

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **ANA GABRIELA SOLIS CORDERO** con **CC. 172719012-4**, autora del trabajo de graduación intitulado: **“RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN ESENCIAL Y EL DETERIORO DE LA IDENTIDAD MASCULINA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA”**. Estudio de tres casos realizados a partir de la **Teoría Psicosomática de Pierre Marty en la ciudad de Quito en el periodo septiembre-enero de 2018-2019**, 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 2019



ANA GABRIELA SOLIS CORDERO
CC. 172719012-4



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

“RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN ESENCIAL Y EL DETERIORO DE LA
IDENTIDAD MASCULINA EN EL CÁNCER DE PROSTATA”

Estudio de tres casos realizados a partir de la teoría psicosomática de Pierre Marty en
la ciudad de Quito en el periodo Septiembre-Enero de 2018-2019

ANA GABRIELA SOLIS CORDERO

DIRECTORA: MGTR. PAULINA BARAHONA CRUZ

QUITO, 2019

DEDICATORIA

Para Javier Solis.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, por el ejemplo, el amor y el apoyo incondicional.

Sin su apoyo no habría podido escribir esto.

A mi hermana, por cuestionarme, por la compañía, por alejar la soledad.

A mi abuelo, por enseñarme a ser paciente, por enseñarme a respirar.

A mi sobrina, por todo el cariño que me ha brindado en este corto tiempo.

A mis amigas y amigos, quienes han endulzado esta experiencia.

A David por su gentil disposición a leer críticamente estas páginas.

A mi tutora Paulina, por su conocimiento, su guía, su tiempo y paciencia.

A todos aquellos que fueron mis maestros y maestras dentro y fuera de las aulas.

A las personas que participaron voluntariamente para hacer posible esta investigación.

Gracias a ustedes por formar parte de esta aventura.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTOS.....	II
TABLA DE CONTENIDOS.....	III
LISTA DE TABLAS.....	V
LISTA DE ILUSTRACIONES-ANEXOS.....	VI
LISTA DE TABLAS-ANEXOS.....	VII
RESUMEN.....	VIII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
Depresión esencial: una perspectiva psicosomática	3
1.1 Psicosomática: contexto histórico-teórico	3
<i>1.1.1 Escuela Inglesa</i>	7
<i>1.1.2 Escuela Norteamericana</i>	9
<i>1.1.3 Escuela Argentina</i>	11
1.2 Escuela de Paris	13
<i>1.2.1 Pierre Marty</i>	14
<i>1.2.2 La mentalización</i>	17
1.2.2.1 El Trauma.....	19
1.2.2.1.1 Regresión Somática.....	20
1.2.2.1.2 Desorganización progresiva.....	21
<i>1.2.3 Pensamiento Operatorio</i>	22
<i>1.2.4 La Vida Operatoria</i>	24
1.3 Depresión Esencial	26
<i>1.3.1 Depresión</i>	26
1.3.1.1 Depresión Psicótica.....	27
1.3.1.2 Depresión Anaclítica.....	28
1.3.1.3 Duelo Blanco.....	28
<i>1.3.2 Depresión Esencial</i>	29
CAPÍTULO II.....	32
Identidad Masculina y Cáncer de Próstata	32
2.1 Identidad Masculina	32
<i>2.1.1 La Masculinidad, sistema de organización</i>	35
<i>2.1.2 Estructuración de la Identidad Masculina</i>	36

2.1.3 <i>El lugar del cuerpo</i>	39
2.1.4 <i>Masculinidad y Virilidad</i>	41
2.2 Cáncer de Próstata	42
2.2.1 <i>Definición de Cáncer de Próstata</i>	42
2.2.2 <i>Tratamientos</i>	43
2.2.2.1 <i>Hormonoterapia</i>	44
2.2.2.2 <i>Radioterapia</i>	44
2.2.2.3 <i>Prostactomía</i>	45
2.2.2.4 <i>Observación y Vigilancia</i>	45
2.3 La virilidad y el cáncer de próstata	46
CAPÍTULO III	49
Aplicación Metodológica y Análisis de Resultados	49
3.1 Metodología	49
3.2 Población de estudio	54
3.3 Análisis de técnicas utilizadas	55
3.3.1 <i>Análisis e interpretación de la entrevista semiestructurada</i>	55
3.3.2 <i>Análisis e interpretación del Test de la “Figura Humana”</i>	66
3.4 Discusión de resultados	73
CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES	78
BIBLIOGRAFÍA	79
ANEXOS	1

LISTA DE TABLAS

■ Tabla 0-1 Hipótesis, variables, indicadores y técnicas de la investigación.....	50
■ Tabla 0-2 Clave de Color del Resaltado	51
■ Tabla 0-3 Contenidos a analizar mediante la Entrevista Semiestructurada	52
■ Tabla 0-4 Contenidos a analizar en el Test de la Figura Humana.....	53
■ Tabla 0-5 Participantes entrevistados datos generales	55
■ Tabla 0-6 Pregunta No.6	56
■ Tabla 0-7 Pregunta No.7	57
■ Tabla 0-8 Pregunta No.8	59
■ Tabla 0-9 Pregunta No.9	61
■ Tabla 0-10 Pregunta No.10	62
■ Tabla 0-11 Pregunta No.11	62
■ Tabla 0-12 Pregunta No.12	63
■ Tabla 0-13 Pregunta No.13	64
■ Tabla 0-14 Pregunta No.14	64
■ Tabla 0-15 Compilación de los indicadores analizados en la entrevista semiestructurada.....	65
■ Tabla 0-16 Dibujo y relato EM17	67
■ Tabla 0-17 Dibujo y relato ÁR17.....	68
■ Tabla 0-18 Dibujo y relato JR06.....	69
■ Tabla 0-19 Cuadro comparativo y Análisis de los detalles del dibujo de la figura humana	70
■ Tabla 0-20 Análisis del relato generado a partir dibujo de la figura humana	72

LISTA DE ILUSTRACIONES-ANEXOS

o Ilustración 1 Dibujo Figura Humana EM17-1	8
o Ilustración 2 Dibujo Figura Humana EM17-2	9
o Ilustración 3 Dibujo Figura Humana ÁR17-1.....	10
o Ilustración 4 Dibujo Figura Humana ÁR17-2.....	11
o Ilustración 5 Dibujo Figura Humana JR06-1	12

LISTA DE TABLAS-ANEXOS

- o **Tabla 1** Análisis e Interpretación Figura Humana del Dibujo EM17 14
- o **Tabla 2** Análisis e Interpretación Figura Humana del Dibujo ÁR1 17
- o **Tabla 3** Análisis del e Interpretación Figura Humana del Dibujo JR06.....21

RESUMEN

El presente trabajo aborda la relación entre la *Depresión Esencial* y el Cáncer de próstata como un presunto fundamental en el *deterioro de la Identidad Masculina*. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica y un estudio de caso con la colaboración voluntaria de tres participantes con esta enfermedad.

La revisión bibliográfica (histórico-teórica) estuvo enfocada en las diferentes Escuelas de estudios Psicosomáticos, sostenido la propuesta de Pierre Marty como una de las diferentes posiciones frente al abordaje del cuerpo como expresión. Por otro lado, se incluyó el análisis de textos que trabajan la conformación de la identidad de género.

El estudio realizado exhibió que la identidad masculina se ve deteriorada tras verse afectada por el cáncer de próstata. A su vez, este deterioro se vio acompañado de una depresión esencial.

PALABRAS CLAVE: PSICOSOMÁTICA, DEPRESIÓN ESENCIAL, IDENTIDAD MASCULINA, MENTALIZACIÓN, CÁNCER DE PROSTATA.

INTRODUCCIÓN

Una de las patologías que desafían al ideal apolíneo y viril es el cáncer de próstata, donde la manifestación de una sintomatología confirmatoria y posterior tratamiento repercuten en el funcionamiento sexual del hombre. Esta fragilidad corporal da cuenta de la influencia de los componentes psicológicos y sociales en la esfera masculina, llegando a generar sensaciones y emociones que afectan la imagen de como el hombre se ve a sí mismo, alterando su comportamiento mediante la apropiación de actividades pasivas que limiten las sensaciones del cuerpo y que permitan sostener el lugar varonil.

Frente a esta alteración en la esfera masculina surge la propuesta de una *Depresión Esencial*, caracterizada por la ausencia de manifestaciones de contrapartida económica positiva, los cuales refieren a la instauración del *pensamiento operatorio*, donde un *Yo-ideal* perjudicial transforma la singularidad individual a una entidad colectiva operante regida por marcadores sociales.

Tomando esto en cuenta, la presente disertación tiene como objetivo analizar la relación entre la depresión esencial y el deterioro de la identidad masculina en el cáncer de próstata. Para cumplir con este objetivo, se la dividió en tres capítulos:

El primer capítulo está conformado de un recorrido histórico a partir de los supuestos teóricos de Sigmund Freud, donde se sintetizó y sumó a las Escuelas Psicosomáticas, el concepto y teoría de Depresión Esencial propuesto por Pierre Marty.

El segundo capítulo, dedicado al desarrollo de la conformación de la identidad masculina, seguida de una aproximación al discurso médico del cáncer de próstata. A partir de estos criterios, se relacionó el deterioro de esta identidad a causa de la enfermedad mencionada.

El tercer capítulo se procedió a relacionar las variables explicadas anteriormente, mediante la exposición del análisis de tres casos, en los que se ha realizado una entrevista semiestructurada y la aplicación del dibujo de la figura humana.

Este proceso sistematizado, dio cuenta del principal hallazgo planteado en la hipótesis, el deterioro de la identidad masculina en el cáncer de próstata.

CAPÍTULO I

Depresión esencial: una perspectiva psicosomática

Este capítulo desarrollará el concepto de la Depresión Esencial. Para lograrlo, se presenta una revisión histórica de la *psicosomática* a través del estudio de su relación y concepción en las ciencias médicas y el Psicoanálisis. Por lo tanto, se trabajará con los postulados de Sigmund Freud y tres de las Escuelas Psicoanalíticas: Escuela Inglesa con Donald Winnicott, Escuela Norteamericana con Franz Alexander y Escuela Argentina con Luis Chiozza.

El propósito de trabajar estos postulados persigue exponer las diferentes maneras de abordar la psicosomática frente a la Escuela de París, donde Pierre Marty se convertirá en el autor principal para trabajar la presente disertación.

1.1 Psicosomática: contexto histórico-teórico

El interés por entender a la *enfermedad* como un fenómeno manifestado en el cuerpo humano, permitió que la medicina y la psicología observen e integren las relaciones de los factores biológicos, sociales y psicológicos como detonantes de una enfermedad. Frente a esto, la psicosomática se convirtió en un lugar común que actúa como punto de observación e interpretación para entender la enfermedad.

El término *psicosomática/o* está descrito por la Real Academia de la Lengua (2019) como aquella alteración que “afecta a la psique o que implica o da lugar a una acción de la psique sobre el cuerpo o al contrario”. Lo cual evidencia la relación entre

cuerpo y psique para la manifestación de la enfermedad. De igual forma, el autor Caparros Sánchez (2008, p.209) sostiene que la enfermedad es una “progresiva desorganización del nivel psíquico que desemboca en una regresión al plano biológico”.

Esta afirmación tiene sustento en el bagaje teórico iniciado en el siglo XIX y que marcó gran importancia para el desarrollo de la psicósomática. Por ejemplo, y, en primer lugar, está la propuesta médica del psiquiatra alemán Johann Heinroth, quien empleó el concepto de *psicósomática* para explicar la presencia de los distintos impulsos en relación a enfermedades como insomnio, epilepsias, entre otros (Marty, 1992).

A su vez, el médico Carl Gustav Craus (1779-1868) describió al cuerpo como un campo expresivo, asociado a la individualidad, a una idea o alma que se mueve desde lo inconsciente, un lugar donde la enfermedad manifestada en lo corpóreo da cuenta de una lucha entre ideas (Montiel, 1997). De ahí que se pueda concluir que Heinroth y Craus conciben al cuerpo como el escenario donde se expresan y manifiestan los impulsos o la lucha entre ideas a través de las enfermedades.

Ahora bien, a la par del interés médico, la propuesta psicoanalítica¹ permitió la interpretación de los fenómenos físicos como manifestación de una causa psíquica. Es así que Sigmund Freud, a partir de los estudios desarrollados sobre la histeria, propuso una etiopatogenia que incorporaba aspectos emocionales y personales (Chiozza, 2010).

Este acercamiento al psicoanálisis promovió una nueva apreciación de la patología, transformándola de ser “preponderante o exclusivamente visual; [...] referidos

¹ La propuesta psicoanalítica está fundada en la dinámica del *inconsciente* propuesta por el neurólogo y psicoanalista Sigmund Freud.

a imágenes y medidas vistas o visibles, [...] a ser, a la vez que visual y táctil, también auditiva, atenta a zonas del ser y de la vida del hombre” (Entralgo, 1950, p.124).

A su vez, Freud apuntaló que los fenómenos físicos son la manifestación de una causa psíquica, esto a través de la conformación del *psiquismo* y de los conceptos de la pulsión y el narcisismo.

Es así que, desde la reflexión de Freud, el *psiquismo humano* está conformado por tres instancias psíquicas: Inconsciente, Preconsciente y Consciente. Todas ellas caracterizadas por su relación dinámica y regida a partir de un orden pulsional.

La pulsión se entiende como un “concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo” (Freud, 1915/2007, p.117), lo cual, la caracteriza por una meta universal: la satisfacción, donde se marca la primera relación entre lo anímico con lo corporal, permitiendo adquirir mediante la acción muscular una orientación espacial que genera en el interior del organismo el movimiento de actividades complejas encaminadas a la modificación del mundo exterior para el mundo interior (Ibídem.).

*El narcisismo*² señala un estadio intermedio entre el autoerotismo y el amor de objeto que forma parte de la construcción del sujeto mediante el desarrollo del Yo³. Freud distingue dos tipos de narcisismo: a) Narcisismo primario, que responde a un espacio manejado por la predominancia autoerótica, donde la libido se encuentra dirigida hacia sí misma a causa de la ausencia o poco desarrollo del Yo; y b) Narcisismo secundario, referido al regreso de la libido a investir un objeto exterior que supone ser él mismo.

² El Narcisismo fue una propuesta desarrollada por Sigmund Freud en el texto: Introducción al narcisismo (1914/2007).

³ “Yo es el representante de lo que puede llamarse razón y prudencia por oposición al Ello” (Freud, 1923/2007, p.27)

Es así que el aporte teórico de Freud constituyó una pieza clave para el desarrollo de la psicósomática; además, traza los esbozos de una instancia yoica ideal donde se alberga toda posesión de perfecciones valiosas del narcisismo, Ahora, en él “recae el amor de sí mismo que en la infancia gozó el Yo real” (Ibíd., p.91). Consecuentemente, en el adulto, el intento por no privarse de la perfección narcisista de su infancia procura ser recobrado en una nueva forma ideal del Yo⁴.

En el “Yo y el Ello” esta formación de ideal del Yo, supone ser una pieza del Yo que “mantiene un vínculo firme con la conciencia” (Freud, 1923/2007, p.27). Por su parte, la conciencia se forma por primeras identificaciones dadas en edades tempranas, con la singularidad de ser universales, duraderas y orientadas a construir una figura referencial que pone en evidencia los procesos tempranos del desarrollo. Aquí, el Complejo de Edipo, en el caso del varón, actúa sobre la investidura del objeto-madre, y proporciona un punto de arranque que lleva al apuntalamiento del padre, de quien se apodera mediante una identificación fundada en una relación ambivalente.

Esta demolición del Complejo de Edipo, resultado de la resignación de la investidura de objeto-madre, refuerza la identificación ya mencionada y da lugar al establecimiento de una figura referencial conformada por: a) el carácter del padre, b) una conciencia moral y c) el sentimiento de culpa. Es importante mencionar que “si el Yo no logra dominar el Complejo de Edipo, la investidura energética que proviene del Ello, retoma su acción eficaz en la formación reactiva del ideal del Yo” (Ibíd., p.40).

Es verdad que Freud nunca desarrolló una teoría psicósomática; no obstante, es a partir de la propuesta del *fenómeno conversivo* que se desplegó su estudio en las diferentes

⁴ Esta reflexión será retomada en 1923, en el texto: “El Yo y el Ello”, donde adquiere el nombre de *Super yo*.

escuelas psicoanalíticas y se permitió el desarrollo de distintos posicionamientos frente a la psicósomática.

Frente a esto, cabe recordar el posicionamiento del psicoanalista Iván Sandoval, quien propone distinguir al fenómeno psicósomático como una lesión visible, un manifiesto de la incapacidad de apalabrar un malestar (en tanto el síntoma conversivo) y entenderlo como “tan apalabrado y tan analizable” que se asemeja al discurso del sujeto (Sandoval, 2005).

Esta aproximación al estudio de la psicósomática desde la medicina y la psicología permite señalar la importancia de la incorporación de dos órdenes esenciales: alma y cuerpo. De ahí que ambas disciplinas se planteen, en palabras de Korovsky (1991, p.20), “un mismo y único objetivo; el individuo humano”. Además, consideran necesario incluir “en cada juicio clínico y en cada acto médico, los elementos que puedan aportar [...] con respecto a lo que sucede en el enfermo y en [...] sus relaciones con el médico, la familia y la sociedad” (Chiozza, 1976/2008, p.250). A continuación, se expondrán algunos de ellos de acuerdo a la escuela psicoanalítica.

1.1.1 Escuela Inglesa

Fundada por Ernest Jones en los años 20`s. Fue pionera en la inclusión de psicoanalistas no médicos, lo cual le permitió nutrirse de una variedad de contribuciones teóricas en relación a nociones históricas y geográficas diversas. Entre sus aportes está la extensión del análisis hacia la infancia, la sexualidad femenina y la psicosis.

Donald Winnicott, médico pediatra y psicoanalista inglés, fue uno de sus principales representantes. Orientó su trabajo al estudio de patologías, específicamente en el ámbito infantil; ya que aseguró que “la mejor manera de estudiar estas alteraciones,

es en el campo de la clínica pediátrica” (Winnicott, 1988/1993, p.49) pues en los adultos resultaba más complejo y se tiene que remitir a la infancia.

Frente a esto, Winnicott retoma a la psicopatología y la entiende como una totalidad que permite, a través de campos específicos en la fisiología, manifestar deseos o frustraciones, que son el resultado de una “fantasía [...] específica de cada individuo” (Ibíd, p.49). Por tanto, se puede aseverar que la naturaleza humana tiene la capacidad de plasmar en su anatomía viva, y ésta es influenciada tanto por las relaciones interpersonales como por la realidad interior (Caparrós, 2008).

A partir de esta reflexión, Winnicott (1988/1993) manifestó que existe una *Emocionalidad Primitiva* que otorga la capacidad de proyectar sentimientos y significados mediante objetos o fenómenos transaccionales, con el objetivo de encontrarse en un ambiente estable y provisto de interacciones en las primeras etapas del desarrollo; lo cual permite sobrellevar las ausencias de una madre suficientemente buena. De ahí que, esta emocionalidad colimaría en las integraciones Yo, en el establecimiento de la psique en el cuerpo y la formación de la relación objetal.

Ahora, frente a las tópicas freudianas, Winnicott propuso el Self, una noción de crecimiento tanto fisiológica como psicológica, una identidad construida por los aprendizajes dados dentro del espacio transaccional. Aquí, los infantes se forman en una realidad psíquica y en un esquema corporal, donde toman al Ello como una noción instintiva, una necesidad que surge para fortalecer el *Yo-Self* (Ibíd., 1988/1993).

Con esta premisa, Winnicott refiere que los trastornos psicopatológicos poseen un “valor positivo que tiene para el paciente el anclaje de algún aspecto de la psique en alguna parte del cuerpo” (Ibíd., p.174). Esto permite, de alguna manera, desarrollar un objeto transicional que aporta al crecimiento del Self, aunque pueda devenir de una

angustia psicótica subyacente durante su diferenciación con el cuerpo: el resultado sería la incapacidad de superponerse de forma inherente uno sobre el otro.

Finalmente, los aportes de Winnicott para el desarrollo de la psicósomática radican en la importancia del desarrollo emocional del individuo, tanto en las relaciones interpersonales como en la realidad interior, donde la expresión física de la enfermedad vuelve a posicionar la enfermedad psicológica en el cuerpo, y lo evidencia como un medio de defensa por la pérdida de la significación psique-soma (Winnicott, 1988/1993). A su vez, la trascendencia del autor radica en que sus postulados (depresión psicótica y aportes a la psicósomática) son tomados de referencia y discusión por Pierre Marty para el desarrollo de su teoría.

1.1.2 Escuela Norteamericana

En Estados Unidos, en 1930, la influencia del psicoanálisis permitió a la Escuela de Chicago desarrollar propuestas ajenas al fenómeno conversivo y desarrollar teorías sobre lo psíquico y somático a partir de los postulados de la *Psicología del Yo* de Ana Freud.

Entre los principales representantes de la Escuela de Chicago está Franz Alexander (médico, psicoanalista y fundador de esta escuela), quien señaló que “las manifestaciones más primitivas del psiquismo, se inscriben en la fisiología de las funciones viscerales que corresponden a las necesidades vitales” (Marty, 1992, p.15); lo que permitió considerar que los fenómenos psíquicos son un aspecto subjetivo de los procesos fisiológicos (Alexander, Ross & Otros, 1979).

Estas manifestaciones se distinguen en dos tipos: a) *Intraorgánicas*, aquellas encargadas de las emociones, y b) *Exorgánicas*, aquellas encargadas de manifestar una

respuesta (Zapata Hernández, 2002). Pese a este pensamiento, Alexander trabajó con los estudios de F. Dunbar y la noción de neurosis de órgano y propuso el concepto de *Constelaciones Dinámicas*, es decir, un modo psicofisiológico dualista que señala a las afecciones somáticas caracterizadas por una represión crónica o pérdida de las emociones que no fueron elaboradas, ni mitigadas mediante el acto (Caparrós, 2008).

Esta distinción hizo que los síntomas conversivos se orienten al intento de reducir simbólicamente una tensión emocional, una expresión sustitutiva de la emoción, mediante respuestas vegetativas y de órgano (Caparrós, 2008, p.218). Estas respuestas siguen a los estados emocionales; las cuales, al no llegar a una descarga, resultarían en concomitantes fisiológicos (Caparrós, 2008). A su vez, estos concomitantes llevaron a Franz Alexander (1954) a introducir los silogismos emocionales y reconocer que la afección también es morfológica.

Ahora bien, para Alexander (1994), la investigación psicósomática se componía principalmente de una psicogénesis referida a los procesos de excitación central, posibles de estudiar por su cualidad de ser percibidos en forma de empaques, ideas o deseos. A su vez, esta forma de percibirlos delata una inervación concomitante frente a los afectos crónicamente reprimidos a causa de un conflicto inconsciente; lo que induce modificaciones persistentes de la actividad nerviosa vegetativa, a través de “pautas características de excitación simpática o parasimpática y su relación de la función, y eventualmente de la estructura, en determinados órganos” (De Rivera, 1980, p. 165).

La especificidad del conflicto inconsciente, como origen de las enfermedades psicósomáticas, refiere a una predisposición al acoto somático y una situación actual de conflicto (Korovsky, 1990); ya que a cada emoción corresponde un cambio físico psicósomático específico. Esta aseveración guió a Alexander para señalar tres tipos de

influencias en el funcionamiento fisiológico: a) comportamiento voluntario, b) inervaciones expresivas y c) respuestas vegetativas a estados emocionales (Zapata Hernández, 2002, p. 148).

El *comportamiento voluntario* se refiere al Yo como centro psicossomático. Está encargado de la homeostasis ejercida en el ordenamiento fisiológico del cuerpo y regula el pedido intraorgánico; por ende, “el Yo de armonía es el cuerpo sano, como el Yo en el conflicto es el cuerpo enfermo” (Zapata Hernández, 2002, p.149).

Por otro lado, en el caso de un Yo neurótico, se produce la cronicidad patológica del órgano mediante la inhibición o represión de los impulsos defensivos y hostiles. Falla la regulación vegetativa y crea un estado de cronicidad; es decir, “aunque los procesos vegetativos han sido movilizados para una actividad concretamente agresiva, no son puestas en acción en el sentido de la palabra” (Alexander, 1994, p. 56).

La exposición de las teorías de Franz Alexander conduce a una clínica psicossomática direccionada a la *división del trabajo*, que representa “el desarreglo neurótico de la función vegetativa [...] como un disturbio de la división del trabajo dentro del sistema nervioso” (Alexander, 1994, p.57). A su vez, repercute en la omisión de la relación exterior y retiene una tensión emocional. Por tanto, la cronicidad de los síntomas vegetativos, como efecto de la inhibición o represión de cualquier acción, derivarían a la fantasía como fijación de órgano.

1.1.3 Escuela Argentina

En América Latina, la influencia del psicoanálisis hizo que en Argentina se desarrollen varias líneas de pensamiento, entre ellas la psicossomática, impulsada desde la década de los 60's, con Luis Chiozza.

Luis Chiozza (médico y psicoanalista argentino) estudió la relación entre lo *psíquico* como significación⁵ y lo *somático* como la presencia material de la significación. Ambos forman una expresión material (rica en contenido) que debe ser entendida como una manifestación consciente de una fantasía⁶ inconsciente; la cual es producto de una transformación de lo psíquico a lo somático o como una causa psíquica que, desde su psicogénesis, permite entender el “cómo” de la enfermedad (Chiozza, 1971/2008).

Consecuentemente, Chiozza (1977/2008) señala que la importancia del *afecto* dentro de la psicósomática radica en su cualidad de *bisagra*, pues articula lo psíquico y lo somático mediante sus cualidades de recuerdo y descarga. Ambas devienen en afección cuando es imperceptible para la conciencia y resultan deformadas dentro del aspecto inconsciente. Por lo tanto, el “hombre enfermo” tiene la capacidad de transmitir dolor subjetivo, de producir una cultura, determinarse en ella y formar una historia para articularse y crear un entorno social: es aquí donde se encuentra la enfermedad, parte representativa de la historia del sujeto, y le permite conocer su propia biografía.

Chiozza denominó a esto *esqueleto biográfico* y se elabora a través de la anamnesis, es decir, el diagnóstico clínico del estado físico general y actual por el que se acude a consulta. Además, se incluyen otros requisitos que permiten indagar sobre la fantasía existente frente a la enfermedad y el proceso de cura. De ahí que, la enfermedad física resulte “una forma de lenguaje que permite entender la manifestación como aquella expresión del inconsciente mediante el órgano” (Chiozza, 2010, p.18) y la relación con el entorno familiar y social.

⁵ La significación debe ser entendida como algo que está “dotado de Sentido” (Chiozza, 1971/2008).

⁶ Capacidad cerebral de orden consciente que constituye-significa (Chiozza, 1970/2008).

Es evidente que existen diferentes posturas frente al estudio y aplicación de la psicósomática. Esto favorece la discusión entre las escuelas anteriormente trabajadas frente a la Escuela de París, con el objetivo de desarrollar el tema central de este capítulo: Depresión Esencial. A su vez, lo investigado servirá de sustento teórico para la investigación que se realizará posteriormente.

1.2 Escuela de París

Una de las escuelas enfocadas al estudio psicósomático fue la Escuela de París, que en 1947, bajo la dirección de Pierre Marty y sus seguidores: Michael De M´Uzan, Christian David, Michael Fain, François Moreau y Gerard Szweg, enfocaron sus propuestas de estudio a “las funciones básicas, los síntomas esenciales y no al complejo cuadro que representaba la enfermedad” (Caparrós, 2008); lo que significó una mediación controversial frente al estudio del psicoanálisis trabajado por J. Lacan y F. Dolto.

Pese a esta posición, la Escuela siempre reconoció el aporte del psicoanálisis clásico. Además, se mantuvo en una línea freudiana y esto le permitió definir el proceso de somatización como aquel “que acontece cuando el sujeto es incapaz de tratar en el plano psíquico las contradicciones que sobre él se ciernen” (Caparrós, 2008, p.224).

A continuación a esta breve reseña de la posición académica de la Escuela de París, y debido a la importancia de Pierre Marty, no solo como precursor de la Escuela, sino como autor principal para trabajar la presente disertación, se desarrollará el siguiente apartado para exponer su pensamiento.

1.2.1 Pierre Marty

Pierre Marty (psiquiatra y psicoanalista) propuso sostener los aportes del psicoanálisis clásico y desarrollarlos en el campo psicossomático⁷. Para él, la importancia de la teoría freudiana radicaba en el planteamiento de la huida hacia la enfermedad como último recurso frente a la evasión del sufrimiento. Por tanto, empleó las tópicas freudianas para entender el proceso y formación del Aparato Mental, donde el *Ello* es el primer modo de expresión psíquica: un contenido en relación al manejo de las pulsiones que abarca al ser humano al nacer, y el *Preconsciente* como punto central de la economía psicossomática, mismo que se encuentra constituido por las diferentes cualidades motrices y sensoriales que permiten que su contenido sea accesible a la conciencia (Marty, 1992).

El *Preconsciente*, para la teoría psicossomática de Pierre Marty (1992), se desarrolla mediante un orden tópico, es decir, actúa como intermediario entre Inconsciente y Consciente. Este último opera en un plano cronológico y responde a las adiciones mentales que surgen en el desarrollo del sujeto, respondiendo a dos tipos de orden: a) transversal, donde existe representación y relación entre representaciones y b) longitudinal, donde existen representaciones de diferentes épocas. Ambos tipos de orden señalan el espesor del Inconsciente.

Por otro lado, sobre el *Psiquismo Humano*, Marty (1980) destacó que su formación se origina a partir de un principio evolucionista, el cual señala una jerarquización establecida por las funciones animadas del *Instinto de Vida* e *Instinto de Muerte*⁸. Ambos presentes en todos los seres humanos, sin importar su organización.

⁷ Esta propuesta la impulsó en su primera tesis "El vómito, el esbozo psicossomático" publicada en 1948.

⁸ Para Marty (1980), el *Instinto de Muerte* es la expresión de la formulación de Freud "Impulso de Muerte". Sin embargo, la diferencia entre ambos radica en que no se le asigna un objetivo a dichos instintos.

¿Cómo se logra el equilibrio funcional homeostático entre estos instintos? Marty reflexiona sobre una sucesión permanente de desequilibrios limitados y de nuevos equilibrios que permiten contener el efecto desorganizador del *Instinto de Muerte* a través de fijaciones establecidas por el *Instinto de Vida*. De ahí que, la manifestación de estos instintos responda al movimiento natural del psiquismo y a su desorganización⁹ causada por un trauma que da lugar a una dirección contra evolutiva, un momento arcaico del psiquismo, detenida sólo por mecanismos regresivos de defensa (Debray, 1998).

Frente a esto, Marty reconoció la propuesta de la Escuela de Chicago que asevera la existencia de una relación permanente del síntoma somático con la situación conflictiva experimentada por el sujeto. No obstante, incorporó a esta propuesta el lugar de la energía instintiva de los impulsos que, al ser incapaces de encontrar un modo de fluir hacia la elaboración mental, se ven obligados a tomar la vía de la somatización.

Por tanto, el proceso de somatización es el resultado de “las inadecuaciones del individuo a la condición de vida que le tocó vivir” (Marty, 1992, p.61). Sin embargo, si el sujeto sigue los nuevos equilibrios desarrollados por el *Instinto de Vida* se espera una adaptación en medida de lo posible a través de las herramientas disponibles para enfrentar el trauma. El problema radica en que las herramientas dependen de dos campos susceptibles de movilización: *Aparato Somático*¹⁰ y *Aparato Mental*¹¹.

A su vez, sobre el proceso de somatización, Marty aclaró que “la acción no es de ninguna manera una elección y el objeto no es un órgano” (Marty & Fain, 1956, p. 545). Esto se debe a que la manifestación se refiere a un determinismo profundo “establecido

⁹ La *desorganización* tiene relación con aquellos movimientos de deconstrucción producidos en ciertos momentos traumáticos que borran la base en la cual se establece la organización psíquica. Es la fuerza de empuje de los movimientos del Instinto de Muerte (Marty, 1992).

¹⁰ El *Aparato Somático* se refiere al punto de vista biológico, al plano físico capaz de una manifestación en defensa a una regresión (Marty, 1992).

¹¹ Pierre Marty denomina *Aparato Mental* al *Aparato Psíquico*.

en el periodo prenatal, al nacer y en los primeros años de vida” (Ibíd., p.542). Además, es la *idea* y la palabra *elección* que derivan “de la noción de "psicogénesis" [...], como de la aplicación automática a los síndromes psicósomáticos a partir de una cierta concepción de la llamada histeria de conversión" (Ibíd., p.542).

Uno de los factores importantes para el proceso de somatización fue la “no mentalización” (Marty, 1992), caracterizada por huellas mnémicas poco numerosas que dejan a las “pulsiones sin traducción psíquica, sin objeto al que investir, su energía queda libre, la representación desaparece [...] expresando en el cuerpo los excesos excitatorios” (Caparrós, 2008, p.224-225). Este déficit del Inconsciente apartado de afectos, se manifiesta mediante la representación de cosas carentes de simbolización y revela una relación con el mundo ahora mediado por un lenguaje alextímico¹².

Por otro lado, Pierre Marty (1958) manifestó que el Yo es una estructura frágil cuya actividad se encuentra a disposición de los objetos; lo que demuestra la vulnerabilidad del sujeto frente a su doble identificación: “como el padre y la madre también son objetos de identificación, el apego equivale a la supresión del otro, la situación edípica es, de hecho, una ruptura del sujeto que nunca deja de ocurrir” (Marty, 1958, p.15). Frente a esto, en casos de desorganización, se encuentra sometida a un Yo-Ideal.

Para Marty (1992), la figura del ideal del Yo sugerida por Freud en 1914 y 1923, es comprendida como un Yo-Ideal, es decir, un aspecto conservado o recuperado del narcisismo primario, una insuficiencia evolutiva parcial del aparato mental que, en caso de desorganizaciones o regresiones psíquicas, obstaculiza la organización temporal-espacial

¹² Alextímia: Refiere a los sujetos incapaces de decodificar y expresar emociones (Marty, 1992).

individual. Es así que el Yo-Ideal representa la desmesura constituida a partir de un rasgo de carácter, no precisamente impuesto como el resultado de identificaciones secundarias.

El Yo-Ideal es el resultado de un “fenómeno general vinculado a la falta de medida de un cierto periodo de desarrollo y, más precisamente, la falta del Preconsciente [...] con representaciones espaciales mal elaboradas” (Ksensusé, 2004, p.1284). En este sentido, el Yo-Ideal está liderado por representaciones que tienen protagonismo a las cualidades identificadoras y que dan lugar al reconocimiento de los objetos externos como uno mismo y a los objetos internos como un factor de mal abstraídos. Por lo tanto, su presencia es “basal o aparece sólo con motivos de desorganizaciones o regresiones psíquicas” (Marty, 1992, p.59).

Finalmente, Marty (1992) dice que este Yo-Ideal, en sujetos operatorios, es percibido como un sentimiento de impotencia, un estado sin rastros de exigencia con sí mismo, pero sí con el mundo exterior, donde todo movimiento regresivo o de reorganización es bloqueado por un canon invulnerable e omnipotente guiado al fracaso o a la nada.

1.2.2 La mentalización

La *mentalización* es una dimensión del aparato mental en el orden de lo económico. Da cuenta de las “diferencias marcadas en cuanto a calidad, así como en cantidad de las representaciones” (Marty, 1992, p.37). Además, aprecia las cualidades fundamentales del Preconsciente: el grosor de todas las formaciones representativas; la fluidez de estas conexiones y la permanencia habitual o la continuidad de su funcionamiento en el tiempo.

A su vez, da cuenta de los excesos en la excitación; los cuales pueden llevar a un estado traumático que depende de la posible ausencia o eficacia de los mecanismos de defensa. Esta ausencia o eficacia limita de forma superficial la producción de “huellas mnémicas [...] con el aspecto de meros testimonios de sucesos registrados” (Marty, 1992, p.53); lo que expone la deficiencia en el trabajo y elaboración de la pulsión en los sujetos operatorios: algo similar a “si la complejidad de la vida mental no existiera” (Ibíd., p. 53), y fueran retirados los afectos producidos en el inconsciente.

Al igual que Pierre Marty, Franz Alexander habló sobre la represión crónica de los afectos producidos por el Inconsciente, producidos como respuesta a una excitación central caracterizada por la capacidad de ser medidas; ya que son emociones u acciones visibles que llevan a una modificación o alteración de la actividad orgánica. Para Chiozza, de la Escuela Argentina, el afecto también representa un medio de descarga que entrelaza al recuerdo con las huellas mnémicas.

Para Nicolás Caparrós (2008), la *mentalización* es una formación capaz de proporcionar la aparición y el desarrollo del aparato psíquico. Es el resultado del trabajo que produce la excitación al buscar una evacuación. Ahora bien, Marty (1992) señala que este proceso se puede observar a través del comportamiento; lo que produce que una mentalización plena se encuentra conformada por elaboraciones psíquicas que están a la par del desarrollo evolutivo y son capaces de descargar los excesos de excitación sin necesidad de recurrir a una desorganización o regresión.

Por consiguiente, una *mentalización plena* es aquella con la capacidad de evocar el desarrollo del aparato psíquico que, de acuerdo a los postulados de D. Winnicott sobre un espacio transicional, permite formarse a medida que se abre paso.

Retomando lo mencionado por Marty con respecto a las huellas mnémicas, el autor señaló dos procesos que permiten su inscripción y sus representaciones de una correcta temporalidad: a) *formación*, edificación de capas compuestas por la adecuada “inscripción mnémica de las percepciones de una misma época [...] un tipo transversal de enlaces representativos cada vez más complejos” (Marty, 1992, p.56); y b) *ligazón*, relación entre las capas de épocas diferentes que, proponiendo una relación longitudinal, reconoce las representaciones de diferentes niveles cronológicos.

Frente a las representaciones menos evolucionadas, aquellas que no tienen un poder organizador, Marty señaló que existe una capacidad de recuperación u organización que está condicionada a que estén fijadas en un proceso de formación y permitan a los movimientos repititivos ser memorizadas; de ahí que, “cuanto más rico el PrCc [...] en representaciones relacionadas entre sí [...] la patología tiende a situarse en un plano mental. Cuando menos rico [...] más corre el riesgo de llegar a situarse en el plano somático” (Marty, 1992, p.58).

Es aquí donde se reconoce al *Preconsciente* como el centro de la economía somática, con una fragilidad temporal de funcionamiento frente al envío y manejo del *Consciente* en relación al trauma.

1.2.2.1 El Trauma

Marty situó al *trauma*¹³ como aquella reacción que se produce ante la pérdida de un objeto sin posibilidad de una elaboración. Es decir, aquel “suceso vital de gran intensidad, de imposible elaboración psíquica” (Caparrós, 2008, p.314). En este sentido, el *trauma* es capaz de destruir el sentido del tiempo y situar a la vida en peligro constante

¹³ El autor toma como referencia a la propuesta freudiana en: Inhibición, Síntoma y Angustia de 1926.

por una posible precaria adaptación que responde a una excitación desmesurada que sobrepasa las capacidades y los mecanismos de defensa del Aparato Mental.

El *trauma* reside en el impacto emocional “en un individuo, de una situación externa más o menos prolongada o de un evento externo que finalmente frustra la organización máxima evolutiva” (Marty, 1980, p.102). Por lo tanto, el *trauma* abarca la etapa de la vida del sujeto en el momento dado y al sistema estructural previamente establecido.

Ahora bien, frente a la fragilidad que existe en la función de representación psíquica del sujeto psicossomático ante situaciones traumáticas, podemos ubicar tres sistemas básicos: organizaciones aparentes, las regresiones somáticas (globales y parciales) y las desorganizaciones progresivas

1.2.2.1.1 Regresión Somática

Son aquellas regresiones que devienen de las neurosis bien mentalizadas y remiten a una enfermedad reversible puesto que las condiciones de desarrollo son adecuadas para direccionar el efecto del exceso de excitación, y llevar al sujeto a un estado de organización mental anterior, seguido por la aparición de síntomas diferenciables (Marty, 1992).

Estos retornos pueden prolongar y complementar las regresiones mentales. Sin embargo, cuando el retorno se encuentra direccionado a una fijación somática, da lugar a patologías somáticas más complejas. De ahí que sea importante señalar que las regresiones no reproducen de forma ferviente el pasado pues, pese a utilizar tendencias afectivas que varían dependiendo de la evolución fisiológica del sujeto o a las necesidades individuales, impiden volver a un momento específico señalado. Esta característica les da

una actualidad positiva porque representa el inicio de un proceso de reorganización (Marty, 1992).

Por otra parte, también existen las *regresiones globales* que se manifiestan en estructuras sólidas, comprendidas en una cadena central de regresiones y fijaciones sistemáticas, y las *regresiones parciales* que están conectadas a cadenas evolutivas laterales, relacionadas a dinamismos paralelos posibles en cualquier estructura (Debray, 1998).

1.2.2.1.2 Desorganización progresiva

Marty (1992, p.42) la define como “la destrucción de la organización libidinal de un individuo en un momento dado”¹⁴. Además, en contraste a la regresión psicósomática, es vista como una desorganización inversa al desarrollo individual y resulta de la “difusión del preconscious [...] que lleva, paso a paso, al sin sentido” (Caparrós, 2008, p. 225). De ahí que, el sin sentido imposibilite la mentalización del sujeto, cause el predominio del silencio en la vida psíquica, y de cuenta de la “circulación de las excitaciones instintuales y pulsiones de esencia agresiva y erótica” (Marty, 1992, p. 63); la cual inicia en los excesos de excitación a nivel psico-afectivo.

A su vez, la *desorganización progresiva* produce la pérdida de la función del Preconscious, remplazado por un Yo-ideal, y llevado a la reducción de la vida mental, a las representaciones de palabra, y expuesto a la pérdida de los valores afectivos mediante manifestaciones somáticas graves. Estas manifestaciones están caracterizadas “no por la

¹⁴ Esta definición corresponde al concepto freudiano de *Desintrincación*, que en la mayoría de casos culmina en un proceso de somatización.

violencia que se ejerce contra las estructuras psíquicas y somáticas, [...] sino, más bien, su borrado progresivo y gradual de las funciones psíquicas” (Franco Vicario, 2016, p.3).

No obstante, si el entorno asegura una protección frente al trauma, el sujeto que está inmerso en una desorganización progresiva puede continuar su vida sin dificultades somáticas importantes. Frente a esto, Marty (1992) señaló la importancia de la madre suficientemente buena, ya que permitiría sobrellevar tanto las ausencias como los excesos percibidos por el sujeto.

1.2.3 Pensamiento Operatorio

Es importante señalar las dos propuestas de abordaje al *Pensamiento Operatorio*¹⁵, ya que expresan dos momentos en el desarrollo de la teoría psicósomática de la Escuela de Paris, donde toman importancia en la concepción de la Depresión Esencial.

En 1962, durante el XXIII Congreso de Psicoanalistas de Lenguas Romance en Barcelona, P. Marty y M. de M´Uzan, a manera de comentario al trabajo de sus colaboradores, presentaron al *Pensamiento Operatorio* como un pensamiento consiente, sin ningún vínculo orgánico, que revela la ausencia de la actividad fantasmática -donde se duplica e ilustra una acción- dentro de un campo temporal limitado, que señala la falta de libertad, “como si se impusieran sobre el tema [...] no tiende a significar sino a duplicar” (Marty & M´Uzan, 1962, p. 201).

Frente a esto, Marty y M´Uzan para definir al Pensamiento operatorio describieron la *Reduplicación Proyectiva* como:

¹⁵ Posteriormente será replanteado como Vida Operatoria.

“el reconocimiento integralmente en el otro, imagen de sí mismo completamente vaciado en una forma idéntica desprovista de características individuales notables. Incapaz de discriminar entre las cualidades del otro, manifiesta también un rechazo total para introyectarlas, de suerte que, si el otro afirma una originalidad irreductible, pierde también todo valor objetal” (Marty, de M’Uzan & David, 2013, p.275).

Es decir, la duplicación del sí mismo proyectado actúa como un receptor incapaz de emitir (señalando un Yo débil), donde “el otro es aprendido según su propio esquema, [...] alimentando la herida narcisista” (Caparrós, 2008, p.320). Este Yo debilitado marca un estancamiento del Ello y de las pulsiones para derivar en una “psicopatología del pensamiento dotado de una extrema impregnación narcisista” (Ibíd., p. 318), confluyendo en un *Pensamiento Operatorio*, el primer paso de la desorganización progresiva.

Por consiguiente, el *Pensamiento Operatorio* es la reducción del pensamiento orientado al acto en beneficio del comportamiento mediante el decrecimiento de la función mediadora del Yo, es decir, una deficiencia de contenido de ideas en la cual el sujeto “adquiere cierta uniformidad de la que desaparecen los rasgos de singularidad que caracterizan la vida psíquica plena” (Caparrós, 2008, p. 320). Según Marty (1992) esto se puede observar mediante el deterioro de las actividades fantasmáticas y oníricas, dando lugar a un pensamiento consciente sin conexión a representaciones, con una afectación temporal limitada a una relación “blanca” con los otros. Por tanto, el *Pensamiento Operatorio* reduce al sujeto a “automatismos de supervivencia [...] El pensamiento se vuelve factual y actual” (Franco Vicario, 2016, p. 3).

A estos automatismos de supervivencia Marty agrega los procedimientos autocalmantes, como actos repetitivos que “forman parte de los medios para-excitantes” (Smadja, 2005/2014, p.33), este mecanismo tiene como objetivo “negar la percepción dolorosa de una falta que afecta su narcisismo” (p.188). Por lo tanto, su actuación se

encuentra dirigida a la satisfacción del Yo-Ideal. Es así que estos procedimientos se utilizan “habitualmente la motricidad y la percepción. Otras veces, apelan a la realidad. Pero se trata de una realidad despojada de toda carga simbólica” (p. 204).

De ahí que, a partir de la ausencia de cualquier valor libidinal, que no permite exteriorizar la agresividad, se impide el “flujo de energía instintiva vital, que los psicoanalistas llaman impulsos” (Marty & Fain, 1956, p.545). Además, se manifiesta “la precariedad de la conexión con las palabras, así como la existencia de investidura de nivel arcaico” (Marty, 1992, p.37) que surge como función mediadora entre el afecto, desaparecen los deseos y da paso a la acción (Caparrós, 2008).

1.2.4 La Vida Operatoria

La noción de *Vida Operatoria*¹⁶ reemplaza a la de *Pensamiento Operatorio* para poder abarcar, de manera más completa, “la disminución del pensamiento frente a la importancia que adquieren los comportamientos” (Marty, 1992, p.37). Por tanto, esta es una etapa de relativa cronicidad donde se pueden observar escasas representaciones: “es un estado inestable que se instala en el curso de una desorganización progresiva lenta [...] pone en evidencia [...] la presencia, automática, de un determinado carácter a expensas de las organizaciones del Yo” (ibíd., p. 37-38).

Esta etapa se refiere al “borrado progresivo y gradual según un orden determinado por el plan de evolución en su trayectoria invertida” (Smadja, 2005/2014), que coloca al sujeto en una posición de fragilidad, donde las desorganizaciones se dan en los sistemas sólidos de fijación-regresión, donde se expresa -mediante los comportamientos- el cese de las conductas anteriores perversas y sublimatorias. Además, relega “los

¹⁶ Esta noción apareció en el libro de Pierre Marty “L’ordre psychosomatique” en 1980.

comportamientos ligados en su origen a los instintos y a las pulsiones, [...] como la alimentación, el sueño, las actividades sexuales [...] reducidas al estado de funcionamiento automático” (Marty,1992, p.38).

Para Marty la importancia de la Vida Onírica permitía reconocer la expresión del *pensamiento operatorio*, y un nivel de deterioro en el funcionamiento mental. Para esto clasifico los sueños en: *Sueños Operatorios*, aquellos marcados por un alto grado de objetividad, realidad, banalidad, donde dominan las representaciones de actividades profesionales. *Sueños repetitivos*, que testifican un estancamiento del sistema onírico y al igual que los sueños operatorios registran una banalidad repetitiva. *Sueños Crudos*, cargados de agresividad, oralidad, o analidad en los cuales predomina la genitalidad.

En tanto los Sueños *Ausentes* manifestados por la represión, falta de interés o deseos manifiestan la presencia de una reorganización y defensa psíquica (Altmann de Litvan, 2002).

Finalmente, la *Vida Operatoria* se entiende como una vida sin consideración subjetiva, donde prima el cumplimiento de las exigencias regidas por los marcadores sociales; los cuales adoptan una realidad adherida al exterior mediante la reproducción sin distinción de la realidad psíquica. Para esto, la negación de la independencia y la mutua influencia en la construcción del Yo, impone al objeto ante el organismo sin posibilidad de una construcción original (Marty, 1992).

1.3 Depresión Esencial

1.3.1 Depresión

La *depresión*, precedida por su carácter universal, con ligeras variantes en cada cultura, es caracterizada como “un hundimiento vital en el que se sufre en todo el ser” (Aguirre Baztán, 2008, p.563). Para la psicología, la *depresión* es entendida como una pérdida que admite diferentes maneras de elaboración, en referencia a la relación sujeto/objeto. Por su parte, Marty (1992) manifiesta que las diferentes elaboraciones ante la pérdida pueden clasificarse según la propuesta teórica de mentalización-desmentalización, la cual da lugar a dos tipos de depresión: con expresión y sin expresión.

La *depresión con expresión* pertenece al campo de la mentalización y se refiere a la depresión propiamente dicha; la cual, mediante una buena mentalización, comparte una manifestación de síntomas de contrapartida económica positiva, donde surge la compensación del descenso del tono libidinal, señalando el funcionamiento o la existencia de las defensas psíquicas (Caparrós, 2008).

La *depresión sin expresión* es aquella que delata “una ausencia de toda sintomatología mental” (Caparrós, 2008, p.232), es decir, anula toda expresión de sufrimiento psíquico: culpabilidad, inferioridad o angustia; ya que sólo es perceptible a través de la fatiga permanente y confundida con “stress, unido a diversas y erráticas quejas corporales” (Ibíd., p.232); de las cuales, la *Depresión Esencial* es su mayor referente.

Frente a esta clasificación, se vuelve imperante describir otros tipos de depresiones: Psicótica, Anaclítica y Duelo blanco; puesto que todas ellas son empleadas por Pierre Marty para desarrollar y diferenciar su propuesta de *Depresión Esencial*.

1.3.1.1 Depresión Psicótica

Señalada inicialmente por Freud (1917/2007) como melancolía, la *depresión psicótica* refiere una pérdida significativa, capaz de alcanzar tal intensidad “que produzca un extrañamiento de la realidad y una retención del objeto por vía de una psicosis alucinatoria de deseo” (Ibíd., p.242), donde el amor por el objeto se refugia en una identificación narcisista que ubica al Yo como sobra del objeto manifestado.

Frente a esto, Donald Winnicott (1988/1993) situó a la *depresión psicótica* como un daño producido por la prematura separación con la madre, en un primer momento de identificación, destruyendo prematuramente la ilusión de continuidad corporal con la misma. Aquí, no existe diferencia entre sujeto/objeto y cualquier pérdida puede ser experimentada como una amputación; ya que, como se mencionó antes, por efecto de la identificación y continuidad corporal con el objeto, este corte es objetal y narcisista (Caparrós, 2008).

Es así que, tanto la depresión psicótica desarrollada por Winnicott en la infancia, como la depresión psicótica en adultos, referida a la melancolía por Freud, se encuentran distinguidas por una sintomatología positiva expuesta por “una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autoreproches y autodenigraciones (...) que se complementan con el insomnio, la repulsa de alimento y un desfallecimiento, en extremo asombroso” (1917/2007, p.242).

1.3.1.2 Depresión Anaclítica

Esta depresión sobreviene durante el primer año de vida, esencialmente entre el sexto y octavo mes, y es el resultado de la ausencia materna ininterrumpida¹⁷. Durante este periodo, el niño ya cuenta con esbozos de una diferenciación sujeto/objeto, por lo cual no resulta radical para la formación del Self (Caparrós, 2008), pero confluye en un desvalimiento en relación a los afectos donde:

“[...] nos demuestra que la ausencia [...] causada por la carencia afectiva detiene el desarrollo en todos los sectores de la personalidad [...] hace imposible la descarga de impulsos agresivos, y el lactante vuelve la regresión hacia sí mismo [...] presenta incapacidad de asimilar la comida, e insomnio. Luego son niños que se atacan activamente a sí mismos, dándose cabezazos contra sus cunas, pegándose con el puño y arrancándose mechones de pelo. Este deterioro puede progresar hasta llevarlo al marasmo y a la muerte” (Spitz, 1985/1972, p.113).

Cabe enfatizar que la naturaleza de la *Depresión Anaclítica* varía de acuerdo al momento y duración de la ausencia materna, dando cuenta de la ausencia del objeto en los niños. Para Marty, esta depresión en la infancia convergería en la adultez en una Depresión Esencial.

1.3.1.3 Duelo Blanco

El *Duelo Blanco*¹⁸ o síndrome/complejo de la madre muerta, es una formación de narcisismo particular que surge en los niños por “una depresión repentina de la madre, que disminuye su interés por éste durante los primeros años de vida” (Yidiz, 2012, p.17). Su particularidad es producir una pérdida súbita del amor materno, que no es comprendida

¹⁷ La Depresión Anaclítica fue descrita por Spitz, en 1947, como el resultado de la observación de la ausencia de la madre en niños internados en hospitales y orfanatos.

¹⁸ El Duelo Blanco fue propuesto en el texto “Narcisismo de vida, Narcisismo de Muerte” de André Green en 1983.

por el niño y asumida con angustias de lesión de amor, lo que activa una serie de mecanismos de defensa que buscan retirar la investidura de objeto materno, mediante la identificación con la madre muerta.

Tras esta manifestación surge un duelo imposible; el cual, al llegar la vida adulta, desemboca como un sentimiento de fracaso donde “la pérdida narcisista [...] no permite la adquisición de constancia objetal, creando un estado de vacío doloroso [...] que no permite dotar de una investidura libidinal a nuevos objetos” (Yidiz, 2012, p.17).

1.3.2 Depresión Esencial

Para Marty, la *Depresión Esencial*¹⁹ es el aspecto afectivo del establecimiento de la Vida Operatoria. Nace de los postulados de Freud (1917/2007) sobre el empobrecimiento directo de la libido, la cancelación y el retiro de la elección de objeto sobre el Yo, y la identificación narcisista con el objeto sustituyendo a la investidura de amor.

La *Depresión Esencial* es la “disminución de nivel de tono libidinal sin contrapartida económica positiva alguna” (Marty, 1992, p.39). Una depresión sin objeto o auto acusación que señala una herida narcisista sin expresión, manifestada en la esfera somática, y que pone en evidencia “la relación con la precariedad del trabajo mental” (Ibíd., p.39); misma que, a partir de su falta o borrado, expone a una desorganización y fragmentación a consecuencia de un trauma que sobrepasa el dominio de las funciones psíquicas.

El *trauma* en esta depresión posee una característica particular: un déficit, algo esperado, pero no desarrollado. Frente a esto, André Green (1983/1999) mencionó que

¹⁹ Propuesta desarrollada por Pierre Marty en la Investigación Psicósomática de 1963.

este trauma marca una regresión en un punto de fijación; lo que da como resultado un desvalimiento de la capacidad de afectos²⁰. Por tanto, la *Depresión Esencial* justifica la ausencia interna del objeto mediante la obstrucción de las relaciones con objetos externos, donde su única salida es a través de la esfera somática²¹.

¿Cómo se entiende al Yo-Ideal²² en esta depresión? El Yo-Ideal es una instancia sobrecargada, un producto de un proceso defectuoso de la censura que causa que la libido narcisista permanezca estructuralmente alejada de la corriente instintiva, donde posiciona a la sexualidad en segundo plano e interviene un ideal desproporcionado. Por tanto, el Yo-ideal es portador de requisitos derivados de la omnipotencia narcisista y todo aquello que dificulte la sensación de expansión ilimitada que, relacionada con la actividad corporal, responde a una lesión narcisista y recuerda la vulnerabilidad del cuerpo (Ksensée, 2004).

En este sentido, la *Depresión Esencial* tiene una imagen menos dramática que la *Depresión Melancólica*. La diferencia está en la muerte segura; ya que se refiere a la despartición de la libido narcisista y la fragmentación del objeto, convirtiéndose en la manifestación principal del *Instinto de Muerte*.

Esto dirime de la *Depresión Objetal*; puesto que “en un caso, hay, pero falta. Mientras que en otra falta porque no hay” (Smadja, 2005/2014, p.63). El resultado es la ausencia de manifestaciones y sintomatologías positivas que den cuenta de una falta; la cual se expresa a través de la ausencia de deseos, de interés en la vida afectiva y social,

²⁰ Esta aseveración también fue mencionada por Spitz.

²¹ La justificación de la ausencia interna del objeto mediante la obstrucción de las relaciones con objetos externos, hace que la *Depresión Esencial* se asemeje al primer momento de la *Depresión Anaclítica*. Sin embargo, la diferenciación radica en que la *Depresión Esencial* encuentra salida a través de la esfera somática.

²² Marty (1992) manifiesta que para lograr el desarrollo del Yo se debe pasar obligatoriamente por el Yo-ideal; ya que su origen está en su propio ideal proyectado, por la libido narcisista, sobre el objeto que lo convierte en ideal. A su vez, este centra sus exigencias asociadas a las habilidades motoras que derivan de la libido vinculado a la analidad.

conductas automáticas y mecánicas, ausencia de simbolismos y de metáfora en el discurso. Además, no hay culpabilidad, ni auto reproches. Es el resultado del borramiento de las cualidades de las funciones psíquicas, relegando al Inconsciente y al Preconsciente a una posición de receptor, sin capacidad alguna de emitir (Franco Vicario, 2016, p.4).

Aceptar que somos seres psicossomáticos permite entender a la enfermedad, sea cual sea su etiología, de forma multidisciplinaria y sin discriminación al aspecto psíquico. Es así que visualizar la expresión psicossomática, amplía el espectro de pérdida y permite incluir a la *Depresión Esencial* en nuestros estudios, donde el objetivo sea determinar el resultado de una Vida Operatoria, una mala mentalización y una herida narcisista que sentencia la presencia preponderante de un Yo-ideal acusador.

CAPÍTULO II

Identidad Masculina y Cáncer de Próstata

La reciente aplicación de la teoría psicoanalítica al campo de los estudios de género ha permitido comprender su dinámica y construcción a nivel social e individual. Frente a esto, el presente capítulo hará una aproximación a la identidad masculina, a través de los postulados de autores y psicoanalistas que han reflexionado sobre la identidad de género, la masculinidad y la virilidad.

Finalmente, a través de investigación bibliográfica sobre el Cáncer de Próstata, su incidencia en el país, tratamientos y principales efectos en el cuerpo del hombre, se analizará cómo la identidad masculina, construida a partir de lo social e individual, se ve afectada por esta enfermedad.

2.1 Identidad Masculina

Para los simbolismos inscritos en el orden social, la asignación de características, funciones y roles antepuestos a una diferenciación anatómica, limitan la apropiación individual de lo que es ser hombre o mujer. Frente a esto, es necesario señalar que el sexo es una variable demográfica y psicológica que incide en las diferencias asimétricas de lo biológico. Por su parte, el género es “una categoría más de diferencia entre los seres humanos” (Zaro, 1999, p.5). Finalmente, la identidad es el “conjunto de rasgos propios del individuo o de una colectividad que los caracteriza frente a los demás” (Real Academia Española, 2019).

El sexo como categoría, enmarcada dentro del sistema social y cultural, mantiene latente el hecho que “los genitales son el único criterio para asignar a los individuos una categoría al momento de nacer” (Cucchiari, 2013, p. 184). Este criterio expresa una serie de expectativas asociadas a un determinado rol, rasgo y relación social. De ahí que la idea de género se constituya a través de “sistemas binarios que oponen el hombre a la mujer, lo masculino a lo femenino” (Conway, Bourque, & Scott, 1987/2013, p. 32).

Por su parte, los autores Martínez Benlloch & Bonilla Campos (1999, p.10-11) señalan que el género es una categoría de clasificación y un sistema de valores construido culturalmente en torno al dimorfismo sexual. Por tanto, el sexo y el género (como categorías) se convierten en pilares fundamentales que influyen en el comportamiento, reflexividad, complejidad y desarrollo del sujeto humano.

Por otro lado, el concepto de género también moviliza al parentesco, el matrimonio, la familia, los tabúes del incesto y la heterosexualidad (Cucchiari, 2013, p.182), el cual, consta también de dos categorías complementarias, aunque mutuamente excluyentes, que se rigen por tiempos y espacios, formadas bajo un orden reproductivo o sexual -el de macho o hembra-, el cual constituirá una marca cultural adquirida. En este sentido, el género reafirma las “prescripciones culturales [...] sobre lo adecuado psicológica y socialmente, para hombres y mujeres” (Zaro, 1999, p. 6).

De ahí que el género, como sistema de creencias y valores, incida en la construcción del psiquismo; visibilizando que al sujeto sometido a “la diferenciación sexual que construye la cultura en la que está inmerso [...] Este sistema incidirá de manera distintiva a lo largo de todo su ciclo vital” (Martínez Benlloch & Bonilla Campos, 1999, p. 11).

Para Zaro existe un proceso de socialización frente a la clasificación de género, el cual posiciona al Yo-Ideal como estructura nuclear de la identidad. Es así que, de manera progresiva, convergen identidades secundarias que buscan relacionarse y cumplir un rol social. Por tanto, el individuo “además de ser consiente de sí-mismo, lo es del hecho de ser hombre o mujer” (Zaro, 1999, p.9).

La formación de la identidad se da en los primeros años de vida. Es una imagen mental de sí-mismo, construída a partir de la identificación con la persona que cumple el modelo asignado por la diferenciación sexual²³. La identidad se convierte en una especie de “autodescripción plena, al tiempo que [...] hace ser consciente de la propia individualidad” (Ibíd., p. 8).

Según Kohlberg (1972), la necesidad de una identidad también radica en la reafirmación o consolidación de los roles de género; los cuales reflejan una apreciación subjetiva en función de estereotipos culturales y sociales que son nombrados, socializados y reconocidos desde el nacimiento y en ambientes como la escuela, el hogar, los amigos e incluso medios de comunicación o juguetes.

Por lo tanto, la identidad es el resultado de las experiencias acumuladas, acompañadas y que tienen relación a “las vicisitudes de la libido, las aptitudes desarrolladas a partir de lo congénito y por las oportunidades ofrecidas por los roles sociales” (Delahanty, 1992, p. 123).

Frente a esto, la masculinidad se construye desde la diferencia con lo femenino. Por lo tanto, ser hombre significa “no ser femenino ni mostrarse afeminado, no ser tierno,

²³ Este núcleo, a partir del cual se desarrolla una vida afectiva, emocional y conductual, nos recuerda los planteamientos de Freud en *Introducción al Narcisismo* (1914/2007), donde reflexiona sobre la identificación que forma parte de la construcción del sujeto, dando cuenta de la relación con el objeto, pues la identificación es “la etapa previa de la elección de objeto (...) el primer modo (...) como el yo distingue a un objeto” (1915/2007, infra , p.247)

no ser homosexual, no ser dependiente, débil o sumiso, no mostrar debilidad, no mantener relaciones [...] cercanas ni íntimas con otros hombres, no ser cobarde y no ser impotente” (Mena Godoy, 2012, p. 68). Ser hombre es un proceso excluyente que, en ocasiones, se manifiesta como agresión frente a aquello que sea femenino y aquello que no demuestre una conducta masculina (Granados, 2006).

Por lo tanto, las conductas masculinas están sujetas a los roles de género; los cuales designan que lo masculino está “relacionado con el ámbito público, lo laboral, la autoridad y el poder” (Luzón Encabo & Ramos Matos, 2012, p. 148). Es decir, un rol instrumental centrado en el dominio del mundo exterior que lo posiciona como “el proveedor del sistema familiar, que tenga una orientación predominantemente cognitiva, capaz de resolver problemas, siendo autónomo, asertivo, dominante e inhibido en sus emociones” (Alcalay, Gonzalez G., Reinoso M., & Lizana C., 1994, p.186).

En tanto, la identidad masculina es aquel conjunto de “atributos, valores, funciones y conductas que suponen esenciales al varón en una cultura determinada” (De Keijzer, 1997, p. 67). Estos atributos y valores se adquieren “a través de un complejo proceso individual y social e incluye la transmisión y aprendizaje de normas sexuales [...] sobre lo obligado, lo prohibido y lo permitido [...] sobre todo en cuanto a la elección del objeto sexual” (Granados, 2006, p. 87).

2.1.1 La Masculinidad, sistema de organización

A lo largo de la historia se han marcado condiciones y estrategias que determinan quién o qué es masculino, basándose en un rasgo fundamental; lo activo, donde el reconocimiento de la masculinidad se fundamenta en rasgos ambiciosos, “seguros de sí

mismo, analítico, individualista, independiente, dominante, fuerte” (Zaro, 1999, p.7-8) que actúan en oposición a los rasgos femeninos de afectuosidad, ternura o docilidad.

Esta primera identificación del hombre con lo masculino, señala la aprobación social que reconoce “un modelo valioso, el suyo [...] el masculino” (Zaro, 1999, p. 15), el cual, anula todo vestigio femenino que hubiera en sí-mismo, llevándolo al sacrificio de las emociones y afectos, señalando como los varones deberían ser.

Por consiguiente, la masculinidad como un sistema de organización cultural en la que se forman los varones responde a una visión clasificada. Una de ellas la masculinidad hegemónica de matriz heterosexual, que demanda y posibilita el establecimiento de un sistema binario sexo-género señala: “las categorías hombre versus mujer o, en definitiva, hombre frente a todo lo que no es suficientemente hombre” (Torras, 2007, p. 13), exaltando una actitud violenta frente a lo no femenino, donde se coloca a la masculinidad sumisa con la “idea de la mujer como el –otro-, objeto y subordinado (Cucchiari, 2013, p. 201).

Estas reflexiones contribuyen al entendimiento una complejidad de las bases donde se edifican las identidades –hegemónica y subordinada- masculinas, que, si bien se encuentran fundamentadas en una variedad de estereotipos frente al ser y hacerse hombre, su objetivo es organizar un entramado social, cultural e ideológico masculino, donde se instaura la fortaleza, la habilidad procreadora y protectora que marcan a la virilidad como el eje de dominio.

2.1.2 Estructuración de la Identidad Masculina

La estructuración de la identidad masculina se hace a partir de las identificaciones tempranas presentes en el varón (Burin, 2012), donde el empleo de términos como:

identidad, identificación y subjetividad se encuentran desarrollados a partir de una configuración psicoanalítica.

Para Irene Meler, la implicación cultural dentro de la clasificación de género responde a la formación de estereotipos que poseen un rol relevante en la construcción del sujeto. Es así que la identidad de género es “un mosaico compuesto sobre la base de identificaciones disarmónicas que van configurando las instancias del aparato psíquico, las defensas predominantes y las particularidades del deseo erótico y la elección del objeto” (Meler, 2002, p. 101).

El estereotipo sirve para la construcción subjetiva; la cual obliga al varón a identificarse y aprender el rol masculino en ausencia de una relación personal continua y persistente con algunos rasgos del padre. Es decir, “los niños desarrollan la sensación de lo que debe ser masculino mediante la incorporación de imágenes culturales de la masculinidad y de hombres que eligen como modelos masculinos” (Burin, 2012, p. 14).

En este sentido, el modelo identificatorio en los niños se funda rara vez en una relación íntima o cercana con el padre.²⁴ Esto resalta la diferenciación con los otros, esencialmente con la madre. De ahí que, para el niño, la intimidad, el contacto físico, la dependencia y el apego representan aquello que no es masculino, llevándolo a negar todo vínculo de apego con la madre y a reprimir cualidades que crea femeninas para afirmar su masculinidad (Burin, 2012).

La hostilidad hacia lo femenino responde a “una expresión del terror y rabia que sentimos hacia nosotros mismos, hacia nuestros propios deseos prohibidos, nuestras

²⁴ Para Martínez (2010, p.84), la conformación de la identidad masculina surge por no identificarse con lo femenino y, sólo secundariamente, por la identificación con el padre o una figura a la cual el niño reconozca como masculina; la cual culturalmente será la que evalúe su desempeño en la no transgresión hacia lo femenino.

carencias y pérdidas irreparables” (Hidalgo, 2004, p. 4), pone en marcha un proceso de represión hacia la identificación con lo materno-femenino, donde “la madre perdida es recodificada retroactivamente como otro peligroso” (Martínez, 2010, p. 84), desarrollando en el sí-mismo del niño una necesidad de “disolver la identificación con la madre para ser confirmado como un sujeto/masculino” (Ibíd., p.84).

Inicialmente, este proceso de identificación fue planteado por Freud (1923/2007), quien señaló que la formación de la identidad parte de una fase primitiva, donde el niño manifiesta una identificación con la madre; la cual, tras liberarse de esta omnipresencia y sostener su masculinidad, se ve en la necesidad de reconstruir este Yo-Objeto perdido mediante la identificación con el padre. Se genera desprecio y devaluación al sexo femenino. Se reafirma su posición masculina en la fase fálica, donde el reconocimiento de la diferenciación genital será percibida como “castración” de la madre.²⁵

Es así que, dentro de la teoría psicoanalítica, la identidad masculina se encuentra organizada en torno al pene y la erección; lo que reduce a la diferencia sexual al “conflicto entre posesión o carencia [...] las condiciones básicas para ubicar a la sexualidad femenina en el lugar de lo extranjero” (Hidalgo Xirinachs, 2002, p. 84).

En este contexto, Silvia Bleichmar (1995) manifiesta que el intento del niño por eliminar la primera identificación madre-feminidad será fallida; puesto que implica rechazar un primer momento de la propia vida fantasmática y como solución, el niño negará su primer vínculo significativo, omitirá cualquier momento o referencia de feminidad mediante una identidad masculina rígida (Martínez, 2010).

²⁵ Para Benjamin (1997), la conformación de la identidad masculina se constituye bajo un modelo cultural heterosexual, donde el desprecio naturalizado e inconsciente hacia las mujeres, es efecto de la transferencia del padre, por miedo a la regresión a una madre pre-edípica.

Por otro lado, y desde la reflexión de Butler (2001, p. 149), la identificación constituye la preservación psíquica del objeto: forma al Yo; además, el objeto perdido aparece y habita al sujeto masculino como una de sus identificaciones constitutivas. Este escenario reafirma que la *identificación melancólica* puede ser un requisito previo para desligarse del objeto en el mundo externo, lo que permite preservarlo como parte del Yo a través del mecanismo de rechazo.

Finalmente, este mecanismo, como ya se mencionó, es una “reafirmación en el carácter del varón” (Freud, 1923/2007, p.34) y tiene relación con la dominación y sumisión femenina. De ahí que los hombres se exijan ser y actuar de acorde al modelo de dominación masculino, donde el resultado es el fracaso de las relaciones intersubjetivas y el producto de sí-mismo tiene que ver con la exclusión del otro/objeto.

2.1.3 El lugar del cuerpo

El cuerpo, interpretado desde el sistema sexo-género, es el medio para la manifestación de “prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anátomo-fisiológica y que dan sentido [...] al relacionamiento entre las personas” (De Barbiere, 1993, p. 149-150).

De ahí que, en su calidad de medio o herramienta, el cuerpo se rija a una realidad falocéntrica, instaurada mediante la palabra consensual, donde se pretende decidir sobre hombres y mujeres mediante “la legitimación del poder, de la riqueza, la fuerza material y la masculinidad, sobre la pobreza, la vulnerabilidad y la feminidad” (Hidalgo, 2004, p.9).

En este contexto, Bourdieu (2000) reconoce que la percepción del cuerpo se desarrolla en función a un límite simbólico: la parte delantera es el lugar para la diferencia

sexual, y la parte trasera representa la sexualidad indiferenciada, es decir, potencialmente femenina.²⁶

Ahora bien, en un ámbito global y regional, en América Latina, el cuerpo del varón responde a la visión hegemónica de masculinidad que está marcada por un esquema de dominancia y subordinación hacia lo femenino y los hombres que no se adaptan a esta imagen (Keijzer, 2003).

Por tanto, el cuerpo del varón se encuentra a merced de un modelo masculino-heterosexual, donde “el contacto con los afectos y emociones representan experiencias amenazantes por estar vinculadas a la feminidad y al hecho de ser mujer. [...] La relación de los hombres con el cuerpo es problemática” (Cruz Sierra, 2006, p. 3). De ahí que, algunos hombres no saben qué hacer con su cuerpo, pierden su control y éste los domina, lo perciben como un ente ajeno, al que sólo en pocas ocasiones se le escucha (Ibíd., p. 5).

Frente a esto, la relación del varón con su cuerpo implica un obstáculo para el autocuidado; ya que este comportamiento está asociado a una actitud cuidadosa y preventiva, es decir, un comportamiento femenino (Keijzer, 2003, p. 140). Por tanto, resulta difícil ceder a la masculinidad el poder de cuidar y vigilar, el poder de someter al cuerpo a una serie de disciplinas para dar noción de quién se es en la sociedad frente a las mujeres y a otros hombres (Cruz Sierra, 2006).

²⁶ Esta aseveración de Bourdieu permite entender que el cuerpo es una construcción sociocultural, donde se establecen relaciones individuales y colectivas para vivenciar, entre otras cosas, “nuestra afectividad, [...] nuestro lugar como sujetos sexualizados y generizados; lo que influyen en el proceso del desarrollo de la identidad a lo largo del ciclo de vida (Ramos, 2019, p. 118-119).

2.1.4 Masculinidad y Virilidad

La virilidad, según Segarra & Carabí (2000, p.32-85), es un discurso de poder que constituye al hombre como sujeto. A su vez, se caracteriza por ser algo más que la masculinidad: es algo que se gana cumpliendo los signos constitutivos que exige la masculinidad, es decir, una formación caracterizada por la fuerza, el control, el dominio y la agresividad. La virilidad es una manifestación de la masculinidad exitosa, la cual está destinada a la dominación y su justificación.

En este escenario, dentro del imaginario social, la virilidad se sitúa dentro de una “lógica de la proeza, de la hazaña, que glorifica y enaltece” (Bourdieu, 2000, p.18). Aquí, existe miedo al ícono femenino porque supone una amenaza para su constitución; ya que “si se le acerca mucho perdería sus cualidades viriles y sería demasiado tierno, vulnerable, cobarde e incluso invalido” (Segarra & Carabí, 2000, p.38).

Por lo tanto, la masculinidad hegemónica, representada en la virilidad, resulta ser una formación violenta, una ideología destinada a justificar la dominación masculina por “aquellos hombres que controlan el poder” (Kimmel, 1997, p.3). De ahí que la virilidad se fundamente por/en el deseo de ser “un hombre en el poder, un hombre con poder y hombre de poder” (Ibídem.).

No obstante, Sau (2000) reflexiona que la virilidad también se presenta como una prisión para los hombres, una prueba continua para no perder su “hombría”. Frente a esto, surge la interrogante ¿Cómo la virilidad se vería afectada por una enfermedad propia del hombre? De ahí que, a continuación, se haga una aproximación teórica al Cáncer de Próstata y sus efectos en el cuerpo y la identidad masculina.

2.2 Cáncer de Próstata

El cáncer es un padecimiento grave y complejo caracterizado por el crecimiento desmesurado de células anaplastias en un tejido circundante, capaz de propagarse a puntos distantes del organismo; se distingue por su naturaleza, manifestación o asiento y su pronóstico depende de la etapa en la que se ha diagnosticado (Océano Mosby, 2009). Es una de las enfermedades de mayor impacto a nivel psíquico, físico y social, tanto en el sujeto que lo padece, como en la familia y el equipo médico (Velázquez Martínez, García Cerón, Alvarado Aguilar, & Ángeles Sánchez, 2007).

2.2.1 Definición de Cáncer de Próstata

Es “la neoplasia más frecuente en varones [...], con una incidencia que se incrementa rápidamente después de los 50 años” (Portela Pereira, Ramírez Vargas, & Fernández Calvo, 2018). Se trata de “una enfermedad de amplio espectro en la que la mayoría de casos, [...] se diagnostican en estadios iniciales siendo candidatos a tratamientos radicales con intención curativa” (Begoña Mellado, 2014, p.8).

La edad es uno de los principales factores de riesgo. No obstante, esto no excluye que “pueda presentarse en hombres jóvenes entre 40 y 50 años” (SOLCA, 2018). Este factor incrementa si un familiar en primer grado se ha visto afectado por la patología. De igual forma, el cáncer de próstata incide de manera diferente en los grupos étnicos, siendo los varones afrodescendientes quienes manifiestan una incidencia más elevada (Kasper, Hauser, & Fauci, 2016).

Entre los signos y síntomas más frecuentes está la disminución en la producción de testosterona. Inicialmente puede percibirse como una obstrucción urinaria, que puede desencadenar disuria, polaquiuria, sensación incompleta de vaciado y urgencia miccional;

lo que sería motivo de consulta (Portela Pereira, Ramírez Vargas, & Fernández Calvo, 2018).

Entre los métodos de diagnóstico están: a) el tacto rectal, que consiste en la palpación de la próstata para detectar alteraciones en el tamaño, consistencia o uniformidad que es poco tolerado y rechazado por los pacientes y muchas veces no es planteado por el médico (Muñoz Astudillo, Sossa Pinzón, Ospina, Grisales, & Rodríguez García, 2011, p.150); b) la concentración sérica de PSA, que se realiza mediante una muestra de sangre para medir los niveles de una glicoproteína; y c) la ecografía transrectal (ETR), que mediante una biopsia observa la gradación y determinación de la extensión del tumor (Portela Pereira, Ramírez Vargas, & Fernández Calvo, 2018).

En Ecuador, el cáncer de próstata representa la segunda patología con mayor incidencia en hombres: tiene un promedio de 38.8 casos por cada cien mil habitantes. De ahí que, en el periodo comprendido entre 2006-2010 se registró un promedio anual de 92 casos; lo que ubicó al país en el puesto No. 36 de 70 con respecto a la manifestación del cáncer de próstata como primer motivo de consulta (Gaibor & Cueva, 2014). Por su parte, la ciudad de Quito tiene el 29% de los casos.²⁷

2.2.2 Tratamientos

El tratamiento depende de una valoración previa y de factores como: edad, esperanza de vida, presencia de síntomas en el tracto urinario, estudio tumoral y riesgo en la intervención. Todos ellos facilitan desarrollar un posible abordaje que buscará emplear intervenciones lo menos invasivas posibles (Portela Pereira, Ramírez Vargas, &

²⁷ Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (2014).

Fernández Calvo, 2018). Entre los principales tratamientos están: hormonoterapia, radioterapia, prostactomía y la observación/vigilancia.

2.2.2.1 Hormonoterapia

La intervención hormonal suele ser el primer tratamiento y consiste en la “castración quirúrgica o médica; mediante la extirpación de los testículos (orquiectomía) o mediante la supresión continua de andrógenos [...] mediante análogos hormonales que liberan gonadotropina” (Fernández, Pascual, & García, 2004, p.183). Este tratamiento es empleado inicialmente para la reducción del tamaño del tumor.

Entre los principales efectos secundarios de este tratamiento están: “aumento de peso, desarrollo discreto de mamas, fatiga o debilidad muscular, decaimiento, osteoporosis, sofocos de calor, impotencia y pérdida del apetito sexual” (Ibídem.).

2.2.2.2 Radioterapia

Este tratamiento puede ser externo como cualquier radioterapia aplicada en el cáncer o interno, también denominado Braquiterapia, el cual mediante un procedimiento quirúrgico “deposita en la próstata una cantidad determinada de pequeñas fuentes emisoras de radiación [...] que destruirán el tumor” (Ibídem).

La radioterapia puede ser un tratamiento curativo en pacientes con alteraciones localizadas, en casos donde el tumor se haya extendido y en pacientes que no pueden resistir una cirugía; ya que “raramente produce incontinencia y la posibilidad de impotencia sexual es menos frecuente” (Fernández, Pascual, & García, 2004, p.182). Sin embargo, mantiene efectos secundarios: náuseas, malestar general, entre otros.

Sin embargo, la radioterapia externa puede presentar los siguientes efectos secundarios transitorios que se derivan de la radiación en la pelvis: “sensación de ardor y

escozor durante la micción y la necesidad de orinar frecuentemente, generalmente en pequeñas cantidades” (Fernández, Pascual, & García, 2004, p.183).

Por su parte, entre los principales efectos de la Braquieterapia están: enrojecimiento y aparición de hematomas en el área intervenida. Además, durante los primeros días puede haber “alteraciones urinarias, escozor y dificultad para vaciar la vejiga” (Fernández, Pascual, & García, 2004, p.182).²⁸ A su vez, con menos frecuencia, puede presentarse hematuria (sangre en orina) o hematosperina (sangre en semen).

2.2.2.3 Prostatectomía

Esta intervención se recomienda en casos donde los ganglios sean metastáticos y el paciente tenga menos de 70 años. Consiste en la “extirpación de la próstata por vía anterior perineal o por vía transrectal retropúbica” (Fernández, Pascual, & García, 2004, p.182). El principal efecto secundario, temporal o permanente, es la impotencia sexual e incontinencia urinaria.

2.2.2.4 Observación y Vigilancia

Es una opción alternativa en pacientes donde la enfermedad tiene baja agresividad. Consiste en el seguimiento, sin intervención alguna; ya que los pacientes, generalmente, “sobreviven más de diez años sin que medie ninguna actuación sobre el cáncer, debido al lento crecimiento” (Fernández, Pascual, & García, 2004, p.183). Este tratamiento evita alterar la calidad de vida a causa de los efectos secundarios.

²⁸ Frente a estos síntomas, la ventaja es que desaparecen de 1 a 3 meses después.

2.3 La virilidad y el cáncer de próstata

Para Novoa et al. (2003), el cáncer de próstata es la patología que afecta mayoritariamente las cualidades de potencia y virilidad; ya que interfiere en el desarrollo del modelo hegemónico de masculinidad, que exige el cumplimiento de principios como: “la valentía, el valor, la osadía, la capacidad de enfrentarse a cualquier peligro sin miedo, el llevar al límite las propias capacidades, la fuerza, la independencia, la eficacia, la productividad, el proteger a los otros” (Mena Godoy, 2012, p.68). Por tanto, el hombre con cáncer de próstata pierde su virilidad. Se considera menos masculino.

De ahí que, el cáncer de próstata es aquella enfermedad que deriva en la representación de lo femenino y, por ende, produce un malestar emocional significativo y recrea emociones como: “miedo, ansiedad, ira, temor por discapacidad, dependencia o muerte” (Oraá Taberno y otros, 2013, p.342). A su vez, estas emociones se encuentran fundamentadas en la dificultad o necesidad que pone en duda su propia sexualidad.

En el mismo escenario, el cáncer de próstata revive el duelo no elaborado de la primera identificación con la madre, donde “los cambios físicos producidos por el tratamiento y sus efectos como la incontinencia y las disfunciones sexuales” (Oraá Taberno y otros, 2013, p.342) producen de manera intensa la enfermedad y el trauma. Es así que hombres sexualmente activos sufren un fuerte impacto debido al cambio de su vida sexual; lo que altera su percepción sobre la propia masculinidad y repercute en su estado físico (Ibídem.).

La vulnerabilidad del cuerpo, a causa de los tratamientos que se viven con “humillación, con un elevado temor a mancharse o al olor y una gran angustia por el uso de pañales” (Oraá Taberno, y otros, 2013, p.343), llevan al sujeto masculino a no poder

cumplir el rol de proveedor; lo que produce la manifestación de un Yo-Ideal demandante que lo lleva al punto de anulación recíproca, es decir, no logra diferenciar el yo del objeto, o lo masculino de lo femenino.

Para Pierre Marty (1992), la manifestación del cáncer es el resultado de una desorganización progresiva caracterizada por la acumulación de excitaciones en un aparato mental incapaz de elaborarlas; las cuales se encuentran presentes en sujetos con una estructura inamovible, desprovistos de mecanismos de defensa y que expresan la pobreza de la vida fantasmática.

Frente a esto, una de las principales expresiones de la no mentalización es la *Depresión Esencial*, misma que resulta ser la manifestación defectuosa de la censura del amante. Su efecto es lograr que la libido narcisista permanezca estructuralmente alejada de la corriente instintiva e intervenga en un ideal desproporcionado (Kséné, 2004).

Este Yo-Ideal desproporcionado porta requisitos derivados de la omnipotencia narcisista y señala todo aquello que dificulte la expansión ilimitada relacionada con una actividad corporal. Es decir, se percibe como una lesión narcisista; ya que nada puede limitar al cuerpo y nada debe recordar su vulnerabilidad. Por tanto, cualquier afectación en/a las zonas erógenas será marcada como herida narcisista, donde se firmarán restricciones relacionadas a esta actividad del cuerpo que se escapa de la omnipotencia: un requisito narcisista del Yo-Ideal (Ibíd.).

De ahí que, ante las manifestaciones de depresión en los pacientes con cáncer de próstata, se propone a la *Depresión Esencial* como una actuación silenciosa que busca entender -en su semiología- el pensamiento operatorio y la desorganización psíquica que la acompañan; ya que, en el cáncer de próstata, la afectación del órgano genital deviene

en una herida narcisista que recuerda la vulnerabilidad del cuerpo y lleva al Yo-Ideal desmesurado a una fractura de la identificación con el padre.

Sin embargo, a pesar de la información existente, para Fernández et al. (2004) existe un déficit de investigación frente a la influencia social y psicológica sobre la respuesta de los hombres con cáncer de próstata. Se debe entender que la imagen corporal, la identidad y la función sexual se ven totalmente afectadas frente a la enfermedad; lo que puede afectar años después del tratamiento a la imagen que el hombre tiene de sí mismo.

Por lo tanto, el abordaje del factor psicológico en pacientes prostáticos resulta fundamental; ya que actúa como parámetro para la salud global del paciente y previene un potencial riesgo emocional. Además, se convierte en un mediador frente a la aceptación y la tolerancia de un tratamiento esencialmente invasivo, que puede manifestar problemas psicosociales y afectar tanto a la familia como al sujeto.

CAPÍTULO III

Aplicación Metodológica y Análisis de Resultados

El presente capítulo tiene por objetivo analizar el deterioro de la identidad masculina y/o una depresión esencial en el tratamiento del cáncer de próstata. Para ello se presentará la hipótesis de investigación, la metodología desarrollada, al igual que los resultados obtenidos con su correspondiente análisis, para finalmente realizar una discusión de los resultados encontrados a la luz de los capítulos anteriores.

3.1 Metodología

Para esta investigación, se planteó la siguiente hipótesis: El tratamiento de cáncer de próstata genera un deterioro de la identidad masculina y/o una depresión esencial.

Esta hipótesis toma a consideración el lugar que ocupa el cuerpo del hombre en la estructuración de la identidad masculina, el cual, dentro de un sistema de género hegemónico resigna a la diferenciación genital como única vía de expresión viril (Mena Godoy, 2012).

Y la propuesta de Pierre Marty (1992) sobre el rasgo afectivo de la Vida Operatoria: La Depresión Esencial. Una depresión caracterizada por una aparente normalidad psíquica marcada de una hiper-adaptación social, que acompañada de una falta de interés en la vida social y afectiva manifestada a través de conductas automáticas y mecánicas, demostrando la desorganización y fragmentación del aparato psíquico por efecto de un trauma que sobrepasa el dominio del sujeto, otorgando al Yo-ideal la

capacidad de señalar a todo aquello que dificulte la sensación de expansión ilimitada de la actividad corporal, como una herida narcisista (Ksensée, 2004).

Como fue expuesto en el primer capítulo, existen varios enfoques para el estudio de la psicopatología que permitan entender la depresión dentro de una enfermedad como el cáncer de próstata, una de ellas es la teoría de Pierre Marty.

En la siguiente tabla se expone la hipótesis presentada en el plan de disertación, aprobado en el 2019:

■ **Tabla 0-1** Hipótesis, variables, indicadores y técnicas de la investigación

HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICAS	
El tratamiento en el cáncer de próstata genera un deterioro de la identidad masculina y/o una depresión esencial.	Independiente: Cáncer de próstata	Diagnóstico establecido por un médico especialista.	Entrevista Semiestructurada	
	Dependiente 1: Deterioro de la identidad masculinidad	Imagen masculina disminuida.	Entrevista Semiestructurada con guía de entrevista	
		Discurso de cambio en su vida cotidiana a partir del diagnóstico y tratamiento	Test Proyectivo de la Figura Humana	
	Dependiente 2: Depresión Esencial	Silencio afectivo	Híper-adaptación social	Entrevista Semiestructurada con guía de entrevista
		Procedimientos auto-calmanes	Falta de deseo o falta de interés en la vida afectiva y/o social.	Test Proyectivo de la Figura Humana
		Presencia de Pensamiento Operatorio		

Fuente: Solis Cordero (2018). *Plan de disertación: Relación entre la depresión esencial y el deterioro de la identidad masculina en el cáncer de próstata.* (p.11). Quito-Ecuador.

La presente investigación señala dos variables dependientes, ya que es importante conocer la relación entre el cáncer de próstata y estas variables.

La variable independiente es: *El cáncer de próstata*, el indicador para esta variable es el diagnóstico previo establecido por un médico especialista, para esto se empleará la entrevista semiestructurada con guía de entrevista.

Con respecto a las variables dependientes encontramos: *El deterioro de la identidad Masculinidad*, la cual refiere a la alteración de la propia imagen y percepción masculina, tras la aparición y tratamiento de la enfermedad. Los indicadores de esta variable son: la imagen masculina disminuida, el discurso de cambio en la vida cotidiana a partir del diagnóstico y tratamiento y el silencio afectivo.

La segunda variable dependiente es: *La Depresión Esencial*, para ello se empleará los siguientes indicadores: procedimientos auto-calmanes, hiper-adaptación social. Falta de deseo o falta de interés en la vida afectiva y/o social, mediante la información sobre la relación con su pareja familia, amigos. Presencia de un pensamiento operatorio: conductas automáticas o mecánicas, ausencia de impulsividad.

Para la recopilación de la información detallada anteriormente, se empleará tanto una entrevista semiestructurada, como la aplicación del Test de la Figura Humana y la técnica “Invente una Historia”.

El análisis de la presente investigación se encuentra desarrollada a través de una clave de color que facilita el reconocimiento de los indicadores propuestos:

■ **Tabla 0-2 Clave de Color del Resaltado**

VARIABLES	INDICADORES
Independiente: Cáncer de próstata	Diagnóstico establecido por un médico especialista.
Dependiente 1: Deterioro de la identidad masculinidad	Imagen masculina disminuida.
	Discurso de cambio en su vida cotidiana a partir del diagnóstico y tratamiento
	Silencio afectivo
Dependiente 2: Depresión Esencial	Híper-adaptación social
	Procedimientos auto-calmanes
	Falta de deseo o falta de interés en la vida afectiva y/o social.
	Presencia de Pensamiento Operatorio

Fuente: Solis Cordero (2018). *Plan de disertación: Relación entre la depresión esencial y el deterioro de la identidad masculina en el cáncer de próstata.* (p.11). Quito-Ecuador.

La entrevista estructurada se encuentra compuesta por 14 preguntas, las cuales se expondrán a continuación:

■ **Tabla 0-3** *Contenidos a analizar mediante la Entrevista Semiestructurada*

VARIABLES	INDICADORES	PREGUNTAS
	<ul style="list-style-type: none"> Datos Generales 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es su edad? ¿Cuál es su estado civil? ¿Tiene hijos? ¿Cuántos? ¿Cuál es su profesión?
Independiente: Cáncer de próstata	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico establecido por un médico especialista. 	<ul style="list-style-type: none"> ¿A qué edad le diagnosticaron cáncer de próstata? ¿Algún familiar próximo ha padecido de esta enfermedad? ¿Qué tratamientos le han realizado? Cuénteme de cada uno de ellos.
Dependiente 1: Deterioro de la Identidad Masculina	<ul style="list-style-type: none"> Imagen masculina disminuida. Discurso de cambio en su vida cotidiana a partir del diagnóstico y tratamiento Silencio afectivo 	<ul style="list-style-type: none"> Para usted: ¿Qué significa ser hombre? ¿Qué entiende por masculinidad? ¿Existe una diferencia entre ser hombre y masculinidad? ¿Recuerda algún comentario o anécdota que le haya sucedido en relación al tema de la masculinidad? ¿De qué trataba? Actualmente ¿cuál es su actividad preferida? ¿Siente que habido cambios en algún aspecto de su vida a partir del tratamiento? ¿Cuáles? <ul style="list-style-type: none"> Actividades Pareja Vida Social Sueños ¿Qué me puede contar de su futuro? ¿Qué recomendaría usted a otros pacientes que tengan este diagnóstico?
Dependiente 2: Depresión Esencial	<ul style="list-style-type: none"> Híper-adaptación social Procedimientos auto-calmanes Falta de deseo o falta de interés en la vida afectiva y/o social. Presencia de Pensamiento Operatorio 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Siente que habido cambios en algún aspecto de su vida a partir del tratamiento? ¿Cuáles? <ul style="list-style-type: none"> Actividades Pareja Vida Social Sueños ¿Qué recomendaría usted a otros pacientes que tengan este diagnóstico? ¿Recuerda algún comentario o anécdota que le haya sucedido en relación al tema de la masculinidad? ¿De qué trataba? ¿Qué me puede contar de su futuro? ¿Siente que habido cambios en algún aspecto de su vida a partir del tratamiento? ¿Cuáles? Actualmente ¿Cuál es su actividad preferida? ¿Siente que habido cambios en algún aspecto de su vida a partir del tratamiento? ¿Cuáles? <ul style="list-style-type: none"> Pareja Vida Social Actualmente ¿Cuál es su actividad preferida? ¿Qué recomendaría usted a otros pacientes que tengan este diagnóstico? ¿Siente que habido cambios en algún aspecto de su vida a partir del tratamiento? ¿Cuáles? <ul style="list-style-type: none"> Actividades Pareja Vida Social Sueños Actualmente ¿Cuál es su actividad preferida?

En lo que refiere a la aplicación del Test de la Figura Humana y técnica de “Invente una Historia”, serán calificados en base al libro “Test Proyectivo de Karen Machover (La Figura Humana) de Juan A. Portuondo (1979) para el contenido y para rasgos estructurales el libro de “Interpretación del Test Grafico de la Casa el Árbol y la Persona” de Fernando Paladines (2017).

Los contenidos a calificar en el test proyectivo serán descritos a continuación:

■ **Tabla 0-4** *Contenidos a analizar en el Test de la Figura Humana*

VARIABLES	INDICADORES	
Dependiente 1: Deterioro de la identidad Masculina	• Imagen masculina disminuida	Comparación entre la figura masculina y femenina
	• Discurso de cambio en la vida cotidiana a partir del diagnóstico y tratamiento	Análisis de la figura masculina y del relato (tamaño, edad, emociones, historia elaborada)
Dependiente 2: Depresión Esencial	• Híper-adaptación social	Relato del dibujo. Posición del dibujo, brazos.
	• Procedimientos auto-calmanes	Relato del dibujo (actividades)
	• Falta de deseo o falta de interés en la vida afectiva y/o social.	Desinterés por el futuro (cabeza pequeña, brazos caídos, detrás de la espalda, omisión de manos, expresión de tristeza, boca de payaso u omisión de boca). Apatía, desinterés general (Mucho espacio en blanco, sin detalles) No exteriorizan sentimientos ni emociones y timidez en relaciones interpersonales (expresión).
	• Pensamiento Operatorio	Control de impulsos (figuras sin movimiento, ni expresión, simetría), Pérdida del apetito sexual (sombreado, retoques áreas genitales).

La ejecución de la presente investigación cumplió con los pasos enlistados a continuación:

1. Revisión Histórico-Teórica de la Psicopatología desde su origen en la medicina y en la psicología (Cap.1).
2. Exploración al desarrollo teórico de la identidad masculina desde el campo de género y del psicoanálisis (Cap.2).

3. Revisión de conocimientos médicos del Cáncer de Próstata (Cap. 3).
4. Operacionalización de las variables propuestas en la hipótesis.
5. Estructuración de las técnicas propuestas para la investigación.
6. Producción de la guía de entrevista semiestructurada y selección de indicadores a analizar en el Test de la Figura Humana.
7. Elaboración del Consentimiento informado.
8. Ejecución de un pilotaje para establecer el tiempo de la entrevista y aplicación del test.
9. Aplicación de la entrevista semiestructurada y el test proyectivo.
10. Tabulación de los datos obtenidos a través de la entrevista semiestructurada y el test de la figura humana.
11. Interpretación de resultados.

3.2 Población de estudio

La población definida para la presente investigación cumple con las características de tipo no probabilístico e intencionado, por lo tanto, el número y edad de los participantes dependió participación voluntaria previamente investigada y aprobada en el plan de disertación presentado en 2018. Dando como resultado una muestra integrada por la participación de 3 hombres cuyas edades oscilan entre los 70 y 80 años de edad, y quienes además han sido diagnosticados con cáncer de próstata.

A continuación, se detallará los datos generales recolectados en la entrevista, entre ellos: edad, estado civil, número de hijos, profesión, edad de diagnóstico de cáncer de próstata y lugar de residencia:

■ **Tabla 0-5 Participantes entrevistados datos generales**

Participante	Edad	Profesión	Estado civil	No. Hijos	Edad de diagnostico	Lugar de residencia
<i>EM17</i>	80	<i>Secretario General</i>	<i>Casado</i>	2	75	<i>Quito</i>
<i>ÁR17</i>	71	<i>Operador</i>	<i>Casado</i>	3	64	<i>Quito</i>
<i>JR06</i>	79	<i>Artesano</i>	<i>Viudo</i>	6	69	<i>Riobamba</i>

Nota: Con el objetivo resguardar la identidad de los participantes se asignó un código.

En los datos presentados anteriormente se puede observar que la mayoría de los participantes se encuentran casados, a excepción de uno de ellos que señaló ser viudo.

De igual forma, se puede observar que los tres participantes son personas jubiladas, con al menos 2 hijos, cuya relación, diagnóstico y tratamiento con cáncer de próstata data de al menos 5 años, periodo en el cual han continuado con controles semestrales o mensuales hasta la presente fecha.

3.3 Análisis de técnicas utilizadas

Como fue señalado anteriormente, para el desarrollo de la esta investigación se empleó una entrevista semiestructurada, acompañada con la aplicación del Test de la Figura Humana, mismos que tuvieron un aporte esencial para conocer la posición de cada participante frente al diagnóstico y cáncer de próstata. En el análisis presentado a continuación se expondrá cada uno de ellos indicado el resultado obtenido.

3.3.1 Análisis e interpretación de la entrevista semiestructurada

Para examinar *la relación entre la depresión esencial y el deterioro de la identidad masculina en el cáncer de próstata*, se elaboró a partir de las variables señaladas en la *Tabla 0-1* una entrevista semiestructurada que permita dar cuenta de esta relación,

la cual validada por experto permitió la aplicación de 14 preguntas de las cuales los ítems No.1-5 fueron presentados anteriormente como datos generales.

Es así que, el presente acápite tendrá lugar el análisis de lo expuesto por cada participante, esto se realizará a través de la presentación de tablas que contengan un resumen de la información obtenida. Tanto la guía de entrevista semiestructurada como el resumen de su aplicación constan en el *Anexo I*.

A continuación, se presentará el análisis de las mismas, para lo cual se seguirá el orden de las preguntas planteadas:

- PREGUNTA 6: ¿Algún familiar próximo ha padecido de esta enfermedad?

■ **Tabla 0-6** *Pregunta No.6*

Participante	Respuesta
EM17	“La misma no, cáncer sí” “Mi hermano cáncer gástrico, <i>falleció de 31 años</i> . Mi padre edema pulmonar, por fumador <i>falleció a los 74 años</i> ”
ÁR17	“No, soy el único”
JR06	“No, no tenemos. Solo yo fui. Éramos seis hermanos de los cuales cuatro están muertos. Quedamos solo dos. (...) <i>Dos hermanos... que seguimos luchando por ver quien se muere primero.</i> ”

Como se mencionó en el apartado del capítulo II, la incidencia del cáncer de próstata desde la lectura médica está influenciada por la edad, siendo este un factor que incrementa con la existencia de familiares cercanos que hayan padecido la misma patología.

En la presente tabla se puede observar que en estos casos se cumplen con uno de los dos criterios señalados por Pórtela Pereira et. Al. (2018), ya que la edad de diagnóstico en todos los casos trabajados, supera los 50 años. Pese a este factor, ninguno de los participantes posee algún familiar cercano que haya padecido específicamente cáncer de

próstata. También se puede señalar la existencia de significantes negativos asociados con el cáncer, como la muerte.

- PREGUNTA 7: ¿Qué tratamientos le han realizado? Cuénteme de cada uno de ellos.

■ **Tabla 0-7 Pregunta No.7**

Participante	Respuesta
EM17	<p>“Se me declaró la enfermedad en el año 2014, pero ya fui intervenido. Tengo una cirugía en 1998 de la próstata”</p> <p>“Yo he sido un paciente muy descuidado. No he ido a controles pese a que la recomendación fue que asista a controles. (...) Nunca fui... hasta que me vino este problema y todo fue porque... no orinaba normalmente. Es decir...tenía dificultad, tenía dificultad”</p> <p>“Yo tenía ese problema este... de las vías urinarias pero nada más”.</p> <p>“Entonces... exámenes van, exámenes vienen... Las clásicas biopsias, todo tipo de condición dolorosa y todo.”</p> <p>“La cuestión es que hubo ese tumor, maligno. Tumor maligno (...) tratado con radioterapia. 38 radioterapias.”</p> <p>“La radioterapia, hasta ahora tengo estragos de eso... pero ya me anticiparon. Siempre se desorganiza un poco el aparato digestivo, las vías urinarias, esas cosas. (...) los rayos no son tan precisos, de repente un poquito se desvía uno y afecta a lo que no está mal...”</p> <p>“Todos dicen que pasado 70 años ya no se opera esto, el tumor ese”.</p> <p>“No es dado de alta, porque no es que me dieron de alta, dejaron de darme radioterapia (...) y ahí pues vienen controles semestrales. Que consiste en un examen de laboratorio.”</p> <p>“Nadie me ha dado de alta. Vivimos con cáncer”</p>
ÁR17	<p>“A mí no me gustan los médicos”</p> <p>“a pretexto de esto y ya no pude orinar (...) me fui a la clínica Central del Seguro”</p> <p>“me hicieron un procedimiento con sondas (...) casi no... no tuve nada, alguna mejoría, nada. Mejor... ya me moría. Y me salía sangre dese cuenta. Me salía sangre del pene y se me hincho y todo”</p> <p>“Yo me hice el tratamiento” –medicinas-</p> <p>“Había cuatro personas que estaban operados con segunda y tercera y cuarta vez... y no quedaban bien”</p> <p>“Cuando yo ya me sentía muy bien (...) le digo al doctor, si hay que hacerse operar”</p> <p>“Y me hice operar y sigo con esto”</p>
JR06	<p>“Me empezaron a dar remedios...”</p> <p>“Ahora en la actualidad me están dando todas estas pastillas, más el complejo B. Solo eso me dijeron que me podían hacer, lo de más... aquí no podía conseguir. Tenía que subir a Quito para los tratamientos y no podía”</p> <p>“Ya no hubo como... ya no quisieron. Me dijeron que lo mío ya no podía ser operado, que solo con esto podía... así estoy, hasta ahora viviendo”</p> <p>“El mismo doctor me dijo que era la única solución pero que por mi edad no me podía operar...”</p> <p>“Yo tengo... tuve compañeros, amigos así pues... que sufrían de esta cuestión. Les decían que se hagan operar, se hacían operar y luego de unos seis meses (...) uno se topaba a los familiares y decían (...) ya murió con cáncer a la próstata”</p> <p>“No hay remedio para esa cuestión”</p> <p>“Vuelve con fuerza, se ataja hasta las orinas, que te meten sondas. Por eso bien que me dijeron que no. Tampoco me hubiera operado”.</p>

Entre los principales síntomas percibidos en el cáncer de próstata está la sensación de obstrucción urinaria, la cual resulta ser el primer motivo de consulta en casos de cáncer de próstata.

Como se observa en la tabla No.6, en estos casos se percibió haber experimentado inicialmente este malestar, siendo la principal causa o motivo para la búsqueda de atención médica. Esta respuesta ante un padecimiento físico por parte de los participantes

recuerda a la relación problemática del cuerpo en los hombres (Cap. II), especialmente frente al autocuidado, ya que este refiere a un comportamiento netamente asociado con una actitud femenina (Keijzer, 2003).

Referente a los tratamientos recibidos, los tres participantes señalan haber cumplido con la intervención inicial en el cáncer de próstata, los medicamentos, siendo JR06 quien continúa bajo este tratamiento. Estos medicamentos tienen como objetivo reducir el nivel hormonal producido por la glándula, disminuir la inflamación e impedir el crecimiento y propagación del cáncer.

Pese a esta primera intervención EM17 y ÁR17 fueron intervenidos quirúrgicamente con la extirpación de la próstata, un procedimiento realizado antes de los 70 años, puesto que, pasado esa edad, es descartada como sucedió en el caso de JR06. Esta intervención guarda una perspectiva sombría, manifestada en rechazo y duda sobre su aplicación, la cual aseguran no es una solución definitiva.

Por el contrario, el procedimiento con menor incidencia en esta investigación resultó ser la radioterapia. La cual, realizada solo en uno de los participantes –EM17- causa malestar y alteraciones en la vida diaria.

Como se puede observar, la asociación de la enfermedad con significantes negativos persiste en la presente tabla, donde se retoma el miedo, la hospitalización y la muerte mediante un sentimiento de culpa por parte de JR06, mientras que para EM17 y ÁR17 resalta una impresión de vergüenza seguida de un proceso de sobre adaptación al evento vivido, propio del pensamiento operatorio.

- PREGUNTA 8: ¿Siente que habido cambios en algún aspecto de su vida a partir del tratamiento? ¿Cuáles?

■ **Tabla 0-8 Pregunta No.8**

Participante	Respuesta
EM17	<p>Actividades: “No, no he cambiado en ningún aspecto porque me he sentido bien. Me he sentido bien. Más bien me he cuidado.” ¿Cómo han sido estos cuidados? “Con las recomendaciones de los médicos (...) Vida normal” “No afectar a la glándula (...) que me controle en todo” “He llevado una vida normal, pero cuidándome. (...) Cuidándome del miedo”</p> <hr/> <p>Pareja: “Me sujete al tratamiento con la ayuda eso sí, de la señora” “Propiamente con la operación, yo no sentí estragos. No sentí efectos negativos de eso”</p> <hr/> <p>Sueños: “Yo... yo sueño en todo menos en esto, menos en eso” “Gran parte de los sueños es esto de mi vida laboral, y el resto familiares. Pero no peligros, no cosas difíciles”</p>
ÁR17	<p>Actividades: “Sí.” “Recién operado me dijo que yo tengo que... que caminar” “Usted camina y eso le va ayudar bastante. Yo vera, camine bastante, cerca de un año. Y sigo caminado.” “Yo siempre me he sin... me he sentido ósea fuerte, así (...) yo practicaba el box” “Vera del tratamiento (...) como que me quede sin fuerzas, bueno no, también ha de ser la edad, pues no. Que me he quedado sin fuerzas.”</p> <hr/> <p>Pareja: “Todo bien.”</p> <hr/> <p>Sueños: “De los sueños yo... Yo siempre vera, yo se soñar que se volar (...) Desde antes, siempre.”</p>
JR06	<p>Actividades: “Cambios... en vez de mejorar, mejor... creo que me he agravado” “He dejado de hacer tantas cosas...” “Me gustaba caminar por aquí, ir hasta el Chimborazo con mis hijos. Pero ahora... no me puedo estar aguantando las ganas de orinar porque si no... empiezan esos... esos dolores intensos y luego ir al hospital... no” “No me gusta ir a los hospitales, con dolor y las pastillas estoy bien.”</p> <hr/> <p>Vida Social: “Con mis hijos (...) seguimos como era antes. Desde que les crie, porque yo les crie... la mama murió cuando ellos eran chicos...” ¿Sus hijos lo acompañaban a los exámenes o a realizarse el tratamiento? “No, que va. Yo no les dejaba. Ellos que se tienen que andar enterando de lo que me está haciendo el médico. No, no, no”</p> <hr/> <p>Sueños: “Yo ya no sueño”</p>

Esta pregunta pretendió abarcar la mayor cantidad de indicadores señalados anteriormente, para ello, mediante su cualidad de pregunta abierta, se indagó sobre el cambio de actividades, relaciones sociales y sueños.

Según las respuestas exhibidas en la tabla No.7, la apreciación manifestada por los participantes EM17 y ÁR17 frente al cambio de actividades a partir del tratamiento

resulta ser positiva cumpliendo con un modelo de vida saludable, este recurso sugiere una tendencia repetitiva señalada en el Cap. I como procedimientos auto calmantes, alejando significativamente de actividades que impliquen retomar a una condición de hospitalización. Frente a esto, se puede presenciar un malestar emocional significativo asociado con la imagen masculina por parte de ÁR17, la debilidad.

En tanto para JR06 el cambio asociado a la enfermedad resulta ser evidente y negativo, impidiendo la realización de actividades cotidianas, sometiéndose al dolor como escapatoria de la fragilidad vivida en los hospitales, lo cual señala nuevamente la vulnerabilidad del cuerpo vivido con “humillación (...) y una gran angustia por el uso de pañales” (Oraá Taberno, y otros, 2013, p.343), impidiéndole cumplir un rol activo y de independencia.

Con respecto a vida afectiva/social, ninguno de los participantes señaló cambios significativos, pese a esto se observó una presencia femenina que cumplía un papel importante en el desarrollo de la enfermedad y su tratamiento. Esta figura se encontró presente durante la entrevista con discretas intervenciones. En el caso de JR06 se indagó sobre el acompañamiento de sus hijos frente a la enfermedad, lo cual respondió reforzando la imagen hegemónica de la masculinidad, sostenido en un rol de padre y hombre inquebrantable.

En tanto los sueños manifestados por los participantes EM17 y ÁR17 suponen la presencia de un Sueño Operatorio, presenciado en EM17, caracterizado por el establecimiento de la vida onírica en situaciones cotidianas con una posición objetiva, y un Sueño Receptivo caracterizado al igual que el operatorio un estancamiento respectivamente. En tanto el Sueño Ausente presente en JR06 responde a una represión

por falta de interés, lo cual sugiere la presencia y funcionamiento de mecanismos de defensa psíquicos.

- PREGUNTA 9: Actualmente ¿Cuál es su actividad preferida?

■ **Tabla 0-9** Pregunta No.9

Participante	Respuesta
EM17	<p>“Dirijo un programa radial diario. Entonces ahora dirijo un programa radial diario. Me tiene ocupado en eso. Un programa diario que yo estoy entretenido, pero con responsabilidades. Porque tiene ese programa que salir o salir. Ya son 12, van a ser 13... 13 años que estoy en ese programa”</p> <p>“Soy secretario de (...), una entidad de cultura (...) ahí tengo mis sesiones, tengo que hacer mis actas, mis citaciones. Es decir, ocupado.”</p> <p>“Estoy ocupado y ocupado bien”</p>
ÁR17	<p>“Vera, es lo que hago (...) limpio la casa, lavo mi ropa, limpio mi carro. Le chequeo a mi carro.”</p> <p>“Me canso de aquí, y tengo una propiedad por allá, por Puerto López, me voy allá. Hago lo mismo que hago aquí, pero allá”.</p> <p>“Hago eso y me gusta pasar bien”</p>
JR06	<p>“Mi actividad... nada”</p> <p>“Ya no hago nada”</p>

La presente pregunta permitió plantear una posible relación entre la depresión esencial y el tratamiento en el cáncer de próstata. Esto mediante la presencia de un Pensamiento Operatorio manifestado en la reducción de actos, donde prima el cumplimiento de las exigencias regidas por marcadores sociales, y procedimientos auto-calmantes.

Como se puede observar, un factor común entre los participantes ÁR17 Y EM17 es el predominio de automatismos de supervivencia y el cumplimiento de exigencias regidas al cumplimiento de un papel dentro de su hogar, como es mencionado en el capítulo anterior (I), esto corresponde a la propuesta de un Yo-ideal portador de requisitos derivados de la omnipotencia narcisista, que en la Depresión Esencial, sugiere el cambio o alejamiento de cualquier actividad corporal que recuerde la vulnerabilidad del cuerpo (Ksensée, 2004).

Por lo tanto, el abandono de actividades de fuerza, socialización y/o recreación por los sujetos EM17 y ÁR17, tuvieron significación tras la aclaración de las parejas en

un espacio solicitado después de la realización de la entrevista, donde se pudo conocer el gusto ahora rechazado de actividades y eventos de Fútbol, Box y Vóley por parte de los participantes.

Mientras que para JR06 la ausencia de interés en la realización de actividades recreativas, la desvalorización del autocuidado ejecutado por el participante sumado a un discurso de auto reproche, sugiere la afirmación de una depresión con expresión.

- PREGUNTA 10: ¿Qué me puede contar de su futuro?

■ **Tabla 0-10** Pregunta No.10

<i>Participante</i>	<i>Respuesta</i>
EM17	“Si futuro llamamos a esta edad, lo que quede. Sigo haciendo las mismas cosas”
ÁR17	“De mi futuro que ya... que ya está... al borde, pues...” “Hasta ahí llegue. Ahora lo que pienso es disfrutar. Disfrutar de eso”
JR06	“Eso no se pues...” “Yo no pienso, ni sueño en el futuro. Ni antes cuando era joven” “Ahora ya que voy hacer. A la edad que yo ya tengo y este problema que me tiene... que voy a estar pensando en futuros” “en el futuro que... que uno se piensa es... que rato menos pensado... al hueco vaya”

Al indagar sobre las expectativas de vida, los participantes suponen un futuro corto orientado hacia la muerte, donde la ausencia de deseos y la presencia de conductas automáticas y mecánicas sin culpabilidad, ni auto reproches se manifiestan tanto en EM17 y ÁR17. En tanto JR06 persigue temas de culpabilidad donde al evocar un tiempo pasado y compararlo con el futuro manifiesta una angustia frente a la muerte.

- PREGUNTA 11: ¿Qué recomendaría usted a otros pacientes que tengan este diagnóstico?

■ **Tabla 0-11** Pregunta No.11

<i>Participante</i>	<i>Respuesta</i>
EM17	“No hay paciente... un paciente igual a otro” “Primero se traten, porque hay personas... que han tenido estos problemas de cáncer y que se han desesperado. (...) ya hasta se han muerto por no sujetarse a un tratamiento (...) a la radioterapia, quimioterapia... esas cosas.” “Y les ha ido mal, se han muerto. Por no sujetarse al tratamiento”
ÁR17	“Bueno en eso pues, ya es cuestión de la persona no” “A la gente no le gusta, que los hombres tienen miedo. Que tienen recelo”. “Si las personas que están con próstata, es cuestión poquito de fuerza de carácter, de decir esto quiero hacer, antes que las cosas más se agraven”
JR06	“Que se curen, que se cuiden.” “Yo tengo cáncer a la próstata y sigo vivo” “No hay remedio para esta cuestión”

Esta pregunta buscó dar un espacio de opinión y empatía frente a la enfermedad, al igual que marcar un cierre frente al tema del cáncer de próstata. Pese a esto los participantes EM17 y ÁR17 respondieron de manera objetiva, recalcando la singularidad de cada persona y señalando repetidamente el tema de la muerte inscrito al cáncer, manteniendo apartada cualquier manifestación de afectividad mediante la expresión de comentarios asociados al descuido, falta de fuerza de carácter o recelo.

Siendo JR06 quien asume una posición empática en comparación a los otros participantes, e insistiendo nuevamente en el significante de la muerte asociada al cáncer.

- PREGUNTA 12: ¿Recuerda algún comentario o anécdota que le haya sucedido en relación al tema de la masculinidad? ¿de qué trataba?

■ **Tabla 0-12 Pregunta No.12**

<i>Participante</i>	<i>Respuesta</i>
EM17	“Conversando con amigos, no. Son gente de edad pues, no. Si algo pasa... decimos es porque ya estamos viejitos. Pero como darle una importancia fuerte a eso, no.”
ÁR17	“Bueno ya, hay personas que dicen que tienen miedo porque... a uno lo primero es que le toque el médico. Le hacen los tactos con el dedo (...) cuando uno le duele le dicen esta con la próstata”. “Hay personas que tienen recelo pues no, que dicen que les metan el dedo, que esto que el otro, son ideas absurdas que tiene la gente”.
JR06	“No, no he oído”

Al indagar sobre la valoración social de la masculinidad percibida por los participantes y su lugar frente a esta, se encontró una apreciación absurda, depreciada u omitida, lo cual nos permite asociar que la imagen actual de sí mismos con cáncer de próstata puede verse enfrentada a su primera identificación de masculinidad hegemónica instaurada en América Latina (Cap. II), resultando en una respuesta limitada u omitida.

- PREGUNTA 13: ¿Qué entiende por masculinidad?

■ **Tabla 0-13** Pregunta No.13

Participante	Respuesta
EM17	“Actuar, pensar de acuerdo al sexo que uno tiene” “Actuar de la manera que se debe actuar, virilmente, cumplir” “Yo no le entiendo como machismo, si no, como actividades propias del sexo”
ÁR17	“Bueno masculinidad, es el... del hombre y de la mujer. Porque tanto como el hombre, nosotros tenemos ósea, lo que es de hombre hacemos de hombre y lo que es de la mujer hace la mujer. Ósea son cosas que, que la mujer también. (...)” “solo cambia el nombre, el sexo de mujer a hombre. De ahí todos tenemos, ósea las enfermedades y todo”
JR06	“masculinidad... que uno es varón, que uno es hombre masculino” “Pues ser machista, tampoco eso no es la masculinidad.” “Bueno portarse como hombre, como se debe portar un hombre mismo. Eso es. Jactarse de ser hombre en cualquier parte. Defenderse como varón. Eso es masculinidad”

Para tomar en cuenta esta respuesta, se consideró que en la anterior pregunta se manifestaron respuestas censuradas, las cuales, en la presente pregunta sugieren asociar la masculinidad a un imaginario social, donde la virilidad, el comportamiento y las acciones dan lugar al hombre, como lo señaló Bourdieu (2000).

Pese a esto, los participantes EM17 y JR06 concuerdan en que la masculinidad resulta incomparable con el machismo, lo cual sugiere una defensa frente a la formación violenta frente a la justificación de la dominación masculina que plantea Kimmel (1997). En tanto para ÁR17, la expresión indefinida sobre el papel de la masculinidad frente a la diferenciación de los sexos supone una respuesta en defensa a sus procedimientos auto-calmantes.

- PREGUNTA 14: ¿Existe una diferencia entre ser hombre y masculinidad?

■ **Tabla 0-14** Pregunta No.14

Participante	Respuesta
EM17	“Bueno parece que sí.” “La afición al otro sexo o la afición al mismo sexo en este caso” “No por qué ser hombre... a los hombres a veces les gustan los hombres”
ÁR17	“No, Porque... yo le digo, que casi todo... ósea somos seres humanos. Tonces tenemos igual. Yo me imagino pues es lo mismo. Tanto el hombre como la mujer.”
JR06	“Claro que hay diferencia...” “la mujer en todo sentido es diferente al hombre. Y de ahí puede ser el hombre o la mujer masculino. Pero la diferencia si hay” “Por ejemplo el hombre tiene más fuerza, la mujer el carácter en ves. Y el hombre tiene doble fuerza que la mujer” “aunque... bueno... en cualquier cosa siempre hay diferencia. No es lo mismo.”

Para los casos presentados, la diferencia entre ser hombre y masculinidad resulta ser vaga o confusa, siendo EM17 y JR06 quienes ponen en duda la respuesta anterior sobre el significado de la masculinidad, puesto que esta se ve atravesada por una contradicción frente a al sexo femenino. Es así que uno de los factores comunes en esta respuesta es la posibilidad de una existencia masculina en la mujer y una feminidad en el hombre, esto se puede entender como un rechazo al proceso de represión hacia la identificación con lo materno-femenino en asociación de su imagen con cáncer de próstata.

Del análisis realizado, a continuación, se presentará un cuadro donde se juntan los indicadores propuestos y que se han manifestado en la entrevista semiestructurada por participante.

■ **Tabla 0-15** *Compilación de los indicadores analizados en la entrevista semiestructurada*

<i>Participantes</i>	Variable 1			Variable 2			
<i>Indicadores</i>	Imagen Masculina disminuida	Discurso de cambio en su vida cotidiana	Silencio afectivo	Híper-adaptación social	Conductas auto calmantes	Falta de deseo o falta de interés en vida social y/o afectiva	Pensamiento operatorio
EM17	X	X	X	X	X	X	X
ÁR17	X	X	X	X	X	X	X
JR06	X	X				X	

En la tabla No.14 se puede observar que los indicadores señalados para la Variable Dependiente 1 y presentes en todos los participantes son: *Imagen Masculina Disminuida*, *Discurso de cambio en su vida cotidiana* lo cual sugiere un deterioro en la identidad

masculina, que en los participantes EM17 y ÀR17 se ve reforzada con el indicador de Silencio afectivo.

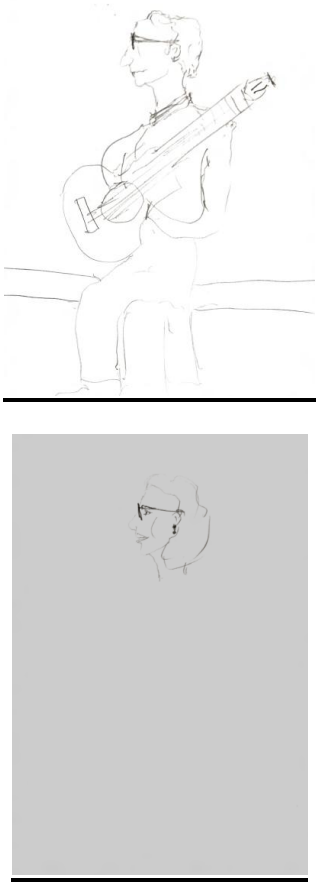
Mientras que los indicadores propuestos para la variable Dependiente 2, se encuentran manifestados en su totalidad por EM17 y ÀR17, lo cual apunta a la presencia de una Depresión esencial en estos participantes. Con respecto al indicador de *Falta de deseo o falta de interés en vida social y/o afectiva* señalada en JR06 y en relación a lo observado anteriormente en la entrevista, se puede sugerir una depresión distinta a la propuesta por la variable.

3.3.2 Análisis e interpretación del Test de la “Figura Humana”

Para el análisis e interpretación del test de la Figura Humana, se procedió a realizar una interpretación individual de cada uno de los dibujos, los cuales se encuentran en la sección *de Anexos*. Esta interpretación surgió con el objetivo de seleccionar indicadores que aporten a la discusión de la presente investigación, los cuales se plasmarán en un cuadro comparativo.

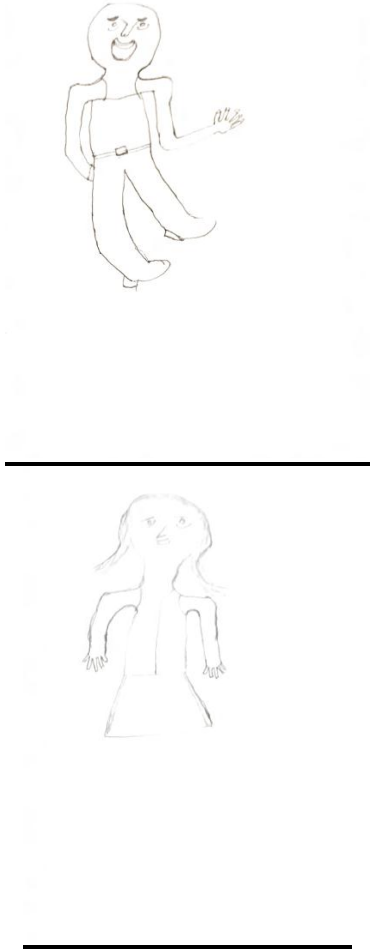
A continuación, y por medio del empleo de tablas se plasmará conjuntamente el análisis tanto de los dibujos como de los relatos. Se pretende señalar, de esta manera, aquellos indicadores que hagan alusión a la depresión esencial o el deterioro de la identidad masculina en los participantes.

■ **Tabla 0-16 Dibujo y relato EM17**

<i>Dibujo</i>	<i>Análisis del dibujo</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Primer dibujo corresponde al mismo sexo y edad del sujeto, lo cual da cuenta de una correcta identificación sexual y de estar consiente con su situación actual. • Denota desproporciones/deformidades y asimetrías en brazos y piernas lo cual nos señala conflictos o preocupaciones respecto al contenido emocional de estas áreas, lo cual genera desequilibrio, falta de armonía interior, una emotividad superficial y una posible confusión en su rol sexual. Al igual que una dificultad para mantener el equilibrio entre sus impulsos y el control de ellos • Los trazos recargados pueden indicar una lucha para conservar la integridad el yo, preocupación, ansiedad y conflicto sobre el propio nivel de actuación. • El emplazamiento en el centro sugiere que la persona vive el presente desde la objetividad. • La ausencia de detalles refleja una posible pérdida del conocimiento realista del propio Yo. • La figura de perfil mirando hacia la izquierda podría indicar introversión, un interés por el pasado. En tanto la posición sentada con un rostro serio propone un bajo nivel de energía, un sentimiento de desilusión y frustración, un estado depresivo o de agotamiento. • La cabeza pequeña propone inhibición, timidez, un severo control sobre los impulsos que limita la espontaneidad. • Los hombros desiguales y los brazos largos apretados contra el cuerpo proponen un desequilibrio de la personalidad, un retraimiento y reserva con sentimientos pasivo-defensivos con un control interno bastante rígido en busca de una figura protectora. • La guitarra con forma fálica sumada a la ausencia de manos sugiere signos de represión ante conductas masturbatorias. • La ausencia de detalles en el dibujo femenino frente a un cuerpo masculino sobrepuesto señala un sentimiento de desvalorización frente a la figura femenina.
<i>Relato</i>	<i>Análisis del relato</i>
<p>Me imagine mi cara, esperando para tocar la guitarra en el teatro. Nervioso. Y ella es una persona cualquiera, no lo sé.</p>	<p>El participante se describe a sí mismo en una acción cotidiana, que representa temor, incertidumbre como es la presentación en un teatro. La actitud breve, el estropeo del dibujo, las dudas frente a la descripción sugieren ansiedad.</p>

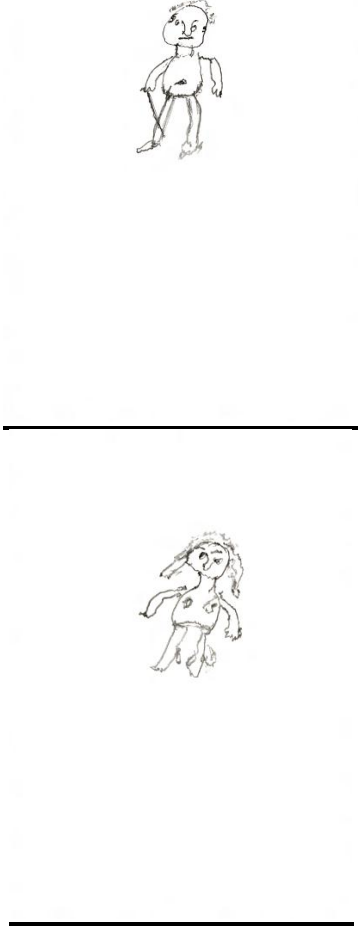
Dibujo y relato realizados por el participante EM17-Quito

■ **Tabla 0-17 Dibujo y relato ÁR17**

Dibujo	Análisis del dibujo
	<ul style="list-style-type: none"> • Primer dibujo corresponde al mismo sexo, pero resulta ser menor a la edad del participante, lo cual sugiere una fijación emocional por esa edad, una nostalgia por etapas anteriores de vida. • Denota desproporciones/deformidades y asimetrías en brazos y piernas lo cual nos señala conflictos o preocupaciones respecto al contenido emocional de estas áreas, lo cual genera desequilibrio, falta de armonía interior, una emotividad superficial y una posible confusión en su rol sexual. Al igual que una dificultad para mantener el equilibrio entre sus impulsos y el control de ellos. • La secuencia desordenada de cabeza, piernas, tronco, rasgos faciales, brazos, proponen una personalidad inestable con falta de coherencia y lógica, con dificultad para adaptarse. En tanto los trazos recargados insinúan una lucha para conservar la integridad el yo, preocupación, ansiedad y conflicto sobre el propio nivel de actuación, que se ven acompañados con un trazo tembloroso que propone senilidad. • El dibujo situado en el ángulo superior izquierdo, indica necesidad de apoyo, tendencias regresivas, deseo de retornar a un pasado seguro para eludir la realidad ambiental y una cierta dependencia del modelo de la figura materna expresado a través de los brazos largos. • La ausencia de detalles refleja una posible pérdida del conocimiento realista del propio Yo. • La apariencia de una figura grotesca plantea un pobre concepto de sí mismo y en consecuencia inadecuación cargado de desprecio y hostilidad hacia sí mismo, donde una discrepancia entre el ideal del Yo y el Yo real se traduce en sentimientos de fracaso, inferioridad. • La figura reclinada insinúa un nivel energético bajo, depresión que acompañado con la ausencia de cabello sugieren preocupación o conflictos de tipo sexual, sentimientos de inferioridad con respecto a las relaciones con el otro sexo. • La quijada grande, el cuello corto señalan débil control de los impulsos, sentimiento de inadecuación y compensación de sentimientos de debilidad, inferioridad e inseguridad a nivel sexual. • La ausencia de detalles en el dibujo femenino frente a un cuerpo masculino sobrepuesto señala un sentimiento de desvalorización frente a la figura femenina.
Relato	Análisis del relato
<p>Él es un hombre de unos treinta y cinco años que esta fuera del trabajo y esta pensativo. ¿Qué hago? Dice. Él está pensando en algún problema sea del trabajo o de la casa. Y se siente triste.</p> <p>En cambio, ella está casada con él y es una mujer de unos veinte años más o menos, también está pensando, ella no sabe lo que tiene que hacer. Ella en cambio está yendo a su trabajo.</p>	<p>El participante describe como es su vida en pareja mediante esta historia, los temas familiares, laborales reflejan matices de afectividad, temor, inseguridad, duda, que reflejan su propia historia.</p>

Dibujo y relato realizados por el participante ÁR17-Quito

■ **Tabla 0-18 Dibujo y relato JR06**

Dibujo	Análisis del dibujo
	<ul style="list-style-type: none"> • Primer dibujo corresponde al mismo sexo, pero resulta ser menor a la edad del participante, lo cual sugiere una fijación emocional por esa edad, una nostalgia por etapas anteriores de vida. • Denota desproporciones/deformidades y asimetrías en brazos y piernas lo cual nos señala conflictos o preocupaciones respecto al contenido emocional de estas áreas, lo cual genera desequilibrio, falta de armonía interior, una emotividad superficial y una posible confusión en su rol sexual. Al igual que una dificultad para mantener el equilibrio entre sus impulsos y el control de ellos. • El tamaño de la figura es pequeño y se encuentra en el tercio superior de la hoja, lo cual indica retraimiento, poca vitalidad, sentimientos de inadecuación, timidez, depresión, con baja tolerancia a la ansiedad e inseguridad en sí mismo. • El trazo tembloroso y reforzado puede indicar senilidad y una lucha para conservar la integridad del Yo. • La ausencia de detalles refleja una posible pérdida del conocimiento realista del propio Yo. • La apariencia de una figura grotesca plantea un pobre concepto de sí mismo y en consecuencia inadecuación cargado de desprecio y hostilidad hacia sí mismo, donde una discrepancia entre el ideal del Yo y el Yo real se traduce en sentimientos de fracaso, inferioridad. • El sombreado en piernas, áreas sexuales y el bastón insinúan depresión, desaliento, ansiedad relacionada a la función sexual, una posible repulsión de su propio cuerpo por sentimientos de inferioridad, que busca virilidad. • La figura reclinada insinúa un nivel energético bajo, depresión que acompañado de un cabello desordenado es índice de conflicto sexual. • La nariz larga y la boca con línea gruesa proponen una forma compensatoria de reafirmar el rol masculino, una compensación de sentimientos de inseguridad inadecuación o conflictiva sexual mediante la represión de la agresividad. • La persona desnuda sugiere gran preocupación por el propio cuerpo que acompañada de una figura femenina carente de detalles sugieren un sentimiento de desvalorización frente al sexo opuesto.
Relato	Análisis del relato
<p>“Bueno... el será... Ramoncito. Tiene unos 16 años y está en Ambato, él es comerciante, está trabajando. Y ella es Juanita, tiene... unos 21 años.”</p>	<p>El tema surge a partir de lo profesional, señalando la antigua profesión del participante para llegar a un matiz de nostalgia de su antigua vida junto a su mujer.</p>

Dibujo y relato realizados por el participante JR06 – Riobamba

Mediante los cuadros desarrollados anteriormente, se puede observar el dibujo y el relato de cada participante con su respectivo análisis, donde se lograron identificar una serie de indicadores comparados a continuación:

■ **Tabla 0-19** Cuadro comparativo y Análisis de los detalles del dibujo de la figura humana

	Indicadores Variables	Indicadores Dibujos	EM17	ÁR17	JR06
Variable 1	Imagen masculina disminuida	Hombro desiguales	X	X	X
		Figura grotesca		X	X
		Figura reclinada o sentada	X	X	X
		Figura femenina incompleta o carente de detalles	X	X	X
	Elementos adicionales	Elementos adicionales/compensatorios (guitarra)	X	X (cinturón)	X (bastón)
Variable 2	Híper-adaptación social	Perfil mira hacia la izquierda	X		
		Brazos largos	X	X	
	Desinterés por el futuro	Brazos caídos	X	X	X
		Omisión de manos	X		
	Apatía, desinterés general	Espacio en blanco	X	X	X
		Ausencia de detalles	X	X	X
	Control de impulsos	Presión fuerte con desproporciones rigidez o anomalías,	X	X	X
		Figuras sin movimiento	X	X	
		Piernas desiguales o asimétricas	X	X	X
		Cuello corto		X	X
Pérdida del apetito sexual	Sombreado, retoques áreas genitales	X		X	

En base a los indicadores presentados en la Tabla 19 y marcados con color azul, se transcribirá una breve explicación acorde la coincidencia y variable en los tres casos presentados:

- Dentro del indicador *Imagen Masculina disminuida*, se presentó en todos los participantes: *Los Hombros desiguales* lo cual indica un posible desequilibrio de la personalidad. La *Figura reclinada o sentada* lo cual propone una falta de impulso, agotamiento emocional que no permite enfrentar las adversidades, depresión, dependencia y dificultades adaptativas con tendencia a relacionarse de manera impotente, inhibida o cohibida. *La figura femenina incompleta o carente de detalles* desvalorización de la figura femenina.
- Para el indicador *Desinterés por el futuro*, los *Brazos caídos* plantean deficiencia y debilidad.

- Con respecto al indicador *Apatía, desinterés general*, se observó en los dibujos: *La usencia de detalles*, tanto en la figura con la cual se identifican como en la figura femenina, al igual que el *espacio en blanco*, reflejando un bloqueo o pérdida de los controles intelectuales, del conocimiento realista del propio Yo y de las dificultades ambientales, al igual que apatía y desinterés en general. Los cuales se ven opacados por figuras accesorias como la guitarra, el cinturón o el bastón, que cumplen con una función compensatoria y de represión.
- Mientras que el indicador de *Control de impulsos* se analizó: la *Presión fuerte con desproporciones, rigidez o anomalías*, que sugiere una tensión interna, un exceso de esfuerzo por querer controlarse debido a la presencia de presiones o tendencias antagónicas. *Las figuras sin movimiento, señala* una represión intensa, producto de graves conflictos mantenidos bajo un control rígido. Y *Las Piernas desiguales o asimétricas*, lo cual señala una ambivalencia respecto a la lucha por la autonomía o la independencia Falta de equilibrio y de coordinación.

Con respecto a los indicadores señalados con color rojo y presentes en dos de los tres participantes encontramos:

- En el indicador *Imagen Masculina disminuida*, *Las figuras grotescas* presentes en los participantes ÁR17 y JR06, las *cuales* se asocian con un pobre concepto de sí mismo y en consecuencia inadecuación, esto responde a un desprecio y hostilidad hacia sí mismo, puesto que existe una discrepancia entre el ideal del Yo y el Yo real.
- En el indicador *Híper-adaptación social*: los *brazos largos* presente en los participantes EM17 y ÁR17, sugieren una búsqueda de afecto, una necesidad de una figura materna protectora, caso del primer participante se puede refuerza con

el cumplimiento del indicador perfil mira hacia la izquierda, el cual corrobora la dependencia materna y tendencia a replegarse.

- En tanto en el indicador *Control de impulsos* refieren al Cuello cortó presente en ÁR17 y JR06, sugieren mal humor, brusquedad, un débil control de los impulsos.
- Siendo el indicador *Pérdida del apetito sexual, el Sombreado, retoque áreas genitales* en los dibujos de EM17 y JR06 insinúan depresión, desaliento, ansiedad relacionada a la función sexual, una posible repulsión de su propio cuerpo por sentimientos de inferioridad. El cual para EM17 acompañado de *una omisión de manos*, sugiere una afectación en la relación con el Yo y la adaptación social.

Estos indicadores señalados anteriormente suponen un deterioro en la imagen percibida de sí mismos, la cual se ve enfrentada al opuesto femenino, que es censurado o poco detallado, mostrando inseguridad, regresión, dependencia, angustia, inconformidad consigo mismo, preocupación por la imagen corporal y aislamiento.

Con lo que respecta a la técnica “Invente una Historia” podemos señalar los siguientes elementos encontrados:

■ **Tabla 0-20** Análisis del relato generado a partir dibujo de la figura humana

Indicadores	EM17	ÁR17	JR06
Primer dibujo corresponde al mismo sexo del sujeto	X	X	X
Figura es menor al examinado		X	X
Preocupación/nerviosismo	X	X	
Acción: Esperando / pensando	X	X	

Respecto al primer *dibujo correspondiente al mismo sexo* plasmado en todos los dibujos, sugiere una identificación sexual adecuada y una proyección de sí mismo en la

figura. Con relación a *la edad* señalada en el relato presente en dos de las figuras (ÁR17, JR06) supone una fijación emocional en la edad mencionada.

Mientras que los indicadores de: *Preocupación/nerviosismo* y la acción descrita de *esperar o pensar* reflejan matices de una afectividad silenciada, de inseguridad o duda que reflejan su propia historia.

3.4 Discusión de resultados

Para la discusión de los resultados obtenidos se debe reflexionar la participación voluntaria de la muestra. La cual, caracterizada por hombres de entre 60 y 80 años, quienes además de haber sido diagnosticados con cáncer de próstata y cumplir con un tratamiento previo, no registraron un alta médica hasta el momento de la entrevista, permitiendo desarrollar esta investigación en un periodo vivencial de la enfermedad.

Una vez aclarado este factor, la discusión de resultados realizará mediante la agrupación de las técnicas empleadas, en tanto su presentación seguirá el orden estipulado en la Tabla No.1, permitiendo evidenciar que:

- Cáncer de próstata:

Los participantes guardan una relación con la patología y el tratamiento un mínimo de 5 años, lapso en el cual han sido intervenidos.

- Deterioro de la identidad masculina:

En los tres casos presentados existe una *Imagen Masculina Disminuida*, donde la propia imagen se ve forzada al empleo de elementos compensatorios ante una figura femenina. Al igual que, un *Cambio en la vida cotidiana*, enfocada a la realización de actividades pasivas, ajenas al empleo de fuerza, socialización y destreza asociados a la

virilidad. Con respecto al indicador *Silencio Afectivo* el cual se asocia a la segunda variable dependiente, se puede señalar que estuvo presente en dos participantes.

- Depresión Esencial:

En los casos presentados, dos de los participantes –EM17 y ÁR17- que han cumplido con los indicadores señalados, son hombres que cumplen con un desempeño óptimo e ideal para los marcadores sociales –*híper adaptación social*-, de modo que, se manifiestan como sujetos tranquilos, apartados de un sufrimiento, lo cual recuerda al cumplimiento de la reduplicación proyectiva relacionada con sus parejas. De igual forma, se puede rescatar como el empleo habitual de la motricidad o la percepción apelada a la realidad despojada de toda carga simbólica pueden dar cuenta de *Procedimientos auto-calmantes*, los cuales son realizados de manera lógica, operatoria y repetitiva, como señala EM17: “Estoy ocupado y ocupado bien” o ÁR17: “Hago lo mismo que hago aquí, pero allá”.

Estos participantes quienes ante la *Falta de deseo o falta de interés en la vida afectiva y/o social*, mediante la limitación de las relaciones sociales manifiestan un *Pensamiento Operatorio* presente tanto en la entrevista como en el dibujo realizado, donde sobresale una apatía y desinterés general limitado por un excesivo control de impulsos, el cual, acompañado con la pérdida del apetito sexual sugieren una relación de dependencia frente a una figura protectora que provea de afecto, sus parejas.

En tanto, frente al análisis realizado del participante JR06, si bien cumple con los indicadores señalados para la segunda variable dependiente, es la manifestación expresa de un sentimiento de angustia, temor y empatía que impiden cumplir con la variable, puesto que, como se mencionó en el Cap. I, la depresión esencial se caracteriza por la no expresión.

CONCLUSIONES

La presente investigación fue realizada a partir del recorrido histórico-teórico de la noción psicósomática, la cual, apoyada en la revisión de los postulados freudianos facilitaron el desarrollo de la propuesta y naturaleza de la Depresión Esencial planteada en la teoría de Pierre Marty. Esto permitió cumplir con uno de los objetivos señalados en el plan de disertación.

Es importante destacar que este escrito comprende un primer acercamiento a la teoría de Marty, por lo tanto, no pretende dar certeza ni mucho menos limitar las direcciones de estudio. Por el contrario, el trabajo realizado pretende dar cuenta de uno de los posicionamientos que surgen en relación a la enfermedad física empleada como recurso frente a la evasión de un sufrimiento o trauma. Por esta razón, la investigación realizada busca invitar a la exploración y desarrollo de los diferentes posicionamientos frente a la psicósomática.

Tomando en cuenta lo señalado, la disertación titulada “Relación entre la depresión esencial y el deterioro de la identidad masculina en el cáncer de próstata” concluye lo siguiente:

- *La psicósomática*, tal como lo establece Pierre Marty en su teoría, es una expresión natural del ser humano organizada bajo la cualidad económica del Preconsciente, ya que su manifestación no es una elección y mucho menos el órgano un objeto.
- *La Depresión Esencial*, definida y propuesta por Pierre Marty, es la manifestación de la instauración de la Vida Operatoria en un sujeto, distinguida por los efectos del empobrecimiento de la libido: en el cual la cancelación y retiro de la elección

del objeto sobre el Yo posiciona a la identificación narcisista –*Yo-ideal*- como objeto sustituyente de cualquier investidura de amor. Es decir, una disminución sin contrapartida económica positiva carente de objeto, auto acusación y expresión manifestada en la esfera somática. El *Yo-ideal* dentro de esta teoría es aquel producto defectuoso y perjudicial caracterizado por ser un portador de requisitos de la omnipotencia narcisista, encargado de señalar como una lesión narcisista a todo aquello que dificulte la sensación de expansión ilimitada, recordando la vulnerabilidad del cuerpo.

- La *Depresión Esencial* presenta una imagen menos dramática que otro tipo de depresiones, ya que, el predominio de los *Instintos de Muerte* son manifestados mediante el cumplimiento de exigencias regidas por marcadores sociales, anulando manifestaciones y sintomatologías que den cuenta de una falta caracterizándose en una hiper-adaptación social.
- La *Identidad Masculina*, desde la lectura social y psicoanalítica trabajada en esta investigación, constituye una identidad formada a partir de la aceptación de un modelo rígido que fomenta el rechazo y negación hacia la mujer, debido a la fallida eliminación de la primera identificación con la madre/femenino. Esta identificación reside bajo una posición sagrada y de diferenciación de los órganos genitales, siendo el falo, la erección y la actividad sexual, la única vía para la confirmación del sexo masculino, pues estos sintetizan y representan las cualidades de potencia, vigor, fuerza y virilidad.
- En el *Cáncer de Próstata* se ve afectado tanto la imagen corporal, la identidad y la función sexual que el hombre tiene de sí mismo, debido a la asociación de la

afección a la pérdida del primer vínculo significativo con la madre, impidiendo la diferenciación del Yo del objeto, o lo masculino de lo femenino.

- En el trabajo realizado con tres participantes con cáncer de próstata, se puede señalar la existencia de un *Deterioro de la identidad masculina*, manifestado mediante una imagen disminuida que busca a través de elementos compensatorios diferenciar lo masculino de lo femenino, sosteniendo un rol activo en la familia, y adaptando conductas en las que predominan la realización de actividades pasivas y de limitada socialización. Del mismo modo, estos resultados señalaron que los participantes casados, quienes han sido acompañados por esta figura femenina durante el diagnóstico y tratamiento del cáncer, manifestaran una depresión de tipo esencial, expresada a través de indicadores como: híper-adaptación social, falta de deseo o interés en la vida social y/o afectiva y pensamientos de tipo operatorio. En tanto el participante que no contaba con una pareja que brindara este apoyo, pese a cumplir con uno de los indicadores, manifestó una depresión con expresión.
- La relación encontrada a partir del análisis de estos 3 casos entre la *Depresión Esencial* y el *Deterioro de la Identidad Masculina en el cáncer de próstata* es válida en los participantes que cuentan con una pareja estable, la cual facilite el desarrollo de una reduplicación proyectiva y una híper-adaptación social sostenida en una de masculinidad hegemónica que cumpla con las exigencias del Yo-ideal.

RECOMENDACIONES

A los profesionales de la Salud Mental:

- Desarrollar temas de investigación referentes a la imagen masculina y su afección en patologías propias del sexo.
- Determinar en el caso por caso un plan terapéutico adecuado, el cual brinde una intervención específica para cada hombre tras un deterioro de la identidad masculina en el cáncer de próstata.
- Vincular a la familiar manera activa, aportando herramientas para el reconocimiento de factores o alteraciones que pueda dar cuenta de la evolución o los cambios del psiquismo en el transcurso del diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata.
- Implementar espacios para el cuidado de la salud mental en hospitales o centro oncológicos, permitiendo brindar una intervención y reconocer las características de una Depresión Esencial, como el Pensamiento Operatorio, conductas autocalmantes o una hiper-adaptación social.

A la Facultad de Psicología:

- Se recomienda indagar a mayor profundidad los aportes expuestos, dado que esta investigación comprende una breve introducción a teoría propuesta por Pierre Marty, la Depresión Esencial. Nociones que se encuentran abiertas a nuevas revisiones y teorizaciones, puesto que se presentan como interrogantes, frente a variables e indicadores no trabajados en esta disertación.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Baztán, A. (Septiembre de 2008). Antropología de la depresión. *Mal-Estar e Subjetividad*, VIII(3), 563-601.
- Alcalay, L., Gonzalez G., R., Reinoso M., A., & Lizana C., P. (1994). Percepción del rol maculino: un estudio cualitativo en una muestra de adolescentes varones. *Psykhe*, 3 (2), 185-195.
- Alexander, F. (1954). *Medicina Psicosomática*. La Habana: Editorial Cultural.
- Alexander, F. (1954). Principios fundamentales del abordaje psicosomático. En V. Gorali, *Estudios de psicosomática* (pág. 51). Buenos Aires: Atuel-Cap.
- Alexander, F., Ross H., & Otros. (1979). *Psiquiatría dinámica*. Buenos Aires: Rústica.
- Altmann de Litvan, M. (2002). La capacidad de soñar como indicio de salud psique-somática. *Permanencias y cambios de la experiencia psicoanalítica*. Fepal –XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Montevideo. Septiembre.
- Begoña Mellado, M. R. (2014). *Guía de consejo para el manejo de cáncer de próstata resistente a castración en Catalunya*. Barcelona: Editorial UOC.
- Benjamin, J (1997). *Sujetos iguales, objetos de amor. Ensayos sobre el reconocimiento y la diferencia sexual*. (J. Piatigorsky, Trad.) Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, S. (1995). Las condiciones de la identificación. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados* (21), 201-219.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. (J. Jorda, Trad.) Barcelona: Anagrama, S.A.
- Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. (Vol. 68). España: Ediciones Cátedra/Universitat de València/Instituto de la Mujer.
- Caparrós, N. (2008). *El proceso psicosomático: El ser humano en el paradigma de la complejidad*. Biblioteca Nueva.
- Chiozza, L. A. (1968/2008). Metapsicología y metahistoria 1: escritos de teoría psicoanalítica. En L. A. Chiozza, *Obras Completas* (Vol. III). Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L. A. (1970/2008). Metapsicología y metahistoria 1: escritos de teoría psicoanalítica. En L. A. Chiozza, *Obras Completas* (págs. 57-74). Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L. A. (1971/2008). Metapsicología y metahistoria 1: escritos de teoría psicoanalítica. En L. A. Chiozza, *Obras Completas* (Vol. II). Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L. A. (1976/2008). *Obras completas de Luis Chiozza*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L. A. (1977/2008). Metapsicología y metahistoria 1: Escritos de Teoría psicoanalítica. En L. A. Chiozza, *Obras Completas* (Vol. III). Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L. A. (1978/2008). Metapsicología y metahistoria 2: escritos de teoría psicoanalítica. En L. A. Chiozza, *Obras completas*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L. A. (2009). *Luis Chiozza: Obras Completas. Corazón, hígado y cerebro. Tres maneras de la vida*. (Vol. XVIII). Buenos Aires: Libros del Zorzal. doi:978-987-599-093-7
- Chiozza, L. A. (2010). *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*. Navarra: Txalaparta S.L.L.

- Conway, J. K., Bourque, S. C., & Scott, J. W. (1987/2013). El concepto de género. En M. Lamas, & M. Á. Porrúa (Ed.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (C. Lucotti, Trad., págs. 21-33). Daedalus: Programa Universitario de Estudios de Género.
- Cruz Sierra, S. (2006). Cuerpo, masculinidad y jóvenes. *Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 1(1), 1-9.
- Cucchiari, S. (2013). La revolución de género y la transición de la horda bisexual a la banda patrilocal: los orígenes de la jerarquía de género. En M. Á. Porrúa (Ed.), *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (págs. 181-264). Programa Universitario de Estudios de Género.
- De Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgos: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. (E. Tuñón, Ed.) *Genero y salud en el Sureste de México*, 67-87.
- De Rivera, J. G. (1980). Patología Psicosomática. *Psiquis*(6), 164-166.
- Debray, R. (1998). Les premières découvertes 1948-1972. En D. P. Marty. Paris : Presses Iniversitaires de France.
- Delahanty, G. (1992). *Carácter e ideología*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Entralgo, L. (1950). *Introducción histórica al estudio de la Patología Psicosomática*. Madrid: Paz Montalvo.
- Española, R. A. (2019). *Diccionario de la lengua española* (vigésimotercera edición ed.). Madrid: RAE. Obtenido de <https://dle.rae.es/>
- Fernández, B., Pascual, C., & Garcia, J. Á. (2004). El cáncer de prostata en la actualidad. *Psicoongología*, 1(2-3), 181-190.
- Ferrari, P. (1997). Modelo psicoanalítico de comprensión del autismo y de las psicosis infantiles precoces. *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*(23/24), 5-50.
- Franco Vicario, J. M. (Octubre de 2016). Mentalización/Desmentalización/Representación. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y psicoterapia*, 1-8.
- Freud, S. (1914/2007). *Obras Completas Introducción al narcisismo*. (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/2007). *Obras Completas Lo inconsciente*. (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917/2007). *Obras Completas Duelo y melancolía*. (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923/2007). *Obras Completas El yo y el ello*. (Vol. XIX). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gaibor, J., & Cueva, P. (Octubre de 2014). Próstata. *Epidemiología del Cáncer en Quito 2006-2010.*, 132-133. Obtenido de https://issuu.com/solcaquito/docs/epidemiologia_de_cancer_en_quito_20
- Granados, J. C. (2006). *Orden sexual y alteridad, la homofobia masculina en el espejo*. México: Red Nueva Antropología.
- Green, A. (1983/1999). *Narcisismo de vida, Narcisismo de muerte*. (J. L. Etcheverrv, Trad.) Buenos Aires: Amorrortu.
- Kasper, D. L., Hauser, S. L., & Fauci, A. S. (2016). *Harrison. principios de medicina interna*. (19a Edición ed., Vol. I y II). McGraw-Hill Interamericana.
- Keijzer, B. d. (2003). Hasda donde el Cuerpo Aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina. (C. e. al., Ed.) *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina.*, 137-152.
- Kimmel, M. S. (1997). Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. (T. Valdes, & J. Olavarría, Edits.) *Masculinidad/es: poder y crisis.*, 24, 49-62.

- Kohlberg, L. (1972). Análisis de los conceptos y actitudes infantiles relativos al papel sexual desde el punto de vista del desarrollo cognitivo. En Maccoby, *Desarrollo de las diferencias sexuales* (págs. 61-147.). Madrid: Marova.
- Korovsky, E. (1990). *Psicosomática psicoanalítica*. Montevideo: Editorial Roca Viva.
- Ksensée, A. (2004). Dépression Essentielle et narcissisme. *Revue française de psychanalyse*, 68, 1283-1296.
- Luco, A. (2001). EL SEXO IMAGINARIO. En J. Olvarría A. (Ed.), *Hombres: identidad/es y violencia. 2o Encuentro de Estudios de Masculinidades: Identidades, cuerpos, violencia y políticas públicas*. (págs. 85-90). Santiago, Chile: FLACSO-Chile/Universidad Academia de Humanismo Cristiano/Red de Masculinidades.
- Luzón Encabo, J., & Ramos Matos, M. E. (2012). *Cómo prevenir la violencia de género en la educación*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Martínez Benlloch, I., & Bonilla Campos, A. (1999). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Universitat de València.
- Martínez, A. (2010). Identificación melancólica y constitución de la identidad de género masculina. Aportes del psicoanálisis a los estudios contemporáneos de género. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 19(2), 79-102.
- Marty, P. (1958). La relation d'objet allergique. *Revue française de psychanalyse*, XXII, 5-29.
- Marty, P. (1980). Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique. *Payot*, I, 248.
- Marty, P. (1992). *La Psicosomática del adulto*. (M. T. Calatroni, Trad.) Buenos Aires: Amorrortu.
- Marty, P., & Fain, M. (1956). Psychanalyse et médecine psychosomatique. Clinique et pratique psychosomatique. *La psychanalyse d'aujourd'hui*, 499-573.
- Marty, P., & M'Uzan, M. d. (1962). La pensée opératoire. Intervention sur le rapport de M. Fain et de C. David : Aspects fonctionnels de la vie onirique. *Revue française de psychanalyse*, 1963, 345-356.
- Marty, P., de M'Uzan, M., & David, C. (2013). *La investigación psicosomática; Siete observaciones clínicas*. Madrid: Asociación Psicoanalítica de Madrid , BIBLIOTECA NUEVA.
- Mena Godoy, A. (2012). *Ser o no ser hombre. Viaje a la esencia de la identidad masculina*. España: Bubok Publishing S.L.
- Montiel, L. (1997). Materia y espíritu: el inconsciente en la Psicología de Carl Gustav Carus (1779-1868). *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque*.(17), 213-237. Obtenido de <https://ddd.uab.cat/pub/dynamis/02119536v17/02119536v17p213.pdf>
- Muñoz Astudillo, M., Sossa Pinzón, L. A., Ospina, J. J., Grisales, A., & Rodríguez García, J. D. (Julio-Diciembre de 2011). Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. (U. d. Caldas, Ed.) *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 16(2), 147-161.
- Novoa Gómez, M. M., Cruz Walteros, C. A., Rojas Serrano, L., & Wilde Winz, K. (2003). Efectos secundarios de los tratamientos del cáncer de próstata localizado en la calidad de vida y el ajuste marital. (P. U. Javeriana, Ed.) *Universitas Psychologica*, 2(2), 169-186.
- Océano Mosby . (2009). *Diccionario de Medicina Océano Mosby*. Barcelona, España: OCEANO MOSBY.
- Olvarría A., J. (Ed.). (2001). *Hombres: identidad/es y violencia. 2o Encuentro de Estudios de Masculinidades: Identidades, cuerpos, violencia y políticas públicas*. Santiago, Chile: FLACSO-Chile/Universidad Academia de Humanismo Cristiano/Red de Masculinidades.
- Oraá Taberno, N., Sánchez Fuentes, M., Ossola Lentati, G., Vélez , E., Cevas, F. J., & Del Pino, N. (2013). Eficacia de las intervenciones psicológicas en Hombres con cáncer de Próstata. *Psicooncología*, 10(2-3), 339-357.

- Portela Pereira, P., Ramírez Vargas, R., & Fernández Calvo, O. (2018). *Cáncer de próstata*. Recuperado el 15 de Marzo de 2019, de ClinicalKey: https://www-clinicalkey-es.puce.idm.oclc.org/#!/content/guides_techniques/52-s2.0-mt_fis_52
- Ramos, D. (2019). El cuerpo como apertura a la triada: sexo, género y deseo en algunas prácticas del arte contemporáneo. *Calle 14; revista de investigacion en el campo del arte*, 14(25), 114-123.
- Real Academia Española. (2019). *Diccionario de la lengua española* (vigésimotercera edición ed.). Madrid: RAE. Obtenido de <https://dle.rae.es/>
- Sandoval, I. (5 de febrero de 2005). El síntoma conversivo y el fenómeno psicossomático, algunas distinciones desde la teoría psicoanalítica. *Association lacanienne internationale*. Obtenido de http://freud-lacan.com/freud/Champs_specialises/Langues_etrangeres/Espagnol/El_sitoma_conversivo_y_el_fenomeno_psicosomatico
- Sau, V. (2000). De la facultad de ver al derecho de mirar. (M. Segarra, & Á. Carabí, Edits.) *Nuevas masculinidades*, 29-55.
- Segarra, M., & Carabí, Á. (2000). *Nuevas Masculinidades*. Barcelona: Icaria editorial, s.a.
- Smadja, C. (2005/2014). *La vida operatoria: Estudios Psicoanalíticos*. Madrid: Asociación Psicoanalítica de Madrid, Biblioteca Nueva.
- SOLCA. (2018). *Diagnóstico oportuno del Cáncer de Próstata*. Recuperado el 15 de Marzo de 2019, de Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador: <https://www.solca.med.ec/informacion-al-paciente/prevencion-de-cancer/diagnostico-oportuno-del-cancer-de-prostata/>
- Spitz, R. (1958/1972). *El primer año de vida del niño*. Madrid: Aguilar S.A.
- Torras, M. (2007). El delito del cuerpo. De la evidencia del cuerpo al cuerpo en evidencia. *Ediciones UASB*, 11-27.
- Velázquez Martínez, A. G., García Cerón, M. A., Alvarado Aguilar, S., & Ángeles Sánchez, J. A. (2007). Cáncer y psicología. (M. G. Cervantes Sánchez, Ed.) *GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA (GAMO)*, 6, 71-75.
- Winnicott, D. (1988/1993). *La naturaleza humana*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Yidiz, I. (2012). Vida y Obra de André Green. *Revista de Asociación Psicoanalítica Colombiana*, 24, 11-24.
- Zapata Hernández, J. I. (2002). Los psicossomatistas con Freud. *Desde el Jardín de Freud. Revista de Psicoanálisis*(2), 142-160.
- Zaro, M. J. (1999). La Identidad de Género. *Revista de psicoterapia*(40), 5-22.

ANEXOS

○ *Anexo 1 Consentimiento Informado*

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dr. Solis

TÍTULO DEL ESTUDIO: Relación entre la depresión esencial y el deterioro de la identidad masculina en el cáncer de próstata.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: Ana Gabriela Solis Cordero; Dra. Paulina Barahona Cruz

SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: A través del presente documento, se le solicita su participación en un estudio de investigación para una disertación de grado de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Este documento describirá en detalle el objetivo del proyecto, los procedimientos que se utilizarán, así como los posibles riesgos y beneficios de su participación. Además de la información proporcionada en este documento, usted puede solicitar al o a la responsable del proyecto de investigación cualquier información extra que le ayude a entender el objetivo de su participación; si decide participar, por favor firme al final del documento. Además, se le proporcionará a usted una copia de este formulario.

OBJETIVO DEL PROYECTO: El cáncer de próstata es una de las principales afecciones y causa de muerte en hombres en el país, por esta razón el objetivo del presente proyecto es investigar la posible relación entre la depresión esencial y el deterioro de la identidad masculina en el cáncer de próstata.

PROCEDIMIENTOS: Si decide participar, se le realizara una entrevista semi-estructurada con el objetivo de recolectar información sobre usted, al igual que, se le aplicara el Test de la Figura Humana el cual consta de un dibujo y una historia que permitirá visualizar aspectos de su personalidad.

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Si usted tiene alguna pregunta acerca de este proyecto, por favor ponerse en contacto con Ana Gabriela Solis Cordero al Cel.: 0998969023, E-mail: anita.solis@live.com; Dra. Paulina Barahona Cruz Telef.:2991700 ext. 1241/1267/1640.

Además para cualquier consulta o inconveniente que se presentará usted puede ponerse en contacto con Dra. Paulina Barahona Cruz Telef.:2991700 ext. 1241/1267/1640 en Quito, Ecuador.

Yo, _____ confirmo que he sido informado/a verbalmente sobre la investigación denominada Relación entre la depresión esencial y el deterioro de la identidad masculina en el cáncer de próstata.

Aseguro que he leído la información adjunta, que he podido hacer preguntas y discutir sobre su contenido. Doy mi consentimiento para participar en esta investigación y soy

consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. Comprendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____

Cc: _____

FECHA: _____

INVESTIGADOR/A: _____

Cc: _____

FECHA: _____

- *Anexo 2 Guía de Entrevista*

Código: _____

Guía de Entrevista

Fecha: _____

Lugar: _____

Entrevistadora: _____

Entrevistado: _____

Edad: _____ **Sexo:** () H () M **Ocupación:** _____

Introducción:

La presente investigación pretende encontrar la relación entre el deterioro de la identidad masculina y la depresión esencial en el cáncer de próstata. Para ello, se han seleccionado a 3 hombres de la ciudad de Quito, de entre 50 y 85 años.

Usted ha sido invitado a participar, puesto que cumple con los requisitos necesarios para la investigación. Es importante señalar que todo dato recopilado será utilizado con fines académicos y su información será compartida únicamente con profesionales participantes en la presente investigación.

La entrevista es confidencial y anónima, para ello se le asignará un código único que permita resguardar su identidad. En la presente investigación se le realizará una serie de preguntas y luego se solicitará realice el dibujo de la Figura Humana. Esta participación será grabada en un audio. El tiempo estimado de participación es de 90 minutos.

Entrevista

1. ¿Cuál es su edad?
2. ¿Cuál es su estado civil?


3. ¿Tiene hijos? ¿Cuántos?
4. ¿Cuál es su profesión?
5. ¿A qué edad le diagnosticaron cáncer de próstata?
6. ¿Algún familiar próximo ha padecido de esta enfermedad?
7. ¿Qué tratamientos le han realizado? Cuénteme de cada uno de ellos.
8. ¿Siente que habido cambios en algún aspecto de su vida a partir del tratamiento? ¿Cuáles?
 - Actividades
 - Pareja
 - Vida Social
 - Sueños
9. Actualmente ¿cuál es su actividad preferida?
10. ¿Qué me puede contar de su futuro?
11. ¿Qué recomendaría usted a otros pacientes que tengan este diagnóstico?
12. ¿Recuerda algún comentario o anécdota que le haya sucedido en relación al tema de la masculinidad? ¿De qué trataba?
13. ¿Qué entiende por masculinidad?
14. ¿Existe una diferencia entre ser hombre y masculinidad?

○ *Anexo 3 Consentimiento Informado EM17*

Además para cualquier consulta o inconveniente que se presentará usted puede ponerse en contacto con Mt. Nora Paulina Barahona Cruz, directora de la presente investigación y Decana de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Torre I quinto piso, telf...593 02 2991700 Ext.1095, email: pbarahona@pucc.edu.ec_en Quito, Ecuador.

Yo, confirmo que he sido informado/a verbalmente sobre la investigación denominada RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN ESENCIAL Y EL DETERIORO DE LA IDENTIDAD MASCULINA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA. Aseguro que he leído la información adjunta, que he podido hacer preguntas y discutir sobre su contenido. Doy mi consentimiento para participar en esta investigación y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. Comprendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

FIRMA DEL PARTICIPANTE:



Cc:

FECHA:

24 ABRIL / 2019

INVESTIGADORA/A:



Cc:

FECHA:

1279012-4
24/Abril/2019

○ *Anexo 4 Consentimiento Informado* ÁR17

Además para cualquier consulta o inconveniente que se presentará usted puede ponerse en contacto con Mt. Nora Paulina Barahona Cruz, directora de la presente investigación y Decana de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Torre I quinto piso, telf.:593 02 2991700 Ext.1095, email: pbarahona@puce.edu.ec_en Quito, Ecuador.

Yo, [REDACTED] confirmo que he sido informado/a verbalmente sobre la investigación denominada RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN ESENCIAL Y EL DETERIORO DE LA IDENTIDAD MASCULINA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA. Aseguro que he leído la información adjunta, que he podido hacer preguntas y discutir sobre su contenido. Doy mi consentimiento para participar en esta investigación y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. Comprendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

FIRMA DEL PARTICIPANTE:

[Handwritten Signature]

Cc:

[REDACTED]

FECHA:

27/04/2019

INVESTIGADOR/A:

[Handwritten Signature]

Cc:

172719012-4

FECHA:

27/04/2019

○ *Anexo 5 Consentimiento Informado JR06*

Además para cualquier consulta o inconveniente que se presentará usted puede ponerse en contacto con Mt. Nora Paulina Barahona Cruz, directora de la presente investigación y Decana de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Torre I quinto piso, telf.:593 02 2991700 Ext.1095, email: pbarahona@puce.edu.ec_en Quito, Ecuador.

Yo, [Redacted] confirmo que he sido informado/a verbalmente sobre la investigación denominada RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN ESENCIAL Y EL DETERIORO DE LA IDENTIDAD MASCULINA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA. Aseguro que he leído la información adjunta, que he podido hacer preguntas y discutir sobre su contenido. Doy mi consentimiento para participar en esta investigación y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. Comprendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

FIRMA DEL PARTICIPANTE:

[Handwritten Signature]

Ce:

[Redacted]

FECHA:

04/05/2017

INVESTIGADOR/A:

[Handwritten Signature]

Ce:

172719012-4

FECHA:

04/05/2019

○ *Ilustración 1 Dibujo Figura Humana EM17-1*



○ *Ilustración 2 Dibujo Figura Humana EM17-2*



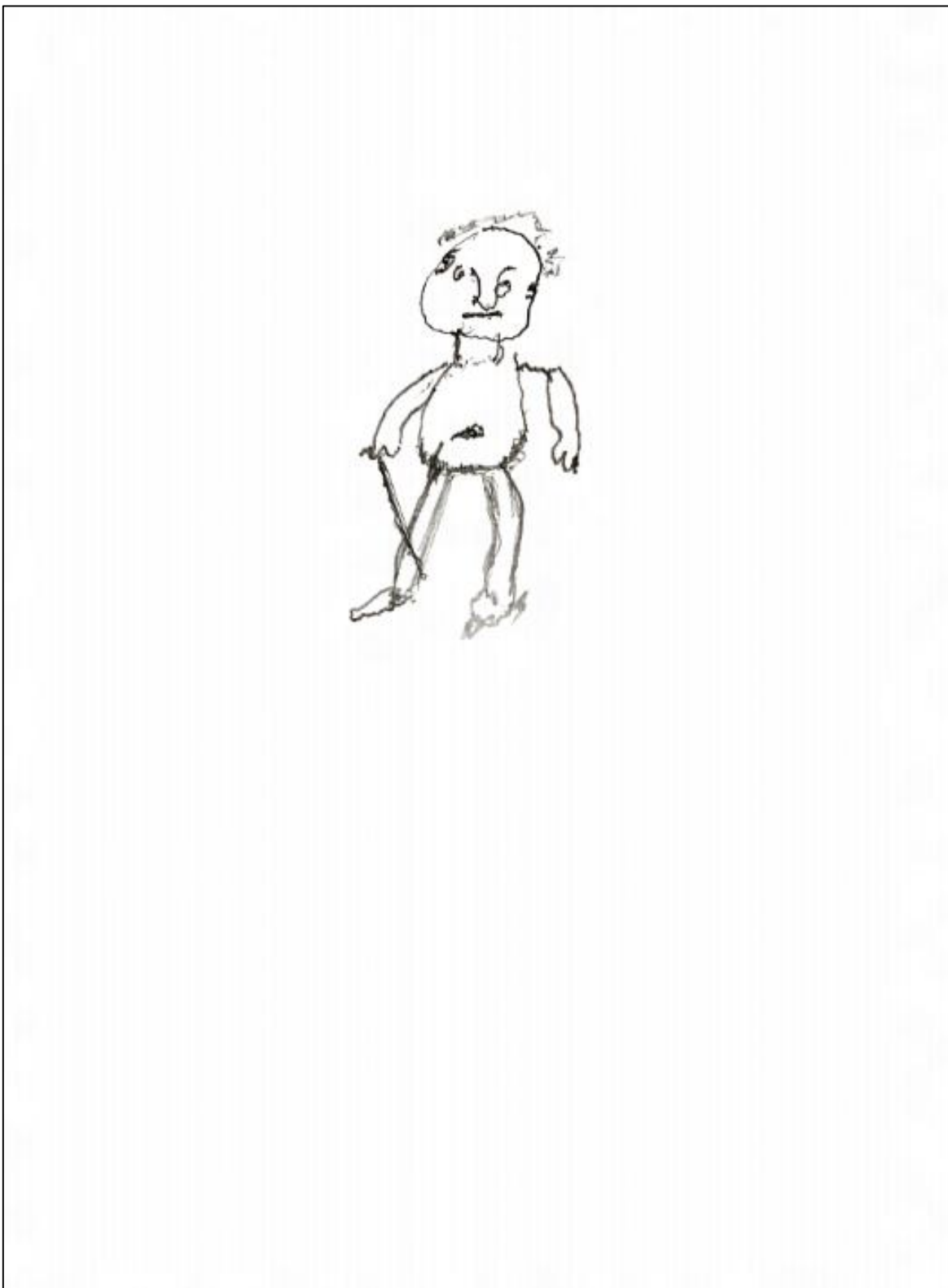
○ *Ilustración 3 Dibujo Figura Humana ÁR17-1*



○ *Ilustración 4 Dibujo Figura Humana ÁR17-2*



○ *Ilustración 5 Dibujo Figura Humana JR06-1*



○ *Ilustración Dibujo Figura Humana JR06-2*



○ **Tabla 1** *Análisis e Interpretación Figura Humana del Dibujo EM17*

ELEMENTOS EXPRESIVOS	DESCRIPCIÓN	INTERPRETACIÓN
Sexo y Edad	Primer dibujo corresponde al mismo sexo del sujeto Figura es de igual edad a la del examinado	Correcta identificación sexual. La persona está a gusto con su situación actual, no pretende ni negarla ni evadirla.
Tiempo, latencia y pausas	Latencia: 2 minutos Figura Masculina: 16 minutos. Pausas: 7 Latencia: 6 minutos Figura Femenina: 8 Pausas: 1	
Secuencia	Normal	Curso normal del pensamiento, con una idea previa que precede a la acción.
Proporción	Desproporciones o deformidades	Conflictos con la zona deformada, es decir, existe alguna preocupación o problema con respecto al contenido emocional de esa parte del dibujo que genera desequilibrio y falta de armonía interior.
Tamaño del Dibujo	Grande	Generosidad, buena autoestima. Orgullo, amplitud de miras, visión global. Vanidad, ostentación, narcisismo, ambición. Autoconfianza, seguridad, vitalidad, expansión, extroversión. Necesidad de reconocimiento, no le gusta pasar desapercibido. La persona se siente importante en su ambiente. Tendencia a reaccionar ante las presiones con sentimientos de expansión o agresión.
Simetría	Asimetría de las Extremidades Desproporciones en las partes del cuerpo	Coordinación pobre e impulsividad, disfunción neurológica y organicidad. Confusión de dominancia lateral. Torpeza e inadecuación físicas. Desequilibrio general de la personalidad. Confusión en el rol sexual. Emotividad superficial. Capacidad para responder a los estímulos es débil o inadecuada. Fuerte tendencia a reaccionar en forma inmediata y lábil. Integración pobre, la persona tiene dificultad para mantener el equilibrio entre sus impulsos y el control de ellos.
Presión del Lápiz	Desigual o irregular	La energía fluctúa Flexibilidad, adaptación, inseguridad. Falta de constancia para accionar y tomar decisiones.
Trazo	Trazo recargado o reforzado Trazo que termina afinándose Trazos curvos	Lucha para conservar la integridad del Yo. Preocupación, ansiedad y conflicto sobre el propio nivel de actuación. Rapidez, agilidad mental, agudeza, reacciones inmediatas. Manifestaciones directas, más o menos violentas y agresivas de los impulsos primarios. Agresividad que puede ir desde la simple crítica hasta reacciones de indicaciones irritabilidad excesiva ante las contrariedades y descontrol emotivo. Adaptabilidad, tendencia extrovertida. Predomino emocional, sensibilidad, afectividad. Inseguridad, falta de autoconfianza.

	Trazos esbozado Lento	Ansiedad, timidez, vacilación ante dificultades o situaciones desconocidas. Calma. Puede ser inseguridad. Lentitud en la idea y la acción.
Emplazamiento	Dibujo en el centro	Autocontrol. Dominio de si mismo. Equilibrio emocional, seguridad. Buena adaptación. Persona que vive el presente desde la objetividad. Necesidad de sentirse el centro de atención de los demás.
Elementos que llaman la atención	Unión de líneas muy abiertas.	Criterio pobre de realidad. Capacidad disminuida para diferenciar y aislar en forma adecuada al yo del ambiente. El gobierno de los impulsos es pequeño, hay conflicto y ansiedad por la propia integración y actuación.
	Figura de perfil mira hacia la izquierda	Interés por el pasado, por la historia y por lo familiar. Tendencia a recordar experiencias pasadas. Introversión. Dependencia materna. Tendencia a replegarse.
	Figura Sentada, figura poco armónica y rostro no alegre	Bajo nivel de energía. Sentimientos de desilusión y frustración. Fatiga, dependencia, dificultades de adaptativas. La persona puede estar atravesando un estado depresivo o de agotamiento que no le permite enfrentar las adversidades.
	Cabeza pequeña	Problemas adaptativos por baja autoestima. Neolíticos socialmente deprimidos. Sentimiento de inferioridad intelectual. Inhibición, timidez. Demasiada crítica y mucho uso de defensas intelectuales en la personalidad. Severo control sobre los impulsos hasta el punto que la espontaneidad desaparece.
	Figura rígida y coartada en su movimiento	Represión intensa. Formación reactiva. Graves y profundos conflictos mantenidos bajo un control rígido y endeble.
	Ojos cerrados (hombre)	Negación como defensa. Inmadurez emocional, narcisismo. Dificultad para conectarse con la realidad. Introversión y aislamiento. Mirada hacia el interior, dedicación al propio Yo para lograr satisfacción. Deseo de eludir la evaluación de la actuación realista y una absorción de si mismo.
	Nariz Larga	Forma compensatoria de reafirmar el rol masculino. Compensación de sentimientos de inseguridad, inadecuación o conflictiva sexual.
	Boca línea recta y acentuada	Firmeza. Combatividad. Verbalmente agresivo. Represión de la agresión.
Quijada Base redondeada con trazos débiles	Debilidad de carácter. Influenciabilidad. Dependencia.	

	<p>Cuello largo y trazo débil</p> <p>Hombro desiguales</p> <p>Brazos apretados contra el cuerpo</p> <p>Brazos largos</p> <p>Manos omitidas</p> <p>Tronco delgado y de trazo débil</p> <p>Piernas desiguales o asimétricas:</p> <p>Cortas en relación al troco</p> <p>Omisión de pies</p> <p>Anteojos oscuros</p>	<p>Sensibilidad, delicadeza. Distinción, elegancia. Dominio de si mismo. Idealismo. Sublimación de impulsos.</p> <p>Desequilibrio de la personalidad.</p> <p>Retraimiento y reserva. Sentimientos pasivos-defensivos. Relaciones interpersonales pobres. Falta de adaptación de voluntad. Control interno bastante rígido, carente de flexibilidad.</p> <p>Búsqueda de afecto. Necesidad de una figura materna protectora. Necesidad es agresivas dirigidas hacia afuera.</p> <p>Agresión reprimida. Dificultad para dar o recibir. Dificultades en el contacto por falta de adaptación. Sentimiento de culpa por actividades masturbatorias.</p> <p>Labilidad. Fragilidad, debilidad psíquica. Sensibilidad.</p> <p>Ambivalencia respecto a la lucha por la autonomía o la independencia Falta de equilibrio y de coordinación.</p> <p>Constricción. Dificultad para tomar decisiones y aplicar el propio criterio. La persona se siente “pequeña” Inhibición.</p> <p>Constricción. Falta de aplomo y de apoyo. Desconfianza en si mismo. Inmadurez. Sentimiento general de inseguridad y desvalimiento, de no tener “pies en que pararse”.</p> <p>Ocultamiento o desconfianza. Defensa contra un ambiente percibido como hostil.</p>
Detalles	Ausencia de detalles	Refleja bloque o pérdida de los controles intelectuales, del conocimiento realista del propio Yo y de las dificultades ambientales. Posible retraimiento.
Comparación de las figuras	<p>Figura femenina ubicada más arriba que la figura masculina.</p> <p>Figura femenina incompleta, con el cuello largo.</p> <p>Figura masculina se encuentra oculta tras una guitarra con apariencia fálica.</p>	
Relato	<p>Me imagine mi cara, esperando para tocar la guitarra en el teatro. Nervioso.</p> <p>Y ella es una persona cualquiera, no lo sé.</p>	<p>El participante se describe a sí mismo en una acción cotidiana, que representa temor, incertidumbre como es la presentación en un teatro. La actitud breve, el estropeo del dibujo, las dudas frente a la descripción sugieren ansiedad.</p>
Conclusión	<p>El examinado expresó mediante el dibujo una correcta identificación sexual, con un curso normal del pensamiento que permite desarrollar una idea que precede a la acción. Sugiere ser una persona con una fuerte tendencia a reaccionar en forma inmediata y lábil, que Lucha para conservar la integridad del Yo. Manifiesta una preocupación, ansiedad y conflicto sobre el propio nivel de actuación, que se desarrolla bajo el predominio de lo emocional, sensibilidad, afectividad. En búsqueda del autocontrol excesivo, con tendencias a Tendencia a recordar experiencias pasadas, que busca una forma compensatoria de reafirmar el rol masculino.</p>	

○ **Tabla 2** *Análisis e Interpretación Figura Humana del Dibujo ÁRI*

ELEMENTOS EXPRESIVOS	DESCRIPCIÓN	INTERPRETACIÓN
Sexo y Edad	Primer dibujo corresponde al mismo sexo del sujeto Figura es menor al examinado	Correcta identificación sexual. Fijación emocional en esa edad. Regresión. Nostalgia por etapas anteriores de vida. La situación de vida actual le produce inconformidad o angustia.
Tiempo, latencia y pausas	Latencia: 4 minutos Figura Masculina: 11 minutos 23 segundos. Pausas: 3 Latencia: 3 minutos Figura Femenina: 8 minutos 30 segundos Pausas: 1	
Secuencia	Desordenada	Personalidad inestable, con falta de coherencia y lógica, desorden y desorganización, con dificultad para adaptarse a tareas metódicas y seguir una disciplina establecida.
Proporción	Desproporciones o deformidades	Conflictos con la zona deformada, es decir, existe alguna preocupación o problema con respecto al contenido emocional de esa parte del dibujo que genera desequilibrio y falta de armonía interior.
Tamaño del Dibujo	Normal	Justa valoración de sí mismo. Equilibrio entre introversión extroversión. Adecuación al medio, adaptación. Vitalidad normal. Autoestima normal con buen control de la tendencia.
Simetría	Asimetría de las Extremidades	Coordinación pobre e impulsividad, disfunción neurológica y organicidad. Confusión de dominancia lateral. Torpeza e inadecuación físicas. Desequilibrio general de la personalidad. Confusión en el rol sexual.
Presión del Lápiz	Fuerte/ desproporciones, rigidez	Puede ser agresividad. Gran impulso y ambición. Actitud de mando y autoritarismo. Demasiada energía con tendencia al descontrol de impulsos. Tensión interna, exceso de esfuerzo por querer controlarse debido a presencia de presiones o tendencias antagónicas.
Trazo	Trazo tembloroso Trazo recargado o reforzado Trazo corto	Senilidad, probable enfermedad o adicción. Lucha para conservar la integridad del Yo. Preocupación, ansiedad y conflicto sobre el propio nivel de actuación.

	<p>Regreso a detalles ya dibujados</p> <p>Lento</p>	<p>Tiende necesidad de aislarse y protegerse del medio ambiente, indicativo de su necesidad de respaldar su nivel de actuación, amenazado por la ansiedad.</p> <p>Sensibilidad explosiva.</p> <p>Dificultades de contacto y de relación.</p> <p>Nerviosismo, impulsividad, inconstancia.</p> <p>Pensamiento intuitivo y tendencia al pensamiento disperso,</p> <p>Poco conocimiento ambiental en su respuesta a la ansiedad.</p> <p>Temor, inseguridad, inadecuación, terquedad, negativismo.</p> <p>Problemas de organización, concentración o conflicto con lo que simboliza el detalle en cuestión.</p> <p>Calma.</p> <p>Puede ser inseguridad.</p> <p>Lentitud en la idea y la acción.</p>
Emplazamiento	Dibujo en el Angulo superior izquierdo	<p>Necesidad de apoyo.</p> <p>Tendencias regresivas.</p> <p>Pasividad. Actitud expectante y observadora.</p> <p>Idealismo. Tendencia a la introversión y al retraimiento.</p> <p>Deseo de retornar a un pasado seguro para eludir la realidad ambiental del presente.</p> <p>Cierta dependencia pero con un principio de separación del modelo de la figura materna.</p>
Elementos que llaman la atención	<p>Figura grotesca</p> <p>Figura recostada o reclinada</p> <p>Cabeza sin cabello</p> <p>Ojos pequeños sin pupila</p> <p>Nariz con acentuación de las ventanas</p>	<p>Pobre concepto de si mismo y en consecuencia inadecuación.</p> <p>Se considera ridículo y no aceptado.</p> <p>Desprecio y hostilidad hacia si mismo.</p> <p>Existe una discrepancia entre el ideal del yo y el Yo real, esto se traduce en sentimientos de fracaso, inferioridad o minusvalía, ya sea porque la persona se desenvuelve entre aspiraciones superiores a sus posibilidades, o porque no logra sus propósitos.</p> <p>La persona se siente frustrada con relación a la idea que tiene de si mismo.</p> <p>Necesita regirse por la perfección y al sentirse imperfecto se siente ridículo o grotesco.</p> <p>Nivel energético bajo.</p> <p>Depresión.</p> <p>Desesperanza.</p> <p>Falta de impulso o agotamiento emocional.</p> <p>Dificultad letárgica para adaptarse.</p> <p>Dependencia y pasividad.</p> <p>Tiende a relacionarse de manera impotente, inhibida o cohibida.</p> <p>Preocupación por el aspecto físico.</p> <p>Problemas o conflictos de tipo sexual.</p> <p>Sentimientos de inferioridad con respecto a las relaciones con el otro sexo.</p> <p>Evitación de estímulos visuales displacenteros.</p> <p>Agresividad.</p> <p>Obstinación.</p>

	Boca de payaso	Pérdida del control de los impulsos.
	Quijada grande	Simpatía forzada. Búsqueda de aprobación. Gran impulso. Tendencias agresivas. Sentimiento de inadecuación. Compensación de sentimientos de debilidad e indecisión.
	Cuello corto	Mal humor. Brusquedad. Débil control de los impulsos. Persona físicamente resistente. Falta de delicadeza y de refinamiento. Aferramiento a las propias ideas y actitudes, terquedad.
	Hombros con refuerzos y borraduras	Compensación de sentimientos de debilidad, inferioridad o inseguridad a nivel sexual.
	Hombros grandes	Sentimientos de fuerza o preocupación acerca de la necesidad de fuerza o poder. Tendencia a hacer ostentación de la capacidad física y la fuerza.
	Brazos delgados	Deficiencia y debilidad física o psíquica.
	Brazos largos	Búsqueda de afecto Ambición exagerada Afán de grandes logros Necesidad de una figura materna protectora Necesidades agresivas dirigidas hacia afuera.
	Articulación del codo	Compulsividad. Dependiente, inseguro con necesidad de indicios perceptuales familiares para tranquilizarse. Deficiencia en el sentimiento de integridad corporal.
	Manos oculta en bolsillo	Ocultamiento Evasión controlada Sentimiento de culpa Dificultad en el contacto, evasividad. Renuencia para asumir responsabilidades. Retraimiento. Falta de interés en lo social. Indiferencia ante lo que no le resulta atractivo. Inhibición de la actividad del contacto con el mundo externo. Necesidad de controlar la agresión que se reprime para evitar conflictos.
	Dedos en forma de Jardinero	Control obsesivo de la agresión.
	Tronco abierto en pelvis	Desajuste sexual
	Piernas desiguales o asimétricas:	Ambivalencia respecto a la lucha por la autonomía o la independencia

	Cinturón	Falta de equilibrio y de coordinación. Represión Control de lo mental o espiritual sobre los intuitivo y sexual
Detalles	Ausencia de detalles	Refleja bloque o pérdida de los controles intelectuales, del conocimiento realista del propio Yo y de las dificultades ambientales. Posible retraimiento.
Comparación de las figuras	Figura femenina proporcionalmente más grande que la masculina. Figura femenina incompleta con ausencia de detalles femeninos. Ambas figuras detallan borraduras, ojos sin pupila, nariz marcada, cabello omitido y marcado, hombros marcados y grandes. Brazos delgados, Trazo remarcado, se encuentran ubicados en la mitad superior izquierda, diferencia proporcional, al igual que los dibujos representan a personas menores en edad al sujeto que dibuja.	
Relato	<p>Él es un hombre de unos treinta y cinco años que esta fuera del trabajo y esta pensativo. ¿Qué hago? Dice. Él está pensando en algún problema sea del trabajo o de la casa. Y se siente triste.</p> <p>En cambio ella está casada con él y es una mujer de unos veinte años más o menos, también está pensando, ella no sabe lo que tiene que hacer. Ella en cambio está yendo a su trabajo.</p>	El participante describe como es su vida en pareja mediante esta historia, los temas familiares, laborales reflejan matices de afectividad, temor, inseguridad, duda, que reflejan su propia historia.
Conclusión	<p>El examinado expresó mediante el dibujo una correcta identificación sexual. Siendo la figura menor a la edad del examinado, se puede sugerir una fijación emocional en esa edad o nostalgia por etapas anteriores de la vida. Manifiesta una personalidad inestable, con falta de coherencia y lógica, pudiendo ser desorganizada y con dificultad para adaptarse a tareas metódicas. Sugiere conflictos con las zonas de los brazos y piernas. Se presume ser un sujeto con adecuación al medio ambiente, adaptación y vitalidad, de coordinación pobre con tendencias al descontrol de los impulsos.</p> <p>Sugiere ser una persona que tiende a aislarse, que tiene dificultades de contacto y de relación, con tendencias regresivas. Existe un pobre concepto de si mismo y en consecuencia inadecuación. Se presume un pobre concepto de sí mismo, Existe una discrepancia entre el ideal del yo y el Yo real, esto se traduce en sentimientos de fracaso, inferioridad o minusvalía.</p>	

○ **Tabla 3** *Análisis del e Interpretación Figura Humana del Dibujo JR06*

ELEMENTOS EXPRESIVOS	DESCRIPCIÓN	INTERPRETACIÓN
Sexo y Edad	Primer dibujo corresponde al mismo sexo del sujeto Figura es menor al examinado	Correcta identificación sexual. Fijación emocional en esa edad. Regresión. Nostalgia por etapas anteriores de vida.
Tiempo, latencia y pausas	Figura Masculina: 6 minutos. Pausas: 2 Latencia: 4 minutos Figura Femenina: 7 Pausas: 1	
Secuencia	Normal	Curso normal del pensamiento, con una idea previa que precede a la acción.
Proporción	Desproporciones o deformidades	Conflictos con la zona deformada, es decir, existe alguna preocupación o problema con respecto al contenido emocional de esa parte del dibujo que genera desequilibrio y falta de armonía interior.
Tamaño del Dibujo	Pequeño	Inhibición de los impulso. Timidez, temor, introversión. Retraimiento, poca vitalidad, sentido de economía. Persona modesta, sencilla, tal vez con baja autoestima. Tendencia a la concentración, a la observación y al análisis. Sentimientos de inadecuación con tendencia a apartarse del ambiente. Supervaloración excesiva del medio ambiente con disminución del propio Yo. Responde a las exigencias del ambiente con sentimientos de inferioridad. Percibe al mundo circundante como abrumador y al propio Yo como inadecuado o impotente. Yo inhibido, reprimido. Trata de evitar o retraerse de estímulos del medio ambiente y frecuentemente reacciona con sumisión abrumada y ansiedad difusa. A menudo tendencias regresivas, inmaduras e infantiles. Sentimientos de pequeñez, inadaptación y rechazo. Timidez, inseguridad, retraimiento, depresión. Preocupación por las relaciones con el ambiente.
Simetría	Asimetría de las Extremidades Desproporciones en las partes del cuerpo	Coordinación pobre e impulsividad, disfunción neurológica y organicidad. Confusión de dominancia lateral. Torpeza e inadecuación físicas. Desequilibrio general de la personalidad. Confusión en el rol sexual. Emotividad superficial. Capacidad para responder a los estímulos es débil o inadecuada.

		<p>Fuerte tendencia a reaccionar en forma inmediata y lábil.</p> <p>Integración pobre, la persona tiene dificultad para mantener el equilibrio entre sus impulsos y el control de ellos.</p>
Presión del Lápiz	Presión Fuerte con desproporciones, rigidez o anomalías	<p>Puede ser agresividad.</p> <p>Gran impulso y ambición.</p> <p>Actitud de mando y autoritarismo.</p> <p>Demasiada energía con tendencia al descontrol de impulsos.</p> <p>Tensión interna, exceso de esfuerzo por querer controlarse debido a la presencia de presiones o tendencias antagónicas.</p>
Trazo	<p>Trazo tembloroso</p> <p>Trazos recargados o reforzados</p> <p>Trazo corto</p> <p>Lento</p>	<p>Senilidad, probable enfermedad o adicción.</p> <p>Lucha para conservar la integridad del Yo.</p> <p>Preocupación, ansiedad y conflicto sobre el propio nivel de actuación.</p> <p>Tiene necesidad de aislarse y protegerse del medio ambiente, indicativo de su necesidad de respaldar su nivel de actuación, amenazado por la ansiedad.</p> <p>Intento cuidadoso y controlado de restricción del propio Yo al tratar con ansiedad.</p> <p>Reacciones no espontaneas y evasivas.</p> <p>Evasividad a las necesidades sensoriales táctiles.</p> <p>Calma.</p> <p>Puede ser inseguridad.</p> <p>Lentitud en la idea y la acción.</p>
Emplazamiento	Dibujo en el tercio superior de la hoja	<p>Nivel alto de aspiraciones.</p> <p>Baja tolerancia de la ansiedad.</p> <p>Tendencia a lo intelectual, espiritual.</p> <p>Inquietud, inseguridad para enfrentar al ambiente.</p> <p>Buen nivel de energía. Optimismo, alegría, euforia.</p> <p>Preponderancia del idealismo frente a lo material o terrenal.</p> <p>Tendencia a retraerse o rechazar las exigencias del ambiente.</p> <p>Imaginación, gusto por el mundo de las ideas, persona soñadora.</p> <p>Preocupación por una meta que no se alcanza.</p> <p>Busca satisfacción en la intelectualización o la fantasía más que en la realidad.</p> <p>Inseguridad en si mismo.</p>
Elementos que llaman la atención	<p>Sombreado en piernas</p> <p>Sombreado sexuales áreas</p>	<p>Depresión, desaliento.</p> <p>Ansiedad por la función locomoción o por la falta de autonomía.</p> <p>Ansiedad por el tamaño o crecimiento físico o impulsos sexuales.</p> <p>Ansiedad relacionada con la función sexual.</p> <p>Preocupaciones por inhibiciones sexuales.</p> <p>Relaciones sexuales furtivas.</p>

Sombreado en la figura correspondiente al propio genero	Repulsión de su propio cuerpo por sentimientos de inferioridad física o mal estado de salud física.
Figura reclinada	Nivel energético bajo. Depresión. Desesperanza. Falta de impulso o agotamiento emocional. Dificultad letárgica para adaptarse. Dependencia y pasividad. Tiende a relacionarse de manera impotente, inhibida o cohibida.
Figura rígida y coartada de movimiento	Represión intensa. Formación reactiva. Graves y profundos conflictos mantenidos bajo un control rígido y endeble.
Cabeza con trazo firme y cuerpo con trazo débil	Fantasía por compensación. Sentimiento de inferioridad o vergüenza por las partes y funciones corporales.
Cabello erizado	Agresividad.
Sin cejas	Libido débil. Debilidad de voluntad. Poco detallismo. Falta de interés. Poca habilidad para dibujar.
Ojos incompletos figura masculina.	Acentuación de la represión, negación y evasión de los choques dolorosos con la realidad. Modo evasivo e inmaduro de percibir la realidad.
Nariz Larga	Forma compensatoria de reafirmar el rol masculino. Compensación de sentimientos de inseguridad, inadecuación o conflictiva sexual.
Boca línea recta y acentuada	Firmeza. Combatividad. Verbalmente agresivo. Represión de la agresión.
Cuello corto	Mal humor. Brusquedad. Débil control de los impulsos. Persona físicamente resistente. Falta de delicadeza y de refinamiento. Aferramiento a las propias ideas y actitudes, terquedad.
Hombros desiguales	Desequilibrio de la personalidad.

	<p>Brazos cortos.</p> <p>Manos imprecisas</p> <p>Dedos omitidos</p> <p>Piernas largas respecto al tronco</p> <p>Persona desnuda</p> <p>Bastón</p>	<p>Ausencia de impulso.</p> <p>Poca confianza en si mismo.</p> <p>Dificultad en las relaciones sociales.</p> <p>Falta de agresividad y de liderazgo.</p> <p>Limitadas posibilidades de contacto y timidez.</p> <p>Dificultad para conectarse con el mundo circundante y con las otras personas.</p> <p>Tendencia al retraimiento, a encerrarse dentro de sí y a inhibir impulsos.</p> <p>Ansiedad e inhibición.</p> <p>Tendencia a la frustración.</p> <p>Preocupaciones por deficiencias personales.</p> <p>Dificultad para adaptarse a situaciones imprevistas o nuevas.</p> <p>Sentimientos de culpa o de insuficiencia para adaptarse a la convivencia con los demás.</p> <p>Inmadurez.</p> <p>Regresión.</p> <p>Lucha intensa por la autonomía.</p> <p>Necesidad de reconocimiento y de autonomía.</p> <p>Gran preocupación por el propio cuerpo.</p> <p>Falta de confianza en si mismo.</p> <p>Exhibicionismo.</p> <p>Narcisismo corporal</p> <p>Deseos de transgresión.</p> <p>Conflictos con el cuerpo con la sexualidad.</p> <p>Búsqueda de virilidad.</p> <p>Frecuente en personas de edad avanzada que no acepta su declinación física.</p>
Detalles	Ausencia de detalles	<p>Refleja bloque o pérdida de los controles intelectuales, del conocimiento realista del propio Yo y de las dificultades ambientales.</p> <p>Posible retraimiento.</p>
Comparación de las figuras	<p>Figura femenina se encuentra abajo de la figura masculina. Ambas figuras se encuentran desnudas, pese a esto la figura masculina no presenta ningún dibujo que lo diferencie, en tanto la figura femenina muestra senos prominentes.</p> <p>Figura femenina muestra un trazo dentado.</p>	
Relato	<p>“Bueno... el será... Ramoncito. Tiene unos 16 años y está en Ambato, él es comerciante, esta trabajando. Y ella es Juanita, tiene... unos 21 años.”</p>	<p>El tema surge a partir de lo profesional, señalando la antigua profesión del participante para llegar a un matiz de nostalgia de su antigua vida junto a su mujer.</p>
Conclusión	<p>El examinado expresó mediante el dibujo una correcta identificación sexual. Siendo la figura menor a la edad del examinado, se puede sugerir una fijación emocional en esa edad o nostalgia por etapas anteriores de la vida. Manifiesta un</p>	

	<p>curso normal del pensamiento, con un ideas previas que preceden al acción, pese a esto, se percibe conflictos o preocupaciones de contenido emocional en brazo izquierdo, piernas y la zona pélvica. Se presume ser un sujeto tímido, temeroso e introvertido, al igual que una persona modesta, sencilla, tal vez con baja autoestima que tiene tendencias a apartarse del ambiente.</p> <p>Se sugiere una disminución del propio Yo, el cual responde a exigencias del ambiente con sentimientos de inferioridad, dando cuenta de un Yo como inadecuado, impotente, reprimido. Señala una dificultad para mantener el equilibrio entre los impulsos y el control de ellos, causando una tensión interna por el exceso de esfuerzo de querer controlarse.</p> <p>Denota ser una persona senil, que lucha para conservar la integridad del Yo, tiende a aislarse, con una baja tolerancia a la ansiedad. Sugiere una repulsión por su propio cuerpo debido a los sentimientos de inferioridad por el estado de salud física, lo cual denota en desesperanza, agotamiento emocional y depresión.</p>
--	--