológica, Walter B. Cannon y Hans Selye, demuestran por un lado el Síndrome General de Adaptación o el transcurso en el cual los sujetos reaccionan ante las distintas amenazas de su entorno; y, por otro lado, que los fenómenos de psicopatología son producto de reacciones fisiológicas que se generan en un organismo que ha sido expuesto por un tiempo prolongado a una situación que se consideró en su momento de carácter maligno o amenazante (Marty, 2013).

Se generaron así, diversas perspectivas acerca de la enfermedad psicosomática, varios autores entre ellos los previamente mencionados, aportaron numerosos conocimientos, mas ninguno de ellos pudo articular todos los componentes psíquicos y fisiológicos en la precipitación de una enfermedad física en un momento determinado de la historia del sujeto (Marty, 2013).

Por otro lado, la Psiquiatría si bien es cierto nace como una rama de la medicina, crea un vínculo directo en el estudio de la mente con diversas disciplinas como lo son: la psicología, sociología, antropología, entre otras. Se constituye en respuesta a una interrogante clave: ¿Qué es la locura?; empieza así, a ocuparse de un diagnóstico de las alteraciones alrededor del pensamiento, de los sentimientos, emociones, conducta, relaciones interpersonales y de la adaptación del sujeto a un entorno.

Pese a que los cambios anatómicos patológicos del sujeto, en este momento fueron encadenados a los conflictos emocionales, no se encontró una respuesta a qué haría a un sujeto propenso a desarrollar un trastorno a nivel psicosomático; y en tanto, los síntomas físicos que formaban parte de los distintos trastornos mentales podían ser fácilmente

observados, los síntomas afectivos parecían más profundos y difíciles de determinar; en el caso de algunas enfermedades, incluso su campo continuaba siendo totalmente inexplorado.

Continuando con la misma idea, a finales del siglo XIX, Sigmund Freud empieza a crear una teoría basada específicamente en la cotidianidad psíquica del sujeto. Distingue así, tres niveles dentro de los procesos mentales: consciente, preconsciente e inconsciente, a partir de lo cual establece una nueva teoría. Por medio del estudio de pacientes con una estructura histérica, se empiezan a entablar las primeras bases de una teoría Psicosomática, a pesar de que, en aquel momento, no se lo conocía precisamente de esa forma al referido concepto, la idea de un inconsciente y de aquella diversidad de sintomatología presentada por las pacientes histéricas fue el inicio de un estudio en el campo de los fenómenos psicosomáticos como los conocemos hoy en día (Marty, 2013).

Situando los estudios alrededor de la década de los años 30', Franz Alexander puntualiza: (...) el hecho de que las emociones agudas tengan una influencia en las funciones del cuerpo, pertenece a la más común experiencia cotidiana. A cada situación emocional corresponde un síndrome específico de cambios físicos, es decir, de respuestas psicosomáticas, tal como la risa, el llanto o el rubor producen cambios en el ritmo cardíaco, en la respiración, etc. (APA, 2014, p.68).

Cuando se hace referencia a Alexander, uno de los principales exponentes de la escuela Norteamericana de Chicago, se puede apreciar que el mismo amplía gradualmente el concepto de medicina psicosomática como parte de la exploración de la causa de las enfermedades dentro de una relación psiquis – soma; dentro de los escritos de Alexander, particularmente en el texto “Aspectos Psicológicos de la Medicina”, de igual forma se menciona el concepto de conversión generado por Freud, en el cual los síntomas corporales se dan a partir de conflictos emocionales. Como parte, también, de la escuela de Chicago, Dunbar señala la relación existente entre una patología específica y un determinado tipo de personalidad (Otero & Rodado, 2004).

Adicionalmente, como producto del estudio de la enfermedad psicosomática, a finales de la década de los años 30' se publica la revista “Psychosomatic Medicine” dentro de los Estados Unidos y por otro lado, en Europa, 20 años más tarde, sale a la luz “Revue de Médecine Psychosomatique”; es de esta manera que el fenómeno psicosomático va tomando

partida y los estudios adquiriendo validez y profundidad. No obstante es con la escuela de Paris, por medio de la cual la Psicósomática se transforma en una ciencia independiente (Marty, 2013).

De acuerdo a lo señalado en el artículo de Otero y Rodado expuesto en el año 2004 “El enfoque psicoanalítico de la patología psicósomática”, es la Escuela Francesa la misma que junto a su principal exponente Marty y sus discípulos quienes al abordar el campo de lo psicósomático establecen sus más importantes hipótesis, entre ellas vale mencionar:

- Un conjunto de características específicas, forman una estructura de personalidad psicósomática.
- Entre los desórdenes a nivel de funcionamiento mental que dan lugar a las características específicas de una personalidad psicósomática, se encuentran las relaciones objetales carentes de afecto, la apariencia de normalidad psíquica, una incapacidad de soñar, pensamiento operatorio, entre otros.
- Se establece una distinción entre un fenómeno psicósomático que lo relacionarían con la psicosis, de un fenómeno conversivo que lo sitúan alrededor de una estructura neurótica.
- Se consolida el concepto de vida operatoria referente a una disminución del pensamiento sobre la importancia de los comportamientos.
- Una serie de vivencias diarias marcan, tanto de forma positiva como negativa, al sujeto. Estas vivencias generan excitaciones que deben encontrar camino hacia un desfogue.

Marty establece que una depresión esencial es aquella desestabilización o cambio producido a partir de un desborde de la capacidad elaboración; por otra parte, la desorganización progresiva haría referencia al cambio psíquico dado a partir de lo traumático (Otero & Rodado, 2004).

Es así, que a partir de la escuela Psicósomática de Paris, con Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Michel Fain y Christian David, se establecen eslabones importantes para posturas nuevas y contemporáneas, además de hacer de la psicósomática un estudio independiente que iba más allá del campo médico y psiquiátrico (Otero & Rodado, 2004).

En resumen, el estudio de la interacción entre los fenómenos psíquicos y somáticos ha sido una idea que se origina desde los pensadores de la época de la Ilustración; sin embargo, cabe señalar que el estudio del vínculo de forma trascendente entre ambos procesos data desde el siglo XIX, a partir del cual se plantean diversas perspectivas sobre la enfermedad psicosomática tanto desde la escuela fisiológica, sociológica y psicoanalítica (Oceáno, 2007).

El trastorno psicosomático es por tanto, un fenómeno que no puede ser estudiado si una de las disciplinas intenta dividir, tanto en la clínica como en la teoría, al ser humano en dos entidades: por un lado el cuerpo y por otro la mente. Ciertamente, cuando a un sujeto le aqueja una dolencia física en un determinado momento de su historia, es imprescindible dar un espacio en ese estudio del padecer, a la posible implicación de un factor de índole psíquico.

Al haber propuesto varias ideas alrededor del concepto de trastorno psicosomático, parece trascendental establecer una diferenciación entre las interrogantes: ¿qué es un síntoma conversivo? y, ¿qué sería un fenómeno psicosomático? Diferencia que será considerada en este trabajo, a partir tanto de la teoría como de la clínica de Freud y a través de los postulados de Iván Sandoval.

Dentro de la práctica clínica, el poder realizar un diagnóstico diferencial entre un síntoma conversivo y un fenómeno psicosomático, parece un trabajo complejo y confuso; sin embargo, desde la clínica médica se plantearon tres elementos como parte del contraste entre un síntoma conversivo y un fenómeno psicosomático.

En primer lugar, un síntoma conversivo no sigue leyes de la anatomía y de la fisiología; por el contrario, un fenómeno psicosomático lleva consigo procesos, tanto anatómicos como bioquímicos y fisiológicos. En segundo lugar, mientras el fenómeno psicosomático está relacionado con una alteración a nivel del sistema nervioso autónomo, el síntoma conversivo conlleva una alteración de los sentidos, la conciencia, la musculatura voluntaria y la inervación periférica. La última diferencia planteada refiere a que los síntomas conversivos no dejan una lesión anatómica en oposición a un fenómeno psicosomático que generalmente deja una señal orgánica verificable (Sandoval, 2005).

Iván Sandoval refiere, en relación a los síntomas conversivos, que los mismos son presentados a nivel de un cuerpo imaginario, son síntomas que ocupan el lugar de aquellos contenidos psíquicos; en la presentación de su demanda se ofrece como una paradoja al médico, psicólogo o psicoanalista, pues se pide por un lado una cura y por el otro, mantenerse en su condición de enfermo. Por el contrario, un fenómeno psicósomático como lo plantea Iván Sandoval se sitúa a nivel de lo real, de un cuerpo biológico; este fenómeno, no entra en el registro del lenguaje por tanto no es posible de analizar o interpretar, tan solo se puede saber que está ahí, a través de los síntomas médicos (Sandoval, 2005).

Antes de proceder a analizar las causas de los trastornos psicósomáticos, es necesario definir qué es el vitíligo, siendo este el concepto clave de la disertación. En el primer capítulo, apartado 1.2, se hará referencia a las posibles causas de este padecer, situándolo alrededor de los trastornos psicósomáticos. La definición propuesta a continuación, es procedente estrictamente desde la visión médica.

El vitíligo es un trastorno poligenético y polifactorial, con una patogenia compleja que no se conoce con certeza. La más aceptada de todas las teorías relacionadas con la patogenia del vitíligo postula una interacción de factores genéticos y no genéticos que afecta la función y la supervivencia de los melanocitos y que, en última instancia, conduce a la destrucción autoinmunitaria de estas células (Stanca A. et al., 2012, p. 792).

1.2. Causas de los trastornos Psicósomáticos

El creciente interés alrededor del fenómeno psicósomático hizo que la investigación de las causas pudiera avanzar de forma eficaz tanto dentro del psicoanálisis y de la psicología en general, como se podrá observar dentro de los siguientes apartados del presente trabajo.

En primer lugar, se partirá a analizar las causas que pueden producir un trastorno psicósomático desde la visión médica; sin embargo, es imprescindible establecer que dentro de la primera parte del desarrollo de la psicósomática se genera una orientación holista que establece que no se puede concebir lo somático alejado de lo psicológico y viceversa.

A partir de esta orientación en el transcurso del estudio de la psicósomática, la teoría psicodinámica comienza a ejercer gran influencia y desde este punto de vista, se reconocen

tres planteamientos que refieren a orígenes específicos como causa de un determinado padecer. Las teorías de especificidad, se pueden distinguir: estímulo – respuesta (un determinado estímulo induce una determinada respuesta fisiológica y en consecuencia una determinada dolencia), individuo – respuesta (un mismo sujeto responde fisiológicamente de forma similar a diferentes estímulos estresores) y por último, psicológico – física (en una respuesta total interviene una asociación entre los componentes psicológicos y físicos), dentro de esta formulación se sitúa a la teoría del conflicto propuesta por Alexander, dentro de su obra “Historia de la Psiquiatría” datada de 1970, en la cual asume que la activación de conflictos inconscientes provocan reacciones fisiológicas que llegan a ser origen o exacerbación de una enfermedad (Océano, 2007).

Si bien, en un inicio la medicina hace referencia únicamente a los aspectos fisiológicos y aquello que podía ser expresado por el paciente y lo observado durante la consulta por el galeno, para realizar un diagnóstico, se puede evidenciar que conforme van surgiendo nuevos avances y teorías, se deja de prestar atención únicamente a los signos claros y notorios de un padecer, en tanto se empieza a hacer referencia a todos los contenidos que podían ser parte en la alteración del equilibrio del organismo.

1.2.1 Visión médica

Al realizar un abordaje de la medicina psicosomática, partiendo del texto de Paul Chauchard legado de 1960, en el mismo se refiere a los desórdenes psicosomáticos como:

Trastornos relacionados con la hiperemotividad, especialmente con la angustia en sujetos inadaptados a la vida que les toca llevar; a su vez esta angustia puede ser más o menos inconsciente y justificable en mayor o en menor grado. La causa de la emoción no hace tanto a su patogenicidad como el grado de control de que es capaz la corteza. Es la insuficiente regulación cortical la que hace siempre a la emoción grave para el organismo y angustiante su repercusión psicológica (Chauchard, 1960. p.75).

A partir de la cita previamente planteada, se puede ver que el autor refiere a los estados afectivos haciendo énfasis en la angustia como una de las principales fuentes de alteraciones

psicosomáticas. Es importante señalar a la corteza cerebral como aquel centro donde diversos mecanismos se encuentran en ejecución para mantener una interrelación constante entre los órganos y el mundo exterior, si bien se sabe que no todos los procesos dentro del cerebro son conscientes, es por tanto necesario situar a los fenómenos psicosomáticos a nivel inconsciente.

Desde los planteamientos de la visión médica entorno a la psicosomática, el manual de Psicopatología de McGraw-Hill (1995), establece un trastorno psicosomático como cualquier patología de carácter orgánico en el que los factores psicológicos están directamente relacionados, tanto en la causa como en el curso de la enfermedad. El análisis de la psicosomática en este campo, habitualmente realiza una división centrando sus estudios en: trastornos cardiovasculares, trastornos del aparato digestivo, respiratorio, diabetes, dolor crónico y problemas asociados al sistema inmunológico (Belloch, 1995).

Respecto a los manuales de diagnóstico de trastornos mentales, específicamente al DSMV constituido por la APA, el mismo establece una nueva categoría desde su perspectiva de “Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados”, refiriéndose a un auténtico sufrimiento del individuo, pese a que se pueda o no explicar médicamente su padecer. Si bien no se hace referencia a los trastornos psicosomáticos como parte de los posibles diagnósticos, se resalta en este capítulo la importancia de los síntomas somáticos asociados con malestar y deterioro significativo de vida del sujeto.

Para aproximarse a un diagnóstico en la categoría de “Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados”, refiere la APA que, pese a que la ausencia de explicación médica para estos síntomas, como parte del diagnóstico, se debe hacer referencia a los síntomas positivos y a los signos que una enfermedad puede presentar; es importante hacer referencia que, dentro del diagnóstico de “Factores Psicológicos que influyen en otras afecciones médicas”, se menciona a los mismos como elementos que pueden alterar el curso de la enfermedad, ser intervinientes dentro tratamiento, como factores de riesgo adicionales para la salud o como causa posible de precipitar o agravar los síntomas (APA, 2014).

A partir de lo señalado en el párrafo anterior, alrededor de la visión de la medicina, específicamente desde los postulados de los manuales diagnósticos, si bien hoy en día parecería que todas las enfermedades podrían entrar en el campo de la psicosomática, es

necesario advertir si son los médicos de distintas especialidades, quienes en la actualidad, únicamente al verse desprovistos de una causa verificable del padecer y al no contar con un plan de intervención, toman ésta como única referencia para concluir que la enfermedad se encuentra alrededor de la psicósomática; pues si bien se exponen aquellos signos y síntomas que se pueden presentar en un determinado período de tiempo, finalmente lo que se genera es una etiquetación del sujeto entorno a su padecer, más sin tomar en cuenta el verdadero origen, la historia y la parte subjetiva que una enfermedad puede tener.

No obstante, haciendo referencia a algunos postulados de la medicina moderna, el avance en sus estudios propone actualmente una concepción psicógena y holista del campo de la psicósomática, lo cual implicaría el estudio del sujeto, en un sentido de totalidad, en tanto que lo físico, (refiriéndonos a lo orgánico, fisiológico y biológico) está estrechamente vinculado a lo psíquico, en el cual estresores ambientales, estrategias de afrontamiento, características personales, modos de reacción a sucesos estresantes y conductas relacionadas con la salud serían sus principales componentes (Belloch, 1995).

En el transcurso del planteamiento de las distintas teorías desde la visión médica se va indagando, paulatinamente, la relación entre el alma y el cuerpo, a su vez se va planteando gradualmente una idea acerca de un componente emocional en la vida de la persona que precipita el apareamiento de un trastorno que deja una marca verificable en el cuerpo.

1.2.2 Visión Psicológica

Ahora bien, desde la observación y el estudio clínico propios de la psicología se ha podido indicar que son los distintos estados anímicos, aquellos que influyen de manera radical en la adquisición de una enfermedad; en varios textos psicológicos, se menciona como posibles orígenes del trastorno psicósomático al estrés, la ansiedad y las emociones, debido a que estos pueden alterar tanto la química corporal como el funcionamiento de los órganos y los distintos sistemas, haciendo énfasis alrededor del sistema nervioso e inmunológico (López, 2000).

Debido a la interdependencia que existe actualmente entre el concepto de estrés, emoción y ansiedad, el abordaje de estos tres términos desde los postulados de Lazarus en las décadas de los 80 y 90, pueden ser tomado desde un punto de vista, en el cual la ansiedad, siendo

una emoción propia del estrés, llega precipitarse y elevarse en un alto grado, cuando el sujeto no se encuentra seguro de su capacidad de manejar el mundo; a partir del modelo propuesto por el autor, se reconoce que existen cuatro variables ambientales que influyen de forma directa sobre las emociones y el estrés: las limitaciones, demandas, oportunidades y la cultura; es así que, cuando un suceso estresante surge, los recursos de afrontamiento que se encuentran siempre ligados a las relaciones de la persona y su medio marcan una acertada o defectuosa regulación emocional (Lazarus, 2000).

Continuando con esta misma idea, un trauma deviene en el sujeto cuando la relación entre las demandas y los recursos es desproporcionada, por tanto la indefensión que siente el sujeto frente los requerimientos propios y del entorno llegan a fundar emociones desagradables o un desequilibrio del cual el sujeto no es consciente, a su vez son emociones que pueden dar paso a una alteración a nivel del organismo que evidenciaría de forma real un conflicto interno (Lazarus, 2000).

Como parte también del estudio de la psicopatología, desde los postulados propiamente humanistas, se plantea el método de “Bioneuroemoción”, que proyecta al ser humano en un sentido de un cuerpo que se encuentra siempre marcado por contenidos inconscientes y una realidad biológica; por tanto, una unidad en la cual lo psíquico, emocional, energético y físico son parte de un escenario del cual el sujeto podría ser capaz de tomar conciencia y modificarlo a su favor (Fléche, 2015).

Christian Fléche expone en su texto “El origen emocional de las enfermedades” el postulado de la biología que indica: “todo lo que no se expresa, se imprime” (2015, p.24) el mismo que quiere decir todas aquellas emociones que no pudieron ser puestas en palabras o gestos, se quedan en el interior de la persona hasta que encuentran una forma de manifestarse creando una disfunción a nivel corpóreo; para entender el método de la Bioneuroemoción, se realiza una especificación de cada enfermedad en el contexto del órgano afectado y su correspondiente sistema (Fléche, 2015).

El vitíligo, al localizarse en las capas dermis y epidermis, desde el enfoque previamente mencionado, refiere entonces a un conflicto establecido alrededor de varios elementos entre ellos: separaciones vividas con malestar, pérdida de contacto corporal con otros, sentimientos de suciedad, desprotección o deshonra. Al ser el síntoma principal del vitíligo,

las manchas blancas alrededor de todo el órgano de la piel, simbólicamente se establece la representación de un deseo que la luz penetre por esos agujeros, o esas manchas de despigmentación, e ilumine aquello que en su momento probablemente no pudo serlo; esclareciendo lo antes expuesto, Christian Fléche a partir de la exposición de un caso refiere: “Ella tiene toda la piel blanca y los faros de los coches la deslumbran fácilmente. Quiere que penetre en su interior la mayor cantidad de luz posible” (Fléche, 2015).

Es así que, en relación a todas las enfermedades, la descodificación biológica propone el dominio de la persona de descifrar y traducir los mensajes que se expresan en el cuerpo como método más acertado dentro de una curación; no obstante, específicamente en relación al vitíligo se establece un énfasis en el estudio trasgeneracional como parte del tratamiento, debido a que las manchas blancas serían la muestra física externa de un conflicto de separación (Fléche, 2015).

Dejando de lado la Bioneuroemoción y, realizando una aproximación a otros enfoques desde el campo de la psicología, la Nueva Medicina Germánica (NMG) propuesta por el doctor Ryke Geerd Hamer, citado por Markolin en la página digital “The New German Medicine”, concibe a las enfermedades como un resultante de la interacción biológica de tres niveles: psique, cerebro y el órgano afectado; niveles que trabajan interrelacionadamente y de forma sincronizada; pues ante un conflicto que irrumpe en la cotidianidad del sujeto, como puede ser en orden de una separación imprevista, sentimientos de abandono, la pérdida de un ser querido, diagnósticos inesperados, temores, enojos o preocupaciones de gran magnitud se activa un lado específico dentro del cerebro que acarrea respuestas físicas (Markolin, 2016).

Frente a las situaciones de imprevisto antes expuestas, se generan experiencias traumáticas que desde la visión de la Nueva Medicina Germánica (NMG) se denominó como Síndrome de Dirk Hamer. Siendo el tema de interés, las alteraciones a nivel cutáneo, pese a no hacer énfasis alrededor del vitíligo, se establece que las enfermedades de la piel son padecimientos con un trasfondo de estrés emocional, vistas desde la teoría de NMG como pertenecientes al conjunto de conflictos causados por una separación donde un ser querido es alejado, arrancado o sacado de la piel del paciente. Como parte del tratamiento propuesto desde la nueva medicina Germánica alrededor de estos trastornos, la clave se encuentra en

identificar la situación original del conflicto y aquellos factores que intervinieron en su proceso (Markolin, 2016).

Se puede ver que los dos planteamientos antes expuestos, tanto la Bioneuroemoción como la NMG toman al cuerpo en un sentido biológico, siendo las enfermedades respuestas en el organismo a conflictos de nivel psíquico; es importante señalar también que estas dos ramas de igual manera proponen que los síntomas entran un sentido y siendo el sujeto proclive a crear una enfermedad es también capaz de encontrar un camino de curación a la misma.

Actualmente no cabe duda que las emociones desde la visión psicológica juegan un papel fundamental tanto en el bienestar como malestar físico y psicológico y de igual forma en nuestro desempeño en lo social, rescatando un rol fundamental en los mecanismos de adaptación y defensa del sujeto; cuando los niveles en los que el sujeto experimenta ciertas emociones sobrepasan los límites dentro de lo considerado “normal”, se genera un desajuste que nos remitiría a la idea de un sujeto que captó, valoró y asumió una situación de forma subjetiva con cierto grado de malestar.

Antes de abordar los postulados desde la visión psicoanalítica, es preciso situar el concepto de Alexitimia como posible causa también de los trastornos psicosomáticos; pese a ser una noción generada desde los postulados de la teoría psicoanalítica actualmente el concepto ha sido estudiado y amplificado desde diversos puntos de vista como lo es desde la psicología general. A partir de la reseña del psicólogo Xavier Caseras, la alexitimia fue un concepto propuesto por Sifneos en 1973, cuyo significado literal sería “sin palabras para las emociones”, una persona alexitímica es entonces aquella que tanto de forma verbal como a través de gestos, miradas, signos y expresiones no puede identificar y exponer sus emociones; a su vez, se relaciona el perfil alexitímico con la predominancia de un tipo de pensamiento concreto, por tanto se infiere también problemas alrededor del manejo simbólico de las emociones, en su capacidad de fantasear y asimismo de imaginar (Oceáno, 2007).

El concepto anterior fue abordado y situado en relación a la visión de la psicología debido a que actualmente una serie de investigaciones psicológicas establecen un perfil de personalidad alexitímico en el cual se enumeran ciertos rasgos característicos de esta tipología.

1.2.3 Visión Psicoanalítica

Para analizar las causas de los trastornos Psicosomáticos desde la visión psicoanalítica se revisará en este acápite específicamente la teoría de Sigmund Freud y varios teóricos psicoanalíticos de la misma rama que hacen referencia a los conceptos claves alrededor de la idea de un cuerpo que manifiesta a través de síntomas somáticos conflictos psíquicos a nivel inconsciente.

Al haber establecido previamente en la parte correspondiente a la definición del trastorno psicosomático su diferencia con un síntoma conversivo, ahora al abordar las posibles causas de la psicosomática es necesario reconocer que Freud no hace referencia específicamente a este término. Si bien, desde la teoría psicoanalítica se establece la formación de un síntoma desde el estudio de los casos de la histeria, algunos de estos postulados serán ampliados alrededor de los síntomas psicosomáticos, tomando la idea sustancial de que los síntomas no son indicios fortuitos, si no por el contrario, muestras orgánicas con una significación que pide ser develada.

Es pertinente, en primer lugar definir un síntoma como un “fenómeno subjetivo que, para el psicoanálisis, constituye no el signo de la enfermedad sino la expresión de un conflicto inconsciente” (Chemama&Vandermersch, 2010, p.637). El síntoma, es el indicio más claro de que una enfermedad se encuentra allí, que se deja ver no solo por quien lo padece sino que a su vez se muestra a los demás, a un otro que en primera instancia puede ser un profesional de la salud. En relación a este encuentro del sujeto con el profesional, ciertamente se debe analizar cómo se mencionó anteriormente el factor de que numerosos clínicos sitúan casi de forma inmediata el malestar del sujeto dentro de una categoría diagnóstica y enmarcan su tratamiento en la desaparición breve de los síntomas.

Al encuadrar el proceso de curación alrededor de la supresión de los síntomas, se puede indicar que se estaría dejando de lado la idea del síntoma como un elemento subjetivo y a su vez omitiendo la concepción del síntoma como una formación que entrelaza una serie de contenidos; es allí, donde cabe cuestionarse ¿Son los síntomas indicios de una enfermedad que nos remiten a una historia vivida con cierto nivel de malestar al cual no se lo supo direccionar de forma diferente que modificando ese caparazón visible y táctil para los otros?

Freud al hablar de los caminos de la formación del síntoma establece: “una de las dos partes envueltas en el conflicto es la libido insatisfecha, rechazada por la realidad, que ahora tiene que buscar otros caminos para su satisfacción” (Freud, 1916/1998, p.327). Al hacer referencia a la libido podemos precisar que se trata de: “energía psíquica de las pulsiones sexuales que encuentra su régimen en términos de deseo” (Chemama&Vandermersch, 2010, p.401).

Generadas a partir de excitaciones corporales, se sabe que las pulsiones (de carácter sexual a partir de los planteamientos de Freud), crean un estado de tensión pese a que su fin último sea la eliminación de dicha tensión; cuando el coste de estas excitaciones es altamente elevado y los sistemas funcionales se encuentran demasiado estimulados se crea un estado de desorganización interna en el individuo. Dentro de los primeros escritos de Freud, se establece que esta suma de excitaciones antes referidas dan paso a una tensión libidinal que al tener un carácter acumulativo y al no poder ser descargadas generan así un estado de angustia (Freud, 1916/1998).

Siendo el síntoma un sustituto de la moción sexual reprimida, se puede concluir que los mismos son siempre vías de satisfacción a una carga energética en el cumplimiento de un deseo que efectivamente, se puede decir se dio de forma alterada. Se ponen en juego así dos elementos claves, por un lado la búsqueda de la satisfacción pulsional y por otro una censura a la misma siendo esta la posible causa psíquica del desarrollo de los síntomas somáticos. En síntesis, aquel exceso de excitación antes referida y aquella intensa carga emocional, no pudo ser evidentemente expresado por la persona, debido a que su representación psíquica, residió con un carácter prohibido o insoportable para el sujeto.

El síntoma es generado desde lo inconsciente; el síntoma encubre una parte de la historia del sujeto que está por fuera del campo de la conciencia debido a esa carga emocional ya anteriormente descrita; al llegar a este punto, cabe decir que en el caso de los trastornos psicósomáticos el sujeto no advierte en muchos casos de su existencia; sin embargo, pese a no poder dar cuenta del origen, el entramado o la significación de sus síntomas a un otro por medio de la palabra, encaja a los mismos en otra forma del lenguaje: como indicios observables de una enfermedad instalados orgánicamente en un determinado órgano o tejido.

En el texto “El sentido de los síntomas”, Freud sostiene “el sentido de un síntoma reside, según tenemos averiguado, en un vínculo con el vivenciar del enfermo” p.247. A través de la cita planteada se conoce que es en el encuentro entre Freud y Jean Martin Charcot, por medio del cual se afirma que los síntomas en el caso de la histeria no tienen una causa orgánica específica; y por tanto, se pueden identificar como síntomas que cuentan con un sentido; al hacer referencia a un sentido es hablar de un significado, un origen, un mensaje, una solución o quizás de un por qué (Brady, 1979).

Por otra parte, al referirse al vivenciar del enfermo es acceder a reconocer que un síntoma es siempre una formación ligada a la historia del sujeto, una señal de que algo no se dio de forma correcta, también alrededor de los vínculos mantenidos con un otro, que desde mucho antes de su nacimiento fue un el vínculo que tuvo un papel protagónico en el devenir de su historia.

Un vivenciar psíquico que forja un fenómeno a nivel de lo físico, lo real y corporal, genera síntomas que son a su vez una muestra hacia el exterior en una tentativa de cura. Bien parecería por todo lo anterior, precisar el carácter de ganancia que un determinado síntoma puede poseer. “El motivo para enfermar es en todos los casos el propósito de obtener una ganancia. El enfermarse ahorra, ante todo, una operación psíquica, se presenta como una solución económicamente cómoda en caso de conflicto psíquico (refugio de la enfermedad) por más que la mayoría de las veces se revele después inequívocamente el carácter inadecuado de esa salida” (Freud, 1916/1998).

En el caso de las enfermedades de carácter orgánico referidas propiamente desde los postulados de Freud se establece que la ganancia de la enfermedad es una característica propia de los síntomas desarrollados por el sujeto. Pese al hecho de que los síntomas son actos perjudiciales para el sujeto se plantea dos tipos de ganancia que una enfermedad puede acarrear distinguidos a continuación desde el diccionario de Psicoanálisis de Laplanche:

El beneficio primario de una enfermedad es la satisfacción que se encuentra en el síntoma siendo este un posible camino a la evitación de conflictos penosos, por otro lado con relación al exterior del sujeto el beneficio primario haría referencia a las modificaciones que un síntoma puede fundar con respecto a las relaciones interpersonales del sujeto. Ahora bien, respecto al beneficio secundario es la

ganancia suplementaria o la forma en la que el sujeto utiliza una enfermedad previamente constituida y obtiene ventajas de la misma, las ventajas obtenidas del síntoma se trata de satisfacciones propiamente narcisistas o de autoconservación (Laplanche, 1974, p.45).

Es preciso por tanto, al hablar de un padecer y sus determinados síntomas como un fenómeno plenamente subjetivo, que la persona da cuenta a otro, en un posible intento por combatirlos. Es así, que el hecho de generar síntomas es la esencia de una enfermedad que a su vez es un fenómeno relacionado con lo común o “normal” dentro de los sujetos.

1.3. Distintas Lecturas Psicoanalíticas del trastorno Psicosomático

1.3.1 Alice Miller

Alice Miller como parte de su obra “El cuerpo nunca miente”, realiza un estudio de la vida y obra de importantes autores como Dostoievski, Chéjov, Kafka, Nietzsche entre otros, para concluir que alrededor del desarrollo de una enfermedad se encuentra la idea de acatar lo que la autora propone como el cuarto mandamiento: “Honrarás a tu padre y a tu madre” que la misma lo transcribe posteriormente como “Si quieres vivir muchos años debes honrar a tus padres, aunque no se lo merezcan; de lo contrario morirás perpetuamente” (Miller, 2014, p.20). Este mandato nos remite a la relación entre la moral y el cuerpo.

Al establecer la idea de que las funciones orgánicas reaccionan a emociones vividas y no a preceptos morales, cabe pensar en la historia de un individuo que ha tenido traumas durante su infancia producidos a partir de violencia padecida o del tipo de relación entablada con los progenitores. En relación al estudio de la vida de los autores mencionados por Miller, se sienta la idea de que con el paso de los años se idealiza unas figuras parentales que posiblemente jamás existieron; esta noción remite a la negación de un pasado y de su verdad. El destierro de estas emociones infantiles de la conciencia es lo que abre un camino nuevo a un ataque hacia su propio cuerpo, allí donde estuvo un cuerpo que padeció encontró la necesidad de expresarse en otro lenguaje, posiblemente como enfermedad.

La moral puede dictar lo que debemos y no debemos hacer, pero no lo que debemos sentir. Porque no podemos producir ni eliminar sentimientos auténticos; lo nuestros cuerpos único que podemos hacer es disociarlos, mentirlos a nosotros mismos y engañar a nuestros cuerpos (Miller, 2014, p.34).

Como lo fue, en los distintos casos de los escritores antes mencionados, los componentes de su vida pudieron haber sido expresados en parte dentro de sus obras compuestas, sin embargo fue una verdad que quedó en el inconsciente, en su historia; siendo su infancia reprimida y negada, cabe suponer si mediante la formación de síntomas se destinó al sujeto a admitir y hacer conscientes sentimientos reales, desatados de cualquier tipo de moral.

Finalmente, es necesario decir que a partir de los postulados de Alice Miller, un adulto o un niño que han mantenido durante un periodo de tiempo emociones encerradas o no confrontadas, crean un agujero que según la autora pretende ser en algún momento llenado, y siendo el cuerpo del sujeto tan sabio, llega a conocer con exactitud aquello que le falta, aquello que precisa y todos esos contenidos que formaron parte de su infancia y ahora provocan una enfermedad a nivel psicosomático (Miller, 2014).

1.3.2 Luis Chiozza

“La enfermedad, padecimiento (pathos), como molestia, conforma inevitablemente un acontecimiento psicológico y, ya que puede ser comunicable, transferible, capaz de despertar afectos y cambios en el otro, constituye además un acontecimiento social.” (Chiozza, 1997-2008, p.245).

A partir, de los legados del médico psicoanalista Argentino Luis Chiozza, quien toma como principal referente la teoría de Freud, plantea un sinnúmero de conocimientos alrededor de la psicosomática; para Chiozza las enfermedades se establecen como historias subjetivas que reciben un sentido que consigue ser un segmento inseparable de la historia del sujeto; si bien, este segmento repercute en la historia de la persona y de forma directa en sus afectos, es a su vez un fenómeno que trae consigo una repercusión en el entorno social (Chiozza, 1997-2008).

Pese a que la enfermedad es un fenómeno que el sujeto lo siente como un acontecimiento ajeno, dado por la vida, la verdad es distinta, cada uno es un actor principal de su propia

historia donde se produce un fenómeno subjetivo. Al hablar de un padecer subjetivo, que involucra algún grado de sufrimiento es preciso indicar que son aquellas emociones reprimidas, que se revelan al exterior las mismas que alteran la función de uno o varios órganos; respecto a esos contenidos reprimidos, los mismos retornan como síntomas a la vida del sujeto, es así que se sienta la idea de una serie de circunstancias vitales sujetadas entre sí que forman una historia, cuyo final tiende a desplegar un padecer a causa posiblemente del carácter insoportable de los mismos (Chiozza, 1997-2008).

Las enfermedades como respuestas dadas de forma inconsciente, buscan dar una solución o una tramitación a esa propia historia; el autor refiere entorno a esta idea, que las enfermedades por tanto, se pueden dirigir hacia tres fines: para curarse, para padecer por siempre la molestia o para morir con la misma. Para Chiozza la enfermedad es la mejor solución que el enfermo ha podido lograr, por lo que podemos entender constituye el precio de sanar o calmar ese drama que se detuvo en el tiempo y dejó delante una marca en el cuerpo. (Chiozza, 1997-2008).

Antes de concluir con los postulados de este autor, si bien, se puede afirmar que las enfermedades físicas son una forma de lenguaje, al analizar e interpretar sus componentes, es elemental abordar el significado propio que tiene para cada sujeto. Es preciso decir también, que cuando un problema afecta a un órgano específico y no a otro, se ponen en juego fantasías inconscientes, por medio de las cuales el sujeto enlaza la finalidad o la utilidad de cada órgano con un significado; como es el caso del órgano de la piel como protección hacia el exterior (Chiozza, 1997-2008).

1.3.3 Joyce McDougall

Desde la teoría de la autora Joyce McDougall, el abordar las expresiones pregenitales y arcaicas de la sexualidad es el punto de partida para el estudio de la psicósomática.

La relación del recién nacido con las figuras parentales desde el momento mismo de la concepción, marca el funcionamiento somatopsíquico de este nuevo sujeto. Al contrastar poco a poco la diferencia entre su cuerpo y el de su madre va diferenciando también aquellos contenidos psíquicos de aquellos físicos o corporales.

Por un lado la figura materna juega un rol transcendental, Mc Dougall señala que dentro de su estudio con pacientes somatizadores el objeto materno pudo presentarse de dos formas completamente distintas, por un lado, como una madre que rechaza todo tipo de contacto físico con el bebé debido al miedo a ser absorbida o vaciada por el mismo, lo que deviene consecuentemente en el desarrollo de una independencia precoz en el niño tanto a nivel físico como mental, de igual manera este tipo de relación induce de forma prematura a una comunicación simbólica con su entorno; por el contrario, la figura materna que se muestra demasiado próxima en su relación con el niño, no da paso al desarrollo autónomo de este nuevo sujeto pudiendo quedar así enganchados en la fantasía de ser uno solo (McDougall, 1989).

Con relación a la imago paterna, la autora refiere que a partir de los procesos analíticos, en la mayor parte de los casos observados y estudiados, resguardando de igual manera ciertas excepciones, la estructura edípica en estos sujetos fue incorporada a una organización primitiva, donde la imagen del padre puede estar tanto deteriorada como completamente ausente, desempeñando un papel relativamente insignificante tanto en la vida de la madre como del niño (McDougall, 1989).

Como parte del proceso de la estructuración psíquica el niño se reconoce como un nuevo sujeto, dueño de su cuerpo, sus pensamientos y de aquello que siente. Al relacionar los fenómenos psicosomáticos como histerias arcaicas, los sitúa alrededor de conflictos donde la psique busca por medios infraverbales o primitivos enviar un mensaje, que pese a corresponder a un orden presimbólico está cargado de un sentido psicológico; la autora refiere, que en esta utilización que hace la psique del cuerpo previene quizá de angustias que al alcanzar la conciencia serían de orden psicótico. “(...) una erotización primitiva que implica al cuerpo entero, que se ofrece como lugar de conflicto. Esta organización pretende constituir una apariencia de identidad subjetiva y proteger contra la muerte psíquica.” (McDougall, 1989, p.83).

Según la autora, el mecanismo de defensa de la psique en el caso de los fenómenos psicosomáticos se asemeja a lo que Freud denominó “Verwerfung”, mecanismo que a su vez Lacan lo asoció directamente a la psicosis. Estas defensas psicóticas, asociadas a los fenómenos psicosomáticos remiten a la idea de conflictos censurados y expulsados de la

psique que posteriormente son trasladados al cuerpo alterando de algún modo el funcionamiento orgánico (McDougall, 1989).

Es preciso enfatizar a partir de las ideas propuestas por la autora la diferencia entre los sujetos que somatizan, quienes pueden presentar una serie de síntomas de orden psíquico, y no llevan inmerso un daño a nivel corporal de aquellos sujetos en los cuales los síntomas presentes conllevan un daño físico real, generados a partir de contenidos que no pudieron alcanzar una expresión psicológica y así abrieron paso a una crisis somática.

McDougall establece que si bien todos los seres humanos son proclives a somatizar, para el apareamiento de un fenómeno psicósomático son precisas ciertas circunstancias internas o extras al individuo que excederían los modos psicológicos de resistencia, por aquello se entiende una condición de desborde de afectos que no alcanzan representación alguna en la conciencia del sujeto.

Finalmente, al ubicar los síntomas psicósomáticos como soluciones de compromiso, cuando la angustia es intransmisible por medio de la palabra, se establece que al igual que los sueños los síntomas son otorgables de un sentido; a través del psicoanálisis como un camino de escucha hacia este tipo de lenguaje, se puede revelar un drama único y particular que tomó como escenario un cuerpo (McDougall, 1989).

1.3.4 Jorge Ulnik

A través de sus escritos “El psicoanálisis y la piel”, Jorge Ulnik señala a este órgano como la puerta de entrada en el estudio de la Psicósomática; para el autor, cuando los afectos y las sensaciones son tratados como si fueran palabras, estaría dándose paso a una afección de índole psicósomática. “Frente a la falta de unión de las sensaciones y a la imposibilidad del psiquismo de elaborarlas e integrarlas, se logra la unificación a través de la enfermedad.” (Ulnik, Inconciente, 2010-2011). Dicho esto, se entiende como enfermedad psicósomática a la sustitución de pensamientos, palabras, afectos o conflictos en el cuerpo.

Al hablar de los padecimientos psicósomáticos, debemos señalar que los mismos aquejan a un sujeto inmerso en la trama de una historia individual, familiar y objetal que transcurre de acuerdo a un conglomerado de pautas establecidas por una sociedad; a partir de lo

expuesto, la significación que tiene la misma para cada paciente difiere siempre de los demás (Ulnik, 2004).

Al situar un momento específico en el diagnóstico de un trastorno psicossomático, a partir de los postulados del autor, se puede inferir que el mismo surge de forma posterior a un suceso traumático, pudiendo ser del presente o de la historia pasada; al mencionar un suceso traumático, se hace referencia a un acontecimiento que la psique no ha podido, integrar, elaborar y tramitar.

Ulnik, concordando con varios dermatólogos y tomando conocimientos de John Bowlby, afirma que los trastornos relacionados a la piel pueden ser encadenados a conflictos emocionales que surgirían en parte en correlación al apego. “El comportamiento de apego es concebido como toda forma de conducta que consiste en que un individuo consigue o mantiene proximidad a otra persona diferenciada y preferentemente individual que es considerada, en general, como más fuerte o más sabia” (Bowlby, 1988). El exceso o déficit de la conducta de apego que toma lugar en los primeros años de vida, proporciona al infante un sentido de seguridad, este sistema funciona a su vez como mecanismo de regulación emocional.

Asimismo dentro de la concepción de psicossomática, el autor señala la formación de un esquema corporal que marcaría el posterior funcionamiento de cada una de las piezas del organismo.

La madre y el padre tienen su propia historia personal y tienen también su propio esquema corporal, que se formó con los mismos elementos que se mencionaban al comienzo: los estímulos sensorio-perceptivos, la relación con el lenguaje y la imagen del semejante. Esta historia familiar y el esquema corporal de cada uno de los padres van a marcar el cuerpo del niño, privilegiando determinados órganos o funciones (Ulnik, 2004, p.219).

En primer lugar, al hablar de estímulos sensorio-perceptivos, al especializarse en el órgano de la piel, Ulnik ubica dentro de la categoría de los receptores sensoriales que revelan estímulos provenientes del medio ambiente al tacto, la temperatura, el dolor superficial, el prurito y cosquilleo; es importante señalar que dentro de los estímulos sensorio-perceptivos, no

solo se destacan aquellos distinguidos por los exteroceptores antes referidos, si no que a su vez, el funcionamiento de los propioceptores, interoceptores conjuntamente con las sensaciones superiores tramitan las diversas sensaciones percibidas por el sujeto (Ulnik, 2004).

Ahora bien, por otra parte en relación al lenguaje y la formación de su esquema corporal, es imprescindible referirse de la figura de un Otro; ya que es en la interacción del recién nacido con la figura primordial donde ocurren las primeras intervenciones del lenguaje. El uso de un lenguaje verbal y aquellas representaciones mentales dan paso a un procesamiento de la información de forma no concreta, lo que quiere decir una elaboración simbólica de los acontecimientos.

Antes de la utilización de las palabras, el niño emite señales que la mamá interpreta adquiriendo un rol de traductora de aquello que le acontece y aun no lo puede nombrar, posteriormente mediante una sola palabra consigue decir aquello que siente. Sin embargo, si la comunicación entre las partes no tiene un funcionamiento adecuado, pasan a ser las reacciones en el soma las que toman el lugar de las palabras.

Así ocurre frecuentemente con el dolor psíquico, que tiende a ser materializado para poder ser pensado. La necesidad de “materialización” del dolor es común de observar aún hoy en muchos pacientes, y las heridas en la piel satisfacen esa necesidad (Ulnik, 2010-2011).

La figura primordial no solo es la principal influencia en el desarrollo del lenguaje infantil si no que al mismo tiempo, es parte en el devenir de un nuevo sujeto deseante. La vivencia de satisfacción, pensada como esa experiencia que se da a partir de un estímulo endógeno que causa displacer, como es el hecho de sentir hambre, requiere de ese otro que al asistir esa necesidad genere un placer, en esta transición de displacer a placer se funda el deseo (Ulnik, 2004).

En la interacción del niño con sus progenitores también es importante situar el proceso de separación-individuación, cuando el pequeño genera una llamada para que sus padres lo asistan en una de sus diversas necesidades, la llamada no siempre se da a través de palabras, puesto que reacciones corporales pueden nombrar esos sentimientos y evocar a las figuras

parentales, que al asistir dan paso a una comunicación en distinto nivel, así se puede configurar un modelo psicósomático ya en los primeros años de vida (Ulnik, 2004).

En definitiva, en la constitución del esquema corporal del sujeto, la imagen unificada de sí mismo y del otro, posibilitan la elaboración de lo interno y lo externo, lo propio y lo extraño. Cuando el esquema corporal se encuentra desarticulado y la identidad del sujeto no ha sido bien constituida, el autor refiere que es allí donde corresponde situar el origen de las enfermedades psicósomáticas.

Por consiguiente, el noción de psicósomático -que guía el presente trabajo- gira entorno de una enfermedad que aqueja al cuerpo biológico en un determinado momento de la historia de la persona; si bien conlleva modificaciones somáticas verificables para el médico, el sujeto y su entorno, tras este cuerpo marcado, se encuentra una historia en la cual los elementos que la conforman movilizaron componentes psíquicos que encontraron una vía de manifestación hacia el exterior, a través de una alteración en órganos o tejidos.

CAPÍTULO II

2. La piel y el vitíligo

Durante la primera parte del presente capítulo, se hará referencia de forma específica a dos autores psicoanalíticos, por una parte Didier Anzieu y su concepción del Yo-piel; y, por otra a Jorge Ulnik, médico psicoanalista y psiquiatra, quien ha recopilado distintas ideas alrededor del cuerpo y la piel, para afirmar que un padecer, como lo es la psoriasis, no es tan solo una enfermedad, sino que en ella se encuentra siempre inmerso algún nivel de sufrimiento, un psiquismo, una historia familiar y un entorno social.

En la segunda parte de este capítulo, al orientar la disertación específicamente al trastorno del vitíligo, se partirá desde los aportes del campo de la medicina para comprender la etiología, los síntomas y los efectos que este trastorno puede tener; tomando en cuenta siempre, que pese a la categorización y generalización desde el campo médico entorno a este padecer, en esta disertación se encuadra al vitíligo como una enfermedad relacionada con la historia de cada sujeto.

2.1. Las funciones y el significado de la piel desde el Psicoanálisis

2.1.1. Referencias de Freud acerca de la piel

Freud menciona a la piel y sus diferentes funciones en varios escritos datados desde 1980; tomando como base los planteamientos de Jorge Ulnik alrededor de esta temática, se hará referencia específicamente a seis puntos en los que Sigmund Freud refiere a la piel.

- a) La piel como zona erógena por excelencia, pudiendo ser excitada o como fuente de excitación sexual, sin referir únicamente en relación a las necesidades biológicas, aludiendo así a la función erótica del contacto.
- b) La relación de la piel con el inconsciente, entrelazando lo somático a un universo representacional “Excitaciones, nuevas ideas y recuerdos antiguos o también asociaciones nuevas pueden ser revividos o despertados por un simple contacto físico en la piel” (Ulnik, 2004, p.38).

- c) La piel como fuente y también objeto pulsional. Como objeto, en relación al autoerotismo, exhibicionismo y masoquismo; como fuente, relacionada a la pulsión de tocar, de apoderamiento y el impulso a entrar en contacto con otro sujeto.
- d) El contacto, como proceso primario, es puente hacia los procesos de pensamiento, fantasía e imaginación; cuando el contacto falta o por el contrario sobra, se puede sentir doloroso, en algunos casos nocivo; este dolor psíquico, a su vez tiende a ser materializado para poder ser pensado.
- e) La piel como capa cortical, siendo receptora de estímulos, es paralelamente una barrera protectora contra los mismos, deteniendo las excitaciones, disminuyendo la magnitud de los estímulos.
- f) Finalmente, Freud hace referencia a las enfermedades de la piel y su articulación con los hechos psíquicos, siendo transcendental su aporte de “lenguaje de órgano”, manifestando la idea de un cuerpo que habla mediante síntomas.

La piel en la obra de Freud ha sido establecida como “zona erógena por excelencia”; al señalar que este órgano puede ser erotizado, es situarse en primer lugar alrededor de la infancia, cuando el niño recibe una serie de estímulos, caricias, y un contacto con el otro que generan algún grado de excitación y van dejando huellas; no obstante, el autor no hace referencia únicamente a su erotización, sino también como se describió en párrafos anteriores a lo largo de sus escritos analiza las diversas funciones de la piel y su relación con los hechos psíquicos.

Continuando con psicoanalistas posteriores a Sigmund Freud, Didier Anzieu desarrolla varios postulados de la teoría Freudiana a partir de un nuevo concepto de Yo-piel.

2.1.2 Yo – piel de Didier Anzieu

Cualquier ser vivo, órgano o célula tiene una piel o una corteza, túnica, envoltura, caparazón, membrana, meninge, armadura, película, tabique, pleura... La lista de los sinónimos de membrana es considerable: amnios, aponeurosis, blastodermo, corión, mesentéreo, corteza, redaña, diafragma, endocardio, endocarpio, epéndimo, red, asadura, himen, manto, opérculo, pericardio, pericondrio, periostio, peritoneo... Un caso significativo es el de ·dura-madre·, envoltura inmediata de los centros nerviosos; es la más profunda de las meninges; contiene los vasos sanguíneos de la médula y del

encéfalo; etimológicamente el termino designa la ·madre-piel·; el lenguaje transmite muy bien la noción preconsciente de que la piel de la madre es la primera piel. (Anzieu, 2010, p.24).

Didier Anzieu en su texto “El Yo – Piel”, especifica varios conceptos alrededor de este órgano, situando a la piel como una capa que envuelve y protege a todos los seres vivos; la amplia terminología que concierne a la piel es debido posiblemente al papel trascendental que tiene en la constitución de un ser vivo (Anzieu, 2010). A su vez, a los vastos estudios realizados desde diversos campos del saber, donde a partir de distintas visiones se ha buscado deducir el significado, la constitución, el funcionamiento, y las diversas afecciones que en ella se pueden presentar.

La piel no es tan solo un órgano de los sentidos, y su importancia no se debe únicamente a su tamaño; su valor se ha establecido también por la serie de operaciones biológicas en las que se encuentra inmersa: transpiración, digestión, respiración, excreción, reproducción, entre otras.

Una piel que trabaja de manera correcta, habilita el movimiento del cuerpo humano, es una barrera protectora ante amenazas del mundo exterior, sostén de la persona, mantiene el equilibrio, ayuda a regular la temperatura, absorbe las sustancias necesarias y elimina los desechos; es así, que siendo este, el órgano más extenso del cuerpo humano posee cualidades táctiles y térmicas que facultan la comunicación y unión del sujeto con su entorno y por el contrario como se mencionó anteriormente, lo separa de él (Anzieu, 2010).

La piel, es encargada de marcar la proximidad del niño con su entorno, posibilitando así las primeras experiencias con otras personas, facilitando los primeros esquemas mentales del yo; es a partir de este punto, donde es preciso señalar las pulsiones de agarramiento y apego. En referencia a los legados de Bowlby, Winnicott, Spitz y Melanie Klein, el autor, Didier Anzieu, reseña la importancia que tienen los cuidados en los primeros meses de vida, no solo en correspondencia a conservar la vida de este nuevo sujeto, sino a aquellos intercambios en los que a través del pecho, las extremidades y el cuerpo en general, el niño es palpado por una madre que a través de sus caricias y manipulaciones va preparando el ingreso del sujeto a la sociedad (Anzieu, 2010).

Específicamente, en referencia a los legados de Bowlby, el autor diferencia las variables fundamentales en la relación materno-filial: la sonrisa, el grito, la succión, el abrazo y la tendencia de agarrarse son parte esencial en la constitución del yo psíquico, y ciertamente son variables fundamentales en la formación del yo corporal. Este vínculo especial con la madre o con la figura primordial da una seguridad al niño que permite progresivamente pasar de una dependencia absoluta de otro a una autonomía total, en la cual, el pequeño se ve como un nuevo sujeto con su propio cuerpo, pensamiento, sentimientos y un mundo interno desconocido para los demás. Sin embargo, si esta etapa de apego está saturada de ansiedad, inseguridad, angustia, desconcierto, culpa, miedo o sobreprotección, se pueden generar vínculos caracterizados tanto por una distancia entre la figura primordial y el niño, como por el contrario, un vínculo en el cual el pequeño se encuentra aferrado a esta figura llegando a parecer uno solo (Anzieu, 2010).

Respecto a la concepción de que el aparato psíquico se constituye en base a experiencias corporales, Anzieu refiere: “la vida psíquica tiene como base las cualidades sensibles, “toda función psíquica se desarrolla apoyándose en una función corporal cuyo funcionamiento traspone el plano mental” (Anzieu, 2010, p.51).

Las experiencias táctiles, por tanto, forman representaciones que constituyen el Yo, lo que consecuentemente funda un Yo-piel, posibilitando el pensamiento de este nuevo ser; los estímulos provenientes del exterior, principalmente aquellos procedentes de la figura materna, son registrados e integrados; vale mencionar que no solo en las experiencias táctiles, simultáneamente el sentido visual y el lenguaje, se imprimen huellas sobre la superficie del Yo-piel (Anzieu, 2010).

En los primeros planteamientos de teoría del Yo- piel, el autor señala que la piel, más allá de sus funciones biológicas, cumple la función de superficie donde se inscriben los primeros registros de la lactancia, los cuidados y las palabras dadas desde el inicio de la vida, la segunda función, como barrera que marca el límite con el exterior y, finalmente, en equivalencia con la boca, como principal medio de comunicación con el prójimo (Anzieu, 2010).

Las funciones que cumple el Yo-piel en equivalencia a lo orgánico y lo psíquico según lo planteado por Didier Anzieu son:

1. Soporte: Yo piel es sostén del psiquismo, refiriendo al concepto de Winnicott “holding”, la función psíquica es interiorizar ese sostenimiento, instituyendo en el bebé un estado de unidad y solidez.
2. Continente: La función de continente del Yo-piel, se da a través de los cuidados que procura la madre, es receptáculo de sensaciones, imágenes y afectos.
3. Paraexcitación: Función que cumple la epidermis o la capa más superficial de la piel, donde se hallan terminaciones nerviosas; la función es proteger al sujeto de la sobrecarga de los estímulos externos.
4. Individuación: Al presentar características diferentes de un sujeto a otro, la función de individuación, da al sujeto un sentido de ser único, la piel es límite de lo individual.
5. Intersensorialidad: Esta función permite la integración e interconexión de distintas sensaciones que se dan sobre una misma envoltura.
6. Sostén de la excitación sexual: La piel es envoltura donde se localizan las zonas erógenas, espacio donde se genera el placer sexual y se diferencian los sexos.
7. Descarga libidinal: Función en la cual se distribuye y establece la energía libidinal.
8. Inscripción de huellas sensoriales táctiles: Esta función a través de la sensibilidad, registrando así la realidad exterior y del objeto.
9. Función toxica: Función negativa y autodestructiva del Yo-piel “Está relacionada con las reacciones autoinmunes, la falta de discriminación entre el Yo y el no Yo, lo propio y lo extraño. Según el autor, esta función tóxica se pondrá en juego en las enfermedades de la piel, como por ejemplo el eccema y otras alergias.” (Ulnik, 2004). (Anzieu, 2010).

Ocho de las nueve funciones estarían a favor de la pulsión de apego, más por el contrario, la función tóxica o autodestructiva se relaciona con la indiscriminación de lo propio y lo extraño, del Yo y no Yo, y precisa el autor hacer un énfasis en relación a las reacciones autoinmunes. “Las afecciones de la piel mantienen relación estrecha con el estrés de la existencia, con las crecidas emocionales y, lo que es más interesante para mi propósito, con las fallas narcisísticas y las insuficiencias de estructuración del Yo.” (Anzieu, 2010, p.44)

Anzieu señala que la función tóxica está relacionada directamente con las enfermedades de la piel, y refiere que allí donde aparece una condición dermatológica, posiblemente hay una piel que adquirió una función de “espejo del alma”.

El niño se comunica con su madre por medio del llanto, el balbuceo, la risa y los distintos gestos que puede expresar acorde a su edad; o por el contrario, sin llegar a producir ningún tipo de sonido o gesto, el pequeño puede expresar sus necesidades, con su cuerpo en general; lo antes dicho, ha sido expuesto para poder aproximar la idea de aquella afección, que parece relacionada con el déficit o exceso de contacto y estimulación, forjando, en palabras del autor, una llamada de atención sobre sí.

Vale terminar esta parte del escrito, alrededor de las nociones de Didier Anzieu citando la siguiente hipótesis: “La gravedad de la alteración de la piel (que se mide por la resistencia creciente del enfermo a los tratamientos quimioterápicos y/o psicoterápicos) está en relación con la importancia cuantitativa y cualitativa de las fallas del Yo-piel.” (Anzieu, 2010, p.46)

2.1.3. La piel - Jorge Ulnik

Como parte del primer capítulo, dentro de los autores de la teoría psicoanalítica que trabajan los fenómenos psicosomáticos, se hizo referencia a Jorge Ulnik; no obstante, a continuación se tratará las concepciones alrededor de la piel de manera más profunda desde “El Psicoanálisis y la piel” y varias videoconferencias del mismo autor.

Al haber enunciado las funciones orgánicas que cumple el órgano de la piel, es preciso abordar las funciones psíquicas en las que, a su vez, se encuentra inmersa siguiendo los postulados de Ulnik, la piel, es puerta de entrada y salida de muchas emociones; esto quiere decir, por un lado, sería un acceso a las propias emociones a través del contacto con los otros y, por otra parte, comunica al exterior componentes de mundo interno. A través de la piel, los seres humanos manifiestan distintos estados afectivos como son: la ira, tristeza, miedo, vergüenza ente otros.

Si bien la piel está vinculada al funcionamiento de los cinco sentidos, refiriéndonos específicamente al sentido del tacto, es éste, el que transforma a un organismo en un sistema sensible, absorbente de sensaciones o estímulos, produciendo así un intercambio con los otros. Sin embargo, al hablar del sentido del tacto, resulta menester referirnos a las distintas acepciones que esta palabra puede tener; el término tacto, se enlaza a la acción de tocar o palpar, y a su vez, nos refiere a aquella acción que es realizada con delicadeza, sutileza o tino.

Ulnik refiere a la piel como un caparazón que se origina en el ectodermo, al igual que lo hace el cerebro, si su formación se da en la misma capa, por tanto, producen neurotransmisores y hormonas iguales. En concordancia con el siguiente enunciado de (Anzieu, 2010), “Igualmente se sabe que la piel (superficie del cuerpo) y el cerebro (superficie del sistema nervioso) derivan de la misma estructura embrionaria el ectodermo” (Ulnik, 2010-2011).

Cuando el ser humano tiene un pensamiento, un deseo o una emoción, reacciona con una determinada conducta, siempre regulada por el cerebro; de igual forma, la piel reacciona en distintas ocasiones por medio de un lenguaje diferente, fuera de palabras. Por ejemplo, frente a un estímulo externo, se genera una emoción como el miedo, que de forma involuntaria activa el sistema nervioso, provocando a su vez una respuesta fisiológica momentánea como puede ser una piloerección o que los vellos de la piel se ericen. Para el autor, la coloración de la piel, la emisión de olores, la descamación, la irritación, si bien pueden ser reacciones momentáneas y pasajeras, si se complejizan y mantienen a lo largo del tiempo, dejan de ser reacciones emocionales de instantes que abren paso a una enfermedad. “Cuando un paciente experimenta un estado afectivo, puede ocurrir que el dolor psíquico o los términos de un conflicto psíquico los sienta en forma concreta.” (Ulnik, 2004, p.139).

Para intentar precisar de qué manera surgen varios tipos de enfermedades, el autor expone que la piel es un órgano que capta todo tipo de estímulos como son las caricias, los abrazos, golpes, la temperatura y un sinnúmero de agentes externos que al rozar la piel, estimulan receptores y, consiguientemente la producción de sustancias, iguales a las originadas por el cerebro. Las sustancias que se produjeron, recorren el sistema circulatorio y el sistema nervioso periférico alcanzando el cerebro, y en es en este centro nervioso, punto donde se estimula el eje hipotalámico, hipofisario y la corteza de glándulas suprarrenales, estructuras encargadas de liberar distintas hormonas. Concluyendo así, que algunas hormonas se generan desde la piel y actúan subsiguientemente sobre la misma (Ulnik, 2010-2011).

El ser humano, a lo largo de su vida, enfrenta situaciones emocionales que, en la actualidad al agruparlos, las personas hacen referencia a padecer un estado de estrés, depresión o ansiedad. Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, específicamente el estrés referiría a una “Alteración física o psíquica de un individuo por

someter su organismo a un exceso de trabajo, de tensión nerviosa, o de cualquier tipo” (Real Academia Española, 2001, párr.1). Este estado de tensión física y psíquica que implica el estrés, viene dado por determinados conflictos que despiertan estados emocionales difíciles de procesar y en ocasiones de hecho no llegarían a ser procesados; cabe decir, que la dimensión de sufrimiento es inmensurable, si se tiene en cuenta que distintas situaciones que llevan a generarlo, tienen un significado que difiere de un sujeto a otro.

Jorge Ulnik puntualiza que la forma de tramitar y vivir las emociones está marcado por la personalidad del sujeto, que permite u obstaculiza la expresión de la afectividad, pero esto viene dado a su vez por lo enunciado y señalado por el entorno. La elaboración de los afectos cuando se da a través de las enfermedades, provocan una modificación del cuerpo, específicamente en el caso de las dermatologías, una modificación de la piel. Este órgano, toma un funcionamiento de pantalla, que en articulación con el inconsciente, comunica de forma no verbal hacia el exterior distintos componentes del psiquismo (Ulnik, 2004).

Tomando en cuenta que la piel es el órgano que más se exhibe y se muestra a otras personas, cuando un sujeto busca marcar esa piel si bien puede llenarla de tatuajes o piercings, parecería que distintas enfermedades como la psoriasis, vitiligo, acné, entre otras, más allá de marcar el cuerpo, entregan sensaciones al sujeto y su entorno, jerarquizando aquellas provenientes de la mirada. “La enfermedad provee sensaciones tan fuertes que apagan a las demás, y que despierta sensaciones en el entorno” (Ulnik, 2004, p.128).

En cuanto al tema de la mirada, la misma es esencial en la construcción de la imagen de uno mismo; el hecho de ver y ser visto, es elemento que forja la sustancia misma del ser desde los primeros instantes de vida. En la construcción de esta imagen se unen dos piezas, una de ellas la imagen que se refleja de uno mismo en el espejo y la otra, aquella que se va edificando en la cotidianidad, donde la mirada de los otros está en íntima relación a cómo el sujeto se reconoce, se siente y existe.

En fin es interesante señalar a la piel a partir de la clínica del autor, como el espacio del cuerpo donde las manipulaciones de orden físico dan paso a manipulaciones del campo psicológico; es decir, por medio del empleo de cremas, aceites, lubricantes, jabones, elementos que si bien ejercen mediante sus propiedades acción y alivio sobre las escamas,

fisuras, sequedad, irritación, o las manchas, mediante su significado simbólico generan una acción sobre el contenido psíquico (Ulnik, 2004).

Tomando el planteamiento de Ulnik (2004) manifiesta que “Cualquiera que sea el desorden dermatológico, el resultado no va a depender solamente de la severidad de la enfermedad orgánica, sino del grado de salud mental en el momento del comienzo de la enfermedad y también en el transcurso de su evolución” (p.112).

2.2. La piel desde el contexto médico

La piel es un órgano elástico que se regenera a sí mismo de forma constante; cumple distintas funciones, al ser hermética al agua impide la pérdida de líquidos corporales, es una barrera contra infecciones y lesiones; está provista de vasos sanguíneos y regula la temperatura corporal; siendo la piel el espacio donde se ubican los receptores sensoriales juega un papel indispensable en el contacto con el medio ambiente (Brady, 1979).

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano, su formación se da durante los primeros meses de vida intrauterina, poco a poco va envolviendo a todos los órganos y tejidos. Su constitución está formada la mayor parte de agua, pero también, de minerales, carbohidratos, lípidos y proteínas (Arenas, 2013, p.25).

Al hablar de la constitución anatómica, si bien depende de cada sujeto, se afirma que una persona de peso y estatura promedio estaría cubierta por 1.85 metros de piel, la cual pesaría aproximadamente 4kg, adquiriendo un volumen de 4000 cm³, y 2.2 mm de espesor; por tanto, lo antes expuesto equivaldría a un 6% del peso corporal (Arenas, 2013, p.1).

Desde el área médica, distintas investigaciones han diferenciado con exactitud las diferentes capas en la piel, distinguiendo así tres principales: epidermis, dermis e hipodermis.

La hipodermis o tejido subcutáneo, está formada por células de adipocitos que producen y almacenan grasas, esta capa de la piel, conserva el calor, protege al cuerpo de agresiones provenientes del exterior y da la textura al tegumento; es aquí, donde se ubican las raíces

del vello. La unión de la hipodermis con la capa sucesiva que sería la dermis, se da a través de fibras de colágeno y elastina (Arenas, 2013).

Ahora en referencia a la dermis, esta es una capa clasificada en dos segmentos, de un lado la capa superficial y por otro la capa profunda; la dermis se compone de nervios, tejido conjuntivo, vasos sanguíneos y anexos cutáneos (Arenas, 2013).

Finalmente en relación a la epidermis, la capa más externa, se va desarrollando desde el primer mes de vida; este tejido estratificado formado de queratinocitos, está compuesto por cinco capas. Partiendo de la superficie a la profundidad, en la epidermis se ubican los siguientes estratos:

- Estrato córneo
- Estrato Lúcido
- Estrato Granuloso
- Estrato Espinoso
- Estrato Germinativo

Precisando específicamente en el estrato germinativo o basal, capa más profunda de la epidermis está formada la mayor parte de las células epidérmicas como son los queratinocitos, juntamente a melanocitos, células de Merkel y Langerhans (Arenas, 2013).

Puesto que esta disertación analiza un trastorno de pigmentación, es preciso hacer referencia específicamente a los melanocitos. Los melanocitos son las células especialistas en la producción de melanina, el pigmento que da color no solo a la piel sino a su vez al pelo y a los ojos. Es conveniente hacer un pequeño recorrido alrededor del origen de los melanocitos.

Durante el desarrollo embrionario en vertebrados se forma la cresta neural (CN) en los extremos dorsales del epitelio neural, dando lugar a células migratorias que colonizan un amplio rango de tejidos embrionarios para dar lugar a diferentes linajes celulares. Entre ellos, neuronas y células de la glía del sistema nervioso periférico (SNP); melanocitos y células endocrinas de las glándulas adrenales y tiroideas y células mesenquimales que forman cartílagos craneofaciales, huesos, dermis, tejido adiposo y células del músculo liso (Aris, 2009, párr.4).

A propósito de la formación de la cresta neural y la migración de sus células desde el saber médico, Aris (2009) refiere que, “comienzan alrededor de las seis semanas en los embriones humanos. Ahí es cuando los precursores de los melanocitos, los melanoblastos, migran a varios destinos como el iris, el coroides del ojo, el oído interno, la dermis y la epidermis” (párr.6).

Los melanocitos por tanto, se producen y activan desde el proceso de embriogénesis y prolonga por el resto de la vida; la importancia de la producción de la melanina no solo radica en dar color a la piel pero también, protege al cuerpo humano de la radiación solar. La cantidad de producción o la pigmentación de la piel varía de acuerdo a la etnia de la persona, de la localización anatómica, la edad, exposición al sol, entre otros factores; no obstante, se hará referencia a continuación a la pérdida o disminución de la pigmentación, específicamente desde el desorden del vitíligo.

2.3. El vitíligo

Cuando la dermatología define el vitíligo Lowell (2010) plantea “Es un trastorno poligénico multifactorial con una patología compleja. Aunque se han postulado varias teorías para explicar la pérdida de melanocitos epidérmicos en el vitíligo, todavía no se conoce la causa precisa” (p.616), a su vez, como parte de la misma fuente se expone: “Se caracteriza por máculas despigmentadas, que pueden agrandarse lentamente con aparición concurrente de nuevas lesiones” (Lowell, et al., 2010, p.616).

El vitíligo es un trastorno que afecta a millones de personas alrededor del mundo, sin importar su país de procedencia, el color de su piel, edad, sexo, etnia u otros factores.

Si bien, hay certeza de que este tipo de enfermedad destruye a los melanocitos de la piel, al indagar su origen a través de textos o de forma verbal a los médicos especialistas, los mismos afirman que se puede deber a un sin número de factores; al estar establecida como una enfermedad multifactorial, se problematiza decretar con certeza cuál es su verdadera causa física.

La etiopatogenia del vitíligo como se refirió anteriormente no es precisa absoluto, entonces bien, se asocia a alteraciones del sistema inmunitario, factores ambientales, traumas físicos, quemaduras, predisponentes genéticos etc.

Se han desarrollado cuatro hipótesis entorno al apareamiento de vitíligo:

- a) Hipótesis Autoinmune: Se presume que algunas enfermedades como la diabetes, enfermedad de Graves, hipertiroidismo, anemia y disfunciones del sistema inmunológico se enlazan al vitíligo; se detectan anticuerpos que atacan al sistema melanogénico.
- b) Hipótesis Neural: Propone que en las terminaciones nerviosas liberan un compuesto químico que destruye los melanocitos o a su vez inhibe la reacción tirosina - tirosinasa
- c) Hipótesis Autotóxica: Se sustenta en la sobreactividad de los melanocitos que trae su propia muerte; la aceleración de los receptores de la melatonina, hormona que estimula los melanocitos, hace que se altere la regulación de la melanogénesis en consecuencia la pérdida total de los melanocitos.
- d) Hipótesis Genética: Parte del supuesto de que los individuos con vitíligo tienen antecedentes familiares del mismo padecimiento (Sánchez, et al., 2011).

Según Santander expresa que:

Hoy día se proponen modelos estadísticos que intentan explicar la herencia el vitíligo; en ellos está considerado el componente familiar, porque una pequeña proporción de vitíligo es transmitida en forma de herencia autosómica dominante o excesiva; se propone un componente genético multifactorial que predispone a ciertos individuos a tener vitíligo que también sería responsable de la compleja manifestación clínica de la enfermedad (2014, p.12).

Sin embargo, frente a lo referido en el párrafo anterior, en la mayoría de los casos se presentan de forma esporádica, es decir, no se halla precipitantes genéticos que predispongan al individuo al desorden; es allí, cuando se da paso a inferir que la presencia de factores de índole psicológico como son el stress, la depresión, la ansiedad y otros estados afectivos caracterizados por niveles de inadecuación tanto consigo mismo como con el entorno.

2.3.1. Diagnóstico:

Para el diagnóstico del vitíligo principalmente se elabora un examen clínico; el examen es realizado con una lámpara de Wood, a través de transiluminación se detecta anomalías y trastornos de la pigmentación de la piel.

Puesto que el vitíligo es asociado con varias alteraciones del sistema inmunológico, los médicos pueden servirse también de distintos exámenes de laboratorio y conteos sanguíneos completos para elaborar un diagnóstico preciso.

2.3.2. Evolución y tipos de vitíligo:

Al tratar el desarrollo del vitíligo a partir de la observación se ha podido constatar que su inicio es a partir de una o diversas máculas, que sucesivamente van aumentando en número y tamaño. Afectan a la piel de cualquier zona del cuerpo y con frecuencia aparece en el rostro, alrededor de los orificios naturales, prominencias óseas, manos, axilas o zonas que hayan sido sometidas a traumatismos (Santander, et al., 2014).

Se ha clasificado al vitíligo según varios parámetros como es: la localización, el pronóstico de la enfermedad y por la extensión de las manchas blancas; haciendo referencia específicamente a la clasificación de Fitzpatrick se determina los siguientes patrones:

- a) Vitíligo Focal: Es aquel que se localiza en una o pocas áreas de la piel, las máculas se caracterizan por estar aisladas, no obstante, en la mayoría de los casos se ubica próximo al nervio trigeminal, a su vez puede comprometer el cuello y tronco de la persona.
- b) Vitíligo Segmentario: Este tipo es el más frecuente en los niños, no se asocia con enfermedades inmunológicas. Se caracteriza por máculas unilaterales de distribución determinada.
- c) Vitíligo acrofacial: Compromete partes distales del cuerpo humano, como es el caso de la despigmentación de la parte distal de los dedos de la mano o la zona que rodea los labios.
- d) Vitíligo Generalizado: Conocido también como “Vitíligo vulgar”. Se manifiesta como múltiples máculas generalizadas extendidas alrededor de todo el órgano de la piel.
- e) Vitíligo Universal: Afecta a casi todas las áreas del cuerpo, usualmente quedan pocas partes pigmentadas; se asocia al síndrome de endocrinopatía múltiple.
- f) Vitíligo mucoso: es aquel que compromete únicamente a localizaciones mucosas. (Lowell et al., 2010).

2.3.3. Epidemiología:

La epidemiología del vitíligo investigada en distintas fuentes de años contiguos, señala que la incidencia mundial del vitíligo varía del 1 al 3% de la población. Al situar referencias que datan hasta el año 2014 la cifra mundial aproximada era del 1 al 2%, como se muestra en la publicación de Dermatología Argentina “Impacto de calidad de vida en vitíligo” o Fitzpatrick Dermatología en medicina General. Sin embargo, esto es preciso de mencionar, pues al momento de analizar nuevos textos, publicaciones y datos de la OMS, se puede concluir que el número de personas con esta enfermedad se encuentra en aumento (AEDV, 2016).

El vitíligo puede aparecer a cualquier edad, pero en casi la mitad de los casos se manifiesta durante la etapa de crecimiento activo, antes de la edad de 20 años y en 70 a 80% antes de los 30 años de edad (Santander et al., 2014, párr.9).

Tanto niños como adultos son afectados por el vitíligo, no obstante se registra un mayor número de casos de mujeres afectadas, y esto se puede deber probablemente a que la afectación psicológica tanto para niñas como mujeres es mayor, por tanto, acuden con más frecuencia a solicitar atención de los profesionales de la salud.

2.3.4. Tratamiento:

La medicina ha logrado muchos avances respecto a tratamientos para el vitíligo, la mayor parte de ellos enfocados en repigmentar las zonas afectadas, si bien, alcanzan en muchos casos este fin, son tratamientos, de los cuales ninguno de ellos ha podido ser apropiado para todos los pacientes de vitíligo y a su vez, como presentan ventajas tienen sus contraindicaciones.

A los tratamientos que han sido estudiados y aplicados para la repigmentación se los puede dividir en dos grupos de acuerdo a la extensión del compromiso de la enfermedad. Por un lado si se ha comprometido menos del 20% de la superficie cutánea, el tratamiento estaría dirigido a corticosteroides, inmunomoduladores, calcipotriol tópico o la combinación de los mismos. En el caso de no obtener respuestas ante los tratamientos antes mencionados, se procedería a tratamientos de fototerapia dirigida y finalmente, si no se obtiene resultados se puede proceder a realizar un trasplante tanto de melanocitos como de injertos cutáneos (Lowell et al., 2010).

Cuando la afectación del vitíligo es igual o mayor al 20% de la superficie cutánea, los tratamientos estarían dirigidos a procesos de luz, en sus distintas variantes. Finalmente, en caso de que este afectado un porcentaje mayor al 50% del órgano, el tratamiento sería inducido hacia una despigmentación uniforme (Lowell et al., 2010). La despigmentación completa es aceptada por muchos pacientes, en motivo de que situarse entre una piel normal y afectada, se aproxima más a la idea de aquello que es antiestético.

“Lo fácil de diagnosticar es difícil de curar” Este aforismo médico nos remite a la idea de que las leucodermias, patologías que se caracterizan por la disminución o ausencia del pigmento de la piel, son fáciles de establecer únicamente a través un examen clínico; no obstante su tratamiento dependería de factores como son la localización, extensión, edad del paciente entre otros; en muchos los procedimientos no son completamente efectivos o el tiempo de mejoría tarda varios años.

Respecto a la adherencia al tratamiento, esta depende de cada individuo, más al ser el vitíligo una enfermedad completamente impredecible, se debe señalar que en algunos casos las manchas permanecen estables durante varios años, en otros incrementa su tamaño de forma considerable, y por el contrario se ha podido observar casos donde las manchas desaparecen, puesto que la piel se repigmenta de forma espontánea.

Se conoce con certeza, que si no se encuentra vinculada a una enfermedad adicional, el vitíligo como tal, no comprometería la salud física de los pacientes; por el contrario, la afectación psicológica que el trastorno compromete tiene en muchos casos efectos devastadores.

2.3.5. Factores desencadenantes:

Cuando se ha podido descartar orígenes biológicos predisponentes del vitíligo, asociaciones con enfermedades autoinmunes, accidentes, traumas o quemaduras; parecería preciso estudiar más a fondo ¿Cómo un organismo que procura mantenerse en homeostasis, sin que exista un factor predisponente, muda plenamente y hace de un sistema defensivo, un sistema que ataca, destruyendo a los melanocitos que dan pigmento a la piel?

Desde el modelo biopsicosocial se mantiene que el bienestar físico es influido e influye de forma directa sobre el estado emocional; se observa diversos determinantes (factores psicológicos y sociales) que establecen un estado de salud o enfermedad. En el caso del

vitíligo específicamente, se puede suponer que los cambios y alteraciones a nivel de la psiquis, producen cambios bioquímicos en el organismo, que a su vez dan paso a alteraciones en el sistema nervioso central y, finalmente interviene de forma directa sobre la superficie cutánea.

Cuando se trata del vitíligo y los factores psicológicos que pueden ser desencadenantes o precipitantes de la enfermedad, médicos y psicólogos enuncian que el estrés, eventos como la muerte de un ser querido, separaciones, pérdida del trabajo, violencia intrafamiliar, problemas económicos, conflictos de pareja y demás contrariedades, pueden ser factores de riesgo para el inicio de determinada patología.

Las investigaciones que abordan la relación entre el vitíligo y el estrés han arrojado que más de un 50% de los enfermos, e incluso un 70%, aparece la enfermedad luego de la ocurrencia de eventos estresantes (un periodo no mayor de 1 año), evaluados por las personas como relevantes para su bienestar (López, 2000).

Para los pacientes, la familia y el entorno, el vitíligo es una enfermedad de la que se tiene poco conocimiento, posiblemente debido a su baja incidencia en la población. Al abordar la enfermedad desde la visión de la psicología e ir cronológicamente en el orden de los hechos se sitúa que posterior al diagnóstico de la enfermedad, el paciente tiene una posible atribución causal.

Al haber dado cuenta de la presencia de una mácula despigmentada, se atribuye la misma a distintos factores como quemaduras, hongos u otras alteraciones; sin embargo, al acudir a un especialista y conocer que el diagnóstico es vitíligo, en muchos casos el paciente espera que se haya cometido un error, y al indagar otras opciones, efectivamente el diagnóstico este errado.

El vitíligo es una patología que no compromete la salud física pero con certeza altera en cierto grado el estado emocional, y tomando en cuenta que el tratamiento en muchos casos tarda en tener resultados visibles deja en condición de desasosiego a quien lo padece.

La búsqueda de un especialista depende a su vez de condiciones como la edad del paciente, la influencia del entorno, y sobretodo el género, pues como se mencionó anteriormente, por motivos socioculturales las mujeres se preocupan más que los varones acerca de su apariencia física incluso de su condición de salud.

La localización, el tamaño de la mancha, la visibilidad para los otros, que tan visible es la despigmentación para sí mismo al ver su figura en el espejo, los prejuicios del entorno social y la información a la que se accede a través de los medios de comunicación, si bien influyen directamente en el desarrollo y asistencia de la enfermedad, son probablemente los mecanismos de negación y afrontamiento los que determinan gran parte de la toma de decisiones respecto a qué hacer con este tipo de enfermedad que repercute directamente en la apariencia física del sujeto.

El trastorno altera la calidad de vida manera notable para la persona y su entorno, (...) “se reportan síntomas de ansiedad, depresión, agresividad, irritabilidad, hay una tendencia al aislamiento social, a sentirse rechazados, y como consecuencia, hay dificultades en las relaciones interpersonales y en particular en las relaciones sexuales” (López, 2000, párr.16).

Al atacar la estética de la piel, en la mayor parte de los casos se afectada la identidad del paciente y ante la disminución de la autoestima, el deterioro de la imagen, sentimientos de vergüenza, culpa, miedo la persona puede adquirir un rol de enfermo que necesita no solo respuestas clínicas satisfactorias, sino un apoyo y cuidados de su entorno cercano.

2.4. Consecuencias Psicológicas del vitíligo

Al referirnos a las consecuencias psicológicas del vitíligo, cabe indicar que, como se mencionó desde el inicio de esta disertación, si bien en el campo psicológico se hallan estudios recientes, no se ha abordado a profundidad el tema, dado que es un padecimiento que no conlleva ningún nivel de sufrimiento físico al sujeto; pese a que, se debe afirmar que lo psíquico y lo corporal se encuentran indisolublemente vinculados en una alteración como es el vitíligo.

En relación a un primer momento del diagnóstico de vitíligo, se debe pensar que, generalmente, la persona acude al médico, no por el hecho de presentar síntomas de molestia en cuando a su salud, o porque su vida corra cierto grado de peligro. La búsqueda de un criterio médico llega cuando la persona, o su entorno, advierten cambios en su imagen corporal o aspecto físico. Dicho esto, generalmente la búsqueda de ayuda profesional no es una acción inmediata al apareamiento de las manchas acrómicas en la piel, debido a que muchas veces éstas suelen ser atribuidas a otras causas o factores, como por ejemplo, la exposición a rayos solares, quemaduras, lesiones, entre otras.

Una vez que la persona recibe el diagnóstico, se generan diversas reacciones (miedo, tristeza, disgusto, enojo, etc.) que a su vez, pueden producir nuevos síntomas como son: ansiedad, aislamiento social, agresividad, depresión o irritabilidad; cabe decir que, no todos los pacientes presentan los mismos síntomas antes descritos y, si los llegasen a presentar, el grado en el que se surgen difieren en cada caso.

Como se estableció a lo largo de la presente disertación, la piel es el órgano externo del cuerpo humano el cual es el primer contacto con el mundo exterior, y por lo general, lo primero que perciben visualmente las demás personas. Esto, implica que las consecuencias médicas del vitíligo, por ser una enfermedad que ataca la estética de la piel, son fácilmente detectables por terceros (en unos casos en mayor medida que en otros) y por consiguiente, torna muy difícil disimular dichas consecuencias, especialmente cuando las manchas acrómicas aparecen en lugares como las manos, los brazos o el rostro.

Al atacar la estética de la piel, en la mayor parte de los casos, la identidad del paciente se ve afectada lo cual produce, por lo general, disminución en la autoestima en respuesta al deterioro de la imagen, lo que a su vez puede conllevar al apareamiento de sentimientos de vergüenza, culpa, miedo y profunda tristeza.

La calidad de vida diaria del paciente, sin duda alguna, se encuentra afectada en distintas esferas y si tomamos en cuenta que para muchos el vitíligo es una condición desconocida, las personas suelen observar de forma imprudente, comentar por detrás, expresar conducta de rechazado, aislamiento y, en muchas ocasiones, de discriminación.

En virtud de lo anterior, y con la finalidad de determinar el impacto y consecuencias psicológicas que el vitíligo puede acarrear en las personas que padecen esta enfermedad, en la presente disertación se aplicará el “DLQI” (Dermatology Life Quality Index o Cuestionario de Calidad de vida del paciente dermatológico) el cual es un instrumento dirigido, específicamente, a medir la afectación de la calidad de vida de quien padece un trastorno de la piel.

CAPÍTULO III

A lo largo del tercer capítulo se expondrán los resultados obtenidos a partir de la investigación realizada a diez pacientes diagnosticados con vitíligo y posteriormente se realizará un análisis de cada uno de los casos en base la teoría planteada en capítulos preliminares.

3.1. Metodología

Para el presente estudio realizado en diez personas, de dieciocho a sesenta años que hayan sido diagnosticadas con vitíligo, se planteó la siguiente hipótesis: “la relación entre el vitíligo como trastorno psicosomático y la historia de vida del sujeto está dada por un conflicto del manejo de los límites y la mirada desde otro.”

Antes de proceder, es preciso señalar que el vitíligo es un trastorno dermatológico caracterizado por máculas acrómicas que puede ser abordado desde la psicosomática. de acuerdo con la teoría planteada por Jorge Ulnik (2004) quien afirma que, frente a la falta de unión, elaboración e integración de las sensaciones, se presenta una enfermedad en un claro intento de unificarlas. Jorge Ulnik ha sido tomado como principal referencia para esta investigación, al ser el único médico, psiquiatra y psicoanalista que ha abordado a profundidad las enfermedades somáticas, específicamente en el órgano de la piel desde el punto de vista de la psicosomática.

La variable independiente es: historia de vida del sujeto, en relación al conflicto del manejo de los límites, cuyos indicadores son dependencia, protección/desprotección, búsqueda de identidad. Y al impacto de la mirada evidenciada en los siguientes indicadores: imagen de sí mismo fragmentada o deformada, diferencia de la mirada de sí mismo de la mirada de otro y la mirada como forma de comunicación con el entorno.

La variable dependiente en este estudio es: la presencia del trastorno psicosomático vitíligo, cuyo indicador es el diagnóstico de la enfermedad. Cabe indicar, que todos los participantes que forman parte de esta investigación, tras haberse realizado una serie de exámenes cuentan con un diagnóstico médico proporcionado por un especialista en dermatología.

A continuación, se presenta la tabla de resumen de la operacionalización del estudio:

Tabla 1

Operacionalización del estudio

Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología y técnicas
<p>La relación entre el vitiligo como trastorno psicósomático y la historia de vida del sujeto está dada por un conflicto del manejo de los límites y la mirada desde otro.</p>	<p>Dependiente: Presencia del trastorno psicósomático vitiligo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico médico del vitiligo 	Entrevista
	<p>Independiente: Historia de vida del sujeto</p> <p>A) Conflicto del manejo de los límites.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia • Protección – Desprotección • Búsqueda de identidad 	Dibujo de la figura humana Test (DLQI)
	<p>B) Impacto de la mirada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Imagen de sí mismo fragmentada o deformada • Diferencia de la mirada de sí mismo de la mirada de otro. • La mirada como forma de comunicación con el entorno. 	Observación

Para este trabajo de investigación, se realizaron los siguientes pasos metodológicos:

1. Selección y lectura de documentos bibliográficos.
2. Formulación de hipótesis y objetivos.
3. Preparación del material para la investigación:
 - a. Elaboración de una entrevista semiestructurada de 10 preguntas, cada una de ellas dirigidas a uno o varios indicadores.
 - b. Elaboración de un consentimiento informado, por medio del cual los participantes reconocen y aceptan su participación completamente voluntaria en el estudio.

- c. Pilotaje de los tres instrumentos a utilizarse: entrevista semiestructurada, prueba de dibujo de la figura humana y aplicación del test DLQI.
4. Selección de participantes que asisten a tratamiento de fototerapia.
5. Firma del consentimiento informado y explicación detallada al paciente del proceso a seguir.
6. Entrevista.
7. Aplicación de la prueba de dibujo de la figura humana y del test DLQI.
8. Sistematización y organización de los resultados obtenidos en los diez participantes.
9. Análisis de los resultados en concordancia con la teoría planteada.

Se presentará ahora una tabla donde se detalla las actividades realizadas con cada uno de los participantes y el tiempo de duración de las mismas.

Tabla 2

Actividades realizadas y tiempo de ejecución

	Actividad realizada	Tiempo
Caso 1-10	Ejecución de entrevista semiestructurada	65 minutos
	Aplicación del test de la figura humana	20 minutos
	Aplicación del test DLQI	5 minutos

3.2. Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el proceso de investigación, en el orden que fueron aplicados, por tanto, se analizará en primer lugar la entrevista semiestructurada, posteriormente, el test del dibujo de la figura humana y su correspondiente relato, y por último, el test DLQI (Índice de calidad de vida dermatológica).

3.2.1. Entrevista semiestructurada

Se entrevistó a 10 personas, a continuación se presenta las características de la población.

A. Características de la Población.-

Tabla 3

Edad, sexo y nivel de instrucción

	Edad	Sexo		Estado civil			Nivel de Instrucción		
		F	M	Soltero	Casado	Unión Libre	Primaria	Secundaria	Superior
Caso 1	25	X			X		X		
Caso 2	57		X		X			X	
Caso 3	37		X	X					X
Caso 4	45		X		X				X
Caso 5	22		X	X					X
Caso 6	19		X	X				X	
Caso 7	56		X		X				X
Caso 8	56		X			X		X	
Caso 9	27	X		X					X
Caso 10	18		X	X					

De acuerdo a la tabla que antecede, se puede observar las características de la población investigada: en primer lugar, todos ellos son pacientes que han sido diagnosticados de vitíligo, ocho acuden al Centro de la Piel (CEPI), el cual es un centro médico especializado en tratar todo tipo de enfermedades de la piel, y dos pacientes acuden a su tratamiento en otros hospitales.

La edad de los participantes va desde los 18 años y los 57 años, fue establecida en base a los datos estadísticos que indican que esta enfermedad se reconoce sobretodo en la adolescencia y antes de los treinta años. Respecto al sexo de los participantes se puede observar que de las diez personas, dos son mujeres y ocho son varones. Contrarrestando con lo expuesto en la epidemiología del vitíligo, donde se refirió que el mayor número de casos registrados corresponde a pacientes de género femenino que acuden a consulta y continúan un tratamiento debido a que por un factor estético, su afectación psicológica podría ser mayor, en CEPI se registra actualmente un número más alto de varones que asisten regularmente a tratamientos de fototerapia.

En cuanto a su estado civil, cinco de ellos tienen una relación de pareja, sea casados o en unión libre, mientras que los otros cinco son solteros. Continuando con la idea anterior, en relación a la edad del sujeto y el hecho de compartir la vida con su semejante, se puede

analizar en virtud de sus respuestas, que una de las posibles causas es que los participantes se han hecho responsables del cuidado de sus progenitores; este factor, no se presenta únicamente en los sujetos que se encuentran solteros, puesto que adicionalmente en cinco casos, los partícipes se sienten responsables ya sea de uno o ambos progenitores. Cabe cuestionarse si esta responsabilidad respecto a los progenitores, definida por algunos participantes como estresante o agobiante, estaría relacionada no solo con estado civil, sino también con la sobre exigencia, agotamiento o estrés que indican como parte de la entrevista.

Finalmente, como parte de la tabla número tres, se puede apreciar, en la última columna, que cinco de los diez participantes, es decir la mitad de la muestra, son personas que han alcanzado una instrucción superior, mientras que el porcentaje restante corresponde a personas que cuentan con estudios primarios y/o secundarios.

B. Presencia de enfermedades asociadas

Tabla 4

Enfermedades adicionales

	Si	No	Enfermedad	Familiares con vitiligo
Caso 1		X		
Caso 2		X		X
Caso 3		X		
Caso 4		X		
Caso 5		X		
Caso 6		X		
Caso 7	X		Toxoplasmosis	
Caso 8		X		
Caso 9	X		Hipotiroidismo	X
Caso 10		X		X

En la tabla #4 se observa que ocho participantes no tienen enfermedades adicionales en su historial clínico, aclarando que esto es aseverado por cada uno de los pacientes quienes durante el proceso de diagnóstico de vitiligo se realizaron una serie de exámenes adicionales; no obstante, en la muestra se halla dos sujetos que si han sido diagnosticados con otras enfermedades, como es la Toxoplasmosis e Hipotiroidismo.

En referencia al segundo capítulo, desde el saber médico, se afirma que las enfermedades del sistema inmunológico, quemaduras, traumas, desordenes de la glándula tiroidea etc., pueden encontrarse directamente vinculadas con el vitíligo; es entonces oportuno afirmar, a partir de lo previamente dicho, que del total de participantes solo uno de ellos tiene hipotiroidismo, enfermedad directamente asociada al vitíligo.

Leonardo Sánchez (2011) y varios textos médicos aludidos en capítulos anteriores, plantean una hipótesis genética, en suposición del vitíligo como un padecimiento dado por antecedentes familiares. En relación a este elemento, se pudo hallar que tres participantes efectivamente encuentran un familiar que haya padecido vitíligo; es decir que, en tres de los diez casos estudiados se puede hallar un factor predisponente de vitíligo.

C. ¿A qué edad recibió el diagnóstico de vitíligo?

Tabla 5

Edad del diagnóstico

Sexo	Participante	Edad de diagnóstico
Mujer	Caso 1	22
Mujer	Caso 2	21
Hombre	Caso 1	42
Hombre	Caso 2	35
Hombre	Caso 3	30
Hombre	Caso 4	12
Hombre	Caso 5	16
Hombre	Caso 6	51
Hombre	Caso 7	48
Hombre	Caso 8	15

Tal como se desprende de la tabla antes expuesta, en el caso de las mujeres el diagnóstico lo recibieron de los veinte a los veintidós años, mientras que en el caso de los ocho hombres la edad de diagnóstico o aparecimiento de vitíligo es de los doce años en adelante.

Tomando en cuenta que la edad de diagnóstico es la adolescencia y juventud es preciso considerar estas etapas como periodos de la vida en la que ocurren hechos y circunstancias nunca antes experimentadas como una eventual separación de los padres, cambios en la imagen corporal, sentimientos negativos hacia sí mismo, problemas de adaptación, etc.

Ninguno de los participantes ha referido que desde su nacimiento presentó síntomas o evidencias de padecer vitíligo, siendo por tanto la edad más temprana de diagnóstico dentro de esta muestra doce años de edad; continuando así, con dos participantes que fueron diagnosticados entre sus 15 y 16 años y, finalmente, el número restante a partir de los 30 años de edad. Los datos presentados en capítulos preliminares indican que la edad del diagnóstico generalmente está entre la adolescencia y antes de los treinta años.

D. ¿Cómo reaccionó frente al diagnóstico de vitíligo?

Tabla 6

Primera reacción frente al diagnóstico de vitíligo

Número de caso	Respuesta
Caso 1	Desconocimiento, incomprensión, temor.
Caso 2	Apatía, impaciencia, pesimismo.
Caso 3	Angustia, cambio en el estilo de vida.
Caso 4	Incomodidad.
Caso 5	Tristeza, ira, continuo cuestionamiento.
Caso 6	Depresión, angustia, apatía.
Caso 7	Susto.
Caso 8	Ira, miedo, decaimiento.
Caso 9	Depresión, llanto fácil, impotencia.
Caso 10	Sorpresa, tristeza, molestia.

Según las respuestas planteadas hacia esta pregunta, el sentimiento que se presenta en los cinco participantes es miedo frente al desconocimiento acerca de la enfermedad; probablemente quienes la padecen no han podido ser testigos de otro paciente con vitíligo. Lo antes referido conjuntamente con una causalidad u origen incierto, hacen del vitíligo un padecimiento incógnito que induce una etapa de incertidumbre marcada por distintos niveles de sufrimiento psicológico, tanto para quienes lo padecen como su entorno. (Lowell, et al., 2010).

A su vez, los participantes señalan que los sentimientos que se presentan en ese momento son: manifestaciones de ira o enojo (4 participantes), tristeza (4 participantes), sentimientos de incomodidad o molestia (3 participantes), angustia (2 participantes). A su vez, refirieron presentar cambios en el estilo de vida, como parte de esta pregunta puntualizan presentar un eterno cuestionamiento alrededor de ¿Por qué me tiene que pasar esto a mí?

En relación a lo expuesto, tanto profesionales como pacientes de vitíligo reconocen que la persona, desde un primer momento al recibir el diagnóstico, genera diversas reacciones que,

a su vez, en algunos casos llegan a producir nuevos síntomas como pueden ser: aislamiento social, agresividad, depresión entre otros.

E. ¿Cuál cree usted que es la causa del Vitíligo?

Tabla 7

Posible causa del Vitíligo

Número de caso	Respuestas
Caso 1	Maltrato psicológico generado desde un padre alcohólico.
Caso 2	Factor hereditario, estrés, perdida el trabajo.
Caso 3	Acumulación de factores: estrés, desequilibrio en el ritmo de vida, sedentarismo, cambios en el estado de ánimo.
Caso 4	Estrés en el trabajo.
Caso 5	Estrés, preocupaciones.
Caso 6	Iras, problemas intrafamiliares.
Caso 7	Estrés.
Caso 8	Acumulación de preocupaciones, imposibilidad para resolver conflictos.
Caso 9	Estrés
Caso 10	Factor hereditario

Al indagar acerca de cuál podría ser el posible origen del vitíligo, nueve de los diez participantes enlaza a la idea de un determinante psicosocial. Acontecimientos como la pérdida de trabajo, el divorcio de los padres, exceso de preocupaciones, desequilibrio en el ritmo de vida aparecen como factores de riesgo descritos por los participantes.

Del análisis realizado en el capítulo anterior en base al artículo de Vivian López “Determinantes psicosociales en la aparición y curso del vitíligo”, se puede observar que lo referente en las respuestas de los participantes, coincide efectivamente con lo planteado por la autora, puesto que los sujetos enlazan la aparición de la enfermedad con uno o varios factores estresores.

Considerando ahora que seis de los participantes menciona la palabra “estrés” como parte de su respuesta, enlazando este estado mental a uno o varios acontecimientos significativos para el individuo, donde a su vez, se puede analizar que al referir “no saber cómo salir”, señalan una falta de recursos personales, para poder afrontar de manera correcta una situación.

También en la tabla #7 se puede observar que alrededor de un origen orgánico, dos de los participantes señalan un factor hereditario ambos porque han podido observar o les han contado de un familiar que ha tenido vitíligo; por otro lado, una de las personas señala sedentarismo y desequilibrio en el ritmo de vida.

F. Describame, ¿Quién es usted?

Tabla 8

Descripción personal de la persona

<u>Número de caso</u>	<u>Respuestas</u>
Caso 1	Creyente, dependiente, refiere sentimientos negativos hacia sus progenitores.
Caso 2	Responsable, respetuosa.
Caso 3	Perfeccionista, líder, emprendedor, impaciente, malgenio.
Caso 4	Impaciente, minucioso.
Caso 5	Alegre, divertido, perfeccionista.
Caso 6	Responsable, independiente, tímido
Caso 7	Entregado, tranquilo, incondicional.
Caso 8	Apasionado, responsable.
Caso 9	Manifiesta sentimientos negativos hacia su autoimagen.
Caso 10	Inteligente, responsable, apacible.

Con el objeto de indagar acerca de la imagen que cada uno tiene de sí mismo, se planteó esta pregunta por medio de la cual únicamente se reconocen las características que han alcanzado la conciencia del sujeto, características físicas y aspectos abstractos que brindan una definición de sí mismo. A este respecto, cabe pensar que la imagen de sí mismo es un elemento que se da siempre en relación con el medio.

Si bien en esta pregunta las respuestas de un participante a otro difieren considerablemente, se pueden distinguir ciertas características y capacidades propias que se repiten en varias respuestas; el precisar ser responsable y/o perfeccionista manifiestan siete de los diez entrevistados. Otras cualidades mencionadas fueron: tranquilo, amigable, inteligente o apasionado/a.

En el caso de tres participantes refieren tener cierto grado de inconformidad e inseguridad personal; de estas evidencias, se infiere a su vez, el sentimiento valorativo que tiene la persona de sí misma, no únicamente en relación a la esfera afectiva sino también a la fisionomía corporal, donde llama la atención, que más de un participante muestran un

desajuste de su autoestima, reconociendo una insatisfacción con su propio cuerpo, sobretodo en relación con el grado de afectación del vitíligo.

G. ¿A quién cree usted que se parece?

Tabla 9

Identificación con una figura

Número de caso	Respuestas
Caso 1	Identifica con la figura de la madre y el padre.
Caso 2	Identificación con la figura del padre
Caso 3	Identificación con la figura del padre
Caso 4	Nadie
Caso 5	Identificación con la figura materna y paterna.
Caso 6	Identifica con ambas figuras, carácter del padre, sentimientos negativos hacia la figura paterna.
Caso 7	Identificación con el hermano mayor.
Caso 8	Nadie
Caso 9	Identifica con la figura de la madre
Caso 10	Identificación con la figura del padre

Con respecto a esta pregunta, en relación a la identificación de la persona con una figura, cabe pensar en aquella relevancia que tiene el reconocer, relacionarse e identificarse con otro sujeto.

La identificación de un sujeto es un continuo proceso dado de forma inconsciente en el cual, dentro de una multitud, se apropia de los rasgos específicos de otro. Este proceso de identificación vinculante entre dos sujetos, si bien es dado sin intención, por medio de esta pregunta se pretendió identificar una figura que posiblemente haya marcado su forma de sentir o de pensar.

Siete de los participantes manifiesta parecerse a uno de sus progenitores, de esa proporción, dos de ellos se identifican con ambas figuras parentales; por otro lado dos puntualizan que no se parecen a nadie; y, finalmente uno de ellos refiere que se identifica con sus hermanos mayores. En concordancia con lo propuesto por Alice Miller, cuando se idealiza una figura parental, que posiblemente jamás existió, esta noción conlleva a la negación de un pasado y de su verdad. El destierro de estas emociones infantiles de la conciencia es lo que abre un camino nuevo a un ataque hacia su propio cuerpo, posiblemente tomando el camino de la enfermedad.

H. Cuando esta frente a un espejo, ¿cómo se ve a usted mismo?

Tabla 10

Mirada de sí mismo

<u>Número de caso</u>	<u>Respuestas</u>
Caso 1	Sentimientos negativos hacia su imagen corporal.
Caso 2	Se encuentra a sí mismo igual a los demás.
Caso 3	Sentimientos negativos acerca del cambio de su imagen por su edad.
Caso 4	Sentimientos negativos hacia su imagen debido al progreso del vitíligo.
Caso 5	Describe sentimiento de conformidad con su imagen corporal
Caso 6	Sentimientos negativos hacia su imagen a causa del vitíligo.
Caso 7	Manifiesta sentimiento de conformidad con su imagen corporal.
Caso 8	Sentimiento de conformidad con su imagen corporal.
Caso 9	Manifiesta que al verse al espejo, se encuentra inconforme con su imagen debido a las manchas de vitíligo.
Caso 10	Refiere aceptación con su imagen, pese al rápido cambio de su imagen corporal.

En referencia a la mirada de sí mismo, se planteó la importancia de esta pregunta por cuanto Ulnik (2004) establece que: “La enfermedad le provee sensaciones tan fuertes que apagan a las demás, y que despierta sensaciones en el entorno (la mirada, el horror, la angustia) facilitando la proyección (p.128), por lo que es necesario precisar que antes de poder verse a uno mismo, la mirada del otro tiene un rol imprescindible. Desde los primeros años de vida, esta mirada cumple una función de estructurante psíquico, que habilita la interiorización de una imagen corporal y forja una identidad. Dicho esto, ante las respuestas presentadas a esta pregunta, es menester analizar si la mirada se encuentra directamente relacionada al hecho de reconocerse como un paciente en el cual su cuerpo se encuentra marcado por manchas sin color.

Al preguntarles a los participantes como se ven a sí mismos, varios de ellos al compararse con otros refieren que se ven similares; no obstante, a causa del vitíligo o del avance de su edad seis de ellos manifiestan que prefieren evitar verse en el espejo (sobre todo en aquellos casos en los cuales las manchas se presentan en la zona del rostro.

Siete de los diez entrevistados en su respuesta a la pregunta en mención, hacen referencia al vitíligo, manifestando en qué medida esta enfermedad es su principal preocupación al ver su retrato; a su vez, tres de ellos, manifiesta como incide la mirada de los otros al momento de precisar cómo se ven a sí mismos. Esto coincide con lo planteado por Ulnik, al señalar

“La enfermedad hace las veces de señuelo”, esto quiere decir, cautiva, atrae y aprisiona la mirada (2004).

I. Describa, ¿cómo fue la reacción con sus padres? (Antes y ahora).

Tabla 11

Relación con los progenitores

Número de caso	Respuestas
Caso 1	Afectos negativos hacia ambos progenitores. Describe a su padre como alcohólico. Actualmente asume el cuidado de su madre.
Caso 2	Refiere que al irse a una corta edad de su casa, la relación con sus progenitores estuvo ausente. Actualmente cataloga como buena la relación con la madre.
Caso 3	Califica como buena la relación actual y anterior, con ambas figuras.
Caso 4	Refiere que la figura paterna estuvo ausente. En cuanto a la relación con la figura de la madre la describe como buena. Asume los cuidados de la misma.
Caso 5	Describe a la figura paterna como severa y autoritaria, respecto a la madre califica su relación como buena.
Caso 6	Refiere que no tuvo ningún tipo de relación con la figura paterna, sobresalen afectos positivos hacia la madre.
Caso 7	Manifiesta desde sus 18 años una figura paterna ausente, en cuanto a la madre resaltan afectos positivos. Asume el cuidado de la figura materna.
Caso 8	Las dos figuras parentales son percibidas como ausentes en la infancia y adolescencia. Actualmente asume los cuidados de la madre.
Caso 9	Califica de muy buena la relación con ambas figuras.
Caso 10	Califica de buena la relación con ambos padres.

Respecto a la pregunta al participante acerca de sus progenitores, se puede notar que la mayoría no tuvo, durante su infancia, una buena relación con los mismos, sobretudo en referencia a la figura paterna, cinco manifiestan que esto se debió, en algunos casos, por una adicción, en otros por presentarse como una figura severa, o porque se mostró ausente durante su infancia. Por otro lado, dos de los participantes manifiestan no haber tenido una relación con su padre, y finalmente tres refieren en sus primeros años haber tenido una buena relación con los progenitores.

En referencia a la actualidad, siete de ellos manifiestan que su relación es buena, sobre todo con la figura materna; tres de los participantes refiere que tiene la responsabilidad de cuidado de su madre, en razón de su edad avanzada, enfermedad o discapacidad. Se evidencia en la mayor parte de los casos apego hacia la figura de la madre, por el contrario, la figura del padre donde en la mitad de la muestra refirió estuvo ausente.

J. ¿Cómo catalogaría usted el rol que han cumplido sus padres? (Protección – Desprotección – Sobreprotección)

Tabla 12

Rol de los padres

Número de caso	Respuestas
Caso 1	Desprotección
Caso 2	Protección.
Caso 3	Protección
Caso 4	Protección
Caso 5	Sobreprotección
Caso 6	Sobreprotección de la figura materna
Caso 7	Protección
Caso 8	Desprotección
Caso 9	Sobreprotección de la figura materna
Caso 10	Sobreprotección de la figura materna

La relación con los padres, como se estableció anteriormente, es fundamental en el desarrollo tanto físico como psíquico del sujeto. En concordancia con la teoría planteada por Ulnik, el apego que va tomando lugar desde los primeros días de vida, proporcionando al infante un sentido de seguridad, este sistema funciona a su vez como mecanismo de regulación emocional. Si bien la función paterna está más asociada a la ley y ligada a una presencia variable, la función de la madre se relaciona por otro lado con el cuidado, protección y la presencia continua; el rol que ejecutan las figuras parentales y como lo es vivido por el sujeto marcan su devenir.

La mayoría de los participantes, es decir seis de ellos, han referido respecto al rol paterno y materno, que los cuidados que se establecieron en su hogar, se encontraban dentro de una función de protección; dos de ellos manifiestan que, durante su infancia, se estableció una relación de sobreprotección; y, finalmente, en un solo caso se establece la persona entrevistada un rol de desprotección por parte de las figuras parentales.

En este sentido, es importante señalar, que si se toma en cuenta que cuatro de los participantes manifestaron que la figura del padre estuvo ausente; en relación al cuidado y el rol cumplido por los progenitores, se estaría haciendo referencia sobre todo a la figura materna.

K. ¿Cómo cree que otras personas lo miran?

Tabla 13

Mirada de los otros

<u>Número de caso</u>	<u>Respuestas</u>
Caso 1	“Creo que me quieren. Los que no conozco, no sé”
Caso 2	“Los otros me ven normal”
Caso 3	“Normal, pasó desapercibido en relación al vitíligo”
Caso 4	“Yo con las personas tengo una buena relación o no. Trato de ver cómo me va con cada uno. Soy testigo de Jehová pertenezco a esa congregación. En una primer impresión me ven las manos pero no dicen nada”
Caso 5	“Creo que a primera vista me ven que soy callado. Respecto a mi familia me ven bien. Siempre están primero ellos y luego estaría yo.”
Caso 6	“Creo que se enfocan en las manchas. A las personas que tienen vitíligo las discriminan piensan que es contagioso”
Caso 7	“Me ven bien. Si ven el vitíligo lo ven contagioso con extrañeza. No les gusta ver cosas a las que no están acostumbrados.”
Caso 8	“Serio e irritable. Las personas miran a los que tenemos vitíligo con pena, recelo y temor”
Caso 9	“Me miran con curiosidad a veces con rechazo. Piensan que el vitíligo es contagioso pero creo que es porque no conocen”
Caso 10	“Me miran extraño, no saben que tengo a veces piensan que sufrí un accidente”. “Cuando me ven no saben que es lo que tengo”

Cuando se trató acerca de la piel desde la visión de Ulnik, se estableció que el hecho de ver y ser visto, es elemento que forja la sustancia misma del ser. Tomando en cuenta que las enfermedades dermatológicas, como es el vitíligo, jerarquizan la mirada proveyendo sensaciones en el paciente y el entorno, es preciso indagar si los sujetos que forman parte de la presente investigación reconocen la mirada de los otros como una mirada que rechaza o por el contrario como una mirada de aceptación.

Los casos abordados de vitíligo, en relación a la pregunta de cómo creen que las otras personas los miran, si bien hacen referencia a adjetivos calificativos como serio, callado, irritable, siete de los casos mencionan cómo los otros ven a la enfermedad del vitíligo y a quienes lo padecen. Así también, seis de los casos encuentran que las personas que los observan, miran con rechazo, temor, extrañeza o curiosidad, probablemente debido al desconocimiento de esta alteración.

En resumen, luego de la entrevista realizada, se aprecia que más de la mitad de los participantes no presentó ningún origen orgánico como posible desencadenante del vitíligo; por el contrario, considerando siempre el ámbito subjetivo, los participantes enlazaron el

hecho de padecer la enfermedad a un componente psíquico, no solo en referencia a su historia personal o su personalidad, sino también, a su edad de diagnóstico, al momento de su vida en el que se presentó la enfermedad y a la aseveración médica de una implicación de lo psíquico en la presencia de enfermedades dermatológicas.

Por otra parte, se evidenció que el factor de que el vitíligo sea una enfermedad enigmática, sin cura específica y con baja incidencia en la población, induce sentimientos de negativismo en el entorno, tales como miedo, lástima o rechazo; y a su vez, provoca sentimientos de culpa, vergüenza y baja autoestima en quien lo padece. En conjetura con lo mencionado, el describirse a sí mismo como “con falta de color” o hacer referencia a la condición de enfermo dermatológico, induce a pensar luego de la entrevista con cada sujeto que, efectivamente, la enfermedad puede ejecutar el rol de cautivar la mirada sobre una superficie que proyecta tanto procesos somáticos como psíquicos.

Finalmente, se evidenció en relación a las figuras de los progenitores, que si bien no en todos los casos la figura del padre fue referida como ausente, por el contrario de la figura de la madre que desde los primeros años de vida se muestra como protectora y cuidadora.

3.2.2 Análisis del dibujo de la figura humana

Se decidió utilizar la figura humana basados en el planteamiento de Buck (2002) que dice:

El dibujo de la persona genera más asociaciones conscientes que el de la casa o el árbol, incluyendo la expresión directa de la imagen corporal. La calidad del dibujo refleja la habilidad del sujeto para funcionar en las relaciones y para someter al yo y a las relaciones interpersonales a una evaluación crítica y objetiva (p.55).

A través del análisis de los resultados, se pretende encontrar los siguientes indicadores: imagen de sí mismo fragmentada o deformada, relación con el entorno y la mirada de un otro. Todos los indicadores considerados para el análisis son tomados de Buck (2002) y de Vistoso (2013). El resumen de cada caso así como el dibujo se encuentra contenidos desde el Anexo #1 al Anexo #10.

Si bien el dibujo de la persona proyecta rasgos de personalidad distintos de cada uno de los sujetos a los cuales se les aplicó el test, se pudo notar que varios elementos coinciden en

la mayor parte de las figuras, entre ellos, el tamaño, el emplazamiento, la escases de detalles, rasgos faciales bastante marcados, figuras incompletas y líneas o trazos débiles y entrecortados.

A continuación, se procederá a resumir los resultados de los diez casos, respecto únicamente al análisis de los detalles del dibujo:

Tabla 14

Análisis de los detalles del dibujo de la figura humana

	Tamaño o Grande	Emplazamiento : Izquierdo	Escases de detalles	Rasgos faciales marcados	Borriones	Figuras incompletas	Línea débil o entrecortada
Caso 1		X		X	X		X
Caso 2		X	X			X	X
Caso 3	X	X	X	X		X	X
Caso 4	X	X	X	X		X	X
Caso 5	X	X		X	X	X	
Caso 6		X			X		
Caso 7	X	X	X	X		X	X
Caso 8	X	X		X		X	X
Caso 9	X			X			
Caso 10		X	X				

En primer lugar respecto al **emplazamiento de las figuras** plasmadas, nueve de las diez, se sitúan del lado izquierdo de la hoja, lo cual sugeriría una tendencia a la rumiación acerca de su pasado, al aislamiento, regresión, preocupación por sí mismo e impulsividad. La ubicación del lado izquierdo de la hoja está estrechamente relacionado con el pasado, con la figura de la madre y por lo general, distintos autores enlazan este tipo de dibujos a conductas marcadas por la búsqueda de satisfacción inmediata tanto de necesidades como de impulsos (Buck, 2002).

Con respecto **a la dimensión**, seis participantes realizan figuras de tamaño grande e inmensamente grande, tomando en cuenta que de ese porcentaje la mitad, son dibujos únicamente de cabezas que si se les agregaría alguna parte del cuerpo, no encajarían dentro de un papel tamaño A4. Las cabezas extremadamente grandes en adolescentes y adultos proyectan regresión, grandiosidad y agresividad; por otra parte, los dibujos que en su totalidad son de tamaño grande se asociarían a sentimientos de frustración y tensión (Buck, 2002) (Vistoso, 2013).

En relación a las **figuras incompletas**, se pueden distinguir varios indicadores que surgen por la omisión de los elementos corporales; seis de las figuras que forman parte de este estudio son consideradas figuras incompletas, ya sea, porque se omitió todo el cuerpo, piernas, pies y, también se consideró figuras incompletas aquellas que las líneas no fueron terminadas. Cuando se omiten los brazos en la figura, se infiere una dificultad de contacto con los otros y, respecto a la omisión de las piernas o pies, se deduciría una dificultad de dirigirse ya sea hacia el futuro o el pasado. John Buck citando a McElhaney (1969), refiere que estas omisiones están relacionadas con posibles tendencias hipocondriacas y también con propensión a aislarse de las demás personas.

De los dibujos obtenidos, cinco presentaron una **carencia de detalles**, lo cual, se asocia según los planteamientos de Buck, con una tendencia al aislamiento social; en estos casos, los dibujos generan una sensación de disminución o falta de energía por parte del sujeto y, respecto a la mitad restante, si bien, no presenta detalles excesivos o extravagantes, sus figuras si son completas. Cabe recalcar, que en razón de la edad de los participantes (dieciocho – cincuenta y siete años), la mayor parte de los dibujos parecen siluetas bastante simples, en las cuales se ha omitido detalles elementales.

Los **rasgos faciales muy marcados** hacen referencia a aquellos detalles del rostro en los cuales las personas ocuparon más tiempo dibujándolos, están sombreados, o son detalles de gran tamaño, siete caras de las figuras presentan estos rasgos, lo que muestra una posible necesidad de comunicarse con el entorno, parecen rostros que intentan expresar algún sentimiento.

Las **líneas débiles o entrecortadas**, son asociadas con la indecisión, el miedo y ansiedad, para Buck, reflejan un yo débil; seis de los dibujos presentados en los cuales sus trazos son cortados e interrumpidos, reflejaron rasgos de ansiedad e inseguridad.

Se observó también que tres de los diez dibujos presentan borrones, en el caso #5 la figura presenta un borrón únicamente en la parte de la nariz, en el caso #1 existen tres borrones los primeros dos alrededor del rostro y el otro en las piernas y pies, señal que fue eliminada para hacer la figura de un tamaño más pequeño; por último el caso #6, presenta cinco borrones, es importante señalar en este punto, que la parte que fue borrada y dibujada nuevamente del rostro es espacio donde se ubican precisamente en las manchas de despigmentación de

vitiligo del sujeto. El borrar en forma excesiva puede ser interpretado como angustia, conflicto, incertidumbre y ansiedad con el símbolo borrado.

El dibujo de la persona refleja la autoimagen y da indicios del manejo de las relaciones interpersonales en la vida cotidiana del sujeto; los participantes que formaron parte de este estudio, si bien no todos, gran parte de ellos plasma en sus diseños los siguientes indicadores:

- Inseguridad,
- Regresión,
- Angustia,
- Inconformidad consigo mismo y preocupación por su imagen corporal,
- Aislamiento y falta de contacto con el entorno,
- Y dependencia.

A continuación se presenta la tabla con el resumen de los resultados obtenidos del relato del dibujo:

Tabla 15

Análisis del relato generado a partir dibujo de la figura humana

	Acción: Esperando, mirando o pensando.	Le falta una pareja	Figura del mismo sexo	Saludable/feliz
Caso 1		X		X
Caso 2			X	
Caso 3	X			X
Caso 4	X		X	X
Caso 5	X	X		X
Caso 6			X	X
Caso 7	X		X	X
Caso 8	X	X	X	X
Caso 9	X		X	X
Caso 10			X	X

En cuanto al análisis del relato, posterior a la producción del dibujo, nueve participantes manifiesta que su figura está saludable, en consecuencia, estaría feliz; esta asociación de felicidad enlazada a una idea de sanidad, remite a pensar que para los participantes si no hay

salud física, no hay un bienestar emocional, por tanto, se mostraría como un anhelo alrededor de la sanidad.

Siete de los diez partícipes de esta investigación dibujaron una figura de su mismo sexo, sin embargos 3 de los participantes dibujaron una persona del sexo opuesto, lo cual indicaría según los planteamientos de Buck, rasgos de retraimiento; en el caso de los tres participantes que dibujaron figuras del sexo opuesto uno de ellos reconoce en el dibujo a su esposo, no obstante, los otros dos no determinan la identidad de la persona dibujada (Buck, 2002).

Como se refirió anteriormente, el 70% de la muestra tiene más de 25 años de edad, tiempo en el cual, la mayor parte de las personas unen su vida con una pareja; 30% de los participantes, refiere que para completar su dibujo le haría falta una pareja. Ante lo referido, se revela un sentimiento de soledad, y la posible necesidad de vincularse con otro.

Finalmente, seis de los participantes manifestaron en el interrogatorio posterior al dibujo que la acción que se encontraba haciendo la persona dibujada era bien mirar, esperar o pensar, tres acciones estrechamente relacionadas entre sí desde un punto de vista de pasividad e inmovilidad, y también enlazando aquellas tres acciones al anhelo a corto o largo plazo de algo que algo suceda.

En síntesis, en relación a los relatos obtenidos de las figuras humanas, se pudo observar que ocho de los diez participantes presentó resistencias al hablar acerca de lo que habían dibujado, es por tal motivo, que por medio de preguntas se condujo a las personas a profundizar en varios de los ítems. Del análisis del relato, finalmente, cabe decir que en la mayor parte de los casos, los partícipes de esta investigación reflejan signos de inquietud, aislamiento y sentimientos de inadecuación.

3.2.3 DLQI

Cuestionario Índice de Calidad de Vida de Pacientes Dermatológicos

El vitíligo es un padecimiento dermatológico que afecta, especialmente, la estética de la persona. Este cambio en la piel incide de manera significativa en la actividad cotidiana de cada uno de los pacientes, repercutiendo así en un malestar subjetivo de su calidad de vida.

Al momento de realizar un contacto con CEPI, se vio la necesidad de evaluar el impacto y determinar el efecto que tiene el vitíligo; es por tal motivo que se incluyó en esta investigación el cuestionario DLQI, el cual, si bien ha sido utilizado por un lado para fines clínicos, a su vez se aplica con fines investigativos para reflejar aspectos como son: síntomas y sentimientos, actividades diarias, relaciones interpersonales, afectación en el ámbito escolar o laboral y respecto al transcurso del tratamiento.

El Cuestionario de índice de Calidad de vida de pacientes dermatológicos, es una prueba que consta de 10 ítems, que si bien aplica a otras condiciones dermatológicas, ha sido empleada también en estudios dirigidos a una población de hombres y mujeres mayores de 16 años que padezcan vitíligo. El DLQI es una prueba de fácil aplicación, que consta de 10 preguntas y tarda pocos minutos y puede ser completada por el paciente sin requerir una explicación detallada. Las 10 preguntas de la prueba han sido dirigidas a analizar

Para cada uno de los ítems respecto a la afectación, se puede escoger una de las siguientes opciones: muchísimo, mucho, un poco, nada en absoluto o no es pertinente. Finalmente, para calcular el puntaje final, se debe tomar en cuenta que el valor mínimo es de cero puntos y el máximo es treinta, a puntaje más alto mayor grado de afectación en la vida del paciente (Shahin Aghaei, 2004).

1. (0-1) No afecta la calidad de vida
2. (2-5) Afecta poco la calidad de vida
3. (6-10) Afecta moderadamente
4. (11-60) Afecta mucho la calidad de vida
5. (21-30) Afecta extremadamente

Cuando una enfermedad, se manifiesta en la piel, impacta en cierto grado la calidad de vida del paciente, marca su autoimagen y crea sentimientos negativos respecto a su presente y también a su pasado; el DLQI es una herramienta que permitió evaluar las consecuencias psicológicas y sociales que acarrea en la población una enfermedad dermatológica como es el vitíligo.

Como parte de esta investigación, se aplicó el cuestionario de calidad de vida de pacientes dermatológicos DLQI, a continuación se analizaran e interpretaran los resultados obtenidos, para así finalmente, concluir el grado de afectación del vitíligo en quien lo padece.

Tabla 16

DLQI

<u>Número de caso</u>	<u>Puntuación</u>	<u>Resultado DLQI</u>
Caso 1	3	Leve efecto en la vida del paciente
Caso 2	3	Leve efecto en la vida del paciente
Caso 3	5	Leve efecto en la vida del paciente
Caso 4	3	Leve efecto en la vida del paciente
Caso 5	6	Efecto moderado en la vida del paciente
Caso 6	13	Efecto muy importante en la vida del paciente
Caso 7	5	Leve efecto en la vida del paciente
Caso 8	6	Efecto moderado en la vida del paciente
Caso 9	10	Efecto moderado en la vida del paciente
Caso 10	9	Efecto moderado en la vida del paciente

La piel es la portada del sujeto que se presenta en un primer instante a los otros, una enfermedad como lo es el vitíligo daña y afecta la portada comprometiendo así la calidad de vida de quienes lo padecen.

El índice de Calidad de Vida en pacientes dermatológicos (DLQI), como se refirió anteriormente, muestra el efecto de la enfermedad cutánea en la calidad de vida del sujeto; para ello, a partir de la aplicación de la prueba, se concluye que cinco de los diez participantes considera que el vitíligo tiene un leve efecto en la vida del paciente, revelando que las preguntas alrededor de un sentimiento de vergüenza o cohibición, además de la influencia en las actividades sociales y recreativas son donde se registra un aumento en el puntaje total.

La enfermedad a su vez presenta un efecto moderado en la calidad de vida de cuatro de los pacientes, datos referidos a la última semana antes de la aplicación de las preguntas; finalmente, uno de ellos presenta un efecto muy importante en su calidad de vida señalando que el vitíligo ha ocasionado dificultades tanto en sus relaciones sociales, laborales, académicas, como en relación al tiempo que ocupa el tratamiento.

Ahora bien, teniendo en cuenta el sexo del participante en correlación con el resultado obtenido a partir de la aplicación del DLQI, se puede observar que una de las dos mujeres presenta un efecto moderado, señalando que su condición médica repercute, sobretodo, en el desempeño de actividades diarias y en sus relaciones sociales. Si bien, se podría pensar que la afectación psicológica se daría en un nivel más alto en las mujeres, se observa que, en el caso #6 de un paciente de diecinueve años de sexo masculino, que el efecto del vitíligo es muy importante en su vida, refiriendo que la enfermedad interfiere en sus actividades sociales y recreativas, ocasiona dificultades con su pareja y amigos íntimo; y, en muchas ocasiones produce sentimientos de vergüenza.

Finalmente, a partir de la aplicación del Cuestionario de índice de Calidad de vida de pacientes dermatológicos, se pudo observar que, en todos los casos que fueron parte de la presente investigación, el vitíligo efectivamente conlleva un malestar subjetivo de la calidad de vida. Para los participantes, el hecho de tener que destinar parte de su tiempo en acudir al tratamientos de fototerapia, la incidencia, al momento de elegir su vestimenta y la implicación en su vida social y de pareja, hacen del vitíligo un padecimiento que, sin duda, acarrea la afectación psicológica y, en la cual, como se pudo observar tomando en las diferencias de un sujeto a otro, en general a partir del diagnóstico se atraviesan distintas etapas: ira, negación, tristeza y finalmente aceptación de la enfermedad.

3.3. Discusión de Resultados

Discusión de Resultados

Esta tesis tuvo como propósito reconocer al vitíligo como un trastorno psicosomático, donde un cuerpo manifiesta a través de vías alternativas, aquello que el sujeto en algún momento no pudo simbolizar. Sobre todo, se pretendió comprender el hecho de que lo psíquico ejerce poder, cambia, altera y transforma lo orgánico. La estrecha relación que existe entre el cuerpo y la mente se comprueba en correlación de la historia de la persona y su entorno social, donde estos dos elementos son participes en la aparición, curso y tratamiento de un padecer como es el vitíligo.

A continuación, se procede a realizar una discusión de los resultados obtenidos a partir del análisis de una entrevista semiestructurada, el dibujo de la figura humana, y el DLQI (Índice

de Calidad de vida del paciente dermatológico), partiendo de cada uno de los indicadores planteados como parte de esta investigación. La discusión de resultados se presentará de acuerdo a los indicadores planteados para esta investigación:

En primer lugar, se pudo observar que cinco de los diez participantes recibió un **diagnóstico de vitíligo** de los 12 a 16 años, etapa en la cual se relaciona a la adolescencia, por tanto, grandes cambios a nivel físico y psíquico. Se debe señalar, que si bien, esta etapa de la vida, de por sí, es un periodo de cambio, los pacientes refirieron que el hecho de haber recibido un diagnóstico de vitíligo conllevó la presencia de sentimientos como son ira, tristeza, miedo, incomodidad y una tendencia a aislarse del entorno por el miedo al rechazo o al qué dirán de esta afección en particular.

De las respuestas obtenidas en las entrevistas se puede indicar por un lado, que nueve de los participantes enlaza como desencadenante del vitíligo a un factor de índole psicológico, es importante referir, a su vez, que del total de la muestra tres personas si padecen una condición adyacente, sea un desorden de la glándula tiroidea o una condición genética relacionada al vitíligo.

El hecho de que la mayor parte de los participantes, remita el origen del vitíligo a un suceso vital como es: el accidente de un progenitor, la pérdida de empleo, el divorcio de los padres, entre otros, concuerda con la idea de una alteración del estado emocional que despierta un desorden a nivel orgánico. Es importante, mencionar que en dos de los casos, los participantes refieren que cuando el estrés incrementa, la evolución o el brote de las manchas de vitíligo aumentan.

En relación a la **historia de vida del sujeto**, se pudo observar que haciendo referencia a los primeros años de vida, cinco de los participantes, manifestó no haber tenido una buena **relación con la figura del padre**, ya sea por ausentismo o por la presencia de una figura completamente autoritaria; sin embargo, en referencia a la **figura materna**, los diez casos refieren que la relación con la madre es o fue buena, teniendo en cuenta que actualmente varios han asumido el rol de cuidadores de la figura en mención.

Adicionalmente, en relación a los progenitores, al indagar acerca de su rol cumplido con los participantes, tan solo un participante enmarco su infancia bajo **desprotección**, pues si

bien, hicieron referencia a una falta de tiempo por diversas situaciones, entre ellos problemas económicos, seis de ellos manifestaron haber sentido la presencia de una **figura protectora**, cabe mencionar aquí que cuatro de ellos hicieron por tanto referencia únicamente a la figura materna, si afirmaron como parte de sus respuestas que la figura del padre se mostró ausente. Es importante, reparar en este punto, la conducta de apego, en capítulos precedentes se había hecho referencia al apego como un mecanismo de regulación emocional, como parte de este trabajo investigativo se pudo ver por un lado un déficit de apego hacia la figura paterna, por el contrario de la figura de la madre revelada como presente, cercana o protectora.

Resulta interesante, observar que nueve de los diez participantes realiza la figura humana del lado izquierdo de la hoja, este emplazamiento izquierdo es interpretado como conducta regresiva como la búsqueda de un ambiente de protección, relacionado a personas que se encuentran sujetas aferradas a su pasado o a la figura primordial. Desde los planteamientos de Sigmund Freud (1917), al hablar de una conducta regresiva es hacer referencia a la fijación a un estadio anterior de desarrollo, generado como posible respuesta a contenidos que no han podido ser aceptados o afrontados por el sujeto; como parte de los resultados obtenidos del dibujo de la figura humana se pudo observar tendencias a conductas regresivas como posible mecanismo de afrontamiento.

Por otro lado, en **relación con la identificación** del sujeto a un otro, cuatro de los diez participantes se perciben a sí mismo con características de la figura paterna o del hermano mayor y, tres refiere que se identifica con ambos progenitores, ya sea por sus rasgos físicos, conductas, creencias, formas de relacionarse con otros o intereses en común. Únicamente el uno de ellos, precisamente una participante de género femenino, se identifica con la figura de la madre; el porcentaje restante refirió que prefería no identificarse con nadie. Es preciso notar aquí, que si bien varios participantes se identifican con a la figura del padre, algunos de ellos manifestaron que no se criaron con el mismo, es por tanto, que se puede asumir que frente a esa ausencia, la identificación se pudo dar por el relato de otros o tal vez, por medio de fotografías.

La construcción de la imagen de sí mismo, dentro de este estudio se puede analizar desde dos puntos en específico, en primer lugar, a partir de la **representación consciente que tienen los sujetos de sí mismos** al definir quiénes son y cómo se ven; si bien, se describen que se sienten responsables, perfeccionistas, amigables, inteligentes, entre otras cualidades,

tan solo un participante refiere cómo se ve en relación a un aspecto físico, para manifestar su incomodidad con su imagen corporal. En relación a lo expuesto, al definirse a sí mismo, se repara que los pacientes con vitíligo parecen mantener una preocupación común acerca del bienestar de entorno familiar, anteponiéndolo al bienestar personal.

La técnica del dibujo de la figura humana, por otra parte, es asimismo una representación y **proyección de la persona**; en los dibujos que forman parte de esta investigación, se pudo advertir indicadores de inseguridad, inconformidad con su imagen corporal, ansiedad, angustia, dificultades para establecer contacto con los otros y sentimientos de inadecuación.

Como sabemos, el cuerpo no es únicamente ese organismo biológico, sino que por el contrario, un cuerpo surge en esa relación con el otro, es allí donde **la mirada** juega un papel trascendental; uno de los participantes refirió en la entrevista “no quiero que las manchas definan quien soy”, no obstante, siete de los diez sujetos al platicar como los otros lo ven, hacen referencia al vitíligo. Esta jerarquización de lo visual, destacando que el vitíligo atrae la llamada de otros sobre las manchas o partes despigmentadas, parecería haberse incorporado a la identidad de los participantes, quienes consideran que el entorno los ve como sujetos que pierden su color, aquejados por un trastorno de la piel.

Así también, respecto a la **mirada como forma de comunicación con el entorno**, se pudo distinguir que los dibujos llevan los ojos marcados o sombreados, lo que refleja según el planteamiento de Buck tendencias paranoides, sospecha, desconfianza de cómo han sido y están siendo observados por el entorno; tomando en cuenta la involucración estética que tiene el vitíligo, este planteamiento estaría estrechamente relacionado a cómo siente el paciente que los demás lo ven.

Finalmente, como parte de la **evaluación de la calidad de vida** de los pacientes que padecen vitíligo, se observó que el todos los participantes manifiesta que la enfermedad conlleva un malestar subjetivo de su calidad de vida, sobretodo en relación al ámbito social, puesto que el padecer vitíligo implicó en la última semana sentirse avergonzado o incomodo consigo mismo, influyo en la elección de su vestimenta al salir, ocasiono dificultades en su vida de pareja y ocupo parte de su tiempo en el tratamiento .

Conclusiones

- La piel ha sido estudiada como un órgano que cumple diversas funciones de índole biológico, pero esta capa que protege y envuelve al ser humano cumple así mismo funciones primordiales a nivel psíquico. Se ha contemplado a la piel como una barrera protectora de estímulos provenientes del exterior, como una zona erógena que puede ser excitada, o un espacio donde el contacto puede despertar y recordar sensaciones y emociones; son diversas las funciones de la piel, que en unión con hechos psíquicos cumplen un rol imprescindible en la formación de un esquema corporal y en el desarrollo general del aparato psíquico. En relación a una de las funciones de la piel, como límite primordial del sujeto con el exterior, y en relación al estudio de las enfermedades dermatológicas parece que las mismas se presentan estableciendo límites esenciales tanto de unión como de distancia con los otros.
- Para explicar desde el área médica cómo las hormonas se pueden generar desde un contacto con la piel y actúan sobre la misma, se realizó una investigación teórica desde la visión de Jorge Ulnik en la cual se afirma que la piel y el cerebro se generan desde el ectodermo durante los primeros meses de vida intrauterina. El autor despliega la idea de la piel como un órgano que capta los estímulos provenientes del exterior los mismos que al estimular los receptores provocan la producción de sustancias, las cuales recorren el sistema circulatorio y el sistema nervioso periférico hasta alcanzar el cerebro para desde este punto despertar distintos ejes que se encargarían de liberar diversas sustancias como son las hormonas. Es decir, desde el contacto con la piel se puede modificar tanto lo psíquico como lo orgánico; y, a través de la misma, se cumple una función de pantalla hacia el exterior.
- Lo que derivó del análisis del presente trabajo ejecutado con hombres y mujeres diagnosticadas con vitíligo, es la aseveración de que, una enfermedad como es el vitíligo es una experiencia subjetiva que aparece en el devenir de una historia de manera inconsciente; pero tras esta expresión en el cuerpo se encuentra una historia familiar, un entorno social y un psiquismo que fueron determinantes en la articulación de un lenguaje fuera de palabras, esto quiere decir un lenguaje de órgano, específicamente del órgano de la piel.

- A partir de la investigación antes expuesta queda por decir, que el vitíligo no es una enfermedad que se presenta como un castigo como lo manifiesta 1 persona entrevistada o que ocurre aisladamente, sino por el contrario, es un padecer que se genera desde una historia personal, un contexto familiar y en el que se encuentran siempre inmersas características psíquicas, orgánicas y sociales. Analizando la correspondencia del vitíligo, como enfermedad que se presenta en el órgano de la piel, se corrobora así la hipótesis del vitíligo como un padecimiento que se instaura en el cuerpo orgánico como como sustitución de afectos, palabras o pensamientos no elaborados. El vitíligo es un lenguaje simbólico en el que queda mucho por descifrar.
- Se corrobora también, que las enfermedades dermatológicas y, particularmente en el vitíligo, se presentan estableciendo un límite entre lo interno y externo, otorgando a su vez una identidad al paciente dermatológico. Finalmente, en relación a la segunda variable (impacto de la mirada), se corrobora que el vitíligo tiene un efecto visual, pues despierta la mirada de los otros proveyendo sensaciones como el rechazo, miedo o lástima, y para quien lo padece (autocrítica, inseguridad, angustia, tristeza, etc.); no obstante, queda por decir que no se encontró el indicador: imagen de sí mismo fragmentada o deformada.

Recomendaciones

A partir del estudio realizado se recomienda:

- A los profesionales de la salud, que se considere que desde el momento del diagnóstico como en el transcurso de la enfermedad, el vitíligo no solo deja marcas visibles en el cuerpo, sino que moviliza y desorganiza un mundo interno, es por tanto, fundamental un trabajo interdisciplinario; un trabajo donde se reconozca la subjetividad, se abra espacio al discurso del paciente y sea posible encontrar la clave de lo que se pone en juego dentro de un trastorno psicosomático.
- Generar programas de difusión educativa acerca del vitíligo en los cuales se puntualice temas específicos como las causas, síntomas, tratamiento físico y psicológico; dirigidos tanto al paciente, como al entorno familiar y a quienes formen parte del sistema laboral o educativo donde se encuentre el sujeto, para así, al hablar y conocer a fondo el vitíligo disminuya el prejuicio y rechazo que ha sido acarreado por una idea de contagio.
- Para próximos estudios, se recomienda implicar una muestra más grande a la tomada en esta investigación, para obtener resultados más certeros y confiables. Se recomienda además, que desde el campo médico y psicológico se realice más investigaciones de carácter profundo a nivel teórico y práctico alrededor del vitíligo puesto que su prevalencia mundial continua acrecentando.
- Finalmente, se recomienda tanto a los pacientes de vitíligo como de otras condiciones dermatológicas que son visibles para sí mismo y los demás, preguntarse si son los otros, aquellos que juzgan, o es uno mismo, quien a partir de la autocrítica relacionada a una idea de estética, decide descalificarse y establecer un aislamiento social.

Bibliografía

- AEDV. (2 de 02 de 2016). *Mi enfermedad*. Recuperado el 10 de 01 de 2017, de Avances en el tratamiento del vitíligo: <http://fundacionpielsana.es/mi-enfermedad/Avances-en-el-tratamiento-del-vitiligo>
- Anzieu, D. (2010). *El Yo-piel*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- APA. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5TA ed.). España: Médica Panamericana.
- Arenas, R. (2013). *Dermatología*. México: McGraw-Hill.
- Aris, M. (Julio - Septiembre de 2009). *Scielo Bioquímica Molecular*. Recuperado el 6 de Febrero de 2017, de Origen del melanocito normal y maligno: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572009000300007
- Belloch, B. &. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Bowlby, J. (1988). *Una Base Segura*. Londres: Basic Books.
- Brady, R. (1979). *Curso programado de anatomía y fisiología*. México D.F.: Limusa.
- Buck, J. N. (2002). *H-T-P Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo*. México, D.F.: El Manual Moderno.
- Chauchard, P. (1960). *La medicina Psicomatica*. Buenos Aires: PAIDOS.
- Chemama, R. y. (2010). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Chiozza, L. (1997-2008). *Obras Completas Metapsicología y Metahistoria 5* (Vol. VII). Buenos Aires: Zorzal.
- Fléche, C. (2015). *El origen emocional de las enfermedades*. Barcelona, España: Obelisco
- Freud, S. (1916/1998). *Conferencias de Introduccion al psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Laplanche, J. (1974). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción*. España: Desclée de Brouwer.
- Leonardo Sánchez, M. Q. (2011). Concepto y Epidemiología del vitíligo.VOL. 12. *RV De Dermatoología Peruana*.
- López, V. (2000). Determinantes psicosociales en la aparición y curso del Vitíligo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 171-176.

- Lowell A. Goldsmith, S. I. (2010). *Dermatología en Medicina General*. Buenos Aires : Médica Panamericana.
- Markolin, C. (07 de Agosto de 2016). *Nueva Medicina Germánica*. Recuperado el 18 de Agosto de 2016, de GermanNewMedicine:
http://www.bibliotecapleyades.net/salud/salud_germannewmedicinesp01.htm
- Marty, G. (2013). *La Investigacion Psicomatica*. Barcelona: Biblioteca Nueva.
- McDougall, J. (1989). *Teatros del cuerpo*. Paris: Gallimard.
- Miller, A. (2014). *El cuerpo nunca miente*. Barcelona: TusQuets.
- Océano. (2007). *Enciclopedia de la Psicología Océano*. Barcelona: OCEANO.
- Otero, J., & Rodado, J. (Marzo de 2004). *El enfoque psicoanalítico de la patología psicósomática*. Recuperado el 18 de Julio de 2016, de Aperturas Psicoanalíticas:
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000282>
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de
<http://www.rae.es/rae.html>
- Sandoval, I. (5 de Febrero de 2005). *Association Lacanienne Internationale*. Recuperado el 20 de Julio de 2016, de El síntoma conversivo y el fenómeno psicósomático:
http://freud-lacan.com/freud/Champs_specialises/Langues_etrangeres/Espagnol/El_sitoma_conversivo_y_el_fenomeno_psicosomatico
- Santander Mauricio Salinas, D. C. (2014). Vitíligo: factores asociados con su aparición en pacientes del noreste de México . *Dermatol Rev Mex* 2014;58:232-238., 233.
- Shahin Aghaei, M. P. (15 de Mayo de 2004). *BMC Dermatology*. Recuperado el 22 de 02 de 2017, de DLQI scores in vitiligo: reliability and validity of the Persoan version:
bmcdermatol.biomedcentral.com
- Stanca A. Birlea, R. A. (2012). *Fitzpatrick's Dermatology in general Medicine*. Madrid: Médica Panamericana.
- Ulnik, J. (2004). *El psicoanálisis y la piel* . España: Síntesis.
- Ulnik, J. (2010-2011). *Inconciente*. Recuperado el 8 de 03 de 2016, de El Estrés y la Piel:
<http://www.inconciente.com/183/el-estres-y-la-piel.html>
- Vistoso, V. C. (28 de 08 de 2013). *Test de la figura humana: Síntesis Bibliográfica*. Recuperado el 1 de 03 de 2016, de SlideShare:
<https://es.slideshare.net/robme1/test-delafigurahumana-1-dfh>

Anexos

1. Consentimiento informado
2. Entrevista semiestructurada
3. Respuestas a las preguntas de la entrevista semiestructurada
4. Tablas del dibujo de la figura humana y su interpretación
5. Índice de la calidad de vida dermatológica (DLQI)

Anexo 1

Consentimiento Informado

El presente documento es un formulario de consentimiento informado dirigido a hombres y mujeres de 16 a 50 años que hayan sido diagnosticadas con Vitiligo en CEPI, por medio de este procedimiento se propone investigar el trastorno del Vitiligo y su relación con la historia del sujeto. Esta Investigación será realizada como parte de la obtención del título de grado de Psicóloga Clínica de la estudiante Sara María Vallejo Cevallos con cedula de identidad 1715927990, alumna de la PUCE.

Para este estudio usted deberá contestar algunas preguntas y también le solicitare algunos datos, es importante que usted conozca que su anonimato estará garantizado, la información que se recoja durante este proyecto se mantendrá totalmente confidencial por lo que se utilizará un número en vez de su nombre, y aquellos datos específicos que puedan revelar algo acerca de su identidad serán omitidos o transformados sin alterar el fin último de esta investigación.

Su participación en este proyecto es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o no hacerlo, todos sus derechos serán respetados. El proceso comprende una entrevista semiestructurada que tiene una duración aproximada de dos horas con cada uno de los participantes, los datos obtenidos serán registrados en varios apuntes tomados por la estudiante; posteriormente se les invitara a leer los resultados, en caso de que decida así hacerlo solicitamos nos proporcione su correo electrónico.

Su participación en este estudio no conlleva ningún riesgo, no obstante si tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora o más tarde contactando a la estudiante Sara María Vallejo - Telf. 0995938122.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por la directora de disertación de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Mgtr. Paulina Barahona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación sin que me afecte en ninguna manera.

Yo, _____ con CI _____, declaro que acepto participar en esta investigación de manera voluntaria y he obtenido información eficaz que me permita tomar una decisión acerca de mi participación.

Quito, ____ del mes _____ de 2017.

Correo Electrónico (Opcional) _____

Firma del Participante _____

Anexo 2

Fecha de la entrevista:

Edad:

Grado de instrucción:

Ocupación:

Estado civil:

Conformación Familiar:

Enfermedades Adicionales:

1. ¿A qué edad recibió el diagnóstico del Vitíligo?
2. ¿Cómo reaccionó frente al diagnóstico de Vitíligo?
3. ¿Cuál cree usted que es la causa del Vitíligo?
4. Descríbame, ¿quién es usted?
5. ¿A quién cree usted que se parece?
6. Cuando esta frente a un espejo, ¿cómo se ve a usted mismo?
7. Describa, ¿cómo fue la reacción con sus padres? (Antes y ahora).
8. ¿Cómo catalogaría usted el rol que han cumplido sus padres? (Protección – Desprotección – Sobreprotección)
9. ¿Cómo cree que otras personas lo miran?

Anexo 3

Tabla 17

¿Cómo reaccionó frente al diagnóstico de Vitiligo?

Caso 1	“Cuando me dijeron que tenía vitiligo desconocía por completo que era la enfermedad. No entendía que estaba pasando, luego me di cuenta que no era solo yo, que había otras personas que tenían esa enfermedad y con el apoyo de mi esposo pude aceptar lo que tenía”
Caso 2	“Yo fui al Hospital Gonzalo Gonzales donde me dijeron que no había cura. Tenía ira, sentía que cualquier tipo de tratamiento sería una pérdida de tiempo. Había visto que mi hermana mayor y mi sobrino tenían Vitiligo, yo ya sabía cómo era.”
Caso 3	“En un principio me dio angustia, posteriormente cambio mi estilo de vida por completo.”
Caso 4	“Había visto en "El Carmen" muchas personas que tienen Vitiligo. Creo que lo primero que uno siente es incomodidad.” “Ahora conozco que está saliendo un nuevo tratamiento que podría ayudar”
Caso 5	“Antes con tristeza, ira, me preguntaba ¿Porque a mí? ¿Es un castigo? Si hay tanta genta mala en el mundo ¿Por qué yo y no a ellos? Ahora ya estoy más tranquilo...”
Caso 6	“No conozco a nadie que tenga Vitiligo, para mí fue algo muy duro. Me dio depresión angustia y no quería salir a ninguna parte.”
Caso 7	“Con susto”
Caso 8	“Bajoneado, fue una recaída emocional, me sentía muy malgenio. Mi vida cambio mucho, me gustaba hacer deportes y deje de hacerlos. Me dijeron que buscara ayuda psicológica, que creo que fue 80% del tratamiento que recibí.”
Caso 9	“Me dio depresión. Pensé que nadie me iba a querer porque soy fea. Fue algo raro en menos de 2 años nos apareció a tres personas en la familia, a mi tía, mi tío y a mí.”
Caso 10	“Mi reacción fue sorpresa, después tristeza y mucha molestia.”

Anexo 4

Tabla 18

¿Cuál cree usted que es la causa del Vitiligo?

Caso 1	“Yo creo que el Vitiligo a mí me apareció por el maltrato psicológico que tuve. Mi padre es alcohólico y siempre nos trató muy mal, pero el Vitiligo me apareció cuando entre a un trabajo en el que tenía muchísimos problemas”.
Caso 2	“Al haber visto en mi familia creería que es hereditario, pero también por estrés porque perdí mi trabajo e inmediatamente me apareció.”
Caso 3	“Es la acumulación de factores, estrés, desequilibrio en el ritmo de vida, sedentarismo, cambios en el estado de ánimo” “Mi papa tuvo un accidente y yo me tuve que hacer cargo de su cuidado”.
Caso 4	“Creo que es el trabajo bajo presión o contra reloj. Mi trabajo consistía en reparar lo que los otros no podían reparar.” “También puede ser la falta de sueño (dormía tres horas), me dio una gripe crónica y poco a poco fui perdiendo el sentido de ubicación y memoria.”
Caso 5	“Es por estrés y muchas preocupaciones. Si bien no se en que momento específico fue y según dicen los niños no tienen estrés, creo que es por eso” “Yo no tengo depresión pero mi hermano si tuvo, yo creería que solo ese día que me dijeron que tenía esto.”
Caso 6	“Para mi es estrés e iras del colegio y de problemas con la familia.” “Mis papas se separaron a los 15, entre los 15 y 16 me apareció el Vitiligo”.
Caso 7	“La causa del Vitiligo es súper estrés. Yo tuve un viaje muy estresante a Paris, me dormí por la noche cuando me levante tenía las manchas en el brazo.”
Caso 8	“Es exceso de estrés, acumulación de preocupaciones en la casa, mucho trabajo y no saber cómo salir de eso.”
Caso 9	“Todo lo que sabían decir era que no hay una cura pero que no debía estresarme.” “Creo que es el estrés.” “La gente piensa que es contagioso, pero no es si puede ser por estrés y angustia”
Caso 10	“Creo que es hereditario porque mi abuela de parte de papá tiene el cuerpo entero así, pero yo no sabía me enteré cuando a mí me dio.” “He leído mucho del Vitiligo dicen que es por estrés, si puede ser”

Anexo 5

Tabla 19

Describame ¿Quién es usted?

Caso 1	“Soy una mujer cristiana, soy feliz, solo siento que cuando estoy sola me deprimó” “A pesar de todo lo que he pasado en mi vida les quiero a mis papas.”
Caso 2	“Soy una persona tranquila, muy responsable, respetuosa. Crecí viendo eso y creo que eso soy”
Caso 3	“Rasgos positivos de mí: soy perfeccionista, soy un líder, emprendedor, me gusta la poesía, literatura y no me gusta la farra” “Lo negativo es que soy impaciente, malo en el amor, tengo un carácter gruñón”
Caso 4	“Soy una persona que le gusta terminar lo que empiezo. Me gusta hacer cosas que parecen imposibles para los otros.” “Trato de resolver mis problemas ahora con tranquilidad, pero quiero siempre soluciones rápidas”
Caso 5	“Soy una persona alegre, divertida, amigable. Me gusta vivir mi vida. Quería ser jugador de fútbol pero no fui...” “Soy una persona que siempre puede dar más, trato de no cometer equivocaciones y no desilusionar a nadie”
Caso 6	“Soy ágil, responsable, independiente y bastante tímido. Soy muy callado mis compañeros me molestaban en el colegio, me hacían bullying.” “Me gusta mucho ayudar, sobre todo a mi familia siempre están ellos primeros”
Caso 7	“Soy buen gente, tengo un buen carácter, soy tranquilo, me gusta socializar. Siempre busco un buen consejo.”
Caso 8	“Soy apasionada, responsable, alegre. No soy divertido”
Caso 9	“Soy chiquita, morenita, amigable” “Me falta autoestima” Acerca del Vitiligo la gente solo ve, no pregunta y no comenta”.
Caso 10	“Soy tranquilo, inteligente y muy responsable.”

Anexo 6

Tabla 20

¿A quién cree usted que se parece?

Caso 1	“Físicamente diría que me parezco a mi papá, pero interiormente a mi madre ella es bastante orgullosa” “Yo vengo de una familia pobre”
Caso 2	“Creo que soy un hombre diferente a todos, pero tengo el carácter responsable de mi papá.”
Caso 3	“Soy autónomo pero tengo rasgos de mi padre, sigo sus lineamientos”
Caso 4	“No me gusta compararme nunca.”
Caso 5	“Me parezco a mi padre por su carácter y a mi madre porque ella es responsable”.
Caso 6	“A mi padre y a mi madre. Mi papá era fuerte y responsable. Yo siento odio y rencor a mi papá”
Caso 7	“A mi hermano mayor”
Caso 8	“A nadie soy muy diferente a todos.”
Caso 9	“Me parezco a mi madre, ella siempre está pendiente de la familia... Mi familia siempre esta antes que yo”
Caso 10	“Me parezco a mi padre por fuera y en el interior, él es responsable”

Anexo 7

Tabla 21

Cuando esta frente a un espejo ¿Cómo se ve a usted mismo?

Caso 1	“Me veo bien, que no soy una persona fea; cuando me veo las manchas me pongo muy triste.”
Caso 2	“Creo que me veo normal, he llegado a aceptar que tengo Vitiligo.”
Caso 3	“Me veo viejo, va pasando el tiempo y me conozco más. Verme al espejo es estar conmigo mismo”
Caso 4	“Me veo al espejo solo para arreglarme. No me veo más detalles. Creo que el Vitiligo en la cara es lo más impactante, llama mucho la atención”
Caso 5	“Me veo bien porque creo que hay enfermedades peores que el Vitiligo. Tengo mucho miedo que mis hijos tengan eso. “Mi novia no sabe del Vitiligo me supongo que me ve y si sabe pero no me dice”
Caso 6	“Físicamente solo me veo el Vitiligo y siento que la gente me mira las manchas.”
Caso 7	“Me veo tal como soy, veo al que está ahí no al que fue. Lo que la gente hace es recordar, yo no”
Caso 8	“No tan bien... soy realista, me veo como soy y también veo que me está cogiendo la vejez”
Caso 9	“Me veo como soy, cuando me veo al espejo es para arreglarme” “Verme las manchas es incómodo.”
Caso 10	“Me veo normal. Me ha tocado aceptar que tengo Vitiligo. Me fijo en las manchas, pero me toca aceptar”

Anexo 8

Tabla 22

Describe como fue la relación con sus padres (Antes y Ahora)

Caso 1	“La relación con mis padres antes era regular, mis hermanos y yo sufrimos mucho (hasta ahora).” Me acuerdo de muchas veces cuando era niña estar llorando. Siempre nos callamos todo lo que nos pasaba por vergüenza a que dirían los demás. Hasta que tal vez ya nos acostumbramos. “Si bien ahora la relación con mi madre es mejor, mi papa sigue siendo un alcohólico”
Caso 2	“Yo no me crié con ellos, salí de mi casa para ir a estudiar. Crecí con mis padrinos. “Ahora la relación con mi madre es buena.”
Caso 3	“Antes y ahora mi relación fue buena.”
Caso 4	“Con mi padre no recuerdo nada estuvo hasta mis cinco años. Respecto a mi madre trabajaba mucho nos dejó a cargo de mi hermano mayor y mi abuela.” “Ahora es mucho mejor hoy tengo más tiempo. Tenemos una relación cercana y ella necesita mucho mi atención y cuidados”
Caso 5	“Fue buena, con los tres lo mismo. Mi papa es muy severo solo tengo confianza con mi madre” “Siempre han trabajado mucho de lunes a domingo”
Caso 6	“Con mi mamá buena, siempre tuve su apoyo. Con mi hermana también tengo una buena relación” “Respecto a mi padre con el no tuve una relación”
Caso 7	“Tuve una buena relación, excelente. Desde los 18 años no veo a mi padre. Ahora cuidamos de mi mamá que esta mayor, es muy estresante”
Caso 8	“Antes mala no tenían tiempo, nuestra situación económica era mala. Me crié con mis hermanos” “Ahora también es mala no me llevo con mis hermanos. Con mi madre media buena me toca cuidar de ella”
Caso 9	“Yo soy la primera hija, me apoyaron para cumplir mis metas que son suyas.” “Ahora soy el pilar fundamental de mi familia, todas las consultas y decisiones respecto a mi familia y temas del negocio las tomo yo.”
Caso 10	“Era buena antes, me llevaba bien. Mi padre trabajaba mucho” “Fue tranquila la relación de pequeño y ahora no ha cambiado mucho.”

Anexo 9

Tabla 23

¿Cómo catalogaría usted el rol que han cumplido sus padres? (Protección – Desprotección – Sobreprotección)

Caso 1	“Creo que si nos cuidaban un poco.”
Caso 2	“Si estaban pendientes de mí, diría protección.”
Caso 3	“Normal, protección. Me dieron las herramientas para salir adelante.”
Caso 4	“En mi familia no hay excesos de ningún tipo. Protección no más”
Caso 5	“Nos brindaron el tiempo adecuado, antes protección. Ahora sobreprotección pero les entiendo. Me molesta, pero me toca hacer lo que han hecho por mí”
Caso 6	“Me crie solo porque trabajaban mucho. Ahora siento que mi mama me sobreprotege”
Caso 7	“Me protegían normalmente, somos 10 hermanos lo normal.”
Caso 8	“Desprotección.” “Para mi ahora están mis hijos primero”
Caso 9	“Me cuidaban, me sobreprotegen mi madre quiere ir a todas partes conmigo.”
Caso 10	“Sobreprotección de parte de mi madre. Siempre quiere ir conmigo a todas partes conmigo.”

Anexo 10

Tabla 24

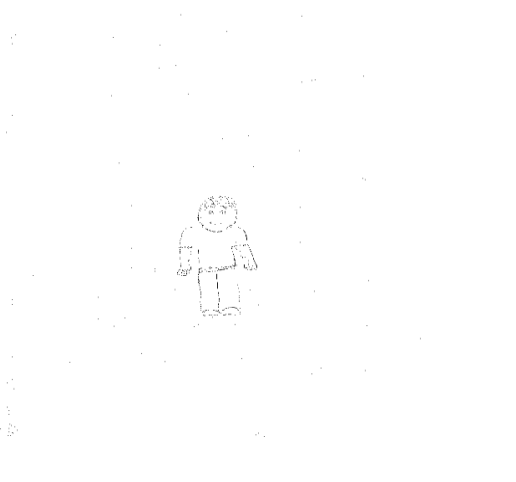
¿Cómo cree que otras personas lo miran?

Caso 1	“Creo que me quieren. Los que no conozco no sé”
Caso 2	“Los otros me ven normal”
Caso 3	“Normal, pasó desapercibido en relación al Vitiligo”
Caso 4	“Yo con las personas tengo una buena relación o no. Trato de ver cómo me va con cada uno. “Soy testigo de Jehová pertenezco a esa congregación” “En una primer impresión me ven las manos pero no dicen nada”
Caso 5	“Creo que a primera vista me ven que soy callado.” “Respecto a mi familia me ven bien. Siempre están primero ellos y luego estaría yo.”
Caso 6	“Creo que se enfocan en las manchas. A las personas que tienen Vitiligo las discriminan piensan que es contagioso”
Caso 7	“Me ven bien. Si ven el Vitiligo lo ven contagioso con extrañeza. No les gusta ver cosas a las que no están acostumbrados.”
Caso 8	“Serio, irritable” “Las personas miran a los que tenemos Vitiligo con pena, recelo y temor”
Caso 9	“Me miran con curiosidad a veces con rechazo” “Piensan que el Vitiligo es contagioso pero creo que es por
Caso 10	“Me miran extraño, no saben que tengo a veces piensan que sufrí un accidente”. “Cuando me ven no saben que es lo que tengo”

Anexo 11

Tabla 25

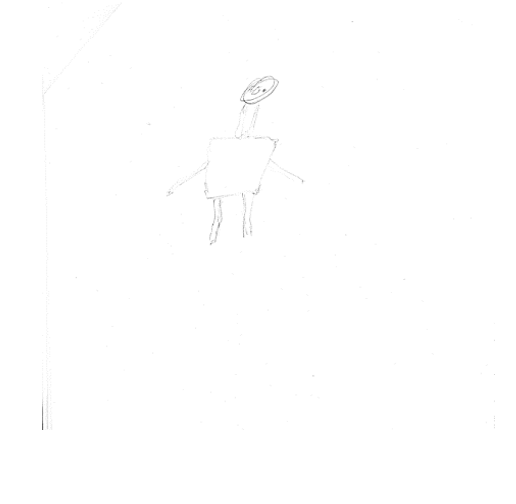
Dibujo de la persona – Caso No. 1 (Femenino - Edad 25)

Dibujo	Análisis del dibujo
	<p>A partir de la interpretación del dibujo de la figura humana y su correspondiente relato en esta participante de sexo femenino, se pueden distinguir sentimientos de inadecuación o autoinsatisfacción de la persona consigo misma, posiblemente en relación con su padecer, puesto que manifiesta en ocasiones prefiere no salir de casa al sentirse juzgada por los demás; en este punto, cabe indicar que se observa una tendencia al retraimiento o aislamiento. Por otro lado, varios elementos del dibujo indican rumiación acerca del pasado y actitudes de dependencia. Finalmente, se pudo observar la presencia de cierto grado de ansiedad y tensión.</p>

Anexo 12

Tabla 26


Dibujo de la persona No. 2 (Masculino - 57 años)

Dibujo	Análisis del dibujo
	<p>En este caso, a partir de lo observado y lo referido por el participante, se reparan sentimientos de inadecuación e inferioridad. Varios elementos dan cuenta de regresión a etapas anteriores de desarrollo. De igual forma, se advierte una necesidad de control que, posiblemente, se encuentre relacionada a la presencia de sentimientos de ansiedad y angustia.</p> <p>En cuanto al tamaño, asimetría y omisión de detalles básicos, se presume rasgos de inseguridad, timidez o retraimiento.</p>

Anexo 13

Tabla 27

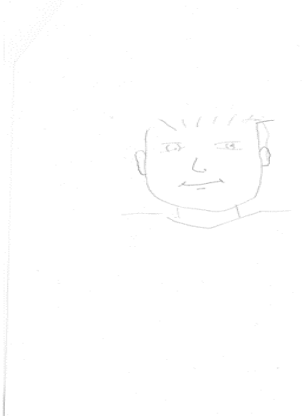
Dibujo de la persona No. 3 (Masculino - 37 años)

Dibujo	Análisis del dibujo
	<p>El dibujo del participante proyecta rasgos obsesivos e impulsivos. Adicionalmente, en cuanto a la omisión de varios elementos, da cuenta de sentimientos de inadecuación, y tendencias a aislarse o alejarse de los demás.</p> <p>En relación a otros aspectos como el tamaño y en relación a los elementos que si se encuentran presentes en el dibujo, se advierten sentimientos de frustración y tensión, probablemente relacionados a la sobrexigencia que manifiesta la persona consigo misma.</p> <p>En cuanto al trazo, la asimetría y el constante repaso de las líneas, se puede presumir la presencia de inseguridad e incertidumbre.</p> <p>Finalmente, el dibujo de una mujer mayor da cuenta de ansiedad y angustia.</p>

Anexo 14

Tabla 28

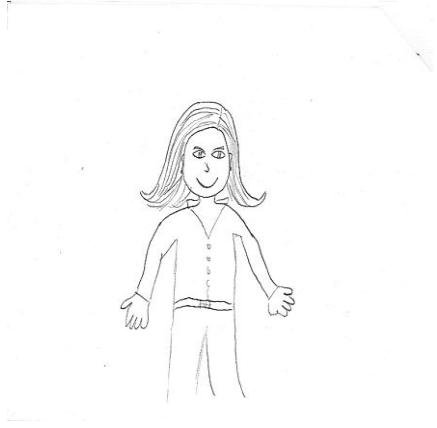
Dibujo de la persona No. 4 (Masculino - 45 años)

Dibujo	Análisis del dibujo
	<p>El dibujo de figura humana realizada por este participante muestra algunos elementos que pueden ser indicios de sentimientos de frustración e inadecuación; cabe mencionar, que la persona presenta un vitíligo avanzado en sus manos, refiere como parte de su relato que los demás al verlo se fijan específicamente en esas manchas, factor que podría estar relacionado con sentimientos de inadecuación, preocupación, inseguridad y a su vez, se asociaría con rasgos paranoides y una tendencia a alejarse del entorno.</p> <p>Por último, en cuanto al emplazamiento, tamaño de la figura, y otros elementos, darían cuenta de niveles de tensión, un ambiente restrictivo y la priorización de la fantasía e intelectualización.</p>

Anexo 15

Tabla 29

Dibujo de la persona No. 5 (Masculino- 22 años)

Dibujo	Análisis del dibujo
	<p>Tomando en cuenta el análisis del dibujo y el relato dado por el sujeto, se puede presenciar una dificultad para establecer contacto con otros y tendencias al aislamiento; dando cuenta que para el sujeto las personas huyen de quienes tienen vitíligo por temor al contagio, se puede asociar esta idea a esa dificultad de contacto con los demás. La figura de la persona proyecta rasgos de ansiedad, tensión y frustración.</p> <p>En cuando a otros elementos como los rasgos faciales presentados en el dibujo, se puede inferir tendencias agresivas e impulsivas.</p> <p>En último lugar, se puede observar que se manifiestan rasgos de inseguridad y una constante preocupación por sí mismo.</p>

Anexo 16

Tabla 30


Dibujo de la persona No. 6 (Masculino – 22 años)

Dibujo	Análisis del dibujo
	<p>En relación al dibujo realizado por la persona y su correspondiente relato, se puede inferir sentimientos de inadecuación y preocupación por sí mismo. Varias características del dibujo se asocian con tendencias al aislamiento y retraimiento.</p> <p>Evidentemente se presentan también rasgos de inseguridad y ansiedad.</p> <p>Por último, tomando en cuenta el número de borrones y las líneas entrecortadas alrededor de todo el dibujo se asociarían estos elementos a sentimientos de temor, incertidumbre o conflicto.</p>

Anexo 17

Tabla 31


Dibujo de la persona No. 7 (Masculino – 56 años)

Dibujo	Análisis del dibujo
	<p>En el dibujo de la persona y su posterior relato, se indica la presencia de sentimientos de inadecuación, inseguridad y temor.</p> <p>Al mismo tiempo, se observa tendencias al aislamiento, una excesiva preocupación por sí mismo y la presencia de mecanismos de regresión.</p> <p>Respecto a componentes del dibujo y rasgos específicos como la excesiva asimetría, se infiere sentimientos de frustración e indecisión.</p> <p>El dibujo del participante es considerado un dibujo en esbozo el cual puede ser asociado con rasgos de timidez, necesidad de precisión y meticulosidad.</p>

Anexo 18

Tabla 32


Dibujo de la persona No. 8 (Masculino – 56 años)

Dibujo	Análisis del dibujo
	<p>En relación al dibujo de la figura humana realizado por el participante, el mismo da cuenta de tendencias al aislamiento, rigidez y preocupación por sí mismo.</p> <p>Por otra parte, en cuanto a características específicas, como su tamaño, se relaciona las mismas con sentimientos de frustración y negativismo. Asimismo, otros elementos como las líneas fragmentadas o cortadas, se interpretan como sentimientos de temor e inseguridad.</p> <p>Finalmente, en cuanto a partes específicas del cuerpo de la figura como son las manos grandes o los ojos viscosos, se asocian las mismas con dificultades de contacto con los otros.</p>

Anexo 19

Tabla 33

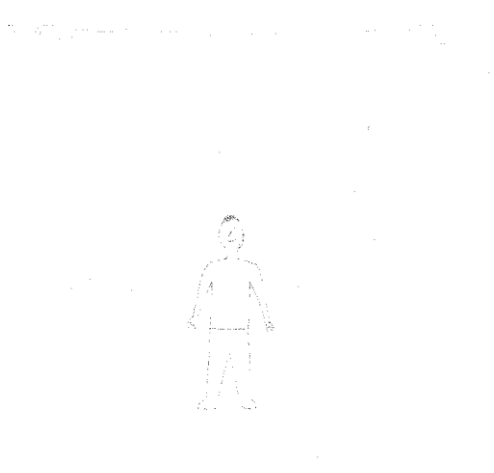
Dibujo de la persona No. 9 (Femenino – 27 años)

Dibujo	Análisis del dibujo
	<p>A partir de la interpretación del dibujo de la figura humana y su correspondiente relato se pueden indicar sentimientos de frustración y dificultades de contacto con los demás; además respecto a ciertos elementos se presume rigidez, frustración y dominio social compensatorio.</p> <p>Respecto a algunos rasgos presentados, se presume buena lógica y capacidad de análisis.</p> <p>En la presente figura llama la atención los excesivos detalles como los botones, collar, cartera: elementos que indicarían tendencias obsesivas compulsivas.</p> <p>Los rasgos faciales a su vez parecen dar cuenta de posibles tendencias agresivas. En cuanto a los demás elementos se observa rigidez de pensamiento que posiblemente estaría estrechamente relacionada con la presencia de frustración.</p>

Anexo 20

Tabla 34

Dibujo de la persona No. 10 (Masculino – 18 años)

Dibujo	Análisis del dibujo
	<p>. Entre los rasgos específicos del dibujo de la persona, a partir de lo observado y lo referido por el participante de sexo masculino, se puede observar preocupación por sí mismo y rumiación acerca del pasado.</p> <p>En cuanto al tamaño y el trazo, se puede inferir la presencia de rasgos de inseguridad, aislamiento o descontento.</p> <p>Al identificar al dibujo con una persona dos años mayor al participante y tomando en cuenta que manifiesta que su dibujo quiere sonreír, parece estar asociado por un lado a rasgos de introversión y también como una tentativa a establecer mayor contacto o mostrarse más accesible con las demás personas.</p>

Anexo 21

DLQI ES Spanish

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA – DERMATOLOGÍA

El objetivo de este cuestionario consiste en determinar qué efecto ha tenido su problema de la piel en su vida DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. Por favor marque con una "X" una casilla para cada pregunta.

- | | | | | |
|----|---|------------------------------------|--------------|--------------------------|
| 1. | Durante la última semana, ¿ha sentido picazón, dolor o ardor en la piel o la ha tenido dolorida? | Muchísimo <input type="checkbox"/> | | |
| | | Mucho <input type="checkbox"/> | | |
| | | Un poco <input type="checkbox"/> | | |
| | | Nada <input type="checkbox"/> | | |
| 2. | Durante la última semana, ¿se ha sentido avergonzado/a o cohibido/a debido a su piel? | Muchísimo <input type="checkbox"/> | | |
| | | Mucho <input type="checkbox"/> | | |
| | | Un poco <input type="checkbox"/> | | |
| | | Nada <input type="checkbox"/> | | |
| 3. | Durante la última semana, ¿le ha molestado su condición de la piel para hacer las compras u ocuparse de la casa o el jardín? | Muchísimo <input type="checkbox"/> | | |
| | | Mucho <input type="checkbox"/> | | |
| | | Un poco <input type="checkbox"/> | | |
| | | Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en la elección de la ropa que lleva? | Muchísimo <input type="checkbox"/> | | |
| | | Mucho <input type="checkbox"/> | | |
| | | Un poco <input type="checkbox"/> | | |
| | | Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en alguna actividad social o recreativa? | Muchísimo <input type="checkbox"/> | | |
| | | Mucho <input type="checkbox"/> | | |
| | | Un poco <input type="checkbox"/> | | |
| | | Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Durante la última semana, ¿ha tenido dificultad para practicar deportes debido a su condición de la piel? | Muchísimo <input type="checkbox"/> | | |
| | | Mucho <input type="checkbox"/> | | |
| | | Un poco <input type="checkbox"/> | | |
| | | Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Durante la última semana, ¿le ha impedido su condición de la piel trabajar o estudiar? | Sí <input type="checkbox"/> | | |
| | | No <input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| | Si la respuesta es "No", durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en el trabajo o en sus estudios? | Mucho <input type="checkbox"/> | | |
| | | Un poco <input type="checkbox"/> | | |
| | | Nada <input type="checkbox"/> | | |
| 8. | Durante la última semana, ¿su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares? | Muchísimo <input type="checkbox"/> | | |
| | | Mucho <input type="checkbox"/> | | |
| | | Un poco <input type="checkbox"/> | | |
| | | Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su vida sexual? | Muchísimo <input type="checkbox"/> | | |
| | | Mucho <input type="checkbox"/> | | |
| | | Un poco <input type="checkbox"/> | | |
| | | Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |

10. Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su **tratamiento** de la piel, por ejemplo, ocupándole tiempo o ensuciando o desordenando su casa?
- | | |
|--------------|--------------------------|
| Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| Mucho | <input type="checkbox"/> |
| Un poco | <input type="checkbox"/> |
| Nada | <input type="checkbox"/> |
| Sin relación | <input type="checkbox"/> |

Por favor verifique que ha contestado a TODAS las preguntas. Muchas gracias.