



UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

# Estudio de mecanismos de bloqueo en personas con rosácea

Investigación desde el enfoque Gestalt en una población uruguaya de  
adultos jóvenes

Lic. Ps. M. Laura Ugartemendía Maclean

Programa de maestría en Psicología Clínica

Facultad de Psicología

Universidad de la República

Montevideo, Uruguay

Setiembre de 2017



UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

# Estudio de mecanismos de bloqueo en personas con rosácea

Investigación desde el enfoque Gestalt en una población uruguaya de  
adultos jóvenes

Lic. Ps. M. Laura Ugartemendía Maclean

Tesis de Maestría presentada al Programa de Maestría en  
Psicología Clínica, Facultad de Psicología de la  
Universidad de la República, como parte de los requisitos  
necesarios para la obtención del título de Magister en  
Psicología Clínica.

Director de tesis:

Prof. Sup. Ps. Nora Guinsburg

Co-director de tesis:

Prof. Agda. Dra. Selva Alé

Director académico:

Prof. Agda. Ps. Adriana Gandolfi

Montevideo, Uruguay

Setiembre de 2017

## FICHA CATALOGRÁFICA

## TRIBUNAL DE DEFENSA DE TESIS

Prof. Dr. Alejandro Klein, PhD, Presidente, Universidad de Guanajuato, México.

Prof. Agda. Dra. Margarita Dubourdieu, PhD, Universidad Católica del Uruguay.

Prof. Adj. Mag. Irene Barros, Facultad de Psicología, Universidad de la República,  
Uruguay.

Montevideo, Uruguay

Marzo 2018

## **AGRADECIMIENTOS**

Al PhD. Lic. Ps. Alejandro Klein quien conociéndome, me instó años atrás a realizar el curso de maestría en investigación y desde ahí germinó en mi ese deseo e interés.

A los profesores de Facultad de Psicología que en 2013 me tomaron la entrevista de admisión y avalaron mi ingreso: PhD Ps. Robert Pérez y PhD Lic. Ps. Andrea Bielli. Gracias a las Profesoras Mag. Ps. M. Ana Folle y Mag. Irene Barros.

Al Prof. Dr. Miguel Martínez quién me permitió realizar la investigación en el servicio de Dermatología del Hospital de Clínicas.

A la Profesora PhD. Dra. Selva Alé por conducirme en el Servicio y por su labor como co directora de esta tesis, en su apoyo en lo referente a los aspectos médicos.

A la Cátedra y departamento de Hemoterapia y Medicina Transfusional, al Profesor Dr. Ismael Rodríguez por su entera amabilidad, simpatía, apertura y receptividad. A todo el equipo por la simpatía y cariño de cada mañana.

A la Asociación Española por concederme la aprobación para continuar ahí mi labor de campo. A la Dra. Alejandra Yusín, jefa del servicio de Dermatología, y a todo el equipo por el apoyo y simpatía. A la Dra. Ana María Barranco por generosamente poner a mi disposición su material.

Al Prof. Dr. Carlos Ketzoian por su guía clara y gentil. Al Prof. Dr. Alejandro Noria por su colaboración.

A la Profesora Ps. Nora Guinsburg, por sus enseñanzas, por su respeto, por el cariño.

Al profesor Hector Salama por su humildad y simpatía en el contacto, y a Diego Salama por el envío a tiempo de la técnica a Uruguay.

Gracias al Prof. PhD Dr. Daniel Bía Santana y a mi colega, compañera de maestría y amiga Lic. Ps. Adriana Bía.

Gracias enormes a cada participante que accedió a responder a la prueba, sin ello este estudio no hubiera sido posible. Gracias por su generosidad, por su colaboración, su sencillez, su humildad, cariño y simpatía que me brindaron.

Laura Ugartemendía, setiembre, 2017.

## EPÍGRAFE

### *La piel*

*Tu contacto  
tu piel  
suave fuerte tendida  
dando dicha  
apegada  
al amor a lo tibio  
pálida por la frente  
sobre los huesos fina  
triste en las sienas  
fuerte en las piernas  
blanda en las mejillas  
y vibrante  
caliente  
llena de fuegos  
viva  
con una vida ávida de traspasarse  
tierna  
rendidamente íntima  
Así era tu piel  
lo que tomé  
que diste.*

*Idea Vilariño*

*La piel*

*La piel, de no rozarla con otra piel  
se va agrietando...*

*Los labios, de no rozarlos con otros labios  
se van secando...*

*Los ojos, de no mirarse con otros ojos  
se van cerrando...*

*El cuerpo, de no sentir otro cuerpo cerca  
se va olvidando...*

*El alma, de no entregarse con toda el alma  
se va muriendo...*

*Bertolt Brecht*



## **RESUMEN**

La presente investigación identifica los mecanismos de bloqueo desde el enfoque Gestalt, en personas adultos jóvenes con diagnóstico de Rosácea. Estas son atendidas en el servicio de Dermatología del Hospital de Clínicas de Montevideo y de la Asociación Española. Para tener un parámetro de comparación se evalúan donantes de sangre potencialmente sanos, grupo control, que asisten al servicio de Hemoterapia del mismo Hospital. Para la evaluación de los mecanismos mencionados se diseña una investigación cuantitativa y se utiliza el instrumento Test de Psicodiagnóstico Gestalt (Salama, H. 2002). Se distinguen los mecanismos de bloqueo Postergación y Fijación correlacionados a la Rosácea y los aspectos psicológicos correspondientes. Se concluye que en el grupo estudiado aparece la tendencia a la satisfacción de la necesidad de reposo y relajación, a la satisfacción de la necesidad de independencia, autodependencia y autoaporte y otra más marcada a la posibilidad de sentir, asimilar e integrar las experiencias. En función de la comprensión de estos resultados se proponen algunos parámetros que posibilitan diseñar estrategias psicoterapéuticas adecuadas para las personas que padecen esta enfermedad.

**Palabras clave:** Psicodermatología, mecanismos psicológicos, Gestalt, Rosácea.

## **ABSTRACT**

This research identifies the blocking mechanisms from the Gestalt approach, in young adults diagnosed with Rosacea. These are attended at the Dermatology service Clinics Hospital of Montevideo and of the Spanish Association. In order to have a comparison parameter, potentially healthy blood donors, control group, who attend the Hemotherapy service of the same Hospital are evaluated. For the evaluation of the mentioned mechanisms a quantitative research is designed and the instrument Test of Gestalt Psychodiagnosis is used (Salama, H. 2002). They are distinguished the blocking mechanisms of Postponement and Fixation correlated to Rosacea and the corresponding psychological aspects. It is concluded that in the studied group there is a tendency to satisfy the need for rest and relaxation, to satisfy the need for independence, self - reliance and self - support and a more marked one to the possibility of feeling, assimilating and integrating experiences. Based on the understanding of these results, some parameters are proposed that allow the design of appropriate psychotherapeutic strategies for people with this disease.

**Keywords:** Psychodermatology, psychological mechanisms, Gestalt, Rosacea.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Corte transversal de la piel.....	23
Figura 2. Reformulación del Ciclo por Dr. H. Salama (TPG, 1992).....	86
Figura 3. Parte pasiva y activa del ciclo de la energía.....	87
Figura 4. Zonas de relación.....	87
Figura 5. Capacidades.....	88
Figura 6. Postergación.....	123
Figura 7. Desensibilización.....	125
Figura 8. Proyección.....	127
Figura 9. Introyección.....	130
Figura 10. Retroflexión.....	133
Figura 11. Deflexión.....	136
Figura 12. Confluencia.....	139
Figura 13. Fijación.....	141

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1 .....	31
Tabla 2 .....	108
Tabla 3 .....	109
Tabla 4 .....	110
Tabla 5 .....	110
Tabla 6 .....	111
Tabla 7 .....	111
Tabla 8 .....	112
Tabla 9 .....	113
Tabla 10 .....	113
Tabla 11 .....	114
Tabla 12 .....	115
Tabla 13 .....	115
Tabla 14 .....	116
Tabla 15 .....	117
Tabla 16 .....	117
Tabla 17 .....	118
Tabla 18 .....	118
Tabla 19 .....	119
Tabla 20 .....	119
Tabla 21 .....	120
Tabla 22 .....	120
Tabla 23 .....	122
Tabla 24 .....	123
Tabla 25 .....	124
Tabla 26 .....	125
Tabla 27 .....	126
Tabla 28 .....	127
Tabla 29 .....	129

Tabla 30.....	130
Tabla 31.....	132
Tabla 32.....	133
Tabla 33.....	135
Tabla 34.....	136
Tabla 35.....	138
Tabla 36.....	139
Tabla 37.....	140
Tabla 38.....	141
Tabla 39.....	143
Tabla 40.....	144
Tabla 41.....	145
Tabla 42.....	145
Tabla 43.....	146
Tabla 44.....	146
Tabla 45.....	146
Tabla 46.....	147
Tabla 47.....	147
Tabla 48.....	148
Tabla 49.....	148
Tabla 50.....	151
Tabla 51.....	152
Tabla 52.....	152
Tabla 53.....	153
Tabla 54.....	154
Tabla 55.....	154
Tabla 56.....	155
Tabla 57.....	156
Tabla 58.....	157

## TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS .....	V
EPÍGRAFE .....	VII
RESUMEN .....	IX
ABSTRACT .....	X
LISTA DE FIGURAS .....	XI
LISTA DE TABLAS .....	XII
INTRODUCCIÓN .....	16
FUNDAMENTOS TEÓRICOS .....	20
2.1. ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO .....	20
2.1.1. Biología de la piel.....	20
2.1.2. Rosácea.....	23
2.1.3. Antecedentes.....	35
2.2. MARCO TEÓRICO.....	56
2.2.1. Psicodermatología .....	56
2.2.2. Psicodermatología desde el enfoque Gestalt .....	60
2.2.3. Paradigma Holístico-gestáltico.....	60
2.2.4. Perspectivas Fenomenológica y Existencial .....	62
2.2.5. Teoría General .....	66
2.2.6. Teorías Sustantivas .....	71
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS .....	94
3.1. Planteamiento del problema y las preguntas de investigación.....	94
3.1.1. Formulación del problema .....	96
3.2. Objetivo general.....	96

3.3. Objetivo específico .....	96
3.4. Hipótesis .....	96
DISEÑO METODOLÓGICO .....	98
4.1. Tipo de estudio.....	98
4.2. El instrumento .....	98
4.3. Variables .....	100
4.4. Participantes .....	100
4.5. Fases de la investigación (o procedimiento) .....	103
4.6. Análisis estadístico.....	104
4.7. Marco institucional .....	105
4.8. Consideraciones éticas .....	106
RESULTADOS .....	108
5.1. Presentación y análisis de los resultados.....	108
5.2. Discusión: interpretación de los resultados.....	159
5.3. Limitaciones del estudio .....	171
CONCLUSIONES .....	173
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	179
APÉNDICES .....	184
APÉNDICE 1 .....	184
APÉNDICE 2 .....	187
ANEXOS .....	189
ANEXO 1 .....	189
ANEXO 2.....	193
ANEXO 3.....	196

# CAPÍTULO 1

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se centra en el campo de estudio de la Psicología Clínica y en particular en el área de la Psicodermatología puesto que aborda el estudio de mecanismos psicológicos en personas con Rosácea.

### **Justificación y relevancia. Relevancia social**

Alrededor de cuarenta millones de personas en el mundo sufren de esta enfermedad inflamatoria y crónica (Sehtman, Constantini, 2016).

Las personas con Rosácea presentan la lesión localizada en una zona totalmente expuesta: su cara. Esto les ocasiona además de las molestias físicas como episodios de flushing (enrojecimiento), calor facial, ardor o prurito, afectación a la imagen corporal, dificultades de relacionamiento, un gran impacto psicosocial. El veintiuno por ciento de las personas que la padecen evitan el contacto o cancelan compromisos sociales por vergüenza o miedo al rechazo, debido a su piel (Sehtman, Constantini, 2011).

En general, el tratamiento de esta afección considera solamente los aspectos físicos. Sin embargo, es imprescindible abordar otros aspectos que no se observan en la superficie, buscar comprender el psiquismo y comportamiento, relacionados a la manifestación de la enfermedad. Contribuir de esta manera desde la Psicología y la Psicoterapia. Para ello es necesario investigar esta realidad. Los conocimientos proporcionados por este estudio se convierten en una herramienta útil al servicio de profesionales en el área de Psicología Clínica y Psicodermatología, para beneficio de las personas que tienen esta afectación.



## **Relevancia institucional**

En la actualidad no existe en Uruguay Unidades de Psicodermatología en los centros de salud, con excepción de la Unidad de Psicodermatología, en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, emprendimiento conjunto de las Cátedras de Dermatología y Psiquiatría, que inicia su actividad en el 2004.

La Unidad desarrolla tareas docentes, asistenciales y de investigación y ha realizado presentaciones en Congresos nacionales e internacionales.

Es necesario continuar avanzando en conocimientos para contribuir al futuro desarrollo de más y nuevos espacios que brinden servicios en esta área.

Las instituciones que integran el sistema de salud deben responder cada vez en forma más completa e integral a las demandas y necesidades de la población.

Los conocimientos aportados contribuyen a sustentar este desarrollo hacia un sector imprescindible en salud.

## **Relevancia científica**

En la bibliografía internacional consultada, no se han encontrado trabajos de investigación en Psicodermatología desde la perspectiva Gestáltica. Los conocimientos en ésta línea significan un aporte de valor a la Psicología Clínica en el enfoque Gestalt, para su avance y fortalecimiento.

Los conocimientos en cuanto a los aspectos psicológicos presentes en las personas con Rosácea, son elementos que pueden permitir comprenderlas mejor.

Esta investigación proporciona aportes sobre los aspectos psicoemocionales que son centrales para brindar respuestas terapéuticas completas.

El estudio busca distinguir en personas adultos jóvenes con diagnóstico de Rosácea los mecanismos de bloqueo.

Desde el enfoque Gestalt estos mecanismos se definen como acciones predominantemente inconscientes, que tienden a ser permanentes y que impiden el

fluir de la energía y el contacto con el satisfactor de la necesidad (Salama, H., 2011, p. 71, 74, 2002, p. 47). Se comprenden dentro de un modelo que explica y describe cómo funciona el organismo en su totalidad. Este ciclo se denomina Ciclo de la Experiencia o de la Energía y señala un proceso que va dirigido a la satisfacción de la necesidad presente. Está formado por 8 fases: Reposo, Sensación, Formación de la Figura o Darse Cuenta, Energetización, Acción, Precontacto, Contacto y Post Contacto o Cierre. En las cuales puede haber bloqueos que interrumpen o impiden dicha satisfacción (Salama, H., 2002).

Por tanto, las variables que se consideran en este estudio son dichos mecanismos de bloqueo en las personas que fueron atendidas en el servicio de Dermatología del Hospital de Clínicas de Montevideo y en el Departamento de Dermatología de la Asociación Española de Socorros Mutuos.

La hipótesis ha sido que en las personas adultas jóvenes con diagnóstico de Rosácea están presentes los mecanismos de deflexión y confluencia en sus categorías de disfuncional o de bloqueo.

Para comprobar esto se diseñó un estudio cuantitativo, transversal y correlacional. Se midió el funcionamiento de los bloqueos en las distintas fases del ciclo de la experiencia, en el grupo identificado y en el grupo control de personas sanas. Se buscó la correlación del funcionamiento de los mecanismos entre ambos grupos.

Los resultados han sido que los mecanismos de Deflexión y Confluencia no se presentan en los niveles de disfuncional y bloqueo en comparación con el grupo control. Se distinguen los mecanismos de Postergación y Fijación en correlación con las personas con Rosácea. Se presentan los aspectos psicológicos relacionados a los datos obtenidos. Se llega a concluir en la tendencia a la satisfacción de la necesidad de reposo y relajación, a la satisfacción de la necesidad de independencia, autodependencia y autosoporte y otra más marcada a la posibilidad de sentir, asimilar e integrar las experiencias en las personas con Rosácea estudiadas.

Como forma de organizar la lectura del estudio, el texto se organiza en seis capítulos principales y luego se adjuntan los materiales utilizados en Apéndices y Anexos, además de presentar imágenes de rostros con rosácea a modo ilustrativo.

El capítulo uno es el Introdutorio en que se hace una presentación general del contenido de esta tesis y se plantea la justificación y relevancia del estudio.

El capítulo dos presenta los fundamentos teóricos en que se sustenta la investigación. Se subdivide en el estado del arte y el marco teórico. En la primera parte se desarrolla la biología de la piel y los conocimientos relativos a la enfermedad Rosácea. A continuación se abordan los antecedentes de la temática en la literatura científica y la fundamentación para esta investigación. En el marco teórico, primero se presentan los conceptos de Psicodermatología y Psicodermatología desde el enfoque Gestalt. Luego se desarrolla el paradigma Holístico- Gestáltico desde donde se enfoca este estudio, las perspectivas y la teoría general Gestáltica. A partir de ahí, se definen las teorías sustantivas que servirán a la comprensión de los resultados.

El capítulo tres ofrece el planteamiento del problema, las preguntas de investigación, el objetivo general planteado, los objetivos específicos y la hipótesis. El capítulo cuatro presenta el diseño metodológico elegido. Se describe el tipo de estudio, el instrumento utilizado, las variables estudiadas y los participantes. Se prosigue con la descripción de las fases de la investigación o el procedimiento llevado a cabo, para continuar con el análisis estadístico realizado, el marco institucional y finalmente las consideraciones éticas correspondientes.

El capítulo cinco corresponde a los resultados, en donde se presentan los datos, el análisis respectivo y la discusión. En ésta se interpretan los resultados obtenidos a la luz de la teoría general, las teorías sustantivas y del conocimiento de los trabajos previos en la temática de los autores ya revisados. También se consideran las limitaciones del estudio.

Por último, en el capítulo seis se presentan las conclusiones, en donde se describen los datos significativos de los resultados, se sintetizan las consideraciones expuestas en la discusión y se integran conceptualmente las conclusiones más relevantes. Se presentan nuevas interrogantes y ciertas recomendaciones para el trabajo psicoterapéutico con las personas con Rosácea.

## CAPÍTULO 2

### FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Este capítulo se divide en dos secciones: Estado del Arte y Marco teórico.

#### 2.1. ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO

En esta sección se presentan los conocimientos sobre la biología de la piel, la enfermedad Rosácea propiamente dicha y los antecedentes respectivos a los aspectos psicológicos estudiados, lo que ya se conoce del tópico abordado.

##### 2.1.1. Biología de la piel

La piel es un órgano perteneciente al sistema sensorial. Los órganos correspondientes a los cinco sentidos: tacto, olfato, gusto, vista y oído, tienen tanto la función de percibir como de transmitir la información al sistema nervioso central. Por tanto, cada órgano sensorial tiene una especificidad y sensibilidad óptima (Schnake, 2007, p.140) que nos conecta con el mundo, con el ambiente.

La piel es el órgano más grande del ser humano, tiene una superficie de casi 2 metros cuadrados y pesa aproximadamente 4 kilos. Es una capa protectora que cubre todo el cuerpo, a excepción de las cavidades donde hay mucosa. Recibe las impresiones que producen sensaciones táctiles, térmicas y dolorosas.

Consta de tres estratos: Epidermis, Dermis e Hipodermis o Estrato de grasa, cada una con sus estructuras y tareas específicas.

*Epidermis:* Es un epitelio estratificado de un espesor de 1 a 3 mm. Pueden diferenciarse en esta, dos capas: una profunda que es el estrato germinativo y la capa córnea, que es la que da al exterior.

El estrato germinativo recubre las papilas dérmicas y contiene pigmentos (melanina) que dan la coloración a la piel. La capa córnea, la capa superficial, consta de células muertas y se desprende bajo la forma de películas.

La epidermis se destruye por la periferia y se regenera por su parte profunda; y conserva siempre el mismo espesor.

Uñas y pelos son anexos de la piel que se encuentran en la epidermis. Tanto en la epidermis como en la dermis existen células capaces de generar respuestas inmunes, constituyendo la primera barrera de defensa innata.

*Dermis*: es una capa de tejido conjuntivo que contiene los receptores cutáneos para la sensibilidad táctil, térmica y dolorosa. Aquí se encuentran las papilas, que son pequeñas protuberancias microscópicas, muy numerosas (100 por mm<sup>2</sup>). En esta capa se distinguen: fibras elásticas, algunas fibras musculares, fibras colágenas que son flexibles y ofrecen a la vez resistencia a la tracción; arterias, venas, capilares y nervios o terminaciones nerviosas aferentes (que llevan información). Además, glándulas sudoríparas, sebáceas y folículo piloso.

*Hipodermis*: o tejido subcutáneo compuesto de tejido conjuntivo laxo y adiposo. Sus componentes son: ligamentos y nervios cutáneos, grasa o células adiposas, vasos sanguíneos y linfáticos. Las células adiposas pueden alcanzar un grosor en el abdomen de hasta 3 cm o más, pero en otras áreas la capa subcutánea no contiene células adiposas, como en los párpados.

Se diferencian dos capas: Capa areola, que es la más externa y está en contacto con la dermis, formada por adipocitos. Y la capa lamelar, que es la más profunda y la que se incrementa con el aumento de peso, debido al aumento del volumen de los adipocitos.

La función de la hipodermis es colaborar en la conservación de la temperatura corporal, proporcionar forma al contorno del cuerpo y dar movilidad a toda la piel.

Por tanto, las funciones que cumple la piel son:

1. Delimitación y protección. Es un límite entre el organismo y el medio externo. Este límite permite el contacto sano. Protege de agentes externos como gérmenes y otros; y de posibles infecciones y traumatismos. La piel es la principal barrera física frente a la

agresión de agentes patógenos. A su vez, como barrera cumple la función de mantenimiento de la hidratación, de contención de líquido.

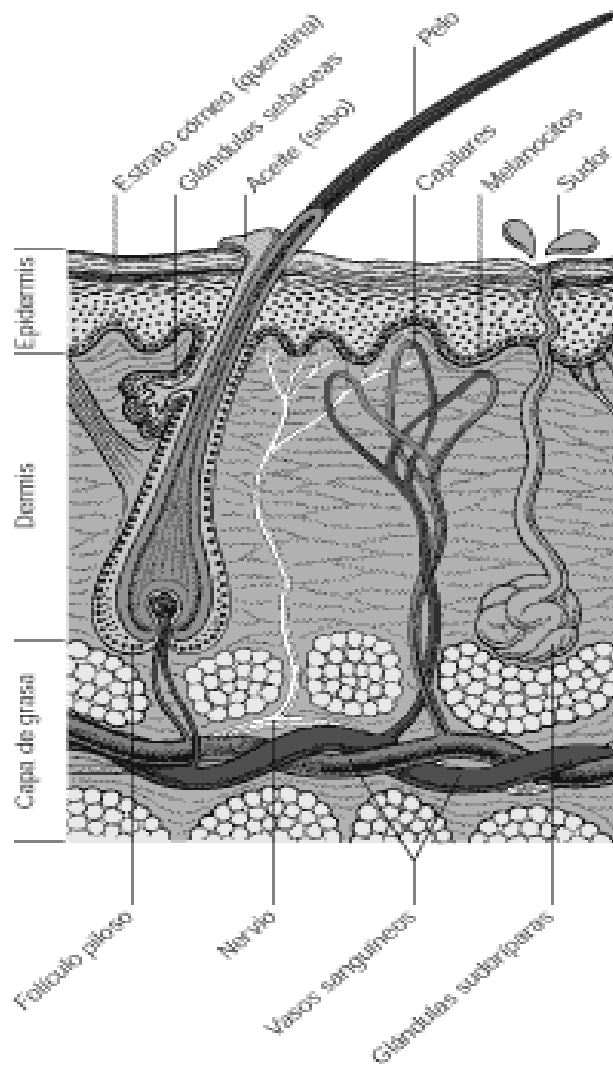
2. Regulación de la temperatura corporal. A través de la transpiración se baja la temperatura corporal.

3. Percepción de los estímulos de dolor y placer. Las terminaciones nerviosas permiten la percepción.

4. Expresión. A través de la piel se muestra al exterior el estado interno. Así una persona se pone blanca de susto o colorada de vergüenza, transpira de ansiedad o se le eriza el pelo o se le pone la “piel de gallina”.

5. Excreción. Respiración y exudación. A través de ésta permite la salida de sustancias extrañas o propias del metabolismo del organismo que ya no son necesarias.

Las características de la piel, como su color, textura y pliegues, huellas dactilares, cicatrices, hacen posible identificar a las personas. Con el pasaje de los años a lo largo de la vida, la piel tiende a sufrir cambios. Cualquier alteración tanto en el funcionamiento como en su apariencia puede tener consecuencias para la salud. (Merck, 2005).



*Figura 1. Corte transversal de la piel.*

Ilustra las capas de la piel y sus elementos.

Extraído de Merk (2005), sección 18.

### **2.1.2. Rosácea**

#### **a. Definición**

Es un trastorno cutáneo crónico común de etiología desconocida que más comúnmente ocurre en personas de mediana edad.

Es una afección inflamatoria de la piel facial que afecta principalmente los vasos sanguíneos y unidades pilosebáceas.

El curso de la enfermedad se considera crónico, dado que hasta el momento no se conoce una cura definitiva. Evoluciona con remisiones y recaídas.

Las manifestaciones cutáneas incluyen eritema (enrojecimiento) facial transitorio (*flushing*) o persistente (*blushing*), telangiectasias, edema, pápulas y pústulas que por lo general se limitan a la porción central de la cara. El área nasal, las mejillas, el mentón y la frente son los sitios más frecuentemente afectados. Las telangiectasias son dilataciones de capilares pequeños y de vasos superficiales, de color rojo y que palidecen con la presión, comúnmente llamadas arañitas o arañas vasculares. El edema es la hinchazón blanda ocasionada por la serosidad infiltrada en el tejido celular. La pápula es la erupción en la piel sin pus ni serosidad. La pústula es la lesión de la piel de contenido purulento y profundidad variable, que se acompaña de escozor y dolor.

Especialmente se da en personas de piel y ojos claros, pero puede afectar personas con cualquier fototipo (Culp, B., Scheinfeld, N., 2009).

Como esta enfermedad se acompaña de sensaciones punzantes y ardientes de la piel afectada; enrojecimiento, descamación, pústulas, y crecimiento fimatoso (engrosamiento con superficie irregular) tiene un impacto negativo en la calidad de vida. Además de las molestias físicas y de la autopercepción de su apariencia desagradable, las personas reciben la estigmatización de los demás y experimentan ansiedad.

La Rosácea es una condición que desfigura, constantemente visible a cualquier persona con la que el individuo tiene la interacción cara a cara; y que puede producir una gran cantidad de estrés, vergüenza, frustración, ira y depresión (Culp, B., Scheinfeld, N., 2009).

## **b. Prevalencia y epidemiología**

Es más común en las personas del norte y el oeste de Europa (Culp, B., Scheinfeld, N., 2009). Es muy común en los EE.UU y en la Unión Europea. Se produce con menos frecuencia en otros grupos étnicos. Algunos informes indican que aproximadamente el 4% corresponden a descendientes de africanos, latinos o asiáticos (Halder RM, Brooks HL, 2003 citado en Culp, B., Scheinfeld, N., 2009). Se estima que de 10 a 20 millones de americanos tienen la enfermedad.



En Europa hay un aumento de la prevalencia desde el sur al norte. En Alemania la prevalencia es del 2,2 %, en Suecia del 10 % y en Estonia del 22 % (Berg M., Lidén S., 1989, Abram K., Silm H., Cona M., 2010 citado en Wollina U., 2014).

En un estudio sueco de las personas entre 20 y 60 años de edad, aproximadamente el 10% se cree que tienen rosácea, con una relación de mujer a hombre de 3: 1 (Culp, B., Scheinfeld, N., 2009).

Ha sido reconocido que la rosácea es más común en ciertos grupos étnicos, como las personas de origen celta (Bamford J., 2001, Plewing G., Jansen T., 2003 citado en Stanislaw A. Beuchner, 2005).

En una población no seleccionada de 809 empleados de oficina, la prevalencia encontrada fue del 10 %: 14 % mujeres y 5% hombres (Berg M., Lidén S., 1989 citado en Stanislaw A. Beuchner, 2005). La rosácea eritemato telangiectásica estuvo presente en un 81 % de los casos (ibídem). Es estimado que aproximadamente 14 millones de americanos tienen rosácea (Plewing G., Jansen T., 2003, Millikan L., 2004 citado en Stanislaw A. Beuchner, 2005).

La mayoría de las personas afectadas de esta enfermedad tienen entre 30 y 60 años de edad (Berg M., Lidén S., 1989 citado en Stanislaw A. Beuchner, 2005), sin embargo puede ser ocasionalmente vista en personas jóvenes antes de sus 30 años. Las mujeres son afectadas más comúnmente que los hombres en los primeros estados de la enfermedad (ibídem), pero los hombres progresan a estados más avanzados con más frecuencia que las mujeres. La afectación de los ojos puede ser encontrada en más de un 58 % de los casos pero es frecuente que no se diagnostique (Zug K., Palay D., Rock B., 1996, Valanconny C., Michel J-L, Gain P. et al, 1999 citado en Stanislaw A. Beuchner, 2005). La Rinofima, hiperplasia de las glándulas sebáceas nasales y de los tejidos conectivos, es vista casi exclusivamente en hombres mayores de 40 años.

La rosácea se manifiesta generalmente como flushing (enrojecimiento) en los pacientes en sus 20 años, se convierte en problemático a los 30 años, y puede continuar progresando más allá de esa edad (Culp, B., Scheinfeld, N., 2009).

La morbilidad (“proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado” Rae) asociada con la rosácea se produce normalmente en la cuarta y

quinta década de vida (Pray WS, Pray JJ, 2004 citado en Culp, B., Scheinfeld, N., 2009).

La rosácea en la infancia es poco definida, y se tiende a caracterizar al enrojecimiento y el eritema como un “brillo saludable”. Los pacientes niños tienen en forma probable una historia familiar de rosácea, y esta condición puede persistir y progresar en la adultez (ibídem).

### **c. Desencadenantes. Etiología y patogenia**

Si bien hay varios factores desencadenantes conocidos, la patogenia permanece desconocida. Distintos factores coadyuvan en el desencadenamiento de las lesiones.

Los factores desencadenantes pueden ser exógenos y endógenos. Los factores conocidos son: físicos, químicos y microbianos.

Dentro de los desencadenantes exógenos se destacan los factores físicos: radiación ultravioleta solar, temperaturas extremas, cambios bruscos de temperatura. Los factores químicos son: diversos irritantes, productos cosméticos, etc.; y los factores microbianos: bacillus oleronius.

Los factores endógenos, como las alteraciones neurovasculares y factores psicológicos, tanto previos a la aparición de empujes o al autoperibirse con la ruborización resultan también muy importantes (Wollina, U., 2014).

Aún no ha sido determinado si la causa de la rosácea se debe a una multitud de factores o a un factor singular (Wilkin J., 1994, Powell FC, 2004 citado en Stanislaw A. Beuchner, 2005).

#### *Función de barrera epidérmica*

Las observaciones clínicas sobre la estrecha relación entre rosácea y piel sensible ha llevado a desarrollar el concepto de una perturbación en la función de barrera epidérmica. En las personas con rosácea el deterioro en la barrera epidérmica se limita a la piel facial (Darlenski R., Kazandjieva J., Transkov N., Fluhr JW., 2013 citado en Wollina U., 2014), no así como en la dermatitis atópica.

*“La disfunción de la barrera epidérmica, caracterizada por aumento de la pérdida transepidérmica de agua con predominio de la región facial central, parece ejercer un papel importante en la rosácea papulopustular y en la eritemato-talangiectásica, lo que explica, en parte, la sensibilidad cutánea facial en la enfermedad “ (García Bustinduy MC, García Fumero V, 2015, p. 3).*

### *Sistema inmune*

Hay una mayor susceptibilidad inmune innata de la piel a responder a estímulos. La activación de la inmunidad innata, de las defensas, contribuye a desarrollar la respuesta inflamatoria en curso de la piel afectada. El deterioro de la función barrera de la piel y la activación de la inmunidad innata son importantes y conectadas vías que contribuyen a una respuesta inflamatoria (Wollina U., 2014)

Se puede considerar una predisposición genética, ya que hasta un tercio de los pacientes tiene historia familiar positiva (Brittney, Scheinfeld, 2009, y en Pelle, Crawford, Jarnes, 2001 citado en García Bustinduy MC, García Fumero V, 2015). Además, otros análisis han verificado patrones de genes diferentes que se corresponden con los diferentes tipos de rosácea (Steinhoff et al, 2011 citado en ibidem, p.1).

En etapas tempranas se considera la rosácea como un trastorno inflamatorio caracterizado por una respuesta inmune innata exagerada a ciertos desencadenantes (Dell Rosso, 2012 citado en idem, p.2), como: la luz solar, el sol, el frío, viento, alimentos picantes o calientes, alcohol, stress.

### *Flushing facial*

Hay varias líneas de evidencia para considerar al flushing en la patogenia de la enfermedad (Crawford G., pelle M., James W., 2004, Wilking J.,1994, Rebora A., 1993, Wilking J., 1993, citado en Stanislaw A. Beuchner, 2005). Las reacciones de flushing consisten en el incremento del flujo sanguíneo en la superficie de la dermis. Muchos pacientes con rosácea tienen una historia de severos blushing (ruborización por factores emocionales exclusivamente). Las reacciones de flushing en la cara

ocurren con más frecuencia y persisten por períodos más largos (Berg M., Liden S., 1989 citado en *ibídem*). Estos episodios han sido vistos en los estados iniciales de la enfermedad y se tornan en un eritema permanente de un rojo más oscuro en estados más avanzados. El estrés emocional, comidas picantes, vino, alcohol y bebidas calientes desencadenan las reacciones de flushing (Bamford J., 2001 citado en *ibídem*). El calor con frecuencia hace que la rosácea empeore. Wilking, (1981 citado en *ibídem*) ha demostrado que es la temperatura del café más que la cafeína lo que produce las respuestas de flushing. Vasodilatadores para el tratamiento de la enfermedad cardíaca y la hipertensión podrían ser vinculados a los brotes de rosácea. Los episodios de flushing pueden también ocurrir en las mujeres en sus 30 años, justo antes o durante el período menstrual. También se notan con frecuencia las agravaciones peri menopáusicas. Un número significativo de mujeres con rosácea reportó sofocos durante la menopausia (Wilking J., 1993 citado en *ibídem*).

La piel rosácea tiene un umbral de “dolor de calor” (heat pain) significativamente menor que la piel normal (Wollina U., 2014).

Berg y Liden (1989, citado en *ibídem*) encontraron que un 27 % de los pacientes con rosácea sufrían de migraña, comparados con un 13 % en el grupo control. Estos hallazgos proveen evidencias de que los pacientes con rosácea tienen una propensión a la vasodilatación vascular.

### *Luz ultravioleta*

La exposición y el daño solar han sido propuestos como factores que tienen impacto en el curso de la rosácea (Crawford G., Pelle M., James W., 2004 citado en *ibídem*). Múltiples estudios (Bamford, 2001, Jansen, Plewing, 1996, Rebora, 1993, Dupont, 1986, citado en *ibídem*) muestran que la exposición solar podría precipitar los episodios de flushing en las personas con rosácea. Un estudio de encuesta en Estados Unidos reportó una asociación entre exposición solar y rosácea. En este sentido, la rosácea ha sido denominada como trastorno por fotoagresión. Sin embargo, no ha sido demostrado que haya una sensibilidad aumentada a los rayos UV en estas personas (Jansen, Plewig, 1996, citado en *ibídem*). La presencia de elastosis solar también sugiere que los rayos UV podrían jugar un rol en la enfermedad (Aroni K., Tsagrioni E., Lazaris AC, Patsouris E., Agapitos, E., 2004, citado en *ibídem*).

Si bien la piel naturalmente usa antioxidantes para protegerse a sí misma del fotodaño, recientes hallazgos brindan soporte para la hipótesis de que la protección antioxidante es menor en las personas con rosácea (Oztas M., Balk M., Ogüz E., Bozkurt M., Ogüz I., Özer N., 2003, citado en *ibídem*). La irradiación UV induce anomalías cuantitativas y cualitativas en el tejido conectivo de la dermis. En síntesis, las personas con rosácea son más susceptibles, que las personas sin la enfermedad, a los factores ambientales, especialmente a la luz solar.

Se puede afirmar que la radiación de luz ultravioleta es un desencadenante de la rosácea (Wollina U., 2014).

### *Demodex*

El rol de los ácaros en los folículos del pelo, llamados Demodex ha sido un problema de debate por más de 60 años (Crawford G., Pelle M., James W., 1994, citado en *ibídem*). La prevalencia de la infección con las especies de Demodex (*folliculorum* y *brevis*) aumenta con la edad, y se aproxima al 100 % en personas sanas de mediana edad y adultos mayores (Rufli T., Mumcuoglu, 1981 citado en *ibídem*). Varios autores han encontrado ácaros demódex en aumento en personas con rosácea.

Aunque el aumento de la población de demódex podría ser una consecuencia más que una causa de la rosácea, estos ácaros podrían desencadenar una reacción de hipersensibilidad retrasada que podría contribuir a la formación de pápulas y pústulas. La aparición de infiltraciones granulomatosas en una proporción significativa de pacientes con rosácea podría resultar de la invasión de los ácaros en la dermis (Grosshans E., Kremer M., Maleville J., 1974, Amichai B., Grunwald M., Avinoach I., Haley S., 1992 citado en *ibídem*).

La simple infestación por el ácaro no es suficiente para el desencadenamiento de la rosácea, sino la interacción con un sistema inmunitario alterado (Lacey et al, 2007 citado en García Bustinduy MC, García Fumero V, 2015, p.3 ).

Del mismo modo, se ha vinculado la presencia de una bacteria en el tubo digestivo con la etiopatogenia de la rosácea. Un estudio mostró que el 48,9 % de una muestra de 90 pacientes con rosácea estaban infectados con la bacteria, y que con tratamiento y

erradicación se contribuyó a la mejoría en la clínica de la piel en el 97,2 % de los pacientes (Gravina, 2015 citado en ibidem, p.3).

### *Factores psicológicos*

En las consultas dermatológicas las personas reportan múltiples aspectos referidos con su estado psicoafectivo y emocional y lo relacionan con los empujes de la enfermedad. En la literatura también aparecen los factores psicológicos como desencadenantes. Se sabe que emociones como enojo, rabia y vergüenza ofician como tales, al igual que estar frente a situaciones de stress.

En el estudio de Bonanmigo, R.R., Bakos, L., Cartell, A., Edelweiss, M.I. (2008), se confirma el factor “alteraciones de carácter emocional” como factor provocativo o agravante. También los signos de inmadurez, respuestas afectivas de inhibición, timidez, falta de confianza en sí mismos y sentimientos de inadecuación han estado presentes en las personas con rosácea (White JM, Jones AM, Ingham JG, 1956 citado en Karlsson et. al, 2003). Así como la tendencia a los trastornos neuróticos, la autoagresión, la autocrítica y discrepancia entre deseos y capacidades. Así mismo se observaron estados más altos de ansiedad permanente en comparación con los otros grupos de pacientes con enfermedad de la piel; y en muchos casos las situaciones traumáticas precedieron a los brotes de rosácea (Puchalski Z. Angst als Zustand, 1983; Puchalski Z, 1986 citado en Karlsson et. al, 2003 ).

El estudio de Karlsson E, Berg M., Arnetz B.B. (2003) abordó el tema de la agresión y desapego en las personas con rosácea y llegó a la conclusión de que no hay consenso en el posible papel etiológico de los factores psicológicos en esta enfermedad.

Si bien no es posible considerarlos como único causante, al mismo tiempo se vislumbra la envergadura de éstos en la comprensión de la totalidad de la persona. A modo de síntesis se presenta la siguiente tabla.

**Tabla 1***Factores precipitantes de la Rosácea*

Factores	Tipos
Alimentarios:	Hígado, yogur, crema agria, queso, berenjena, tomate, espinacas, lima, judías blancas, guisantes, aguacate, plátano, ciruela roja, pasas, higo, cítricos, chocolate, vainilla, salsa de soja, vinagre, comidas picantes o calientes, derivados de levaduras, alcohol, bebidas calientes
Emocionales	Estrés, ansiedad
Climáticos	Sol, viento intenso, frío, humedad
Temperatura	Frío, ambiente caldeado, baños calientes, saunas
Productos cosméticos	Conteniendo alcohol, hammamelis, fragancias
Fármacos:	Sustancias hidroalcohólicas o acetoadas Corticoides, vasodilatadores
Estado de salud	Menopausia, síndrome de abstinencia a cafeína, tos crónica
Ejercicio físico	Intenso o carga de peso
Irritantes	Acetona, alcohol, propilenglicol, alfa-hidroxiácidos, lauril sulfato sódico, liberadores de formaldehído, ácido sórbico o paraaminobenzoico, cinamatos, benzofenonas, mentol, alcohol bencílico, alcanfor .

*Nota:* Modificada de Barco y Alomar, 2008, citado en García Bustinduy MC, García Fumero V, 2015.

**d. Presentación clínica y Clasificación**

Un conjunto de síntomas y signos definen esta enfermedad. Consisten en flushing (enrojecimiento por factores externos) facial, talangiectasias, persistencia de enrojecimiento en el rostro, erupciones inflamatorias como pápulas y pústulas en la región centro facial. Hipertrofia de las glándulas sebáceas de la nariz, con fibrosis, lo que se llama rinofima. La afectación ocular está presente en más del 50 % de los pacientes, desde sequedad leve a irritación con blefaritis y conjuntivitis, y en raros casos amenaza de visión (Starr, 1969 citado en Powell, 2008).

Los pacientes afectados pueden reportar aumento de la sensibilidad en la piel facial, pueden tener además, sequedad y descamación por dermatitis facial, edema en la parte superior de la cara, o pápulonodulos granulomatosos persistentes.

Se sabe que hay dos clasificaciones clínicas de la enfermedad. La de Plewig y Kligman (1993, citado en Buechner, S., 2005) en estadio 1:vascular, estadio 2 y 3 :inflamatorios, y variantes: oftálmica, granulomatosa, edematosa persistente, otras.

Según estos autores la Rosácea puede ser dividida en tres etapas sobre la base de las manifestaciones clínicas. En el estadio I, los pacientes se presentan con eritema que dura horas o días, y pueden desarrollar telangiectasias. La Rosácea etapa II se caracteriza por eritema persistente (eritrosis), telangiectasias y lesiones inflamatorias como son pápulas y pústulas. En el estadio III, que afecta sólo a una minoría de pacientes, aparecen grandes nódulos inflamatorios, forunculoides, e hiperplasia del tejido en zonas determinadas como nariz (rinoforma), mentón (gnatofima) lóbulos auriculares (otofima), etc (Buechner, S., 2005). También se puede considerar un estadio previo a los anteriores, llamado pre- rosácea, con flushing frecuente e irritación causada por preparaciones tópicas (Culp, Scheinfeld, 2009, p. 39, tabla 3), por edema transitorio y piel fácilmente irritable (Lehmann, 2005 citado en García Bustinduy, García Fumero, 2015, p.4)

Por otro lado, la de National Rosacea Society (NRS) la clasifica en subtipo 1: eritemato-telangiectásica, subtipo 2: papulopustular, subtipo 3: fimatosa y subtipo 4: ocular (Bonamigo, et.al, 2008). Esta investigación está basada en esta clasificación.

#### *Características de cada subtipo*

1. *Rosácea eritemato-telangiectásica (ETR)*: Flushing por más de 10 minutos. Ardor o escozor asociado con el flushing. Eritema persistente en la parte central de la cara. Talangiectasias.

También se puede observar enrojecimiento macular en la orejas, en los contornos laterales del rostro, en el cuello, en la porción superior del pecho y en el cuero cabelludo. Estas manifestaciones extra faciales no son comunes y son vistas usualmente sólo en áreas afectadas por el flushing y por el daño solar crónico. Pueden aparecer además lesiones de tipo acné en la parte central del pecho y en el cuero



cabelludo, el cuello y ocasionalmente en las extremidades (Crawford, Pelle, James, 2004 citado en Culp, Scheinfeld, 2009).

2. *Rosácea papulopostulosa*: pápulas eritematosas pequeñas o en forma de cúpula. Pústulas con superación pequeña en la parte central del rostro. Eritema facial sólido y edema. Cambios fimatosos. Se denomina fima a la piel marcadamente gruesa de superficie irregular, con orificios foliculares grandes, secundario al crecimiento de las glándulas sebáceas y fibrosis.

3. *Rosácea Fimatosa*: espesamiento de la piel con contornos superficiales irregulares. Afectación en la nariz, el mentón, la frente, ojos y párpados.

4. *Rosácea ocular*: Ardor, escozor y comezón en los ojos. Sensibilidad a la luz. Sensaciones de cuerpo extraño. Afecta a los párpados, la conjuntiva y la córnea. Blefaritis. Conjuntivitis. (Crawford, Pelle, James, 2004; Norwood R., Norwood D., 2007; Reborá A., 2002; Stone, Chodosh, 2004; Kheirkhah A., Casas V., Li W., et al, 2007 citado en Culp, Scheinfeld, 2009).

Estos diferentes tipos de enfermedad pueden mezclarse o progresar entre ellos (García Bustinduy, García Fumero, 2015, p.4)

Además de estos cuatro subtipos, existen dos variantes más de rosácea, la rosácea fulminante y la granulomatosa. La Fulminante es severa, aparece en forma repentina y se da principalmente en mujeres jóvenes. Se manifiesta con múltiples pápulas eritematosas, pústulas, nódulos y quistes. Se ven afectadas las zonas del mentón, las mejillas y la frente. En raras ocasiones esta forma puede ser asociada con la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa, la recurrencia de cáncer de colon y con el embarazo (Helm KF., Menz J., Gibson LE., Dicken CH., 1991 citado en Culp, Scheinfeld, 2009).

La rosácea granulomatosa se presenta con pápulas de color rojo marrón en la región perioral y periocular, y en mejillas, y nódulos de un marrón amarillento. Se da en personas de color, es más prevalente en Africano- americanos y afro- caribeños que en personas de piel más clara (HalderRM., Brooks HL., Callendar VD., 2003 citado en Culp, Scheinfeld, 2009).

## **e. Tratamientos**

Si bien la rosácea funciona con alternancia de períodos en que crece y otros en que declina o se reduce, el daño puede ser progresivo.

Dada la incidencia y afectación a nivel psíquico y social por padecer esta enfermedad, en que la persona lleva los efectos adversos sobre su rostro, es importante la calidad de los tratamientos disponibles, ofrecidos y que sean mantenidos.

Se sabe que existen pocos fármacos de eficacia contrastada y ninguno con efecto curativo (García Bustinduy, García Fumero, 2015).

Si bien la cura de la enfermedad permanece desconocida, y según la “Cochrane Database Review” (Culp, Scheinfeld, 2009) los estudios que evalúan los tratamientos han sido pobres, existen medicamentos para el control de los síntomas.

El asesoramiento clínico, la educación médica acerca de las conductas no apropiadas y recomendadas de acuerdo a sus síntomas particulares también cuenta. Las características de sequedad, aspereza, descamación, sensibilidad y de incomodidad de la piel pueden ser mejoradas y aliviadas.

El tratamiento se basa en evitar los factores desencadenantes, tratamiento tópico y foto protección para proteger la barrera cutánea (García Bustinduy MC, García Fumero V, 2015)

Identificar con claridad el subtipo de rosácea y el grado de severidad es importante para hallar un buen manejo de esta condición.

El abordaje terapéutico puede ser: Tópico, sistémico, o combinado en las personas con rosácea de moderada a severa (Wilkin JK., 1994, Del rosso JQ., 2004 citado en Powell F., 2008).

Se han encontrado evidencias de que el tratamiento con fototerapia puede ser efectivo en el eritema. El laser ayuda a reducir el eritema y las talngiectasias” (Culp, Scheinfeld, 2009).

“En pacientes con rosácea eritemato-talangiectásica las técnicas de relajación, la psicoterapia, ...antidepresivos o bloqueadores beta- adrenérgicos pueden ser útiles

para controlar los factores emocionales” (García Bustinduy MC, García Fumero V, 2015) que constituyen un factor desencadenante importante.

El tratamiento psicológico puede significar un aporte de valor al trabajar aspectos de personalidad previos al desencadenamiento de la enfermedad, aspectos situacionales precipitantes de los empujes y consecuencias psico-socio- afectivas de las lesiones en sí.

La conjunción de tratamiento médico ajustado, cuidado personal sostenido y tratamiento psicológico con estrategias específicas puede ofrecer resultados favorables para las personas con rosácea leve a moderada y hasta para aquellos con componentes más avanzados.

### **2.1.3. Antecedentes**

En la primera revisión bibliográfica realizada se han encontrado estudios de las enfermedades de piel en relación a calidad de vida, ansiedad, depresión y estrés; a los aspectos psicológicos considerados como coadyuvantes o incidentes y como consecuencias de dichas enfermedades. También sobre perfiles de personalidad relacionados a los distintos cuadros, sin llegar a haber consenso. Lo que si queda claro es la importancia de la relación/afectación de la dimensión psicológica y la manifestación de la enfermedad física que forma parte de la totalidad que constituye la persona. Los estudios encontrados abordan el tema desde una concepción de causalidad lineal.

Del tema particular del estudio, en primera instancia, se realizaron búsquedas en: Ebsco, Redalyc y Scielo para el período 2003 a 2013, usando las palabras clave Rosácea + aspectos psicológicos y Psicodermatología.

Se seleccionaron los siguientes artículos:

Karlsson E, Berg M., Arnetz B.B. ( 2003). *Rosacea and Personality*.

Bardanca, Balsebre, (2005), Repercusiones psiquiátricas y psicológicas de la rosácea.

Bonamigo R.R., Bakos L., Cartell A., Edelweiss M. I. (2008). Fatores associados à rosácea em amostras populacionais do Sul do Brasil: análise de estudos casos-controles.

No fue encontrado ningún estudio de los mecanismos psicológicos y Rosácea desde el enfoque Gestalt en Psicología.

El estudio de Bonanmigo, R.R., Bakos, L., Cartell, A., Edelweiss, M.I. ( 2008), realizado en el Servicio de Dermatología del Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil, observó los factores provocativos y agravantes descritos por los pacientes de rosácea o verificados objetivamente. La edad de las personas variaba entre 40- 50 años, el sexo femenino era más afectado. Fueron dos estudios con diferencia temporal de casos rosácea con definición clínica y casos control personas con otras dermatosis. Muestras de 62 rosácea y 124 controles; y 34 rosácea y 29 control.

La mayoría de los pacientes que solicitaron atención médica estaban en el estadio II de Plewing y Kligman o en el subtipo II de NRS, o sea con rosácea inflamatoria.

Los factores mencionados fueron variados y de ocurrencia múltiple para cada paciente. Constituyeron los siguientes: las alteraciones emocionales (39 casos, 62,9 %), las alteraciones climáticas, como calor, frío y viento (42 casos, 67,7 %), la exposición solar (39 casos, 62,9 %), la ingesta de bebidas alcohólicas (29 casos, 46,8 %), la ingesta de alimentos a alta temperatura (23 casos, 37,1 %) y el uso de medicamentos vasodilatadores (4 casos, 6,5 %).

Es decir que los de mayor destaque fueron las alteraciones del carácter emocional, las alteraciones climáticas, la exposición solar y la ingesta de bebidas alcohólicas.

En cuanto a la presencia del ácaro comensal de la unidad pilo sebácea, las biopsias demostraron semejanza en cuanto a los hallazgos en la literatura, que las personas con rosácea presentan más frecuentemente el *Demodex folliculorum* (Df) que los pacientes con otras dermatosis inflamatorias de la cara, indicando una posible coparticipación de este microorganismo en la patogénesis de la rosácea, en algunos pacientes (Burns DA., 1992, Geogarla S, Katoulis AC, Kylafis GD, Koumantaki- Mathioudaki E, Aroni K., 2001, citado en Bonanmigo, R.R., Bakos, L., Cartell, A., Edelweiss, M.I., 2008, p.423).

De este estudio destaco el aporte en particular de la confirmación del factor “alteraciones de carácter emocional” como factor provocativo o agravante en la población estudiada del sur de Brasil.

Ha habido sugerencias de que las personas con rosácea muestran signos de inmadurez, respuestas afectivas de inhibición, timidez, falta de confianza en sí mismos y sentimientos de inadecuación (White JM, Jones AM, Ingham JG, 1956 citado en Karlsson et. al, 2003). En comparación con pacientes con alopecia areata y liquen plano los pacientes con rosácea tienen una mayor tendencia a los trastornos neuróticos, la autoagresión, la autocrítica y mayor discrepancia entre deseos y capacidades. También se observaron estados más altos de ansiedad permanente en comparación con los otros grupos de pacientes con enfermedad de la piel; y en muchos casos las situaciones traumáticas precedieron a los brotes de rosácea (Puchalski Z. Angst als Zustand, 1983; Puchalski Z, 1986 citado en Karlsson et. al, 2003 ).

En un estudio realizado en Suecia, (Karlsson et. al, 2003), el objetivo fue investigar como los pacientes de Rosácea manejaban y reaccionaban a la agresión y al desapego, y si se presentaban diferencias entre estos y las personas con Psoriasis y personas sanas como controles. El método utilizado fue el siguiente: Fueron estudiados: un grupo de 51 pacientes de Rosácea (53 mujeres, 16 hombres, edad media de 50 años, rango 20- 82 años). Un grupo de 42 personas con Psoriasis (27 mujeres 15 hombres, mediana edad 47, rango 20 a 78 años). Y un grupo de 47 personas empleados de oficina sin enfermedad de piel (32 mujeres y 15 hombres, mediana edad 47, rango 29-60 años).

Los síntomas de las personas con rosácea variaban desde moderados a severos, mientras que la principal duración de la enfermedad era de 9,5 años. Se aplicó la escala Karolinska Scales of Personality (KSP). Los factores estudiados fueron: inhibición de la agresión, agresión verbal, agresión indirecta, irritabilidad y agresión en forma de culpa y desapego en la relación con las demás personas. Las comparaciones fueron hechas entre el grupo con Rosácea y el grupo control.

Los resultados fueron que no hubo diferencias significativas entre grupo Rosácea y el grupo control en ninguna de las 6 categorías. Sin embargo, el grupo de Rosácea tendió a puntuar más bajo en agresión verbal comparado con el grupo control de personas sanas empleados de oficina, pero no comparado con el grupo psoriasis.

La conclusión fue que este estudio no da soporte para la hipótesis de una específica personalidad en la Rosácea respecto a las formas de manejo de la agresión y del desapego a otras personas. Los resultados corresponden con los que afirman que no hay consenso en el posible papel etiológico de los factores psicológicos en esta enfermedad.

A partir del estudio sobre Repercusiones psiquiátricas y psicológicas de la Rosácea (González Bardanca, Ferrer, 2005), se llega a concluir en cuanto al perfil de personalidad, que aparecen los siguientes elementos: se observó resistencia a acudir al servicio de Psiquiatría, lo que se vinculó con la tendencia a dar una buena imagen, y la hipótesis que se hace es de un intento de minimizar los síntomas o alta defensividad.

Las puntuaciones más altas se obtienen en escalas de hipocondría, obesidad, depresión, preocupaciones por la salud, baja autoestima, responsabilidad social. En otro grupo menor puntúan alto en escalas de paranoia, esquizofrenia y pensamientos extravagantes. Lo que podría relacionarse con mayor desconfianza o mayor suspicacia, o evidencia de sintomatología dismorfofóbica asociada (ibídem p.85).

Puntúan bajo en escala que mide la fuerza del yo, lo que se interpreta como tendencia a la inhibición, enfermedades físicas, sentimientos de incapacidad para afrontar presiones, bajo autoconcepto y dificultades para adaptarse a las situaciones problemáticas (ibídem p.85).

Si bien en este trabajo se consigna que para poder consolidar los resultados hubiera sido conveniente mayor tamaño muestral, de la muestra que pudieron tomar, que constó de 19 personas en Coruña, España, los datos concluyen que: más de 50 % presenta síntomas de somatización. Al menos un 20 % presenta síntomas depresivos, sobre un 15 % afirman síntomas de ansiedad así como mayor percepción de estrés.

Se sabe por tanto que los pacientes con Rosácea pueden presentar comorbilidad psiquiátrica asociada y de ser relevantes los síntomas deben ser referidos a servicio de Psiquiatría.

En un estudio sobre perfil psicológico y calidad de vida de los pacientes con enfermedades dermatológicas se supo que “los sujetos diagnosticados de Rosácea destacan por su alta puntuación en Ansiedad Rasgo” (Antuña-Bernardo S., García-

Vega E., González Menéndez A., Secades Villa R., Errasti Pérez J., Curto Iglesias J. R., 2000).

Bar y Kuypers (1983, citado en González Bardanca, Ferrer Balsebre, 2006, p.82) realizaron un estudio donde se describen las personas con rosácea como con autoestima baja, tímidas, inhibidas socialmente y con aparición de eritema como respuesta a la ansiedad social. Todo lo cual conllevaría a evitar el contacto social y familiar.

Griesemer (1978, citado en González Bardanca, Ferrer Balsebre, 2006, p.82) relacionó el empeoramiento de las patologías dermatológicas con el estrés.

Panconesi (1984, citado en González Bardanca, Ferrer Balsebre, 2006, p.82) habla de una personalidad tipo más ansiosa con disminución de la autoestima, sentimiento de culpa y arrepentimiento. Considera que cuando un paciente desarrolla de manera frecuente e intensa enrojecimiento o sonrojo ante contacto social, terminaría por desarrollar eritrofobia, y el miedo a este enrojecimiento puede llevar a conductas fóbico- compulsivas.

*Los problemas psiquiátricos más comunes que se experimentan en pacientes con rosácea son los trastornos de ansiedad social, de depresión, cuadros obsesivos y/o dismorfobia. El perfil psicológico se asocia con una tendencia a la introversión y fobia social (miedo persistente de situaciones sociales en las que algo embarazoso pueda ocurrir; reconocen un miedo excesivo y desproporcionado con la situación y sin embargo no pueden controlar los síntomas con lo que evitan los acontecimientos sociales). Cuando la enfermedad evoluciona a fases más crónicas con lesiones nodulares y eritema recurrente, puede aparecer sintomatología afectiva (González Bardanca, Ferrer Balsebre, 2006, p.82).*

Para Panconesi (1978, citado en González Bardanca, Ferrer Balsebre, 2006, p.85) el perfil psicológico de las personas con rosácea se caracteriza por ansiedad, inseguridad, personalidad inmadura, inestabilidad, emotividad, baja actitud de lucha o actividad, tendencia a la introspección, timidez, sentimientos de culpabilidad y avergonzamiento, lo que podría ser un precedente y codeterminante de la enfermedad.

Si bien se han realizado diversos estudios sobre el perfil de personalidad y de factores emocionales en estos pacientes, los resultados han sido inconsistentes (ibídem p. 85). Se apreciaron síntomas comunes a la personalidad neurótica: perfeccionismo, rigidez, ansiedad al contacto social, incremento de conductas fóbicas, mayor sensibilidad a las críticas, tendencia al autoreproche, mayor necesidad de gustar y poca tendencia a negarse a los que se les pide.

Trabajos realizados con el test de Personalidad MMPI (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota) demostraron menor grado de madurez, incremento de la conducta compulsiva o fóbica. Incluso, la rosácea, se ha asociado con el trastorno obsesivo compulsivo, al ser personas muy autocríticas, que llegan a pasarse horas apretando las pápulas, parecido a un comportamiento compulsivo. Refieren preocupaciones excesivas, falta de confianza y posibilidad de estado de ánimo subdepresivo o hipotímico (ibídem p.85).

En el presente estudio muchos pacientes asocian su estado de ánimo como consecuencia de padecer rosácea, más que a cualquier otra circunstancia. Argumentan que el rostro es esencial para la imagen corporal y la comunicación entre las personas (p.85).

En una segunda instancia, Setiembre 2015, realizo otra búsqueda en las siguientes bases de datos, para el intervalo de tiempo 2000 a 2015:

Con las palabras clave: “psychological aspect and rosácea” PudMed: 53.

Con: “Rosácea y Psicodermatología”, Redalyc: 284.

Con: “aspectos psicológicos y Rosácea”, Dialnet: 1.

Con: “rosácea, mecanismos psicológicos, psicología”, Google académico: 494.

De los trabajos encontrados son seleccionados los siguientes:

Drummond, P.D. and Su, D. (2012) Blushing in rosacea sufferers. *Journal of Psychosomatic Research*, 72 (2). pp. 153-158.

Sowińska-Gługiewicz, I. , Kaliszewska, K. (2013). *Ways and Strategies for Coping*



*with Stress and Rosacea*. Szczecin University. Polish Journal of Applied Psychology 2013, vol. 12 (2), 39-54

Moustafa, F., Lewallen, R.S., Feldman, S. R., (2014). *The psychological impact of rosacea and the influence of current management options*. Published by the American Academy of Dermatology.

Dirschka, et. Al., (2015). Perceptions on the Psychological Impact of Facial

*Erythema Associated with Rosacea: Results of International Survey*. *Dermatol Ther (Heidelb)* (2015) 5:117–127. DOI 10.1007/s13555-015-0077-2

García Bustínduy MC, García Fumero V, (2015). *Rosácea. Impacto psicosocial*. *Piel (Barc)*. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.piel.2015.05.010>

Kligman (2004, citado en Drummond, P.D. and Su, D. 2012, p. 9) distinguía entre blushing, generado por respuesta emocional que generalmente terminaba en pocos minutos, y flushing, el cual típicamente duraba 5 minutos o más y podía ser desencadenado por una variedad de estímulos (bebidas alcohólicas, alimentos picantes, calor, luz solar, ejercicio o estrés psicológico prolongado).

Yamasaki y Gallo (2009, citado en Drummond, P.D. and Su, D. 2012) propusieron recientemente que el sistema inmune innato desencadena una reacción inflamatoria anormal que mediatiza los síntomas de la rosácea (Yamasaki K, Di Nardo A, Bardan A, Murakami M, Ohtake T, Coda A, et al., 2007, Yamasaki K, Kanada K, Macleod DT, Borkowski AW, Morizane S, Nakatsuji T, et al., 2011 citado en ibidem, p.9). Por lo tanto, el eritema puede ser debido a una inflamación crónica.

Aunque el flushing es uno de los sellos de identidad de la rosácea, la patogenia de este signo no es clara (p.8).

El propósito del estudio de Drummond y Su (2012) fue determinar si la ruborización era mayor en los pacientes con rosácea que en las personas control durante tareas vergonzantes de laboratorio. Para investigar esto, la ruborización fue evaluada y controlada en los pacientes durante tareas vergonzantes de laboratorio. El método utilizado fue monitorear el flujo sanguíneo de la frente con Doppler laser en 31 pacientes con rosácea (12 con síntomas severos y 19 con síntomas leves) y 86

controles: personas con historia de rosácea; mientras cantaban, daban un discurso importante y escuchaban las grabaciones de estas actividades.

La hipótesis fue que el blushing sería mayor en los portadores de rosácea que en los controles, y que sería mayor en participantes con rosácea severa que en los con rosácea leve.

Se sabe que los factores psicológicos como el estrés y la ansiedad, y emociones como el enojo y la vergüenza, podrían agravar el flushing en la rosácea (Culp B, Scheinfeld N., 2009, Scharschmidt TC, Yost JM, Truong SV, Steinhoff M, Wang KC, Berger TG., 2011, citado en Drummond, P.D. and Su, D. 2012, p. 3).

Los resultados consistieron en que los cambios en el flujo sanguíneo de la frente fueron similares en los pacientes de rosácea y en los del grupo control, y fueron similares en los subgrupos de rosácea leve y severa. Aún así, los portadores de rosácea eran más vergonzosos y pensaban que ellos se ruborizaban más intensamente durante la mayoría de las tareas, que los del grupo control. Del mismo modo, los cambios en el flujo sanguíneo de la frente fueron similares en los participantes con rosácea leve y severa. Sin embargo, los grados de desconcierto, de vergüenza y de ruborización fueron mayores en aquellos pacientes con síntomas severos que en los con síntomas leves (ibídem p. 8).

Las conclusiones fueron que estos hallazgos no dan soporte a la visión de que el aumento del flujo sanguíneo de la cara durante el blushing sea mayor que lo normal en la rosácea, pero sin embargo sugieren que los pacientes con rosácea son más conscientes y vergonzosos por el rubor (blushing) que los del grupo control. Esto puede contribuir a la ansiedad social en las personas portadoras de la enfermedad.

Como conclusión de este estudio se arriba a que contrariamente a las expectativas, la rosácea no influye en el aumento del flujo sanguíneo facial durante el stress psicológico. Sin embargo, los hallazgos sugieren que los pacientes con rosácea son más conscientes de la vergüenza por el rubor que las personas control. La ruborización (blushing) durante las interacciones sociales podría contribuir a la ansiedad social en las personas con rosácea llamando la atención por su persistente enrojecimiento facial (Su D, Drummond PD., 2011 citado en Drummond, P.D. and Su, D. 2012, p.12). Por lo tanto, las intervenciones psicológicas por el temor de la ruborización (blushing)

(Mulkens S, Bögels SM, de Jong PJ, Louwers J., 2001, Bögels SM., 2006 citado en Drummond, P.D. and Su, D. 2012, p.12) podrían ayudar a aliviar la ansiedad social asociada con el rubor facial.

En el presente estudio, participantes con rosácea, particularmente aquellos con síntomas severos, reportaron mayor vergüenza y pensaban que enrojecían más intensamente que los controles durante la mayoría de las tareas estresantes. La percepción de enrojecimiento (blushing) fue asociada con el grado de vergüenza; estos hallazgos sugieren que el blushing aumentaba la vergüenza. En particular, los que padecen rosácea podrían preocuparse por que el blushing pueda llamar la atención a su cara persistentemente enrojecida, o que el eritema de la rosácea pueda ser mal interpretado como una respuesta emocional intensa (Su D, Drummond PD, 2011 citado en Drummond, P.D. and Su, D. 2012, p. 10) o como signo de alcoholismo (Webster GF., 2009 citado en Drummond, P.D. and Su, D. 2012, p. 10).

Las personas con rosácea severa prefieren evitar situaciones que pueden involucrar observación crítica por parte de otros (Su D, Drummond PD., 2011, citado en Drummond, P.D. and Su, D. 2012, p. 10). Además, el autoreporte de depresión es mayor en pacientes con rosácea que en pacientes con otros desórdenes dermatológicos (Marks R., 1968 citado en Drummond, P.D. and Su, D. 2012, p. 10); en efecto, la comorbilidad entre rosácea y desorden depresivo mayor podría tener implicaciones clínicas importantes (Gupta MA, Gupta AK, Chen SJ, Johnson AM, 2005 citado en Drummond, P.D. and Su, D. 2012, p. 10).

El trabajo de García Bustínduy y García Fumero (2015) aborda los aspectos físicos de la enfermedad y su impacto psicosocial. Brinda datos de epidemiología, fisiopatología, describe la clínica en la clasificación de los cuatro subtipos, aspectos ya descritos.

Plantea que el hecho que la enfermedad afecte la zona centrofacial supone un impacto psicológico, social y laboral considerable (Crawford et al, 2001 citado en ibidem). Y que efectivamente, hasta un 70 % de los pacientes refieren pérdida de autoestima y confianza en sí mismos, compromiso en sus relaciones profesionales, habiendo perdido, hasta un tercio de ellos, su puesto de trabajo por este motivo (Powell, 2005 y Landow, 2005 citado en ibidem, p.4).

La severidad clínica de la enfermedad no se correlaciona con el nivel de alteración psicosocial (Nicholson et al, 2007 citado en ibidem,p.4 )

“Una revisión reciente sobre calidad de vida en pacientes con rosácea revela que los estudios muestran mayor impacto en las mujeres, en edades más jóvenes (sin relación con el subtipo)” (Van der Linder et al, 2015 citado en ibidem, p.5). Aunque las puntuaciones más elevadas que indican peor calidad de vida se encuentra en pacientes con tipo fimatoso (Kini et al, 2010 citado en ibidem, p.5). Con frecuencia, se cataloga a estas personas como alcohólicas o con poca higiene, lo que supone un estigma social y emocional (Blount, Pelletier, 2002 citado en ibidem, p.5).

*Un trabajo realizado por Kelton Research National rosácea evaluó la propia percepción y la de los demás en relación con los pacientes con rosácea, mostrando imágenes de mujeres con y sin la enfermedad a 1000 sujetos de la población general y 502 pacientes con rosácea. Las imágenes con rosácea provocaron que se considerara a estas mujeres como más inseguras, menos saludables y no tan inteligentes como aquellas que tenían la piel limpia (Kelton Research, 2009 citado en idem, p.5).*

Es decir, que se tenían impresiones iniciales negativas de la personas con rosácea.

*En un estudio de la National Rosacea Society (ibidem, consultado en 2015) con más de 400 participantes se pudo objetivar que un 75% respondió que la enfermedad mermaba su autoestima, un 70% se sentía avergonzado, un 69% frustrado y la mitad sentía que no era tan feliz por culpa de las lesiones. Por otro lado, se ha podido observar mayor nivel de depresión entre pacientes con rosácea (García Bustínduy, 2015, p.5).*

Por otro lado, se ha podido observar mayor nivel de depresión entre pacientes con rosácea (Marks, 1968 y Gupta et al, 2005 citado en ibidem). Al igual que en otras enfermedades cutáneas localizadas en la cara, el estrés emocional percibido por los pacientes es mayor. También se han descrito trastornos de ansiedad y fobias sociales (Su , Drummond, 2012 citado en ibidem,p.5)

La enfermedad supone también una carga económica, por el costo del uso de productos cosméticos, médicos y tratamientos alternativos. La intención de pagar por una hipotética cura de la enfermedad - willingness top pay - es una medida del impacto

de la enfermedad en la vida de los pacientes, que puede ser una medida hasta más eficaz que la medida de la calidad de vida.

Un reciente estudio publicado en la revista de la Academia Europea de Dermatología y Venereología (Beikert F.C., et al, 2013, citado en ibídem p.27) muestra que de entre 475 personas con rosácea, el grupo con mayor intención de pago para verse libre de la enfermedad, estaba en las mujeres de entre 21 y 30 años. Los autores concluyen que las personas con rosácea se encuentran afectadas por la enfermedad, y que se muestran dispuestas a pagar por un tratamiento eficaz.

El estudio de Dirschka, et. al., (2015) aborda el impacto negativo en la salud psíquica y emocional del eritema facial en la rosácea. Evalúa el impacto de éste en las percepciones subconscientes y las reacciones iniciales de los demás y como esto afecta las actitudes y elecciones de las personas con rosácea en diferentes entornos, laboral y social. Se mide también el impacto del eritema facial en personas en bienestar psicoemocional. El eritema facial es uno de los cuatro subtipos clínicos de la enfermedad (eritemato-talngiectasica, papulopustular, fimatosa y manifestaciones oculares).

Se tomaron 6831 pacientes con rosácea de entre 25 y 64 años, de 8 países (Alemania, UK, Irlanda, Suecia, Dinamarca, Francia, Italia y México) quienes completaron en línea una evaluación psicológica basada en un test de asociación implícita (Emotix). El 50 % fueron mujeres y el 50 % hombres.

A los participantes se les mostró imágenes de personas con y sin eritema facial. Se les pidió que asociaran palabras que se les presentaban con cada imagen (ej. confiable, relajado, saludable, cansado, etc.). La velocidad de la respuesta estaba relacionada con la percepción subconsciente inicial acerca de la apariencia presentada en la pantalla. También se les solicitó responder un cuestionario acerca de su visión de vivir con esta condición y de cómo era el impacto en varios aspectos de la vida diaria, incluyendo su bienestar psicoemocional.

Los resultados arrojaron que los rostros claros eran fuertemente relacionados a rasgos positivos de salud y personalidad, mientras que el enrojecimiento facial era fuertemente asociado a mala salud y rasgos negativos de personalidad (Dirschka, et.

al., 2015, p. 121). Es decir, el eritema fue asociado con mala salud y rasgos de personalidad negativos, siendo más críticas las mujeres.

Los resultados en cuanto a la experiencia personal de vivir con rosácea, arrojaron que en general estas personas no estaban satisfechas con la apariencia de su piel y que sentían los juicios de sucios de otras personas (Dirschka, et. al., 2015, p. 122). Cerca de la tercera parte de ellos sentían que la mejora en la apariencia de la piel podría afectar positivamente a la primera impresión que los demás se forman de ellos (ibidem). Por encima del 60 % acordaron que su condición era vergonzante, particularmente cuando el estallido (flare-up) ocurre en situaciones profesionales como en reuniones de negocios o entrevistas laborales (Dirschka, et. al., 2015, p. 123).

Dos tercios de las personas con eritema facial habían sentido impacto social, el 36 % reportaron sentir incomodidad en el encuentro con nuevas personas. Más de la mitad sintió que esto había afectado sus relaciones y vida personal, cerca de un tercio sintiéndose incómodos cuando acudían a citas. Un total de 77 % reportaron que la apariencia de su piel tenía un impacto emocional que iba desde vergüenza (46 %) a sentir tristeza/depresión (22 %) (Dirschka, et. al., 2015, p. 123). Es decir que aparecen la vergüenza, sentimiento de tristeza y depresión asociadas al eritema.

Cerca de la mitad de los participantes experimentaron reacciones directas de otras personas sobre su eritema facial, el 15 % habiendo recibido la opinión de que tomaban demasiado, 15 % siendo etiquetado de tener acné y el 20 % habiendo recibido recomendaciones de diferentes rutinas de cuidado facial (Dirschka, et. al., 2015, p. 123).

En cuanto al control de los síntomas de rosácea, cerca del 80 % de todos los participantes con eritema, reportaron que éste era difícil de controlar y que era impredecible; pero aquellos con diagnóstico médico habían tenido casi el doble de posibilidades de tenerlo bajo control a través de cambios de estilo de vida y medicación (ibidem).

En términos de motivación, el 90 % de las personas con diagnóstico de rosácea reportaron que ellos estaban muy o bastante motivados para tratar con el enrojecimiento, versus el 68 % de personas sin diagnóstico (Dirschka, et. al., 2015, p. 124).

Como la rosácea puede estar sin diagnosticar por largo tiempo, esto complica las cosas. Muchas personas permanecen en desconocimiento de que sus síntomas son causados por una condición médica, por lo tanto son menos propensos a buscar ayuda médica y permanecen en desconocimiento de las terapias disponibles por muchos años. Un retraso en el diagnóstico médico tiene como consecuencia que los síntomas físicos permanecen sin tratar y el impacto psicológico poco reconocido.(ibídem p.124). Se expresa que aquellos que habían sido formalmente diagnosticados eran casi dos veces más propensos a tener sus síntomas bajo control. De ahí la importancia de la educación y el acceso al asesoramiento profesional completo.

Los resultados sugieren que la conciencia de la condición de enfermedad es baja y que el eritema facial es poco reconocido como síntoma de rosácea. En adición a esto, las opciones previas de tratamientos ineficaces pueden haber conducido a menos los diagnósticos determinados por médicos debido a terapéuticas inadecuadas. (ibídem p.124).

Estudios previos muestran que las personas con rosácea son frecuentemente afectadas por disturbio emocional y estigma social, y muchos reportan depresión, ansiedad, vergüenza y baja autoestima (Bloundt BW., Pelletier AL., 2002, Su D., Drummond PD., 2012, citado en Dirschka, et. al., 2015, p. 124).

El diagnóstico formal, el asesoramiento y tratamiento por profesionales de la salud, mejoran el control de la rosácea.

Este estudio confirma estos hallazgos de que el eritema facial con rosácea puede ser una condición preocupante y estresante. Las personas con esta condición eran menos felices con su apariencia de piel, sufrían emocional y socialmente en el trabajo y en sus relaciones, como resultados de su condición, comparado con aquellos sin eritema facial (p.124).

Los hallazgos de Emotix mostraron que las personas con eritema facial eran juzgadas más negativamente en las primeras impresiones y pensadas como menos confiables, menos seguros y con menor autoconfianza, puramente por la apariencia de su piel. Las primeras impresiones negativas fueron también reflejadas en opiniones negativas sobre su potencial laboral y vida social. (p.124). Autores previos habían notado que la rosácea puede ser una condición de estigmatización social así como las personas con

eritema facial tienen que hacer frente a los comunes conceptos erróneos de que el aspecto de su piel es debido al consumo excesivo de alcohol (Powell PC., 2005, citado en Dirschka, et. al., 2015, p. 124).

Existe literatura psicológica que destaca la influencia de la información visual en nuestros juicios subsecuentes sobre los demás. La mente usa la primera impresión sobre las personas para simplificar decisiones acerca de nuestra seguridad. Como respondemos predominantemente a estímulos visuales es fácil de entender porqué la mente luego otorgue una significativa importancia inicial a las señales visuales del entorno. (p. 124). Atraer evaluaciones rápidas de nuestro entorno visual nos permite responder más rápido a las amenazas y oportunidades, lo cual es vital para la sobrevivencia (Konofler P., Crocker MW., Scheepers C., Pickering MJ., 2005, citado en Dirschka, et. al., 2015, p. 124). Somos particularmente sensibles para detectar estímulos negativos o características anormales e inesperadas y esto puede indicar riesgo o amenaza (Larsen JT., Smith NK., Caccioppo JT., 1998, citado en Dirschka, et. al., 2015, p. 125). La imagen del enrojecimiento facial de la rosácea en esta encuesta fue más probablemente procesada como inesperada o anormal (y por lo tanto amenazante), desencadenando alarma y actitudes negativas en los participantes.

Otro factor psicológico clave es el “efecto aureola”, por lo cual una característica significativa de la persona (como ser como ella se ve) influencia en evaluaciones subsecuentes de sus otras características (personalidad, inteligencia, honestidad, etc.). Originalmente usado en psicología educacional, esta teoría de sesgo cognitivo ha tenido también aplicación en el impacto del atractivo en los rasgos generales de carácter (Nisbett RE., DeCamp Wilson T., 1977, citado en Dirschka, et. al., 2015, p. 125). En esencia, esto implica que “lo que es bonito es bueno”, mientras que el eritema facial es percibido como anormal, no atractivo e impacta negativamente en otras características como se ha visto en los resultados de la encuesta. Sin embargo, la investigación muestra que una vez que el eritema facial es manejado, frecuentemente como consecuencia de un diagnóstico profesional, aquellos con rosácea se sienten mejor y más en control de su condición. (Dirschka, et. al., 2015, p.125).

Se llega a la conclusión de que las personas que sufren de eritema facial asociado a la rosácea no sólo tienen que manejar sus propias barreras psicológicas para enfrentarse con la enfermedad, sino también tratar con los prejuicios y percepciones de los demás.



El eritema facial tiende a generar primeras impresiones negativas y tiene un impacto negativo en las personas, personal y profesionalmente. Los resultados destacan la necesidad de tratar el eritema facial de la rosácea desde la perspectiva médica y psicológica, no solamente los síntomas físicos, sino también la experiencia personal de los síntomas (ibídem, p.125).

Además, las personas con rosácea necesitan tomar medidas para manejar los factores desencadenantes de sus empujes con más eficacia. Una de estas medidas es recibir un diagnóstico médico formal de manera de tener control de su condición.

Los resultados muestran que las personas con eritema facial son juzgadas más negativamente en las primeras impresiones y pensados como menos digno de confianza, menos fiables y menos confiados, puramente por el aspecto de su piel. Se explica esto según la teoría del sesgo cognitivo como anteriormente se menciona.

Todos estos conocimientos planteados reafirman la necesidad de tratamiento fisiológico y psicosocial teniendo en cuenta a la persona toda que experimenta la complejidad de tales vivencias en sus distintos ámbitos.

Sufren estigmatización y reciben reacciones negativas de los demás frente a sus síntomas visibles. El eritema fue asociado con mala salud y rasgos de personalidad negativos, siendo más críticas las mujeres.

La rosácea puede ser preocupante ante la autopercepción, y así agravarse el enrojecimiento y esto a su vez, producir más angustia. Por lo tanto está asociada con la ansiedad y la evitación de situaciones sociales y emocionales que puedan provocar más sufrimiento. Aparecen la vergüenza, sentimiento de tristeza y depresión asociados.

Los que sufren las condiciones de enfermedad dermatológica a menudo experimentan además altos niveles de auto-conciencia, de ser muy conscientes de las características de su piel. Y tiene que aprender a hacer frente a los retos de la vida con una apariencia que se desvía de la norma, lo cual provoca reacciones en los que los rodean.

Se expresa que aquellos que habían sido formalmente diagnosticados eran casi dos veces más propensos a tener sus síntomas bajo control. De ahí la importancia de la educación y el acceso al asesoramiento profesional completo.

El trabajo de Sowińska-Gługiewicz, y Kaliszewska (2013) toma como objetivo principal el análisis de las estrategias de afrontamiento del estrés y la enfermedad rosácea. El problema de investigación fue: ¿hay diferencias claras en la selección de las maneras y estrategias de afrontamiento del stress y de la enfermedad en las personas con Rosácea? Se realizó un estudio exploratorio. Fueron tomados dos grupos: el identificado con 50 personas con Rosácea, mujeres y hombres de 25 a 73 años, y el control con 50 personas sanas. Ambos de similares características sociodemográficas. En cada grupo, el número de mujeres y hombres fue de 34 mujeres y 16 hombres.

Se aplicó el Coping Responses Inventory (CRI) (Moos, 1986, Moos& Holahan, 2003). El mismo reveló que los pacientes con rosácea usan mayormente estrategias de evitación de las emociones. Los factores estrés, miedo y vergüenza se mencionan como factores patógenos (Wilkin, 1994, Webster, 2001, Shimd-Ott, Stephan & Werbel, 2003, citado en Sowinska- Gługiewicz, Kaliszewska. 2013, p. 40).

Las reacciones emocionales, crónicas o agudas, en conjunción con las predisposiciones biológicas están en la base de los cambios patológicos en los órganos y los sistemas internos y dan forma a la eficiencia del sistema inmunológico (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002, citado en Sowinska- Gługiewicz, Kaliszewska. 2013, p. 40).

La piel del cuerpo, y en particular la cara, es afectada por los procesos mentales y emocionales. Es el órgano sensorial más grande y establece los límites del cuerpo físico. Las experiencias mentales tienen un efecto directo sobre la piel vía el sistema nervioso autónomo (Layton, 2001, citado en Sowinska- Gługiewicz, Kaliszewska. 2013, p. 40), y permanece en cercano funcionamiento con el sistema nervioso central y los órganos de los sentidos.

Durante el miedo o la ansiedad, se produce un estrechamiento de los vasos sanguíneos cutáneos, mientras que con la culpa o vergüenza los vasos sanguíneos se dilatan, y esto causa enrojecimiento (Dethefsen y Dahlke, 1996, citado en Sowinska- Gługiewicz, Kaliszewska. 2013, p. 40).

La rosácea, debido a las características de reacción eritematosa asociada con la acción hiperactiva de los vasos sanguíneos faciales, puede ser incluida como una neurosis vascular de la piel (Wilkin y Webster, 2001, citado en Sowinska- Gługiewicz,

Kaliszewska. 2013, p. 40). Esto significa que los síntomas clínicos son asociados con la disfunción microvascular del órgano. Los vasos sanguíneos suministran sangre a la piel de la cara, que está ricamente innervada por las fibras del sistema nervioso autónomo simpático, más que otras zonas del cuerpo. Por tanto debido a esta característica estructural- funcional y conjuntamente a poder recibir fuertes estímulos, también psicosociales, es que se puede generar una respuesta vascular en esta área de la piel.

A lo largo del sistema circulatorio, las consecuencias del stress psicológico son particularmente marcadas porque el sistema nervioso simpático ha sido estimulado (Panconesi, 1984, Gupta & Gupta, 2003, citado en Sowinska- Glugiewicz, Kaliszewska. 2013, p. 41).

Se sabe que las consecuencias del stress pueden contribuir a cambios adversos en la piel facial. Los vasos sanguíneos, debido a la estimulación desde el sistema nervioso simpático y otros factores, se someten a la dilatación, lo cual lleva a incrementar su permeabilidad y lesiones duraderas como eritema, pápulas y pústulas (Wilkin, 1994, Gupta & Gupta, 1996, Abeni, Melchi, Puddu & Pasquini, 2000, Shithard, Glazebrook & Williamns, 2001, Webster, 2001, citado en Sowinska- Glugiewicz, Kaliszewska. 2013, p. 41).

La categoría “afrontamiento” fue creada para describir y clasificar los mecanismos adaptativos humanos. El área conceptual se refiere a: procesos, estrategias y estilos. La literatura muestra los conceptos modernos de afrontamiento del stress y eventos críticos asumidos ambos por el comportamiento individual y las respuestas instrumentales que incluyen mecanismos defensivos (Antonovsky, 1987, Carlson, Butcher & Mincka, 2000, Jones, Norman & Wier, 2010, citado en Sowinska- Glugiewicz, Kaliszewska, 2013, p. 43)

Todas las actividades por las que el individuo vence el stress están entre las habilidades de afrontamiento. La literatura muestra que en las situaciones de stress, las personas usan las siguientes tipos de estrategias: de confrontación y de evitación (Endler & Parker, 1994, Holahan, Moos & Schaefer, 1996, Strelau, 2008, citado en Sowinska- Glugiewicz, Kaliszewska, 2013, p. 43), o el afrontamiento que se orienta hacia o lejos del problema y las emociones (Zeidler & Saklofske, 1996, citado en Sowinska- Glugiewicz, Kaliszewska, 2013, p. 43).

Moos y Holahan (Moos, 1986, Holahan, 1996, Beutler, Moos & Lane, 2003, Moos & Holahan, 2003, citado en Sowinska- Glugiewicz, Kaliszewska, 2013, p. 44) clasifican los modos de afrontamiento en grandes categorías que son reconocidas como estrategias de afrontamiento del estrés. Ellas son:

- a. estrategias activo-cognitivas focalizadas en la evaluación,
- b. estrategias activo-comportamentales focalizadas en el problema,
- c. estrategias de evitación focalizadas en las emociones.

Cuando emerge una dificultad, la persona se va a referir a sus estrategias habituales, con sus patrones adecuados de pensamiento y comportamiento que le permiten retomar el equilibrio. Pero los eventos críticos, como una enfermedad, son una experiencia nueva, no familiar que requiere otras soluciones. Las respuestas pasadas habituales serán insuficientes.

Resultados de la investigación muestran que los pacientes con rosácea son más propensos a utilizar sólo dos maneras de hacer frente al estrés y la enfermedad: 1 - la aceptación-resignación y 2- la descarga emocional. (p.48) Los pacientes con rosácea generalmente utilizan estrategias de evitación centradas en las emociones. Sin embargo, los participantes sanos del grupo control, hacen frente de un modo completamente diferente. Utilizan las estrategias que no constituyen una mayor carga para el buen funcionamiento del organismo. Los participantes sanos utilizan tres tipos de estrategias: a) activo cognitiva centrándose en la evaluación, b) conductual activa centrándose en el problema, y c) la evitación en las emociones (Sowinska- Glugiewicz, Kaliszewska, 2013, p. 49).

Los pacientes con rosácea, principalmente utilizando estrategias de evitación centradas en las emociones, provocan emociones negativas que se intensifican en situaciones de dificultad, especialmente si creen que los acontecimientos externos siempre tienen un claro carácter estructurado y consistente, y por lo tanto no están sujetos a modificaciones (Sowinska- Glugiewicz, Kaliszewska, 2013, p.50).

Usar estrategias no adaptativas de enfrentamiento causa severas emociones, comportamientos y reacciones psicológicas y contribuye a la exacerbación de cambios patológicos en la piel facial.

El artículo termina replanteando una pregunta interesante para intentar responder en futuras investigaciones: ¿Por qué los pacientes con rosácea y con una adversa auto

imagen tienen más dificultades en elegir las más apropiadas estrategias de enfrentamiento? (Cotterill, 1981; Schmidt-Ott et al., 1999).

Los autores valoran el poder desarrollar abordajes terapéuticos interdisciplinarios, para facilitar en las personas con rosácea un mejor funcionamiento social.

Los tres estudios (García Bustínduy, 2015, Dirschka, et. al., 2015, Sowińska-Gługiewicz, y Kaliszewska, 2013) coinciden en considerar a los factores emocionales como incidentes y desencadenantes de la enfermedad. El estudio de Sowińska-Gługiewicz, y Kaliszewska (2013) explica la interrelación entre procesos emocionales y biológicos, cómo las emociones afectan la piel en particular.

El trabajo de García Bustínduy y García Fumero (2015) y el de Dirschka, et. al. (2015) coinciden en considerar el impacto psicológico y social de tener la enfermedad. Analizan las dificultades y afectaciones desde puntos diferentes y coincidentes antes mencionados. Coinciden en la consideración de los otros, la mirada y sus juicios como afectaciones y determinantes de la vivencia de la enfermedad para la persona.

El trabajo de Sowińska-Gługiewicz, y Kaliszewska (2013) se centra en las estrategias de afrontamiento del estrés y la enfermedad y aporta datos significativos en comparación con las personas sanas.

Ninguno de los tres indaga sobre los mecanismos psicológicos correlacionados en las personas con rosácea. Y lo interesante radica en que el estudio de Sowińska-Gługiewicz, y Kaliszewska (2013) revela que dichos pacientes usan mayormente estrategias de evitación de las emociones. La hipótesis de mi estudio es que en estas personas están presentes los mecanismos de deflexión y confluencia en sus forma disfuncional y de bloqueo. Y el mecanismo de deflexión es el evitativo por excelencia.

Los tres artículos contienen contenido de valor.

Moustafa, F., Lewallen, R.S., Feldman, S. R., (2014) publican: El impacto psicológico de la rosácea y la influencia de las opciones de gestión actuales (traducción propia). Su trabajo se plantea el objetivo de revisar la literatura para determinar el grado de impacto psicosocial de la rosácea y la importancia de los tratamientos. También revisa las opciones de tratamientos actuales.

El método utilizado fue la revisión bibliográfica en bases de datos: Medline, Embase y Psycinfo de 1946 a la fecha, antes de la publicación que fue en junio 2014; para identificar artículos respecto al impacto psicosocial y en calidad de vida en personas con rosácea. Se encontraron 17 artículos que focalizaban en: impacto de la enfermedad en la calidad de vida, la mejora en ésta con los tratamientos y la disposición a pagar.

Uno de los estudios (Kini SP, Nicholson K, DeLong LK, Dannemann T, Estaris J, Foster J, et al. 2010 citado en Moustafa, F., Lewallen, R.S., Feldman, S. R., 2014, p. 974) realizó un análisis transversal de 135 pacientes que completaron el RosaQoL. Este es un instrumento con preguntas específicas para la rosácea. Consiste en un cuestionario de 21 preguntas agrupadas en tres categorías: sintomática, emocional y funcional. En este estudio y aplicando esta escala, la calidad de vida en pacientes de Rosácea apareció disminuida, y similares reducciones fueron vistas en vitíligo, dermatitis ocupacional y úlceras de piernas. Entre los subtipos de Rosácea, el subtipo Fimatoso tuvo un reporte bajo en calidad de vida al ser comparado con el subtipo eritemato- talangiectásico o pápulo- pustular, en la secciones sintomática y emocional del RosaQoL.

Otro estudio (Salamon M, Chodkiewicz J, Sysa-Jedrzejowska A, Wozniacka A., 2018 citado en *ibídem*, p. 974) comparó individuos con R con sujetos sanos control, usando la escala SF-36 (Short Form) que mide el estado de salud y la carga de enfermedad en lugar de focalizarse en una específica enfermedad. Acá resultó que pacientes con Rosácea tenían reducida la calidad de vida en los siguientes subgrupos: salud general, vitalidad, esfera emocional, funcionamiento físico, salud mental y dolor corporal.

Tres estudios (Langenbruch AK, Beket E, Augustin M., 2011, Hiltcher D, Boslet W, Fuchslocher M, Sinkgraven R, Rzany B., 2001, Bohm D, Schwanitz P, Stock GS, Schmid-Ott G, Schulz W., 2013 citado en *ibídem*) usaron el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (The Dermatology Life Quality Index, DLQI), que es un cuestionario validado de diez ítems utilizado en cuarenta enfermedades dermatológicas para acceder al impacto de estas en la calidad de vida de las personas.

Se arribó a las conclusiones de que la Rosácea impacta negativamente en la calidad de vida. Las personas con Rosácea tienen más probabilidad o son más propensas a experimentar depresión, vergüenza, fobia social, stress y una mayor percepción subjetiva de enfermedad. Tienen más alta incidencia de vergüenza, ansiedad social,

depresión y calidad de vida disminuida, comparado con el resto de la población. Impacta significativamente en la calidad de vida y está asociada con alto grado de enfermedad psiquiátrica.

Los pacientes con enfermedades dermatológicas llevan su enfermedad y el mundo la ve. Por esto, el impacto psicológico puede ser más severo y debilitante que en otras enfermedades que no sean tan visibles.

La revisión de la literatura muestra que con tratamientos adecuados, los pacientes pueden experimentar una mejora en los síntomas psicológicos y en la calidad de vida. Nuevas opciones de tratamiento que se dirigen a tratar el eritema facial, pueden ayudar a mitigar el impacto psicosocial negativo de la Rosácea, a que los pacientes tengan más confianza y eso repercute en beneficio de su calidad vida. Es así que los clínicos deben considerar un abordaje multifacético para tratar las preocupaciones de estos pacientes.

Al conocer la carga psicosocial de la rosácea, los médicos pueden tratar más comprensivamente a estas personas y trabajar hacia mejores resultados.

Por tanto, este estudio provee una completa síntesis de los hallazgos de varias investigaciones sobre la calidad de vida en personas con Rosácea. Muestra la importancia de la calidad específica de los tratamientos para esta enfermedad, para hacer efectiva la mejora tanto en los síntomas físicos como en los síntomas psicológicos y en calidad de vida.

Al vincularlo con el objetivo de mi estudio, distinguir mecanismos y aspectos psicológicos específicos correlacionados con la Rosácea, considero que coincide en el valor de poder contar con estos elementos para diseñar estrategias terapéuticas afinadas dentro de los tratamientos psicológicos a las personas con diagnóstico de Rosácea.

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

En esta sección se describen los conceptos teóricos que dan soporte al presente estudio. Primero los conceptos pertinentes de Psicodermatología y Psicodermatología desde el enfoque Gestalt. Segundo, se desarrolla el Paradigma, las perspectivas, la Teoría general y las Teorías Sustantivas.

### **2.2.1. Psicodermatología**

Esta investigación versa en el área de Psicodermatología puesto que aborda el estudio de la correlación entre mecanismos psicológicos de bloqueo en personas con una enfermedad de piel: Rosácea.

La Psicodermatología es un área emergente y de desarrollo y conjunción entre las disciplinas Psicología Clínica, Dermatología, Psiquiatría, que pretende comprender y abordar en forma conjunta el malestar o padecimiento de la persona manifestado a nivel emocional, y a nivel corporal en el órgano piel.

Aborda la importancia que tienen los factores psicoemocionales y psicosociales en las enfermedades de la piel, ya que estos factores representan una parte primordial de la morbilidad global y constituyen componentes centrales en la respuesta terapéutica y el pronóstico (Cátedra de Dermatología Hospital de Clínicas, Introducción a la Psicodermatología, 2016). La morbilidad es la proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado (Rae, 2017). Se considera la comorbilidad en lo psicológico y se tratan las manifestaciones disfuncionales en la esfera psíquica primarias o secundarias a patologías médica dermatológicas.

Se sabe que el abordaje médico del paciente dermatológico por sí sólo no es suficiente. Una serie de estudios en la literatura psicodermatológica muestra que los trastornos de la piel tienen un impacto negativo en la salud psicológica y emocional de los afectados (Walker C., Papadopulos L., 2005, citado en Dirschka, et. al., 2015, p. 118). Estos efectos incluyen: depresión, sentido disminuido de la imagen corporal y la autoestima, dificultades en el área sexual y de relacionamiento y una reducción general de la calidad de vida (Dungey RK., Busselmeir, 1982; Papadopulos L., Bor R., 1999, citado en Dirschka, et. al., 2015, p. 118).



Las personas con una afectación dermatológica manifiesta afrontan y sufren estigmatización y muchas de las dificultades surgen de las reacciones negativas que reciben de los demás frente a sus síntomas visibles más que de la enfermedad en sí (Rapp SR., Feldman SR, Exum ML., Fleischer AB, Reboussin DM, 1999, citado en Dirschka, et. al., 2015, p. 118). Estas reacciones pueden tener un profundo impacto psicológico, a veces hasta el punto de ser traumático (Walker C., Papadopulos L., 2005, citado en Dirschka, et. al., 2015, p. 118).

Muchas personas con afectación psicodermatológica consultan con frecuencia en las policlínicas de dermatología. Un estudio realizado en Chile a un grupo de dermatólogos de ese país, demostró que el 75% de esos clínicos reconoce la patología psicodermatológica como un fenómeno frecuente en la práctica habitual (Muñoz LU, Calderón PH, Castro AL, Zemelman VD, 2014, citado en Serón, D, Calderón, H., 2015). Para su comprensión diagnóstica se han establecido los siguientes grupos de enfermedades:

- Síndromes psiquiátricos con expresión dermatológica: Delirio de Parasitosis, Trastornos Dismórficos corporales, delusiones parasitarias o trastornos facticios, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Tricotilomanía. Los trastornos psiquiátricos más observados en dermatología son el Trastorno de Depresión Mayor, el Trastorno Obsesivo- Compulsivo y el Dismórfico Corporal (Grimalt F., Cotterill J. A., 2002; Mallon E. et al, 1999; Kellett SC., Gawkrödger DJ., 1999, citado en Barranco, A. M., 2009).

La tricotilomanía (del griego trijos): cabello, (τίλ-λό): depilar y μανία (manía): es un hábito o comportamiento recurrente e irresistible dirigido a arrancarse el propio cabello o los vellos de distintas zonas del cuerpo.

- Afecciones cutáneas sin trastorno psiquiátrico, y con una elevada incidencia de factores psicoemocionales: escoriaciones, liquen simple, urticaria crónica y prurito psicógeno.

- Trastornos psicofisiológicos combinados con patología cutánea. Aquí se incluyen:
  - Afecciones dermatológicas modificadas por el estrés y con posible rebrote psicósomático: psoriasis, dermatitis atópica, dermatitis seborreica, rosácea, alopecia areata, acné.

- Trastornos dermatológicos secundarios a enfermedades mentales: automutilaciones, trastornos facticios, tricotilomanía y onicotilomanía, púrpura psicógeno. La Onicotilomanía de onico del griego tillō: yo arranco, y manía, locura. Tic consistente en el desgarrar de las uñas. Consiste en la acción de arrancarse las propias uñas llegando incluso a ingerirlas. Muy parecido a la Onicofagia (Diccionario Médico recuperado de <http://www.portalesmedicos.com>).
  - Trastornos psíquicos secundarios a enfermedades cutáneas: patologías antiestéticas, determinantes de problemas sociales o laborales.
  - Trastornos mentales debido a tratamientos dermatológicos: psicosis cortisónica.
  - Enfermedades dermatológicas asociadas a afectaciones psíquicas: psoriasis, urticaria, alopecia areata.
- Manifestaciones cutáneas adversas de los psicofármacos.

Esta clasificación ayuda a comprender la cualidad de la enfermedad. Además de estas categorías, se encuentran las alteraciones dermatológicas/psicológicas que no alcanzan el nivel de enfermedad; como ser el envejecimiento cutáneo natural o problemas cosméticos.

La piel capta y transmite muchos estímulos tanto externos como internos y refleja nuestra personalidad. La piel reacciona con mucha intensidad frente a estímulos externos como un accidente, un asalto, una noticia desagradable, un desastre natural. Y reacciona frente a los estímulos internos como cuando sentimos alegría, placer, amor, odio, sorpresa, temor, ira y todas las emociones. En nuestro cuerpo se halla grabada toda nuestra biografía personal. La piel refleja nuestra memoria celular y toda nuestra vida física y emocional.

Hoy se sabe de la relación entre el SNC y el sistema inmune. En ambos sistemas existe un número elevado de péptidos (“Molécula formada por la unión covalente de dos o más aminoácidos”, Rae) y proteínas que funcionan como “mensajeros intercelulares”. Estas sustancias se llaman neuropéptidos, son endógenos del sistema inmune, y son utilizados como autorreguladores y comunicadores entre el sistema inmune y el neuroendócrino (Coles RB., Glossodynia, 1966 citado en Barranco A.M., 2009)

Las fibras nerviosas inervan la piel en la hipodermis, dermis y epidermis hasta sus capas más superficiales. Las neuronas cutáneas tienen contacto anatómico con las células cutáneas. Friedrich Merkel fue quien describió el contacto entre las neuronas y las células epidérmicas; de ahí que se llama células de Merkel a las células epidérmicas. Estas están generalmente en contacto con las terminaciones nerviosas.

*“La Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) estudia la interrelación de los sistemas nerviosos, endócrino e inmunes e intermodulaciones con los demás órganos y sistemas del organismo. Este abordaje de los procesos psicológicos y fisiológicos, considera la relación entre estos sistemas sin olvidar que esta compleja red PNIE que constituye al ser humano, se halla en una permanente intermodulación con su entorno físico- ambiental y socio cultural” (Dubourdieu, M., 2014 citado en Barranco A.M., 2009).*

El sistema neuroendócrino, el inmune y la piel están íntimamente relacionados anatómicamente y funcionalmente entre sí. Las células del sistema neuro- endócrino y del inmuno- cutáneo se comunican. Existe una verdadera red de circuitos e intermodulaciones recíprocas de los sistemas. Todo lo anteriormente expuesto permite comprender y captar de otro modo la condición psicosomática del ser humano, en la manifestación de cualquier enfermedad o sin ella.

Por tanto, el estado psicológico de la persona, plasmado a nivel biológico en el sistema nervioso, influye en la generación de salud o enfermedad. Por eso es crucial el abordaje de estos factores en los procesos de salud- enfermedad.

*“El sistema nervioso desempeña una función importante en la mayoría de las dermatosis, especialmente en los trastornos inflamatorios o autoinmunes, actuando sobre las células inmunes a través de neurotransmisores en dermatosis como psoriasis, dermatitis atópica, vitíligo, etc. En el transcurso de numerosas enfermedades se observan con frecuencia alteraciones del sistema neuro- endócrino-inmuno-cutáneo. Determinados neurotransmisores se elevan y otros disminuyen”. (Barranco A. M., 2009).*

Del mismo modo que cuando se suscita un estrés, repercute en el sistema nervioso y en la sangre.

La influencia del psiquismo en la piel implica que existen factores químicos que son capaces de trasladar o dar expresión a la emoción o estrés a través de la lesión cutánea. Estos factores son cumplidos por neurotransmisores y hormonas (Miralles Alonso L., Otín Llop R., Rojo Redes J. E., 2003, citado en Barranco, A.M., 2009).

### **2.2.2. Psicodermatología desde el enfoque Gestalt**

De acuerdo a lo anteriormente planteado el término psicósomático ha quedado obsoleto en tanto designa en forma redundante lo que ya se sabe acerca de la integración de dos dimensiones, psicológica y somática, en una unidad completa integrada aún por otras más: cognitiva, social y espiritual. Sin embargo, el término psicodermatológico se utiliza para nombrar relaciones específicas entre manifestaciones en el órgano piel y procesos psicológicos en distintos niveles de lo consciente a inconsciente.

La Psicodermatología estudia la relación de los trastornos dermatológicos y los procesos psicoafectivos.

“Cada órgano de nuestro cuerpo tiene en sí un discurso que es limitado por su estructura y su función y esto impide fantasear o hacer interpretaciones acerca de él” (Schnake, A., 2007). Las complejas relaciones entre estas expresiones de la piel y los procesos psicoafectivos es lo que aborda la Psicodermatología. Un área de intersección entre: Psicología, Dermatología, Psiquiatría. El término Psicodermatología no debe ser usado para separar, sino para unir relaciones, descubrir, conocer y conectar eslabones dentro de la extraordinaria sabiduría del organismo vivo que somos.

Los procesos psicoafectivos se refieren a todo lo que intrincadamente se produce a nivel cognitivo, emocional, conductual, vincular- social.

Las molestias o enfermedades son “una manifestación existencial de la unidad persona- cuerpo-carácter en un espacio- tiempo” (Schnake, A., 2007, p.306).

### **2.2.3. Paradigma Holístico-gestáltico**

Un paradigma es una cosmovisión, una forma de ordenar y entender el mundo, que es compartida por una cultura, una sociedad en un tiempo determinado. Es importante

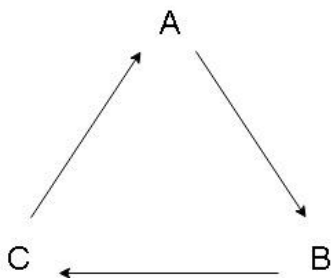
porque mientras un paradigma impera delimita las fronteras del conocimiento, de la salud y la enfermedad; así como la ética, la religión, las concepciones del sentido de la vida (Spangenberg, 2006).

El paradigma desde el que se parte es el Holístico- Gestáltico basado en tres principios fundamentales: Principio de causalidad circular, de Efecto observador y el de lo General a lo particular (Ibídem).

El término holismo proviene de la palabra griega Holos que significa “entero”, “completo” o “total” y hace referencia a entidades totalizadoras.

El Principio de Causalidad circular supera la concepción de causalidad lineal donde A produce B. Comprende los circuitos de *biofeedback* o de retroalimentación, en que A influye en B y esta en C y C en A y así continuamente.

El diagrama es este:



La vida se mantiene en equilibrio a través de estos circuitos y así los organismos mantienen su coherencia tanto interna como externa (relación con el medio) utilizando complejos circuitos de información mutua (Ibídem, p. 11). En estos circuitos no existe un elemento que sea más importante que otro, todos afectan a la totalidad del proceso. Desde esta mirada se comprende los fenómenos en la interrelación en un cierto momento, sin pensar en una causa original más importante que las otras. Se amplía el entendimiento de la complejidad de los procesos. La observación de las interacciones de los elementos sólo puede ocurrir en el presente. La pregunta del cómo, dirige hacia el complejo mar de interacciones que actualizan una conducta, un síntoma, etc.

Este principio es de crucial importancia, ya que permite saber que “no somos el producto pasivo de las circunstancias de nuestro pasado” (Ibídem, p.15). Se tiene la capacidad de responder, de elegir hacer a partir de lo ocurrido. Así la forma en que

hacemos, “*es un acto creativo que resulta de la última relación entre nuestras circunstancias y nuestra particular manera de reaccionar ante ellas*” (Ibídem, p.15).

El Principio de Efecto del observador parte de los descubrimientos en física cuántica. Einstein demostró que el haz lumínico tiene simultáneamente propiedades ondulatorias y corpusculares y que ambas coexisten en tiempo y espacio. La unidad cuántica de la luz se denomina fotones u onda electromagnética y designa al mismo tiempo aspectos materiales y energéticos.

Posteriormente se llegó a que según como se medía, se manifestaba como partícula o como onda. Así el observador se constituía en una variable determinante de la realidad observada. A partir de esto se sabe que se influencia lo que se observa y se mide; y que la única forma de ser “objetivos” es conocer la subjetividad e introducirla en la ecuación de la interacción que se tiene con el objeto estudiado. Se sabe además, que esto tampoco contempla otras variables que pueden influir sobre el proceso que ocurre. Desde este lugar, el conocimiento no es absoluto ni definitivo, sino que es relativo y provisorio y siempre depende de cómo se interviene para conseguirlo.

El Principio de lo General a lo particular permite comprender desde la Totalidad y no desde las partes. Es el precepto Gestáltico de que la totalidad es más que la suma de las partes y que la modificación o el movimiento en alguna de ellas afecta al todo al que pertenece. De la misma manera que lo que expresa una parte tiene que ver con el todo, lo que manifiesta un órgano a través de síntomas, responde a la totalidad de la persona que se es. “*Lo holístico de una Enfermedad o un Síntoma no es ni psíquico ni somático. No alude a una causa. Se refiere a quienes son*” las personas (Schnake, A., Apunte 1 del Diplomado, Diferencia entre Enfoque Holístico y lo Psico- Somático).

#### **2.2.4. Perspectivas Fenomenológica y Existencial**

La perspectiva Fenomenológica consiste en comprender el fenómeno que sucede en el presente en término de proceso. La vida del hombre es un proceso activo que implica energía (Castanedo Secadas, 1983, p.61).

Un proceso es lo que ocurre entre dos puntos. Si bien descubrir ambos puntos es sencillo, descubrir los procesos es algo más complejo. Por ejemplo ¿Cuál es la relación

entre el escozor de la piel y la forma de contacto de la persona? Los procesos en sí mismos son movimiento (Ibídem, p.62).

*“La fenomenología es la búsqueda de la comprensión basada en lo que es obvio o revelado por la situación (que incluye tanto el organismo como el ambiente), más que en la interpretación del observador” (Yontef, 1995 p. 192). Es lo “dado”, percibir lo que está presente, lo que Es.*

*La actitud fenomenológica es reconocer y poner entre paréntesis (dejar de lado) los pre-conceptos acerca de lo relevante. Una descripción fenomenológica integra la conducta observada y las comunicaciones personales, vivenciales. La exploración fenomenológica apunta a una descripción clara y detallada de lo que Es, desincentivando lo que fue, será, podría o debería ser (Ibídem, p. 192).*

Hubo muchos pensadores y filósofos que hicieron sus contribuciones al desarrollo de la Fenomenología. Entre ellos David Hume, (1711-1776) Filósofo escocés, partidario del sentido común, Immanuel Kant (1724-1804) con su Crítica de la razón pura, Hegel (1770-1831) con su conciencia de la verdad absoluta y espiritual de la Divinidad, Franz Brentano (1838-1917) con su psicología descriptiva y Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) con sus estudios sobre el papel del cuerpo en la percepción y la sociedad, entre muchos otros.

Por tanto si bien esta disciplina existía desde antes, es con Edmund Husserl (1859-1938) que toma una forma distinta, al definirla como una perspectiva filosófica, por eso es conocido como el padre de la Fenomenología. El marcaba que no es posible confundir la experiencia de lo vivido con construcciones abstractas. Denunciaba que había una falta de contacto directo con lo que es, al quedarse en la información racional acerca de. En su obra *Meditaciones Cartesianas* (citado en Rasner, 2010, p. 69) plantea a la conciencia como problema fundamental. Es ésta quien construye el mundo, lo cotidiano, con un universo de significaciones, genera y transforma.

Considerar las ideas, percepciones, vivencias, subjetividades y perspectiva desde donde observamos un objeto de estudio, forma parte de lo fenomenológico. Así también como considerar el contexto de ese objeto. Dos postulados relacionados muy importantes en Husserl son: La conciencia es conciencia de algo, y existo y luego pienso (y no al revés).

Desde la perspectiva fenomenológica se funda el método fenomenológico de Husserl. Lo esencial en este método es la *epoché*, vocablo griego que denota duda y suspensión del juicio. En lengua alemana Husserl lo tradujo por *Ausschalten* (desconectar), por *Aufheben* (eliminar) y por *Einklammern* (poner entre paréntesis). Por la *epoché* volvemos la mirada al Yo o al mundo de la conciencia, vemos las cosas mismas, a su esencia (*Wesen*) o *eidos*. Por esencia entiende Husserl lo que se encuentra en el ser de un individuo. Significa los aspectos invariantes, en medio del torbellino de mutaciones y cambios. Esos aspectos invariantes pueden ser formas objetivas, estructuras subjetivas, actitudes o vivencias.

El existencialismo propone que las cosas deben ser vividas más que explicadas, que existir es una experiencia de vida, única, subjetiva. Este movimiento filosófico surge en Europa en el período posterior a las dos guerras mundiales, donde el hombre estuvo amenazado por las pérdidas y el sufrimiento, y donde había privilegio de la materia y la razón en las concepciones. Por tanto el Existencialismo surge como una reacción opuesta que valora la subjetividad y la dignidad personal, en donde la existencia es el primer valor irreductible del individuo y que a partir de esta base puede crear su proyecto y vivirlo desde sí. Esta perspectiva pone a la persona en posesión de su vida y asienta en ella la responsabilidad total de su existencia, es decir, de sus conductas, de lo que hace con sus sentimientos, de toda su experiencia. Tiene la libertad de ser ella misma, al descubrir lo que no es y elegir lo que quiera ser.

La perspectiva Existencial tiene que ver con centrarse en la existencia de las personas, las relaciones entre ellas, sus alegrías, sufrimientos, etc. vivenciados directamente. Desde esta visión se sabe que las personas están interminablemente re-haciéndose o descubriéndose a sí mismas.

No existe una esencia en la naturaleza humana que pueda ser descubierta de una vez por todas. La persona al elegir la existencia se configura y auto realiza, descubre la identidad. Siempre hay nuevos horizontes a caminar, nuevos problemas que resolver, nuevas oportunidades para tomar.

Se identifican dos fuentes del Existencialismo: la que proviene de Sören Kierkegaard (1813- 1855) y la del método fenomenológico de Edmund Husserl (1859- 1938). Kierkegaard, filósofo y teólogo danés del siglo XIX es considerado como el precursor del Existencialismo, por su filosofía de la condición de la existencia humana, por sus



concepciones más importantes de la subjetividad y el “salto de fe”. Su concepción del “salto de fe” tiene que ver con como una persona actúa en el amor, que no es una decisión racional sino trascendente porque tiene que ver con la fe. Y que a su vez es una experiencia de orden subjetivo y existencial.

Husserl aportó el concepto de Reducción (Epojé) que significa poner entre paréntesis juicios y conocimientos para poder definir las cosas tal como se presentan a la conciencia.

A su vez, dentro del Existencialismo se puede diferenciar dos tendencias: la posición ateísta de Martín Heidegger en Alemania y Jean Paul Sartre en Francia, y la otra posición teísta representada por Gabriel Marcel en Francia y Karl Jaspers en Alemania. En las siguientes breves líneas se aprecian sus principales ideas.

Heidegger (1889- 1976) se interesaba no por la existencia del hombre sino por la del Ser en su conjunto. Y para eso planteaba el Dasein (estar ahí) como modo de existir del hombre por el cual se proyecta y se trasciende en interrelación con el mundo que lo rodea. La esencia del Dasein está en la existencia, es como comprender que “mi esencia es mi existencia”. Para él la actitud fundamental del ser humano en el mundo es la preocupación, la existencia auténtica, con un carácter angustioso y con la conciencia de hacerse en libertad.

Jean P. Sartre (1905- 1980) habla sobre la libertad del hombre, dice que está condenado a ser libre y que es responsable de todo lo que hace, de lo que se proyecta ser. Que el hombre tiene la libertad de decidir qué hacer con él mismo.

G. Marcel (1889- 1972) aportó la idea de la existencia ligada a la encarnación en un cuerpo que se es y no que se posee. Resaltó la importancia del Ser por sobre el tener. Se basó en la concepción de que el Ser no es un problema a resolver, sino un misterio a comprender, y éste sólo puede ser vivenciado. Desde sus conceptos funda la existencia en la esperanza y no en la angustia y la desesperación.

Para Jaspers (1883- 1969) el ser libre es ser uno mismo. Esa es la libertad, la fidelidad a sí mismo que conduce a la trascendencia. Para él trascender es desarrollar una actividad de superación constante. Desde su pensamiento, las situaciones límite, en que hay sufrimiento, lucha, fracaso, o muerte, son las que movilizan cuestionamiento e iluminan la existencia.

Tanto la Fenomenología como el Existencialismo son filosofías de base para la Gestalt, que se constituye así como una verdadera filosofía de vida, que orienta a la persona hacia la responsabilidad de su libertad, a descubrir y desarrollar sus potencialidades y llevar una existencia auténtica.

### **2.2.5. Teoría General**

La Teoría General en la que se apoya el estudio es la Teoría Gestáltica, que se desprende del paradigma descrito. Un cuerpo teórico fuerte que se basa en los principios del Holismo, Awareness o Darse Cuenta, el Aquí y Ahora, la Responsabilización en la creación, Principio de Figura- Fondo, Autorregulación orgánica o de Homeostasis, Teoría paradójica del cambio.

*Principio del Holismo u Holístico-* Esta concepción consiste en saber que toda la naturaleza es un todo unificado y congruente. Jan Smuts fue quien acuñó la palabra holismo, y por quien Perls se vio influenciado al incorporar este concepto. Lo holístico significa considerar la totalidad, la completud; al hombre como organismo unificado y la unidad de la totalidad del campo organismo/ ambiente. Se considera la multidimensionalidad en un campo dado por variables psicológicas, sociales, fisiológicas.

*Awareness o Darse Cuenta-* La palabra inglesa *awareness* puede ser interpretada como la capacidad de estar alerta, atento, consciente, despierto. El Darse Cuenta es una cualidad de la Conciencia, la capacidad de ésta de focalizarse en objetos del mundo externo o en áreas de la experiencia humana: mundo interno, subjetividad de las relaciones, pensamientos, fantasías, experiencia corporal (Spangenberg, 2006, p.82).

No puede haber Darse Cuenta sin haber Contacto, pero no todo Contacto lleva a la Conciencia o al Darse Cuenta. El concepto Contacto es abordado más adelante.

El Darse Cuenta es estar en contacto con la propia experiencia, con lo que es. Es el proceso de estar en contacto con los eventos más importantes del campo ambiente/individuo, con total apoyo sensorio- motor, emocional, cognitivo, energético y afectivo. Involucra el conocerse a sí mismo y el conocimiento de la situación en curso y de la forma en que el sí mismo se encuentra en esa situación. Incluye el conocer la capacidad propia de control, de elección y de responsabilidad de las

conductas (Yontef, 1995, p. 134). “La persona que se da cuenta, sabe qué hace, cómo lo hace, sabe que tiene alternativas y elige ser como es” (Yontef, 1995, p.135). El acto es siempre aquí y ahora.

“El darse cuenta que cura es el darse cuenta que forma una Gestalt clara, con una figura organizada y energizada por la necesidad dominante de la persona en cada momento” (Yontef, 1995, p. 170).

*Principio de Aquí y Ahora-* Consiste en saber que siempre se está ahora en este único tiempo presente y en este lugar, Aquí. El Ahora se refiere a este momento. Es la brecha entre el pasado que ya transcurrió y el futuro que aún no es. Es ahora que se puede contactar con quien se es, con lo que rodea y con recuerdos y expectativas de lo que ocurrirá.

Los fundamentos de este principio se encuentran en la filosofía de Edmund Gustav Albrecht Husserl (1859- 1938). Para él el tiempo es considerado como un componente esencial de la conciencia y como característica de los objetos de nuestro conocimiento. Hay un tiempo de la conciencia y un tiempo del objeto, un tiempo inmanente y un tiempo trascendente. Él plantea que toda percepción es siempre ahora, que hay un tiempo sentido (el fenomenológico) y un tiempo percibido (el objetivo). Para él cada “ahora” es desplazado por un “ahora” posterior, lo que sería una sucesión de momentos- ahora transcurridos. El pasado siempre es pasado de un ahora. Él llama presentificación a cuando se trae a la conciencia un presente que ha sido, es decir, se presentifica un pasado.

*Responsabilización-* Designa el proceso de ir teniendo responsabilidad.

La palabra responsabilidad viene de respons y de habilidad. De ahí que responsabilidad es la habilidad de responder a las distintas situaciones. Una persona responsable es capaz de generar respuestas coherentes a las motivaciones de sus actos y de hacerse cargo de las consecuencias. Aquí importa considerar que se es responsable de lo que se elige, no de lo que es dado. Sólo se puede elegir la respuesta en el momento presente.

*Principio de Figura- Fondo-* Alude a la capacidad perceptiva de formación y destrucción de una figura en relación a un fondo.

La palabra Gestalt significa forma, configuración, estructura. Es una totalidad significativa diferente a la suma de las partes. Ejemplos de Gestalten son: una persona, un árbol, una casa, un concepto, un órgano, el cuerpo.

Existe un fondo sobre el que emergen figuras o formas. Se da una relación fondo-figura, que es móvil, cambiante, que responde a la necesidad inmediata e imperante del organismo/ ambiente. “El funcionamiento sano requiere que la figura cambie según las necesidades” (Yontef, 1995, p. 388)

*Una buena Gestalt no es ni muy rígida e inflexible, ni muy cambiante y sutil. Cuando se bloquea y rigidiza la formación y destrucción de la Gestalt y cuando no se reconocen ni expresan las necesidades, las necesidades no satisfechas forman gestalten incompletas que presionan para ser atendidas e interfieren en la formación de nuevas gestalten (Yontef, 1995, p. 170).*

“Si el cambio figura- fondo es muy rápido, la figura no se profundiza y resulta superficial” (Yontef, 1995, p.388)

Este constante proceso de figura-fondo es parte del funcionamiento humano y constituye un proceso de construcción de significado. Es importante resaltar que el fondo aporta significado a la figura; que es este dinamismo entre figura- fondo lo que construye distintos significados. Al pensar esto en relación a los síntomas de un órgano, se sabe que cuando la persona aprende o cambia su pensar (figura) acerca del órgano, y su modo de accionar en su cotidianidad (lo que era fondo), puede favorecer cambios en las manifestaciones del mismo.

#### *Principio de Autorregulación orgánica u Homeostasis*

La autorregulación orgánica es un proceso natural del organismo que tiende a la búsqueda de mayor especialización y equilibrio dinámico, que le resulte posible en sus circunstancias vitales. El organismo tiene la capacidad de reconocer sus necesidades y sus recursos internos y ambientales, a través de un cúmulo de información sensorial, mental y emocional.

Muchos procesos autoregulatorios están fuera del darse cuenta y funcionan igual. Por ejemplo, el bostezo y el suspiro son síntomas de autorregulación; la respiración, la digestión son procesos autónomos autoreguladores.

Cuando el organismo siente una necesidad, siente que algo le falta, se encuentra en desequilibrio. Este desequilibrio se restablece al ir en busca de aquello que satisfaga la necesidad imperante, que se torna figura. Una vez restablecido el equilibrio, la energía utilizada o requerida en la búsqueda de la satisfacción, queda libre y puede ser empleada en otra actividad diferente.

Fueron los aportes de Kurt Goldstein (1878- 1965, psiquiatra, neuropsicólogo) que contribuyeron a este principio de autorregulación. Perls tomó sus conceptos de autorregulación y de auto actualización: Ser lo que se es y no pretender ser otra cosa.

Goldstein desarrolló un concepto holístico de la autorrealización orgánica. El organismo se mueve como un todo, en un estado de tensión entre "ser en orden" y "ser en desorden". Según él se vive en un estado de "catástrofe", en donde se produce una lucha productiva con el mundo. Esta vivencia permite a la persona ir hacia la autorrealización: del desorden al orden y a un nuevo desorden. Todo ser vivo tiene la tendencia a lograr un buen funcionamiento, a la buena forma. El objetivo de esta tendencia es alcanzar un estado y/o punto de equilibrio inestable.

La regulación está basada en el reconocimiento y en la asimilación de lo que se necesita. Esta asimilación conlleva una energía biológica, que es agresión, para hacer posible la desestructuración, elaboración y asimilación necesarias para la nutrición y el crecimiento.

Este es un proceso que se renueva en forma constante en los diferentes planos de nuestra existencia: corporal/biológico, psicoafectivo, cognitivo, social, espiritual.

Se diferencia de la regulación "deberista" (Yontef, 1995, p. 199) que es la que está basada en la imposición de fuerzas socializantes externas, en forma de mandatos, ideales, exigencias, patrones de lo que se debe ser o hacer. Aplicado tanto a la regulación intrapsíquica, a la de relaciones interpersonales y a la de grupos sociales.

Desde la autorregulación orgánica la persona es capaz de analizar, elegir, asimilar o rechazar las normas de control externo, y tener en cuenta sus necesidades internas, sentimientos y pensamientos propios. Al mismo tiempo percibir la realidad externa, el ambiente.

Al decir de Perls (1976, citado en Yontef, 1995, p.133) “Sólo una cosa debe tener el control: la situación. Si comprendemos la situación en que estamos, y dejamos que ella controle nuestras acciones, aprendemos a enfrentar la vida”. El explicaba claramente que “dejar que la situación controle” significa regular mediante el darse cuenta del contexto presente, incluyendo los propios deseos y necesidades y no mediante lo que se cree que debería ser.

El crecimiento global de un ser no puede realizarse sin que las necesidades, en los distintos planos mencionados, sean identificadas y satisfechas o se encuentren en vías de serlo. “*Nuestro equilibrio, nuestra armonía y nuestro crecimiento no pueden lograrse y desarrollarse si no logramos identificar y cerrar las diferentes Gestalten de nuestra existencia*” (Castanedo, 1988, p. 98).

### *Teoría paradójica del cambio*

El cambio es lo que permanece constante en la existencia. Como afirmaba el filósofo griego Heráclito (535 a.C- 484 a.C), el fundamento de todo está en el cambio incesante. El ente deviene y todo se transforma en un proceso de continuo nacimiento y destrucción al que nada escapa. Desarrolló su doctrina del devenir. Aportó la metáfora del fluir de las aguas de un río, en que su cauce permanece y el agua está en movimiento, fluye. Su frase así lo expresa: «*En los mismos ríos entramos y no entramos, [pues] somos y no somos [los mismos]*».

Según la Teoría paradójica del cambio, aporte del terapeuta gestáltico estadounidense Arnold Beisser (1970, citado en Latner, 1994, p. 141) “*El cambio se presenta cuando uno llega a ser lo que es, no cuando trata de ser lo que no es*”. La persona más se transforma, mientras más toma el compromiso de ser quien es.

Lo paradójico es que la transformación ocurre cuando se torna cada vez más en quien se es. No se produce bajo el forzamiento, la presión, la obligación, la insistencia, la oposición, o la resistencia. Por lo contrario, de estas maneras, más se permanece igual.

El cambio es una función que se origina cuando se es completamente quien es y esto está en perpetuo movimiento, no es algo acabado de una vez para siempre.

Las cosas cambian al ser descubiertas, conocidas y aceptadas. Así se las organiza e integra de otra manera. Es ahí cuando se produce el crecimiento.

Al cambiar la conciencia, los actos cambian en consecuencia natural, por eso se entiende que los cambios no son controlados.

### **2.2.6. Teorías Sustantivas**

De acuerdo a lo que se pretende estudiar, se seleccionan las siguientes proposiciones teóricas porque son las específicamente relacionadas al tema de investigación.

Las Teorías Sustantivas que se toman son: La Teoría de Campo formulada por Kurt Lewin, la Teoría de Abordaje Holístico de la Salud y Enfermedad de la Prof. Dra. Adriana Schnake Silva, la Concepción de Salud y Enfermedad de la Gestalt. Los conceptos de Si Mismo, Límites y Frontera de Contacto. El modelo del Ciclo de la Experiencia o Ciclo de la Energía de Joseph Zinker, con la actualización y reformulación del Lic. Ps. Dr. Héctor Salama Penhos.

#### *Teoría de campo*

Los cinco principios de la teoría de campo de Kurt Lewin (psicólogo alemán, 1890-1947) (citado en Delacroix, 2009, p. 342) son:

1. Principio de organización e interdependencia. “La significación de un hecho simple depende de su posición en el campo...Las diferentes partes del campo están en interdependencia recíproca” (Delacroix, 2009, p. 342).
2. Principio de contemporaneidad. Todo lo que ocurre, ocurre en el campo presente, se manifiesta en el aquí y ahora.
3. Principio de singularidad. Cada persona es única y comprende de forma particular lo que ocurre.
4. Principio de proceso cambiante. Todo se mueve, es provisorio y fluctuante.
5. Principio de vínculo. Todo lo que ocurre en el campo es pertinente y contribuye a su estructuración

“El enfoque gestáltico de campo es fenomenológico. Estudia el campo vivenciado por la persona en un momento dado” (Yontef, 1995, p.227).

“La teoría de campo es un método de exploración que describe el campo total del cual el evento actualmente forma parte “(Yontef G., 1995, p. 120).

*El campo es un todo en el cual las partes están en relación y correspondencia inmediata unas con otras, y ninguna parte queda al margen de la influencia de lo que ocurre en otro lugar del campo. El campo reemplaza la noción de partículas separadas, aisladas. La persona en su espacio de vida constituye un campo (Yontef G., 1995, p. 121).*

El enfoque de campo es más descriptivo que especulativo, interpretativo o clasificatorio. El énfasis se pone en observar, escuchar, describir y explicar la estructura de lo que se estudia.

*Teoría del Abordaje Holístico de la Salud y Enfermedad de la Prof. Dra. A. Schnake*

La enfermedad y sus síntomas le restituyen a la persona un saber acerca de sí, que hasta ese momento no es reconocido o aceptado. Son avisos de que algo no está bien, mensajes que el organismo envía. Cada célula del cuerpo contiene un saber de la totalidad.

Perls le daba importancia a los síntomas, como expresión corporal de lo que estaba ocurriendo en la persona. Su enfoque consistía en concentrarse en ellos, en las distintas sensaciones. Al poder describirlas y no dar explicaciones intelectuales es posible establecer otra relación con lo que se expresa a nivel corporal.

La enfermedad se localiza en una parte y a través de ésta se expresa la persona total. La expresión del cuerpo se relaciona con todo el ser y la conducta. Así la piel habla cuando la individualidad se ve amenazada, o cuando expresa lo que no puede ser dicho asertivamente.

Esta teoría plantea que hay relación entre las características rechazadas o negadas del órgano enfermo y los rasgos caracterológicos más importantes de la persona (Schnake, 2014, p.184).

Al descubrir, comprender e integrar ese saber, la persona se vuelve más completa y respetuosa de su totalidad y naturaleza.



*Las ideas que la persona tiene respecto de sí misma, que generalmente corresponden a su Yo idealizado, son muchas veces altamente perturbadoras y casi en oposición a algunas de las características del órgano que está dando molestias o se ha enfermado. Las exigencias de la sociedad, los patrones de conducta que privilegian algunas características en desmedro de otras, son responsables de la neurosis y de la grave deformación no sólo del mundo que nos rodea, sino de las más grandes plagas de la humanidad (Schnake, 2014 p. 192)*

El asumir los aspectos no aceptados de sí mismo expresados en el órgano enfermo, y esto constituir una transformación del carácter profunda y estable, puede favorecer que ya no sean necesarias esas alertas de mensajes en el cuerpo y así se produzcan cambios o mejoras en los síntomas.

#### *Concepción de Salud y Enfermedad de la Gestalt*

Existe la salud en tanto existe la enfermedad y viceversa. Estar sano no es sólo la ausencia de enfermedad sino más bien la capacidad que alberga el organismo de curarse, de resolver los problemas que enfrenta, de recuperar el equilibrio perdido una y otra vez.

Salud no es equivalente a felicidad, sino integrar un todo completo con las circunstancias presentes y poder construir nuevas experiencias y significados: fluidez figura- fondo. La relación entre aquello que destaca: la figura, y el contexto o fondo es el significado (Yontef, 1995, p.138).

Comprender la concepción de salud/enfermedad impone comprender el Principio de Homeostasis. La vida en todas sus formas se caracteriza por un juego continuo de balance y desbalance en el organismo. Cuando el organismo permanece en un estado de desequilibrio durante demasiado tiempo y es incapaz de satisfacer sus necesidades, está enfermo.

El proceso homeostático o de Autorregulación es el proceso mediante el cual el organismo mantiene su equilibrio y por tanto su salud, en medio de condiciones que varían.

Resulta interesante acá hacer un paréntesis para aludir al concepto de equilibrio dinámico de Ilya Prigogine (físico químico belga de origen ruso, 1917- 2003). El

formuló la Teoría de las estructuras disipativas. Estas son estructuras o configuraciones coherentes, autoorganizadas en sistemas alejados del equilibrio, como la vida o los procesos vitales. Cuando hay disipación de energía y de materia, lejos de la pérdida y desorden, esto lleva a un nuevo orden. La no linealidad, fluctuación, bifurcación y autoorganización caracterizan a las estructuras disipativas. Prigogine demostró que el no equilibrio es un fenómeno también ordenado, de otra forma. Que los procesos de transformación llevan a una nueva complejidad. Estas concepciones corresponden a un cambio de paradigma en la ciencia; antes se asociaba el orden con el equilibrio y el desorden con el desequilibrio.

Estos estudios y hallazgos tienen aplicabilidad a las ciencias de la salud. El nexo de estos conocimientos con la concepción de salud/ enfermedad de la Gestalt radica en que en Gestalt se comprende la crisis y la enfermedad, situaciones que introducen perturbación, como oportunidades de crecimiento. Para así poder lograr mayor nivel de conciencia, nuevos aprendizajes y mayor armonía consigo mismo y el entorno.

Así pues, homeostasis es el proceso mediante el cual el organismo satisface sus necesidades, interactuando con el ambiente. El organismo sano se dedica a atender la necesidad dominante. Esta se convierte en figura y las otras pasan al fondo.

Para que la persona satisfaga sus necesidades, para completar las gestalten, para poder pasar a otro asunto, tiene que ser capaz de sentir lo que necesita y debe saber cómo manejarse a sí mismo y a su ambiente (Perls, 1976, p. 20- 23).

Estar sanos es funcionar en forma holística. Cuando se está sano se está en contacto con uno mismo y con la realidad. "...la vida sana es un proceso de adaptaciones creadoras" (Latner, J., 1994, p.76)

La salud no nos asegura que los obstáculos desaparecerán, sólo significa que podemos enfrentarlos con todos nuestros recursos y solucionarlos del mejor modo que resulte posible.

*El concepto de funcionamiento sano incluye el de ajuste creativo. "El Ajuste Creativo es una relación entre persona y ambiente en la cual la persona (1) se contacta responsablemente, reconoce y enfrenta su espacio vital, y (2) asume la responsabilidad de crear las condiciones para su propio bienestar" (Yontef, 1995, p. 182).*

Por otra parte, según Delacroix (2008, p. 157): "...la enfermedad física es enfermedad del contacto en sentido gestaltiano... es enfermedad del vínculo y de la relación e interroga entonces la relación con lo otro y los otros".

*"... la enfermedad o el síntoma, constituyen una invitación a interrogar o re-interrogar nuestros sistemas de inter: inter-acción, inter-relación, inter-subjetividad, inter-influencia, inter-acción; pero también todos nuestros sistemas de co: co-creación, co-dependencia, co-influencia, co-laboración..."*  
(Delacroix, 2008, p.157)

La concepción de este autor plantea que las enfermedades son vinculares. A diferencia de la concepción de la Dra. A. Schnake que sostiene que la enfermedad da cuenta de rasgos de carácter, actitudes rígidas que llevan a producir cambios fisiológicos y anatómicos, que pueden o no expresarse en los vínculos. Teoría desarrollada previamente.

#### *Concepción Psicopatológica de la Gestalt*

Todo comportamiento se sitúa en un contexto de interdependencia social, es al mismo tiempo respuesta y estímulo. Constituye reacción y respuesta del organismo. Es forma y es contenido. Y tanto una como otra manifiestan significados. Lo mismo ocurre con las enfermedades. La lectura tanto de los comportamientos como de los síntomas no es unidimensional y la comprensión dependerá del enfoque cognitivo desde donde escuchemos y nos aproximemos.

La patología desde la óptica Gestalt es una interrupción a nivel del crecimiento. El crecimiento es una necesidad hasta la muerte. Toda patología es "una interrupción amplia y crónica del proceso en virtud del cual la persona avanza hacia la satisfacción de toda la escala de sus necesidades" (Zinker, J., 1979, p.35). La persona en la patología tiende a conservar su propia estabilidad funcional, perpetúa su manera de funcionar.

Las situaciones adversas y dolorosas son parte del propio transitar la vida y son universales, mientras que la forma de reaccionar y responder a ellas es particular, lo que diferencia a una persona de otra.

La enfermedad se conforma cuando se estereotipa la forma de responder y la persona continúa repitiendo la respuesta como si fuera en las circunstancias pasadas a las que fue difícil enfrentar. Como antecedente interesante de esto es uno de los conceptos de la psicóloga y psicoanalista alemana Karen Horney (1885- 1952) , de que la neurosis se constituía como neurosis del carácter, refiriéndose a la extrema rigidez o labilidad de las reacciones del sujeto.

Como explica el Prof. Ps. Spangenberg ( 2006) “*En el aquí y ahora... el paciente repite “la forma” que ha desarrollado para resolver los dilemas vinculares de su existencia*”. Cada uno establece una relación entre el contenido de lo vivido y su particular y creativa forma de responder frente a ello. Esto se explica con el concepto de patrones fijos o repetitivos de reacción o Gestalt fija. Están constituidos por: Un núcleo o experiencia emocional poderosa, que es el contenido, una matriz o lectura fija del mundo y de sí mismo, una respuesta conductual estereotipada, que es la forma, que provoca un descenso de conciencia o darse cuenta, que lleva a una respuesta autónoma. (Spangenberg, A., 2006, p. 46)

Lo crucial en la terapéutica radica en que dichos patrones fijos se pueden transformar, siempre desde el trabajo de concientizar la relación entre el contenido de la experiencia y la forma desarrollada y mantenida de conducta. De tal manera, que puedan instrumentarse nuevas formas de accionar, tendientes a satisfacer las necesidades presentes y así continuar el crecimiento.

#### *Sí mismo, Límites, Contacto y Frontera del contacto*

El sí mismo es el sistema de contactos presente de la persona (Yontef, G. 1995), que no está separado del campo organismo/ ambiente; es un proceso que ocurre en los límites. No está asilado del ambiente, contacta al mismo. Los límites que se necesitan instaurar, fortalecer, son importantes, sin dejar de flexibilizarlos para crecer.

“Sólo en el contacto del encuentro yo-tú, se desarrolla la unicidad de cada persona. Sólo sabiendo cómo somos con los otros y cómo son los otros con uno, nos conocemos y nos convertimos verdaderamente en nosotros mismos” (Yontef, 1995, p. 37).

El sí mismo no es una estructura estática, sino un proceso fluido, variado, flexible en sus capacidades y cualidades y que depende de las exigencias del organismo y del

entorno en el momento presente. Al ser el sistema de contactos o interacciones con el entorno es integrador de la experiencia.

El sí mismo es el sistema de las funciones de contacto. Al decir de Perls y col. (1951, p.315) es un “*sistema de excitación, orientación, manipulación y varias identificaciones y alienaciones...*”. Esto significa que en el contacto con el entorno, experimentamos una sensación, nos damos cuenta de la necesidad, se nos moviliza la energía. Tomamos las acciones coherentes con la satisfacción de esas necesidades imperantes; contactamos con nosotros mismos y lo externo. Asimilamos en nuestro organismo lo que precisamos y lo que puede ser asimilado, hacemos lo externo parte de lo nuestro, lo incorporamos, lo integramos; o rechazamos lo que no puede ser asimilado, lo que es ajeno y no nutre.

Se establece contacto significativo tanto con aquello que se toma del ambiente como con lo que se rechaza. Lo significativo es aquello que es relevante para el sí mismo. Lo que se hace figura significativa lo es para cada sí mismo en cada situación en particular.

Nos adaptamos a los cambios y a la vez satisfacemos nuestras necesidades en esa interacción, en ese contacto.

Las funciones del contacto claramente son: excitación: sensación, orientación: formación de la figura y movilización de la energía, manipulación: acción, identificación: contacto, y alienación: retraimiento y asimilación.

“Primordialmente, el contacto es la conciencia de la novedad asimilable y la conducta hacia ella, y el rechazo de la novedad no asimilable” (Perls y cols., 1951, p.230).

“*Contacto es el encuentro del sí mismo de uno con el otro*” (Kepner, 1992, p.163). Comprende el intercambio. Se toma algo de lo que está más allá de la frontera del sí mismo y se lo integra para la nutrición y el crecimiento. Implica tomar lo que se necesita del entorno para nutrirse. Esto requiere abrir la frontera.

Es un proceso activo, selectivo y receptivo. Selectivo porque se requiere diferenciar lo que es asimilable y nutre, de lo que no lo es y por tanto se rechaza.

La frontera del contacto consiste en: las características propias de cada sí mismo, lo que define a cada persona por quien es como diferente de los demás. Y también en la

frontera corporal, física, que es: la forma corporal de cada uno, como cada uno ocupa el espacio, a través de su postura y sus gestos, el manejo que hace de su cuerpo, su piel.

Parte del contacto con el entorno es físico. Es a través del cuerpo que se contacta. Por los órganos de los sentidos conocemos el mundo, recibimos la información, percibimos lo que nos rodea y luego tomamos lo que precisamos. Los músculos hacen posible el movimiento. El sistema respiratorio permite también un intercambio entre afuera y adentro.

La función del límite es justamente delimitar; pone fin, terminación a lo que se es y no se es. El límite es la frontera del contacto, que es fundamental, dado que es a través de esta que ocurre el intercambio, la relación entre el yo que se es y lo que no, que permite el nutrirse.

Perls y cols. (1951) definen cuatro funciones de los límites: 1. Conservación de la diferencia. 2. Rechazo del peligro. 3. Enfrentarse con los obstáculos. 4. Selección y apropiación de lo asimilable.

“... un organismo vive en su entorno conservando su diferencia y, más importante, asimilando el entorno a su diferencia; y es en el límite que los peligros son rechazados, los obstáculos superados y lo asimilable seleccionado y apropiado (Perls y cols., 1951, p.230)

La experiencia del límite se vivencia a nivel psicofísico, desde el límite físico propiamente dicho: musculatura superficial, piel, aberturas del cuerpo. El límite que le sigue en proximidad: el espacio alrededor del cuerpo en donde es posible un contacto físico íntimo. Y un espacio límite más distante donde es posible un contacto social y no físico. Si se presta atención, se siente la sensación del límite en estos espacios.

Cabe aclarar que la vivencia del límite es una vivencia de por sí subjetiva. En personas con patologías o distintos estados varía. Y de hecho, los estados emocionales también modifican la vivencia subjetiva de la frontera de contacto.

Hay distintos niveles de permeabilidad del límite. Así, la contracción de los músculos reduce la permeabilidad del sí mismo al entorno, actúa como regulador del contacto.

La relajación aumenta la permeabilidad y hace posible la recepción de lo que proviene de fuera.

El límite se puede volver más permeable o más rígido a través de la dinámica de contracción relajación, apertura y cierre, en todo el cuerpo: boca abierta, cerrada, apretada, ojos lo mismo; posturas, gestos.

El espacio límite tiene que ver con la sensibilidad de cada persona a la distancia interpersonal que necesita en cada momento. La capacidad para crear y ajustar este espacio permite regular el ritmo, la forma y la intensidad del contacto. Esto es importante para comprender las dinámicas comportamentales y los sentimientos particulares de las personas con determinadas enfermedades o condiciones, que las pueden vivir como limitaciones en la interacción con los demás. Vale como ejemplo lo que reportaba una persona con rosácea de que debido a su particular sensibilidad en la piel de su rostro, les pedía a sus compañeros de trabajo con barba, que no la saludaran besándola, de modo de evitar el roce que la dañaba.

Se llama contacto a la doble habilidad, la de diferenciación y la de relación con el ambiente que contiene. Contacto es la apreciación de las diferencias.

Lo sano es ni estar en el contacto continuo, que es confluencia; ni estancado en la ausencia de contacto, que es retiro.

“El funcionamiento pleno y adaptativo depende de que las funciones del contacto estén totalmente disponibles al organismo para cumplir con los requisitos cambiantes de interacción con el entorno” (Kepner, 1992, p. 8). Mientras más limitadas sean las capacidades de una persona para el contacto, más fragmentada, desorganizada y limitada por la resistencia se vuelve la experiencia de sí mismo y del entorno.

La mala salud psicológica está relacionada con el deterioro o pérdida de las funciones de contacto, que se da cuando la persona se separa de su ser corporal.

### *Identidad*

La identidad es la continuidad temporal de vivenciarse a uno mismo y tiene su base material, corporal. Se va construyendo a través de las relaciones sociales y en el cúmulo de identificaciones.

Para Moscovici (1986) es la modalidad de la organización por el individuo, la representación de sí mismo (self) y la representación de grupo. El concepto de identidad tiene una estructura cognitiva ligada al pensar representacional y también al percibir.

Hay una conciencia subjetiva de identidad, que es la identidad personal y atributos sociales objetivos, que hacen a la identidad social. Hay relaciones funcionales entre ambos. El proceso de socialización es uno u otro según los contextos y tiempos y así se construyen las identidades social y subjetiva.

La identidad social se manifiesta en gestos, actitudes y hábitos. Por ejemplo, el hábito de tomar mate en la sociedad uruguaya, en espacios privados y públicos, a cualquier hora y durante todo el año. El mate es una bebida de infusión de la “yerba mate” (hojas de *Illex paraguayensis* deshidratadas y posteriormente molidas); que se acostumbra a consumir también en otros países de América, como Argentina o Paraguay. Sin embargo, en Uruguay se estila utilizar termo junto con el mate (el recipiente donde se prepara ) para mantener el agua caliente para la infusión. De ahí que al ver a alguien con termo y mate se lo identifica como uruguayo.

El medio social establece categorías de personas. Tenemos expectativas normativas. Hacemos supuestos. Las primeras apariencias al conocer o cruzarse con alguien permiten prever en que categoría se encuentra. Esto es la identidad social (Goffman, 1986). Pertenecer a una categoría puede ser difícil o humillante (ej. categoría de desocupado) o brindar status (ej. categoría de diplomático).

¿Qué palabras se utilizan para describirse a sí mismo? Qué tanto determina el lenguaje verbal lo que vamos creyendo que somos? La persona se hace una definición de sí misma y eso es en pensamientos formados por palabras. Las palabras constituyen el lenguaje que es un sistema representacional. O sea que la versión que la persona se dice acerca de lo que ella es, es una representación de sí.

De ahí que la narrativa da cuenta de un trabajo identitario. “*Cuando contamos una historia sobre nuestras vidas estamos dando forma o performando la identidad que habitamos*” (Martínez-Guzmán, A, Montenegro, M., 2014. p. 117).



¿Sobre qué universo referencial la persona va construyendo su identidad? Hay convenciones sociales y presupuestos hegemónicos que limitan. Las formas de organización de la vida social se inscriben en las identidades.

Identidad se comprende como el proceso continuo de redefinición de uno mismo y de invención y de reinención de la propia historia (Bauman, 2005, p. 20).

La identidad se desarrolla con otros en el transcurso del tiempo. Es un proceso en constante flujo y crecimiento en relación con el medio. Todo organismo mantiene su identidad, a través de su capacidad de diferenciarse y de relacionarse con el ambiente que lo contiene (Spangenberg, 1993).

La capacidad de sostener las fronteras de la identidad frente a las circunstancias de la vida (egotismo) es crucial para la salud mental. Permite, en su aspecto relacional, la habilidad para la autoafirmación y mantenimiento de la autoestima. La rigidez de los límites o las fronteras de la identidad impide o bloquea la retirada en el ciclo de la energía, modelo de Joseph Zinker (1979), lo cual dificulta el acceso a la digestión de la experiencia y por tanto el nutrirse y aprender de ella.

Necesitamos contacto verdadero, donde expresarnos y en donde podamos referirnos, definirnos, proyectarnos. La seguridad, como certeza y confianza nos la puede dar la relación comprometida y profunda.

La identidad “es la comunión del fondo y de la forma, en un movimiento donde cada uno mantiene su originalidad propia. La identidad es el encuentro de un componente constantemente móvil sobre un fondo estable pero no fijo” (Delacroix, J-M. 2009, p. 253). Este autor da el ejemplo de una cascada, en la que la roca sería el fondo y el agua la forma, que configuran un conjunto único, permanente y móvil.

“La identidad se podría definir por la capacidad del individuo para experimentarse, definirse y posicionarse ante el otro y el mundo a través del “Yo soy” y a través del “Yo soy el que soy” (Delacroix, J-M. 2009, p.254). Y para llegar al Yo soy se requiere de un largo proceso.

La construcción de la identidad y el reajuste constante de ésta no es un producto terminado, sino un proceso en movimiento constante.

“Tanto para Winnicott como para Perls, Hefferline y Goodman, el “me siento existiendo” es un proceso que pasa por el cuerpo, especialmente por el cuerpo y lo sensorial”. (Delacroix, J-M. 2009, p. 258)

*El animal humano tendrá acceso a su sentimiento de existir y después a la capacidad de verbalizar ese sentimiento de existir a través del “yo soy”, del “yo estoy siendo” y del “yo soy alguien que”, en primer lugar identificando lo que ocurre por intermedio del cuerpo y en el campo organismo- entorno. Lo unificador es el conjunto sensación- conciencia que tenemos en el campo y la conversión en palabras de la experiencia dirigida al otro. Somos ese cuerpo que experimenta esa sensación, esa tensión y esa emoción gracias a la conciencia (Delacroix, J-M. 2009, p. 259).*

El ser humano accede a su sentimiento de existir y a su identidad por la experiencia y por la experiencia del cuerpo. De esta dialéctica cuerpo- experiencia nace el proceso de elaboración de la identidad (Delacroix, J-M. 2009, p. 260). No basta con el pienso luego existo.

### *Piel e identidad*

Las dinámicas entre piel e identidad entran en el amplio campo de ser quien se es, de manifestarse en sus posibilidades caracteriales y a través de las expresiones de la piel en su lenguaje. Como quiera que esta se muestre, sea con sus características saludables y singulares o con sus síntomas, todo ello expresará aspectos de la persona particular. Como cada órgano contiene significados.

No podemos pensar el organismo sin la piel que nos recubre por entero. Es el órgano más grande del ser humano. Es nuestra frontera material externa. La frontera de contacto orgánica a través de la que se está en contacto con el exterior. A través de ella sentimos el mundo que nos rodea y nos mostramos. De ahí que la piel se eriza cuando sentimos frío, se ruboriza por rabia o vergüenza, se queda blanca de susto o transpira de miedo o excitación.

La piel nos da la identidad; en ella se inscriben las “huellas digitales” por las que se identifica nuestra individualidad. Así mismo, cumple con las funciones de:

delimitación y protección, contacto, expresión, estímulo sexual, respiración, exudación, termorregulación y contención de líquido.

Además, tiene las características de ser sensible y delicada, suave y firme, envolvente, protectora, de conectar con el medio, de poner límites. Así también es reactiva, delatadora, flexible y adaptable; termo regula, es cálida, devuelve lo tóxico y retiene lo útil; vulnerable, sensual, atractiva e integradora (Schnake, 2007, p. 155).

Si se puede definir la identidad como el paso del “Yo tengo” al “Yo soy” (Delacroix, J-M. 2009, p. 264), hasta qué punto está la piel condicionada por nuestras reacciones al entorno, o es el reflejo de nuestra historia, como lo es todo nuestro cuerpo.

La piel contiene los registros de la historia de las interacciones con el entorno.

Se sabe que “*La identidad se construye a partir del momento en que aprendo algo sobre mí mismo y lo integro a lo ya conocido*” (Delacroix, J-M. 2009, p. 266). La enfermedad y sus síntomas brindan un conocimiento valioso mantenido en la sombra (fuera del Darse Cuenta), a ser aceptado e integrado.

*“El organismo está en su identidad y en su unidad si hay alianza y unión entre el fondo y la figura, si la figura no aparece como un elemento aislado del fondo, como un trozo desconectado, como un fragmento, sino como uno de los aspectos del todo. Ya no “me duelen” los dientes, sino “soy esa dolencia de dientes” (Delacroix, J-M. 2009, p. 266).*

Del mismo modo, la piel del rostro cuando se hace figura por la incomodidad de sus síntomas, es en relación al todo que es la persona. La persona es la afectación manifestada en su piel y se expresa en ella.

Ninguna expresión de la identidad es definitiva. Y a la vez toda expresión es inevitable.

#### *La existencia como seres físicos*

Previamente se explicó la frontera del contacto como frontera corporal y la experiencia del límite a nivel psicofísico.

Desde lo popular se puede considerar al cuerpo como algo ajeno al sí mismo, sin embargo todas las personas tienen una experiencia corporal en diferentes grados de su darse cuenta, asociada a distintas situaciones generadoras de: dolor, exigencia, imposición, vergüenza, o alegría, expansión, placer, erotismo, por nombrar sólo algunas.

Según Perls y col. (1951) el cuerpo es el fondo en dónde emerge la figura que permite identificar la necesidad.

Según Merleau- Ponty (filósofo fenomenólogo francés 1908- 1961), el cuerpo es una condición permanente de la experiencia. *“Es a través de mi cuerpo que yo comprendo al otro, como es a través de mi cuerpo que yo percibo cosas”* (Merleau- Ponty, 1945). Conciencia, cuerpo y percepción son inherentes en su concepto. Es a través del cuerpo que estamos presentes en el mundo y lo habitamos. Tenemos una presencia corporal.

El grado de contacto con la experiencia corporal varía. Los contextos educativos determinan la prevalencia del intelecto o la completitud en la integración con los fenómenos corporales. De hecho, en el lenguaje no disponemos de una palabra que permita nombrar al yo también como cuerpo. Se nombra al yo o al cuerpo, mientras que se es una unidad. Es decir, se nombra por partes y ahí se establece división que lleva a la experiencia dissociativa.

Desde un comienzo de la vida hay predominio de lo corporal, impulsos, sensaciones. Luego, con el “adiestramiento social” enfermante que privilegia el intelecto sobre lo físico, la habilidad natural de auto percepción y contacto con toda esta dimensión se pierde. Por ende, prestar atención a la experiencia corporal: sensaciones, tensiones, movimientos internos, a la respiración, fluidos, posturas y gestos, es una habilidad que luego se desarrolla con entrenamiento.

El “no sentir nada” reportado por las personas, o registrar y sentir con facilidad tiene que ver con el sentido de sí mismo. Darse cuenta del estado corporal lleva a comprender el estado existencial. Aprender a darse cuenta de cómo es la tensión, si es tirante, apretada, ahogante; o como se siente el escozor de la piel, si perfora, si corta, si traspasa, es tener un buen contacto con sí mismo y a través de él poder conocerse más. La piel no sólo contacta con el ambiente, sino también con el interior del cuerpo.

El sí mismo es tanto mental como corporal. Existimos en las distintas dimensiones, a través de nuestro cuerpo y de las interacciones que establecemos con el mundo. Como explica James Kepner (1992, p.7), *“la experiencia del cuerpo es experiencia del sí mismo, al igual que el pensamiento, la imaginación y las ideas”*. Cuando convertimos la experiencia corporal en objeto, en un “algo” en vez de asumirlo como “lo que soy”, nos empobrecemos.

La identidad no es separada de la experiencia corporal. Por eso, perder contacto con la realidad vivenciada corporalmente es empobrecer la experiencia humana. No puede la persona relacionarse con el mundo si no es a través de su cuerpo. Para Husserl el cuerpo es el territorio de nuestras vivencias cotidianas. No hay otro espacio donde vivenciar el transcurso del tiempo.

La vida afectiva implica experiencia somática. Por eso la conciencia de las sensaciones nos lleva a la conciencia de los sentimientos y emociones. O expresado a la inversa, cada emoción se manifiesta en el cuerpo. Así, la tristeza encoje el pecho, vuelve los hombros hacia abajo, se constriñe la garganta, los ojos se vuelven llorosos. La alegría expande el tórax, la postura en brazos se vuelve abierta y sostenida, el andar se torna ágil, liviano, energizado; la mirada es orientada hacia el mundo, se iluminan los ojos. Es el componente físico de las emociones.

La existencia como seres físicos pasa por la vida afectiva plasmada en el cuerpo, por los movimientos o acciones corporales intrínsecas a cualquier intercambio con el mundo externo. En el abrazo el otro y uno mismo se sienten en el cuerpo, mutuamente. Transmiten mensajes con significado que trascienden palabras.

La sexualidad es una función o aspecto del sí mismo corporal. Se vive, se crea y se despliega en la vivencia psicocorporal. El placer se vive en el todo que la persona es.

El sentido y la conciencia del autoapoyo corporal abren a la amplitud y desarrollo de las capacidades para vivir. La agresión y fuerza necesarias para desestructurar, para romper, se inscriben en los cuerpos.

Al decir de Perls y colegas (1951, p. 368)

*“... cuando crece, el sí mismo arriesga; arriesga con sufrimientos si ha evitado mucho tiempo este riesgo y por lo tanto debe destruir muchos prejuicios,*

*introyecciones, ataduras al pasado, seguridad, planes y ambiciones, lo arriesga con excitación si puede aceptar vivir en el presente” (Gestalt Therapy).*

Así, en los riesgos y en los movimientos se abren posibilidades y nuevas alternativas de conductas, de vivencias, de encuentros; procesos que se dan en la existencia corporal.

#### *Ciclo de la experiencia o de la energía*

Es un modelo incorporado por Joseph Zinker de cómo funciona el organismo. Está diseñado por un círculo que lo representa. Se puede entender como el camino que recorre la energía desde un punto de equilibrio u homeostasis o indiferenciación creativa, hasta llegar a otro momento de equilibrio diferente al anterior, por el crecimiento que implica haber satisfecho la necesidad (Salama, H., 1992). Intenta describir el proceso por el cual experimentamos el mundo y nuestras vidas (Spangenberg, A., 2006)

El valor que tiene este modelo es que permite desarrollar un sistema de diagnóstico fenomenológico que habilita determinar exactamente donde se encuentra bloqueada la persona. Los bloqueos en el ciclo pueden imposibilitar la auto- regulación del individuo.

Al observar las fases de este ciclo se ve cómo funciona la experiencia humana.



*Figura 2. Reformulación del Ciclo por Dr. H. Salama (TPG, 1992).*

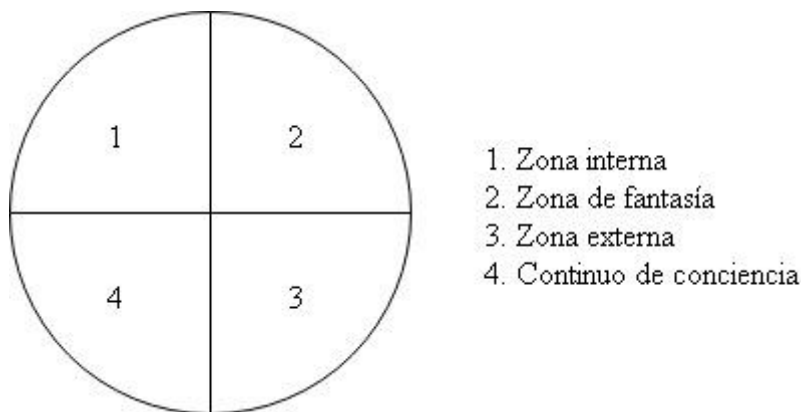
En el ciclo se diferencia una parte pasiva en la parte superior del círculo y una parte activa en la inferior.



*Figura 3. Parte pasiva y activa del ciclo de la energía.*

La parte pasiva incluye las fases en que no hay acción del organismo hacia la zona externa; éste sólo se conecta con la zona interna. Mientras que en la parte activa la energía orgánica se pone en acción con su campo, se relaciona con la zona externa, en un contexto (Salama, 1992).

También se distinguen en los cuatro cuadrantes del círculo, cuatro zonas de relación.



*Figura 4. Zonas de relación.*

La zona Interna alude a la parte del organismo que va de la piel para dentro, es decir, el contacto con las reacciones del cuerpo a través de los nervios propioceptivos y la expresión emocional correspondiente.

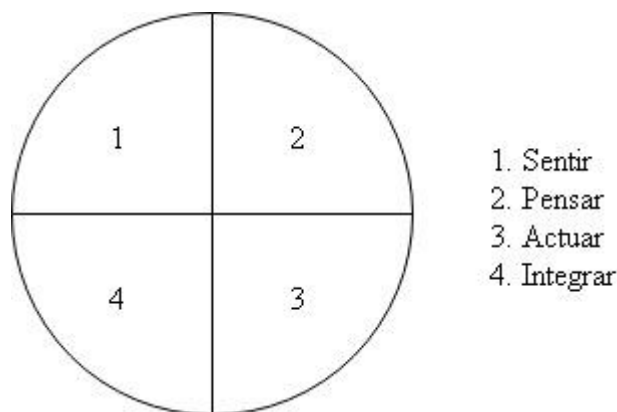
La zona de Fantasía representa los procesos mentales tales como: las ideas, los pensamientos, creencias, fantasías, recuerdos.

La zona Externa incluye el contacto del organismo con el ambiente por medio de los sentidos, el contacto desde la piel hacia fuera.

La zona de Continuo de Conciencia representa la integración de las tres zonas descritas. Es dónde la energía entre el organismo y el ambiente fluye libremente, asimilando lo que le ha aportado o nutrido y eliminando lo que ha sido tóxico o no necesitaba.

O sea, en cada cuadrante figuran cuatro capacidades distintas y necesarias para toda persona: Sentir, pensar, actuar y asimilar e integrar.

Así se visualiza:



*Figura 5. Capacidades.*

Las fases del ciclo Gestalt son:

1. *Reposo*: El organismo está en estado de equilibrio. También se llama estado de indiferenciación creativa. Es un estado de vacío fértil. Un estado de relajamiento, recuperación, desinterés. Aquí puede surgir una nueva experiencia, una nueva gestalt. Puede aparecer tanto una necesidad fisiológica como una psicológica.

2. *Sensación*: Es cuando surge una necesidad que provoca tensión. Es el darse cuenta de una sensación, aunque todavía la figura no se ha formado. Es decir, se siente algo físicamente en el presente, que todavía no se conoce.

3. *Formación de la Figura*: O también llamada Darse Cuenta. Es cuando se forma la figura de la necesidad y se concientiza el objetivo de la sensación. El organismo tiene claro lo que necesita satisfacer, lo que precisa.



4. *Movilización de la energía*: O Energetización. Dado que el organismo reúne la energía que necesita para llevar a cabo la acción correspondiente con la demanda de la necesidad. Como se está en la zona intermedia o de fantasía, se consideran alternativas de acción a nivel del pensamiento.

5. *Acción*: El organismo se moviliza hacia la zona externa, hacia el objeto externo.

6. *Precontacto*: Se localiza el objeto relacional que es fuente de su satisfacción, para contactar con él.

7. *Contacto*: Se establece contacto pleno con el satisfactor y se vive la unión con él. El organismo tiene placer ante la necesidad que está siendo satisfecha.

8. *Postcontacto*: También llamada *Cierre* o *Asimilación*. Hay desenergetización. La energía está dirigida hacia la digestión y asimilación, o elaboración e integración de la experiencia vivida; luego de haber ido al encuentro del mundo en procura de satisfacer la necesidad.

En este momento, de no haber habido interrupciones de la energía en el proceso, se vuelve al estado de reposo y se cierra la gestalt. El organismo estará listo para comenzar otro nuevo ciclo.

Los mecanismos de interrupción son los mecanismos psicológicos que bloquean o interrumpen las distintas fases del ciclo de la energía. Equivalen a los mecanismos de defensa. La defensa es un intento de preservación de la identidad. Esto significa que la persona no está actuando o dirigiendo su energía en contra de nadie, sino tratando de sostener los límites de lo que cree es su identidad. Los mecanismos de defensa son instrumentos al servicio de mantener y preservar la vida. Son el “como de la resistencia”, la forma específica en que la persona se resiste. Son las formas de organizar el campo perceptivo y de hacer contacto con él (Spangenberg, 2006).

Estos mecanismos de defensa se vuelven negativos o patológicos, cuando las formas de contacto que generan ya no satisfacen las necesidades presentes. Los bloqueos evitan el contacto con el satisfactor y el cierre de la experiencia en función de los esquemas neuróticos adquiridos desde temprana edad o en el transcurso de la vida.

Es decir, que los mecanismos tienen una doble función o un doble aspecto: uno positivo o relacional (Spangenberg, 2006) y otro negativo o limitante. Salama (2002)

habla de un aspecto biopositivo o nutritivo y otro bionegativo o tóxico. En su función positiva apoyan la continuidad del crecimiento, son recursos para preservar la vida. Y en su función negativa o limitante, limitan el crecimiento.

Dichos mecanismos cuando son prevalentes o predominantes, marcan estilos de contacto. Cada estilo de contacto entraña aspectos psicológicos, que se definen como: formas de pensar (aspecto cognitivo), sentir (aspecto afectivo emocional), y actuar (aspecto conductual). Constituyen pensamientos, sentimientos y actitudes predominantes, más frecuentes en la vida de la persona.

Los bloqueos o mecanismos de auto-interrupción que se hallan dentro de las fases del ciclo son: Desensibilización, Proyección, Introyección, Retroflexión, Deflexión, Confluencia, Fijación, Egotismo y Retención.

1. *Desensibilización*: Ubicada en la fase de Sensación. Proceso mediante el cual la persona bloquea su sensibilidad a las sensaciones o sentimientos que puedan provenir tanto de la percepción del medio externo como del interno (Salama, 2001). La persona no siente o distorsiona lo que siente. Este mecanismo permite no prestar atención a las sensaciones correspondientes a una necesidad sin resolver que es inaceptable para la persona.

Aspecto positivo: Permite enfrentar una situación traumática de diferentes maneras: desconectarse del problema, entrar en shock o dormirse. Permite enfrentar los preparativos de una situación difícil, mantener la calma en una situación de emergencia. Según Salama (2002), permite buscar autoapoyo.

Aspecto limitante: Cuando convierte a la persona en retraída y la lleva al aislamiento. El límite del yo es tan impermeable que la persona pierde conexión con los otros y no se da cuenta de la importancia que los demás tienen para el sí mismo (Yontef, 1995).

Cuando la persona piensa que siente pero no siente (Perls). Según Salama (2002), impide la sensación.

2. *Proyección*: Ubicada en la fase Formación de la Figura o Darse Cuenta. Atribuir a otras personas actitudes, pensamientos, emociones, creencias o situaciones que le son propias, por lo cual no asume responsabilidad sobre sus actos, pensamientos o emociones. Implica una renuncia a éstos.

Aspecto positivo: Permite la creatividad. Por ejemplo: realización de tarea artística, elaboración de una teoría, planificación de algo, elaborar proyectos a futuro. Poder permanecer en estado de alerta (Salama, 2002), identificarse con personajes externos o con algún suceso (Salama, 2001) y retornar a la realidad sin dificultad.

Aspecto limitante: La persona se pierde o aliena una parte de sí atribuyéndola al afuera, al entorno. Las proyecciones “vacían” a la persona. Confundir al Yo con el no Yo (Salama, 2002).

3. *Introyección*: Ubicada en la fase de Movilización de la Energía. Mecanismo por el cual se toma algo que pertenece al medio y se introduce en el ser.

Aspecto positivo: Permite alimentarse en el plano físico, emocional, psicológico y espiritual. Al comer, leer, escuchar una charla, informarse, contactar con otros, se introduce material nuevo y se asimila. Por ejemplo el aprender un idioma que permite la comunicación con otros. También permite recibir cariño y afecto.

Cuando las normas internalizadas concuerdan con el sistema de valores de la persona (Salama, 2001). Es sintónico con el Yo.

Aspecto limitante: Es cuando se introduce algo pero no se digiere ni asimila. Se incorporan prototipos, actitudes, creencias y formas de acción y de pensamiento que no pertenecen al individuo y que no se digieren o asimilan lo suficiente como para hacerlos propios (Perls, 1976). Eso permanece ajeno y disminuye la conciencia y la libertad. Ejemplo: Mandatos sociales y parentales, prejuicios. Muchas veces entran en conflicto con impulsos y necesidades y generan conflicto intrapsíquico (Spangenberg, 2006). Distónico con el Yo (Salama, 2002).

Los introyectos ocupan espacio en la persona.

4. *Retroflexión*: Ubicado en la fase de la Acción. Mecanismo por el cual la persona se hace a sí misma lo que le gustaría hacerles a otros. O en la otra modalidad, se hace a sí misma lo que le gustaría que los demás le hicieran. La energía de la acción hacia el medio se vuelve hacia sí mismo. Está en relación con la energía agresiva.

Aspecto positivo: Permite la capacidad de autoobservación, de autoanálisis, capacidad de ser consciente de uno mismo y poder postergar las necesidades y deseos en función de los demás. Capacidad de espera según Salama (2002).

Aspecto limitante: Impide encauzar y expresar los sentimientos hacia el mundo y pedir lo que se necesita y se desea. Es autoagresión (Salama, 2002).

5. *Deflexión*: Ubicado en la fase de Precontacto. El acto por el cual se impide el contacto con experiencias: relaciones, sentimientos, demandas, necesidades, tanto provenientes del medio externo como del interno. Es el mecanismo evitativo por excelencia.

Aspecto positivo: Permite la capacidad de dejar de lado información para poder centrarse en otro asunto de mayor interés o de más urgencia. Hace posible conservar relaciones (Salama, 2002).

Aspecto limitante: Es la imposibilidad de estar presentes en contacto con lo que está sucediendo en el aquí y ahora. No hacer lo que se necesita. No enfrentar lo que debe ser enfrentado. Evitar la situación (Salama, 2002).

6. *Confluencia*: Ubicado en la fase de Contacto. Es el acto mediante el cual se diluye las fronteras o límites de la persona y se funde con los límites del otro o del medio. Hace imposible un ritmo sano de contacto y retraimiento e impide el contacto verdadero. Se hace para buscar aceptación y /o reconocimiento y evitar responsabilizarse de la acción a efectuar.

Aspecto positivo: Permite sentirse parte de un grupo, de una familia, de una organización, de la Naturaleza. Capacidad para socializar (Salama, 2002). Capacidad de amar. Capacidad de fluir con una situación y entregarse, fundirse en un abrazo, permitirse estar confundido luego de una intensa experiencia emocional.

Aspecto limitante: Diluir la integridad y perderse en el ambiente. Modo de evitar los conflictos, las responsabilidades, la intensidad en las relaciones, la manifestación de la unicidad. Confundir al Yo con los otros (Salama, 2002).

7. *Fijación*: (Salama, 2001). Ubicado en la fase de Postcontacto o Cierre. Mecanismo por el cual la se queda aferrado o anclado a una persona, experiencia o situación que ya ha pasado. Puede ser experiencias positivas o negativas.

Aspecto positivo: Permite recordar para resolver, aprender de una situación desagradable para evitar que vuelva a ocurrir; permite conservar una experiencia placentera hasta que se pierda el interés.

Aspecto limitante: Quedarse fijado en situaciones trucas, en una experiencia que se queda rondando y molestando. Recordar y quejarse (Salama, 2002). Anclarse en el pasado con el propósito de no enfrentarse al momento presente y correr riesgos. Es una forma de no comprometerse; no se continúa el proceso de crecimiento.

8. *Egotismo*: Mecanismo originalmente descrito por Paul Goodman. Ubicado entre fase de Cierre y Retirada de acuerdo a la característica de mantener el control y por eso es un bloqueo en esta fase de relajación.

Es la “*capacidad de sostener la identidad frente a las circunstancias de nuestra vida*” (Spangenberg, 2006). La rigidez de los límites o frontera de la identidad, impide que la persona se afloje, se relaje, lo que bloquea la retirada. A su vez, esto dificulta o impide la digestión de la experiencia vivida. La persona tiene dificultad para soltar el control, por tanto, no puede retirarse para digerir la experiencia y aprender de ella.

En su aspecto positivo: es la habilidad para la autoafirmación y el mantenimiento de la autoestima en virtud de la preferencia por el ego (sufijo ismo significa actitud, tendencia o cualidad).

En su aspecto limitante: es la incapacidad para reconocer las limitaciones y errores, individualismo e imposibilidad de percibir a los otros como seres independientes y no como extensiones de sus necesidades (Spangenberg, 2006).

9. *Retención*: (llamado por Salama H. *Postergación*). Ubicado en la fase de Reposo. Mecanismo por el cual la persona pretende mantenerse en una situación de forma de no llegar al final. Así impide la continuidad natural de cada momento y evita el proceso de asimilación de la experiencia y por tanto impide el reposo.

Aspecto positivo: Saber posponer. Poder dejar algo para más adelante hasta estar más preparados para enfrentarlo y resolverlo. Poder retener o sostener una situación o experiencia hasta el final, hasta cerrar.

Aspecto limitante: Evita concluir. No saber retirarse de algo que está concluido, quedarse estancado en eso tratando o forzando sacar algo más de una situación terminada o agotada. No poder cerrar la Gestalt, el ciclo de la experiencia.

## **CAPÍTULO 3**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS**

En este capítulo se presenta el planteamiento del problema de investigación y las preguntas iniciales del estudio. A continuación se definen los objetivos, general y específicos y se formula la hipótesis.

#### **3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

Hoy desde múltiples enfoques (Gestalt, Teoría integrativa, Psiconeuroinmunoendocrinología) se comparte el saber de que para poder comprender al ser humano y lo que le acontece, como los procesos de salud y enfermedad, se integran elementos de todas las dimensiones que lo constituyen. La persona es una totalidad que se expresa en sus diferentes dimensiones: biológica, cognitiva, psicoemocional, social y espiritual.

La piel es un órgano que reacciona con diversos grados de intensidad a las distintas emociones como miedo, vergüenza, ansiedad, ira y otras. Es un órgano de comunicación y expresión de emociones. Lo es desde los comienzos de la vida del individuo. Las experiencias físicas iniciales del recién nacido son olfativas, gustativas, luego visuales, auditivas y posteriormente táctiles. El tacto es uno de los sentidos que se utiliza para reconocer el mundo circundante a través del contacto con la figura materna o su sustituto. Lo fundamental de este contacto es la vivencia de límite del propio cuerpo en contacto con el cuerpo del otro ser.

Esas primeras experiencias de interacción con la madre o la persona que cumpla su función establecidas a través de la piel, son indispensables para lograr un adecuado desarrollo orgánico y emocional. De ahí que la piel tiene importancia en la función psíquica. Continúa desempeñando este rol primordial de órgano de comunicación

durante toda la vida. Constituye el yo visible, es lo que se ve y se muestra en toda interacción social.

Los factores psicológicos pueden contribuir a producir múltiples alteraciones dermatológicas como: Acné, Alopecia Areata, Dermatitis atópica, Dermatitis seborreica, Hiperidrosis, Liquen simple o plano, Prurito generalizado, Psoriasis, Rosácea, Urticaria, entre otras afecciones.

Los trastornos psicodermatológicos son una gama muy variada y compleja de enfermedades. En las entrevistas con referentes en la temática y según el material encontrado en las búsquedas bibliográficas, se supo que no se cuenta con datos precisos acerca de la prevalencia de cada una de las enfermedades dermatológicas en nuestro medio, ya que no hay estudios estadísticos realizados. Tampoco trabajos publicados de investigaciones locales.

Se sabe que 2.255 uruguayos son diagnosticados por año de cáncer de piel. En el contexto de América Latina Uruguay es el país que tiene mayor incidencia de tumores de piel (Basso, J., Martínez, M., 2017). Pero más allá de esta información no hay datos epidemiológicos para cada una de las enfermedades psicodermatológicas en Uruguay.

Se elige la enfermedad Rosácea, ya que faltan estudios que aborden la relación entre mecanismos psicológicos y la manifestación de esta enfermedad en particular. A nivel mundial son escasas las publicaciones sobre su epidemiología y particularmente en Latinoamérica. En la clasificación de los trastornos psicodermatológicos la Rosácea se encuentra dentro de los trastornos psicofisiológicos, aquellos en los que el curso de la enfermedad se ve afectado por el estado psicológico de la persona. Estos trastornos se precipitan o exacerban por el estrés, ansiedad u otros factores emocionales.

Lo que se pretende identificar son los aspectos y mecanismos psicológicos desde el enfoque Gestalt en pacientes adultos jóvenes con diagnóstico de Rosácea.

En base a la clasificación de los grupos etarios según la OMS, adultez joven va de los 18 a 40 años de edad.

### **3.1.1. Formulación del problema**

Se parte de las siguientes preguntas subsidiarias, reflejando los aspectos desconocidos que marcan el inicio de la investigación.

- ¿Cómo se relacionan los mecanismos de bloqueo, que son los que interrumpen las distintas fases del ciclo de la energía, y las personas con Rosácea?
- ¿Qué relación hay entre las personas que han desarrollado esta enfermedad y la mantienen, y los distintos mecanismos de bloqueo de la energía?
- ¿Qué tipo de relación existe entre esta enfermedad de la piel y las características del carácter?

### **3.2. OBJETIVO GENERAL**

Distinguir los mecanismos psicológicos de interrupción o de bloqueo del ciclo de la experiencia y aspectos psicológicos relacionados presentes en las personas adultos jóvenes diagnosticados de Rosácea, atendidos en el servicio de Dermatología del Hospital de Clínicas y de la Asociación Española de Socorros Mutuos.

### **3.3. OBJETIVO ESPECÍFICO**

Identificar si existen mecanismos psicológicos de interrupción o de bloqueo propios en adultos jóvenes con dicho diagnóstico.

Estimar si determinados mecanismos y aspectos psicológicos, es decir, necesidades, temores, valores, actitudes y emociones, están relacionados a la enfermedad Rosácea.

### **3.4. HIPÓTESIS**

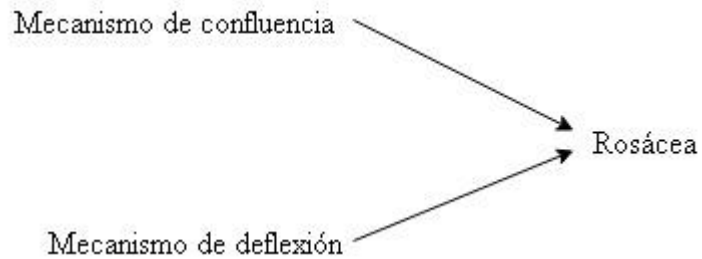
En las personas adultas jóvenes con diagnóstico de Rosácea están presentes los mecanismos de deflexión y confluencia en sus categorías de disfuncional o de bloqueo.

Justificación: Si bien todos los mecanismos de auto interrupción sirven para evitar el contacto con el satisfactor y el cierre de la experiencia, los anteriormente nombrados son por definición los que exclusivamente se relacionan con el contacto y los límites.



Sea tanto por la evitación del contacto, como por la anulación o no reconocimiento de la frontera.

Los mecanismos de deflexión y de confluencia, y la enfermedad Rosácea en las personas con este diagnóstico médico adquieren una relación correlacional.



Esta investigación deja abierta la posibilidad de hallazgos significativos no previstos en esta hipótesis.

## **CAPÍTULO 4**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

Este capítulo tiene el objetivo de describir el diseño metodológico elegido para llevar adelante el estudio. Para esto se explicitarán el tipo de estudio, el instrumento utilizado, las variables, así como los participantes, el procedimiento llevado a cabo y el marco institucional.

#### **4.1. TIPO DE ESTUDIO**

Se ha diseñado un estudio de tipo cuantitativo que de acuerdo a la estrategia es experimental. Se hizo una única medición del fenómeno para ambos grupos, el identificado y el control, recolectando los datos de la realidad con la encuesta que es un experimento (Samaja, J., 2007).

De acuerdo a la recogida de datos, es un estudio seccional o transversal, que caracteriza el fenómeno en el momento particular, ya que hace un corte en la realidad, una única toma de la recogida de datos.

En función del objetivo de la investigación es correlacional, dado que se correlacionan variables, al medir el sentido de asociación de las mismas, lo que aporta un valor explicativo parcial.

#### **4.2. EL INSTRUMENTO**

El instrumento utilizado fue el Test de Psicodiagnóstico Gestalt (TPG), de Héctor Salama (1991). Esta escala evalúa los mecanismos del Ciclo de la Experiencia y funcionamiento del individuo desde el enfoque Gestalt. Está dirigido a la investigación de las actitudes repetitivas de la persona con respecto a un tema concreto de su vida.

En este estudio se pidió a cada participante que respondiera cada afirmación, pensando específicamente en su actitud más frecuente en la relación con las demás personas. La fundamentación de esto radica en que el propio test tiene la función de medir las respuestas en cuanto a lo que deseamos explorar en el aquí y ahora. La elección de la “actitud más frecuente en la relación con las demás personas” radica en que es en el ámbito vincular y de relaciones donde se expresan los mecanismos psicológicos y bloqueos.

Consta de 40 reactivos con respuestas si/no, y evalúa el grado de bloqueo de las fases del ciclo de la energía en cuatro categorías: desbloqueado, funcional, ambivalencia, disfuncional y bloqueado.

La prueba fue validada en México, donde se concluyen los criterios de aplicación correspondientes. El grado de exactitud se valoró con el índice Kappa, encontrándose un índice del 92 %. El test muestra además los siguientes porcentajes: sensibilidad 78.7 %, especificidad 91 %, confiabilidad 93 % y exactitud 93 % (Salama, H., 2002, p. 148). Fue confrontado con otros instrumentos psicométricos: Tennessi, Idare, Williams, Minnessota y Rogers. Asimismo ha sido utilizado en otras investigaciones; entre las cuales, para citar dos, se encuentran “Autorregulación orgánica en hombres que ejercen violencia doméstica” (Salazar Valadez , R. E., 2011) y “Uso del Test de Psicodiagnóstico Gestalt (TPG) de Salama por el Coach para ubicar el bloqueo psicológico del emprendedor ” (Hernández Valbuena, M. E., 2017).

El tiempo promedio de aplicación oscila entre los 15 y 20 minutos, y cualquier test que sea respondido en un tiempo superior o inferior, debe ser anulado, pudiéndose aplicar en otro momento con un espacio temporal de 24 horas como mínimo. Se ha observado que al aplicar el re-test el tiempo de resolución puede disminuir a 10 minutos sin que por ello sea necesario invalidarlo.

No puede ser aplicado a personas que atraviesan por situaciones de crisis (duelo, traumas, intentos suicidas, etc.), dado que presentan dificultades para estar en el momento presente, dificultad en contestar a los reactivos, presentando ambivalencia, disfuncionalidad y bloqueos.

Fue usado en la forma de autoaplicación, autoadministrado en consultorio en presencia del investigador.

### **4.3. VARIABLES**

Las variables estudiadas son los mecanismos de interrupción o bloqueo, descritos en capítulo Marco teórico: Desensibilización, Proyección, Introyección, Retroflexión, Deflexión, Confluencia, Fijación y Retención.

Cada variable mecanismo se descompone o se describe, desde su funcionamiento en 5 niveles o categorías: Desbloqueado, Funcional, Ambivalencia, Disfuncional y Bloqueado.

Desbloqueado: Fase sin bloqueo. La energía fluye de manera natural hacia la resolución de la necesidad.

Funcional: Bloqueo parcial. La energía aún está disponible para el cambio en dicha fase.

Ambivalencia: Energía atrapada entre dos fuerzas opuestas y de igual intensidad.

Disfuncional: La fase bloqueada adquiere menor fuerza a expensas de la energía que se consume y la continuidad del flujo disminuye al mínimo.

Bloqueado: El fluir de la energía está detenido totalmente y el cambio es nulo hasta que se desbloquea (Salama, H. 1991).

El carácter transversal del estudio hace que las relaciones entre las variables deban ser interpretadas no adjudicándoles un sentido de causalidad entre ellas, sino únicamente considerando un sentido de asociación.

### **4.4. PARTICIPANTES**

La población o universo fueron personas adultos jóvenes, de 18 a 40 años según la OMS, con diagnóstico de Rosácea realizado por dermatólogo, que se atendieron en el servicio de Dermatología del Hospital de Clínicas de Montevideo y en la Asociación Española. Todas las personas eran alfabetizadas y estuvieron dispuestas a colaborar libre y voluntariamente.

Se detallan los criterios utilizados para el grupo identificado:

Criterios de inclusión:

- Edad: 18 a 40 años.
- Diagnóstico: Rosácea.
- Atención en Dermatología del Hospital de Clínicas y Asociación Española.
- Alfabetizados.
- Decisión de participar libre y voluntaria.

Criterios de exclusión:

- Oponerse a colaborar voluntariamente en la investigación.
- Estar atravesando psicopatologías graves, diagnóstico de Psicosis, Depresión mayor, etc.
- Mostrar alteraciones del juicio de realidad.
- Tener cansancio físico al momento de realización de la prueba.
- Estar atravesando situación de crisis (duelo, trauma, etc.) durante el presente año.
- Tener diagnóstico de otras enfermedades: trastornos fisiológicos, patologías físicas sistémicas u otras enfermedades de piel.

Este último criterio se cumplió, salvo la flexibilidad ante la presencia de hipotiroidismo en 4 personas.

El Hipotiroidismo es una enfermedad relacionada con las patologías de piel que consiste en la presencia de niveles insuficientes de hormona tiroidea circulante y es más frecuente en mujeres comprendidas en edades entre 25 y 50 años. Al igual que la mayoría de las patologías sistémicas, se expresa de múltiples formas a través de la piel y sus anexos (Gómez Zanni, M. S., Campara, R., et al, 2008). En la última década se considera a la piel como órgano neuroendócrino (Cuéllar, I. C.). Si bien en estos dos trabajos no se menciona una asociación directa entre hipotiroidismo y rosácea, ambos coinciden en afirmar que cualquier cambio en los niveles hormonales puede tener una repercusión directa en el comportamiento cutáneo.

Fueron excepción también un caso de obesidad, dos de dermatitis y uno de bocio, afecciones presentes en estos casos en particular.

Criterios de eliminación:

- Personas que no completaran la totalidad del cuestionario.
- Personas que hicieran modificaciones o distorsiones de los enunciados del cuestionario presentado y/o tachaduras en las respuestas.
- Personas que dieran respuestas Verdadero y Falso para la misma afirmación.
- Tiempo de resolución menor a 10 y mayor a 20 minutos. El tiempo promedio de aplicación de la prueba es entre 15 y 20 minutos.
- Personas que durante el tiempo de responder a los reactivos manifestara estar atravesando por situación de crisis, sin haberlo mencionado antes.
- Personas con indicios de Rosácea no diagnosticada. La no confirmación del diagnóstico de Rosácea por la Prof. Dra. Dermatóloga del Hospital de Clínicas, aunque la persona viniera con ese diagnóstico previo recibido.

Cabe aclarar la gran dificultad de captación de las personas con rosácea cumpliendo con exactitud los estrictos criterios de exclusión desde un comienzo.

Se trató de una muestra no probabilística. El tamaño muestral final dependió de dos factores. Uno el tiempo cronológico de acuerdo a la fecha de entrega de tesis, aún con la prórroga concedida. Dos, de acuerdo a cálculos previos realizados de simulaciones por el Prof. Agdo. Dr. D. Bía (PhD, Departamento de Fisiología Facultad de Medicina, Universidad de la República) se consideró que al contar con un número de personas totales (Rosácea más controles) entre 18 y 44 se podía comparar los valores medios de ambos grupos y llegar a conclusiones estadísticamente sustentables.

Los participantes del grupo control, para comparar el comportamiento de las variables, fueron personas dadores de sangre, potencialmente sanas, del mismo grupo etario, que asistieron por donación al Hospital de Clínicas.

Se detallan los criterios utilizados para el grupo control:

Criterios de inclusión:

- Donantes de sangre.
- Edad: 18 a 40 años.
- Atendidos en servicio de de Hemoterapia y Medicina Transfusional del Hospital de Clínicas

- Alfabetizados.
- Decisión de participar libre y voluntaria.

Criterios de exclusión:

- Negarse a colaborar en la investigación.
- Tener diagnóstico psiquiátrico o psicológico presente.
- Mostrar alteraciones del juicio de realidad.
- Estar atravesando situación de crisis (duelo, trauma, etc.) durante el presente año.
- Tener cansancio físico al momento de realización de la prueba.

Criterios de eliminación:

- Personas que no completaran la totalidad del cuestionario.
- Personas que hicieran modificaciones o distorsiones de los enunciados del cuestionario presentado y/o tachaduras en las respuestas.
- Personas que dieran respuestas Verdadero y Falso para la misma afirmación.
- Personas con indicios de Rosácea no diagnosticada.
- Tiempo de resolución menor a 10 y mayor a 20 minutos. El tiempo promedio de aplicación de la prueba es entre 15 y 20 minutos. Al presentarse múltiples casos de resolución en menos de 15 minutos y la observación de la conducta de estas personas fue de estar atentas, concentradas, reflexivas y comprometidas en dar su mejor respuesta, se decidió flexibilizar este criterio y dar como válidas esas pruebas.

#### **4.5. FASES DE LA INVESTIGACIÓN (O PROCEDIMIENTO)**

Se contactó al Prof. Dr. I. Rodríguez, director de cátedra de Hemoterapia y Medicina Transfusional del Hospital de Clínicas para obtener permiso para la toma de pruebas a los donantes de sangre. La toma de pruebas del grupo control se realizó durante los meses de Mayo y Junio de 2015.

Al tiempo de diseñar el proyecto de investigación se entabló contacto con el Prof. Martínez, director de cátedra de Dermatología del mismo Hospital, solicitando el

permiso para realizar el estudio en el departamento. Se contactó a la Profesora Agda. S. Alé para la organización de la forma de contacto, citación y toma de las pruebas a las personas identificadas en el servicio.

Se realizaron contactos con médicos dermatólogos dentro del equipo de Dermatología del Hospital de Clínicas, los que pudieron ver a las personas participantes, cuando la Dra. Alé no podía. La recolección de datos se tornó lenta y muy dificultosa. Se contactaron personas que fueron atendidas y diagnosticadas tanto en Dermatología como en Cosmetología del Hospital para ampliar la fuente. No se recibieron nuevas personas atendidas en Dermatología durante el tiempo presente de las tomas, es decir, no fue referida ninguna persona con rosácea que se estuviera atendiendo en 2015/2016. Por tal motivo, se realizaron contactos nuevos, por otros medios para captación de personas con el diagnóstico. Fue así que Coordinadora de Psicólogos envió llamado a todos sus socios, 2000 psicólogos. Se contactó personas por boca a boca y así se captaron más participantes. Al haber pasado el tiempo y en avance lento, se presentó el proyecto en el mes de Abril a Dirección Técnica de la Asociación Española, previo contacto con la Dra. Jefa de Dermatología de la Institución, Dra. A. Yusín. El proyecto se aprobó en Junio de 2016 y así, con el permiso de ingreso, se comenzó la captación de personas en el servicio. La toma de datos finalizó en Diciembre 2016.

En Hemoterapia se hicieron 55 tomas del TPG. De este grupo, se extrajeron 49 pruebas válidas para la muestra de los controles; 25 sexo femenino y 24 sexo masculino. Del grupo identificado el total de pruebas tomadas fueron exclusivamente 20; de las cuales 13 participantes fueron vistos en Dermatología del Hospital de Clínicas, incluidos 6 pacientes del Hospital y 7 provenientes de los contactos externos realizados. Los otros 7 fueron personas atendidas en la Asociación Española. El total fueron 20, de sexo femenino.

A cada una de las personas se le explicó el marco general del estudio, el objetivo, riesgos y beneficios. Se les aclaró las condiciones de participación, libre y voluntaria y con su consentimiento informado.

#### **4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

La codificación y procesamiento de los datos se realizó con el SPSS 20.



En cuanto al análisis estadístico, éste fue de tipo descriptivo.

Los datos se presentan con frecuencias absolutas y porcentuales para variables cualitativas y con medidas de resumen para variables cuantitativas. Para el análisis bivariado se aplicó test de comparación de proporciones (Z) y test de chi cuadrado, considerando significativos valores p inferiores al 5%. El análisis se realizó en el programa Epidat 3.1, y PSPP para windows.

#### **4.7. MARCO INSTITUCIONAL**

Se realizaron los contactos y las gestiones necesarias en el transcurrir de los meses, descritas anteriormente.

El Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela es el Hospital Universitario que funciona además como hospital general de adultos y es una institución de referencia general en su área. No está integrado al Sistema Nacional de Salud mientras que la Asociación Española de Socorros Mutuos sí.

Si bien se vieron personas con rosácea tanto del ámbito hospitalario como del privado, las personas potencialmente sanas, dadores de sangre, fueron sólo del hospital universitario. Las características de la población en una institución y en otra en su conjunto, no difirieron. Se sabe que hay un perfil de personalidad con características predominantes en los donantes de sangre, más allá de las instituciones particulares en que lo hagan.

La donación voluntaria de sangre es imprescindible en el ámbito sanitario debido a que es imposible la fabricación de sangre en laboratorio. No es un medicamento que se pueda adquirir en farmacia, sino que proviene de personas. Por lo cual el acto voluntario de donación de sangre es una necesidad social. Es una actividad relacionada con los valores de la sociedad. En Uruguay se dona sangre de forma libre y voluntaria. Se realizan campañas de donación para lograr mayor concientización de la necesidad de donación y de captar así mayor número de donantes. La persona dona sin ningún tipo de presión. También donan por reposición, es decir en el caso de tener un familiar, amigo o conocido que necesita una transfusión o va a ser intervenido quirúrgicamente.

La donación de sangre se relaciona al altruismo y a la benevolencia.

Según Jiménez Hernández (2000, citado en Beerli Palacio, A., Santana, M. J. D., Fernández Monroy, M.), la motivación altruista en la donación de sangre se tiende a considerar como la disposición de ayudar a los otros de forma desinteresada y la consideración del acto en sí como un acto intrínsecamente valioso, cuestión de solidaridad humana. La benevolencia se refiere a la “simpatía y buena voluntad hacia las personas” (RAE)

La OPS (2009 citado en Baptista González H., 2009) insta a que se promueva el desarrollo de los programas nacionales de sangre y servicios de transfusión, con base en la donación voluntaria, altruista y repetida de sangre como uno de los indicadores del desarrollo humano de la población y en la garantía de la calidad.

El donador de sangre de primera vez puede recurrir a motivaciones derivadas de sus características prosociales primarias: altruismo, empatía y responsabilidad social (Steele WR, Schreiber GB, Gultinan A, Nass C, Glynn SA, Wright DJ, et al 2008 citado en Baptista González H., 2009). También se sabe que la donación de sangre no está motivada solamente por puro altruismo, pero esto no implica que el acto de donación sea egoísta. De hecho, en el altruismo impuro (o benevolencia), las personas donan para beneficiar a otros y al mismo tiempo, obtener calidez o destacarse emocionalmente, y esto fue un predictor de la intención de donación de sangre (Andreoni J., 1990, Ferguson E, Atsma F, de Kort W, et al, 2011, Ferguson E, Taylor M, Keatley D, et al, 2012, Ferguson E, Farrell K, Lawrence C, 2008, citado en R. Evans & E. Ferguson, 2014).

#### **4.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La investigación se apoyó en las normas internacionales de acuerdo a la Declaración de Helsinsky de la Asociación Médica Mundial (AMM) sobre los principios éticos para las investigaciones en seres humanos (64<sup>a</sup> Asamblea General, Fortaleza; Brasil, Octubre, 2013). Y en concordancia con el Decreto N° 379/008, ley de investigación en seres humanos, Ley N° 18.331 de Protección de Datos Personales y acción de “Habeas Data”, Montevideo, 14 de Agosto 2008.

Acorde a la convención y la ley mencionada, a cada participante se le explicó la información completa, se le solicitó la lectura de la hoja de información acerca del

estudio a realizar, y se obtuvo la libre aceptación de su consentimiento informado para la toma de los datos.

Por otro lado, la base de datos no incluyó ningún dato que pueda identificar a los participantes, además de sólo estar disponible para el maestreando y los tutores. También, el responsable de la investigación separó la autorización y nombre de los participantes de la evaluación de las pruebas, de modo de garantizar la reserva de su identidad.

El desarrollo de la investigación se enmarcó en las normas éticas de la Facultad de Medicina y Psicología, y en las definidas por el Código de Ética del Psicólogo.

Si llegara algún entrevistado eventualmente a precisar atención a raíz del contacto con la técnica, sería orientado en la búsqueda de asistencia en los distintos servicios psicológicos disponibles de las Facultades relacionadas a la investigación. Ninguno de los participantes se contactó con el Investigador para manifestar algún tipo de malestar o afectación debido a la prueba. Por el contrario, la mayoría expresó sentimientos y experiencia positiva al haber tenido que reflexionar y concientizar para contestar el test psicológico.

## CAPÍTULO 5

### RESULTADOS

En el presente capítulo se presentarán los resultados obtenidos en el estudio, los resultados para el objetivo específico planteado. Se interpretarán y analizarán los resultados obtenidos. Así también, se analizarán las limitaciones del trabajo.

#### 5.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

##### Del grupo identificado

##### Tabla 2

*Número de casos del grupo identificado*

Se muestra el número de casos de personas con Rosácea para cada mecanismo.

	POSTERGACION	DESENSIBILIZACION	PROYECCION	INTROYECCION	RETROFLACION	DEFLEXION	CONFLUENCIA	FIJACION
N	Válido	20	20	20	20	20	20	20
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0

**Tabla 3***Resumen de procesamiento de casos. Descriptivo estadístico de la media de edad.*

		Descriptivos	
		Estadístico	Error estándar
	Media	33,45	1,346
EDAD	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	30,63
		Límite superior	36,27
	Media recortada al 5%	33,78	
	Mediana	35,50	
	Varianza	36,261	
	Desviación estándar	6,022	
	Mínimo	21	
	Máximo	40	
	Rango	19	
	Rango intercuartil	11	
	Asimetría	-686	512
	Curtosis	-826	992

Como se observa en los datos, la totalidad de los casos son válidos y hay cero casos perdidos. La media de edad es de 33,45 años.

**Tabla 4***Datos socio demográficos del grupo identificado*

Se muestran las variables socio demográficas que caracterizan al grupo identificado: sexo, nivel educativo, estado civil, actividad laboral, integración familiar, hijos y etapa del ciclo vital de los hijos.

	SEXO	NIVEL EDUCATIVO	ESTADO CIVIL	ACTIVIDAD LABORAL	INTEGRACION FAMILIAR	HIJOS	ETAPA HIJOS
Válido	20	20	20	20	20	20	20
N Perdidos	0	0	0	0	0	0	0

**Tabla 5***Frecuencia según sexo*

Se muestra el número de personas y el porcentaje del grupo identificado para la variable sexo.

		SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEM	20	100,0	100,0	100,0

**Tabla 6***Frecuencia según Nivel educativo*

Se muestra el número de personas y el porcentaje del grupo identificado para la variable nivel educativo.

NIVEL EDUCATIVO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2_SECUNDARIA Y 3_UNIVERSIDAD	1	5,0	5,0	5,0
UNIV	9	45,0	45,0	50,0
3_UNIV Y 4_UTU	2	10,0	10,0	60,0
3_UNIV Y 5_OTROS	4	20,0	20,0	80,0
UTU	3	15,0	15,0	95,0
OTROS	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

**Tabla 7***Frecuencia según Estado civil*

Se muestra el número de personas y el porcentaje del grupo identificado para la variable estado civil.

ESTADO CIVIL				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SOLTERO	13	65,0	65,0
	CASADO	6	30,0	95,0
	CONVIVIENTE	1	5,0	100,0
	Total	20	100,0	

**Tabla 8***Frecuencia según actividad laboral*

Se muestra el número de personas y el porcentaje del grupo identificado para la variable actividad laboral.

ACTIVIDAD LABORAL					
		Frecuenc	Porcenta	Porcentaj	Porcentaj
		ia	je	e válido	e
					acumulad
					o
	NO TRABAJA	2	10,0	10,0	10,0
	EMPLEADO	8	40,0	40,0	50,0
	1_ EMPLEADO y 3_PROF.	1	5,0	5,0	55,0
Válido	INDEPENDIENTE	5	25,0	25,0	80,0
	PROFESIONAL DEPENDIENTE	4	20,0	20,0	100,0
	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	4	20,0	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	



**Tabla 9***Frecuencia según integración familiar*

Se muestra el número de personas y el porcentaje del grupo identificado para la variable integración familiar.

INTEGRACION FAMILIAR					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SOLO	2	10,0	10,0	10,0
	PAREJA	4	20,0	20,0	30,0
	HIJOS	1	5,0	5,0	35,0
	3_ HIJOS y 6_PROGENITORES	3	15,0	15,0	50,0
	PAREJA E HIJOS	3	15,0	15,0	65,0
	PAREJA HIJOS Y OTROS	1	5,0	5,0	70,0
	PROGENITORES	2	10,0	10,0	80,0
	6_ PROGENITORES y 7_OTROS	3	15,0	15,0	95,0
	OTROS	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

**Tabla 10***Frecuencia según hijos*

Se muestra el número de personas y el porcentaje del grupo identificado para la variable hijos.

HIJOS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	8	40,0	40,0	40,0
	NO	12	60,0	60,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

**Tabla 11***Frecuencia según etapa del ciclo vital de los hijos*

Se muestra el número de personas y el porcentaje del grupo identificado para la variable etapa del ciclo vital de los hijos.

		ETAPA HIJOS			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		12	60,0	60,0	60,0
	3_NIÑOS	7	35,0	35,0	95,0
	4_ADOLESCENTES	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Las variables que caracterizan a los integrantes de la muestra son: sexo, nivel educativo, estado civil, actividad laboral, integración familiar e hijos. Las veinte (20) personas son todas del sexo Femenino.

En cuanto al nivel educativo son dieciséis (16) personas con estudios universitarios, tres (3) con UTU y una (1) con otros estudios. En la tabla de frecuencias aparecen desglosados en “2-3” que es secundaria y universidad, “univ” que es estudios universitarios, “3-4” que es universidad y UTU, “3-5” que es universidad y otros, y “otros” que es otros estudios. En estudios universitarios se incluyen tanto estudios finalizados, no finalizados como en curso. Predomina este nivel educativo.

Dentro de estado Civil hay trece (13) personas solteras (65 %), seis (6) casadas (30 %) y una (1) conviviente (5 %). Para la Actividad laboral, hay dos (2) que no trabajan (10%), ocho (8) empleados (40%), un (1) empleado y profesional independiente (5%), cinco (5) profesionales dependiente (25%) y cuatro (4) profesionales independientes solamente (20%). Para la Integración familiar aparecen dos (2) personas que viven solas (10%), cuatro (4) que viven en pareja (20%), una (1) con los hijos (5%), tres (3) con los hijos y progenitores (15%), tres (3) que viven con la pareja e hijos (15%), una (1) con la pareja, hijos y otros (5%), dos (2) con los progenitores (10%), tres (3) con los progenitores y otros (15%) y una (1) con otros (5%).

Hay ocho (8) personas con hijos (40%) y doce (12) sin hijos (60%). Hay siete (7) personas con hijos niños (35%) y una (1) con hijos adolescentes (5%).

En síntesis, el grupo de personas con Rosácea se caracteriza por ser todas mujeres, con predominio de estudios universitarios, con el sesenta y cinco por ciento (65%) de personas solteras, cuarenta por ciento (40%) empleadas, el veinte por ciento (20%) vive en pareja y el sesenta por ciento (60%) sin hijos.

**Tabla 12**

*Frecuencia de personas según el centro de salud*

Se muestra el número de personas y el porcentaje respectivo del grupo identificado atendidas en el Hospital de Clínicas y en la Asociación Española.

		CENTRO SALUD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	HOSPITAL CLINICAS	13	65,0	65,0	65,0
	ASOCIACIÓN ESPAÑOLA	7	35,0	35,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

**Tabla 13**

*Frecuencia de los subtipos de Rosácea*

Se muestra el número de personas y el porcentaje respectivo del grupo identificado para cada subtipo de Rosácea.

		SUBTIPO ROSACEA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ERITEMATO-TALANGIECTASICA	12	60,0	60,0	60,0
	PAPULO-POSTULAR	7	35,0	35,0	95,0
	2_PAPULO POSTULAR y 4_OCULAR	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

**Tabla 14***Frecuencia de otras enfermedades*

Se muestra el número de personas y el porcentaje respectivo del grupo identificado de la presencia de otras enfermedades.

OTRA ENFERMEDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		13	65,0	65,0	65,0
	COLESTEROL	1	5,0	5,0	70,0
	DERMATITIS MANOS	1	5,0	5,0	75,0
	HIPOTTIROIDISMO BOCIO DERM				
Válido	SEBORREICA CUERO CABELLUDO	1	5,0	5,0	80,0
	HIPOTIROIDISMO	3	15,0	15,0	95,0
	OBESIDAD	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Son trece (13) personas atendidas en el Hospital de Clínicas y siete (7) en la Asociación Española.

En cuanto a la frecuencia para los subtipos de Rosácea, Tabla 13, aparecen doce (12) personas con Rosácea Eritemato Talangiectásica, siete (7) con Pápulo postular y una (1) persona con Rosácea Pápulo postular y Ocular.

En cuanto a tener otras enfermedades, como se lee en Tabla 14, se encuentra que hay una (1) persona con colesterol, una (1) con dermatitis en manos, una (1) con hipotiroidismo, bocio y dermatitis seborreica en cuero cabelludo, tres (3) con hipotiroidismo y una (1) con obesidad. Es decir, hay siete (7) personas con Rosácea y estas otras enfermedades presentes y trece (13) personas con Rosácea y sin ninguna otra enfermedad.

A continuación se presenta la frecuencia de cada mecanismo en sus niveles de funcionamiento en el grupo identificado.

**Tabla 15***Postergación*

Se muestra el número de personas en el grupo identificado y el porcentaje correspondiente para el mecanismo Postergación en cada nivel de funcionamiento.

POSTERGACION					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	DESBLOQUEADO	4	20,0	20,0	20,0
	FUNCIONAL	6	30,0	30,0	50,0
	AMBIVALENCIA	5	25,0	25,0	75,0
Válido	DISFUNCIONAL	4	20,0	20,0	95,0
	BLOQUEADO	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

**Tabla 16***Desensibilización*

Se muestra el número de personas en el grupo identificado y el porcentaje correspondiente para el mecanismo Desensibilización en cada nivel de funcionamiento.

DESENSIBILIZACION					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	DESBLOQUEADO	15	75,0	75,0	75,0
Válido	FUNCIONAL	5	25,0	25,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

**Tabla 17***Proyección*

Se muestra el número de personas en el grupo identificado y el porcentaje correspondiente para el mecanismo Proyección en cada nivel de funcionamiento.

PROYECCION				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DESBLOQUEADO	13	65,0	65,0
	FUNCIONAL	3	15,0	80,0
	AMBIVALENCIA	4	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0

**Tabla 18***Introyección*

Se muestra el número de personas en el grupo identificado y el porcentaje correspondiente para el mecanismo Introyección en cada nivel de funcionamiento.

INTROYECCION				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DESBLOQUEADO	1	5,0	5,0
	FUNCIONAL	6	30,0	35,0
	AMBIVALENCIA	8	40,0	40,0
	DISFUNCIONAL	3	15,0	15,0
	BLOQUEADO	2	10,0	10,0
	Total	20	100,0	100,0

**Tabla 19***Retroflexión*

Se muestra el número de personas en el grupo identificado y el porcentaje correspondiente para el mecanismo Retroflexión en cada nivel de funcionamiento.

RETROFLEXION					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DESBLOQUEADO	4	20,0	20,0	20,0
	FUNCIONAL	8	40,0	40,0	60,0
	AMBIVALENCIA	2	10,0	10,0	70,0
	DISFUNCIONAL	1	5,0	5,0	75,0
	BLOQUEADO	5	25,0	25,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

**Tabla 20***Deflexión*

Se muestra el número de personas en el grupo identificado y el porcentaje correspondiente para el mecanismo Deflexión en cada nivel de funcionamiento.

DEFLEXION					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DESBLOQUEADO	4	20,0	20,0	20,0
	FUNCIONAL	5	25,0	25,0	45,0
	AMBIVALENCIA	6	30,0	30,0	75,0
	DISFUNCIONAL	5	25,0	25,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

**Tabla 21***Confluencia*

Se muestra el número de personas en el grupo identificado y el porcentaje correspondiente para el mecanismo Confluencia en cada nivel de funcionamiento.

CONFLUENCIA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	DESBLOQUEADO	3	15,0	15,0
	FUNCIONAL	8	40,0	55,0
Válido	AMBIVALENCIA	5	25,0	80,0
	DISFUNCIONAL	4	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0

**Tabla 22***Fijación*

Se muestra el número de personas en el grupo identificado y el porcentaje correspondiente para el mecanismo Fijación en cada nivel de funcionamiento.

FIJACION				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	DESBLOQUEADO	3	15,0	15,0
	FUNCIONAL	4	20,0	35,0
Válido	AMBIVALENCIA	7	35,0	70,0
	DISFUNCIONAL	4	20,0	90,0
	BLOQUEADO	2	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0

Para un N de veinte (20) personas con Rosácea los resultados arrojan los siguientes datos en las Tablas de frecuencia:

Para el mecanismo Postergación, en Tabla 15 se lee que hay cuatro (4) personas en el nivel de funcionamiento Desbloqueado (20%), seis (6) en Funcional (30%), cinco (5)



en Ambivalencia (25 %), cuatro (4) en Disfuncional (20%) y una (1) en Bloqueado (5%).

Para Desensibilización, Tabla 16, aparecen quince personas en (15) Desbloqueado (75%) y cinco (5) en Funcional (25%).

Para Proyección, Tabla 17, trece (13) Desbloqueado (65%), tres (3) Funcional (15%) y cuatro (4) Ambivalencia (20%).

Para Introyección, Tabla 18, una (1) en Desbloqueado (5%), seis (6) en Funcional (30%), ocho (8) en Ambivalencia (40%), tres (3) Disfuncional (15%) y dos (2) Bloqueado (10%).

Para Retroflexión, Tabla 19, la frecuencia es cuatro (4) Desbloqueado (20%), ocho (8) Funcional (40%), dos (2) Ambivalencia (10%), una (1) Disfuncional (5%) y cinco (5) Desbloqueado (25%).

Para Deflexión, Tabla 20, aparecen cuatro (4) Desbloqueado (20%), cinco (5) Funcional (25%), seis (6) Ambivalencia (30%) y cinco (5) Disfuncional (25%).

Para Confluencia, Tabla 21, hay tres (3) Desbloqueado (15%), ocho (8) Funcional (40%), cinco (5) Ambivalencia (25%) y cuatro (4) Disfuncional (20%).

Para Fijación, Tabla 22, tres (3) Desbloqueado (15%), cuatro (4) Funcional (20%), siete (7) Ambivalencia (35%), cuatro (4) Disfuncional (20%) y dos (2) Bloqueado (10%).

En síntesis, los porcentajes más altos aparecen en los niveles Desbloqueado en Desensibilización (75%), Desbloqueado en Proyección (65%), y Funcional en Confluencia (40%). El porcentaje más bajo aparece en el nivel Bloqueado en Postergación (5%).

A continuación se presentan las tablas cruzadas para cada mecanismo psicológico y el subtipo de Rosácea. Arrojan los siguientes datos:

**Tabla 23***Postergación y subtipo Rosácea.*

		SUBTIPO ROSACEA				
		ERITEMATO- TALANGIECTASIC A	PAPULO- POSTULA R	PAPULO- POSTULA R Y OCULAR	TOTA L	
POSTERGA CION	DESBLOQUE ADO	Recuent o %dentro Sub- Ros	3 25,0%	1 14,3 %	0 0 %	4 20 %
	FUNCIONAL	Recuent o %dentro Sub- Ros	4 33,3%	2 28,6 %	0 0 %	6 30 %
	AMBIVALEN CIA	Recuent o %dentro Sub- Ros	3 25,0%	2 28,6 %	0 0 %	6 25,0 %
	DISFUNCION AL	Recuent o %dentro Sub- Ros	1 8,3%	2 28,6 %	1 100 %	4 20 %
	BLOQUEADO	Recuent o %dentro Sub- Ros	1 8,3%	0 0 %	0 0 %	1 5,0 %
	TOTAL		12 100 %	7 100 %	1 100 %	20 100 %

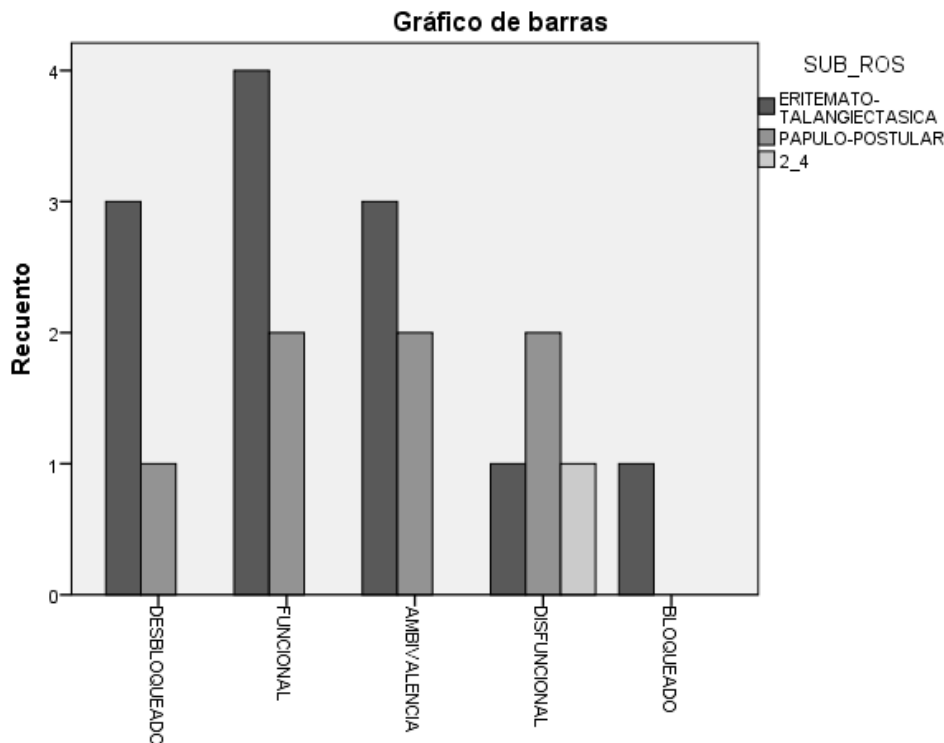
**Tabla 24**

*Estadístico de prueba: correlación de Pearson para Postergación y subtipo Rosácea.*

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,040a	8	.643
Razón de verosimilitud	5,764	8	.674
N de casos válidos	20		

*Nota.* a. 15 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,05.



*Figura 6. Postergación.*

Para el mecanismo de Postergación en su nivel de Desbloqueado hay tres (3) personas con Rosácea Eritemato-Talangiectásica y una (1) con Pápulo postular. En el nivel de funcionamiento Funcional hay cuatro (4) Eritemato- talngiectásica y dos (2) Pápulo- postular. En el nivel de Ambivalencia hay tres (3) Eritemato- talangiectásica y dos (2)

Pápulo – postular. En el nivel Disfuncional hay una (1) Eritemato- talangiectásica, dos (2) Pápulo- postular y una (1) con Pápulo- postular y Ocular. En el nivel Bloqueado hay una (1) con Eritemato- talangiectásica.

**Tabla 25**

*Desensibilización y subtipo Rosácea.*

Tabla cruzada

		SUBTIPO ROSACEA				Total
		ERITEMATO- TALANGIECTA SICA	PAPULO - POSTUL AR	PAPULO POSTUL AR Y OCULA R		
DESBLOQUE ADO	Recuent o	9	6	0	15	
	% dentro de	75,0 %	85,7 %	0,0 %	75, 0 %	
	SUB_R OS					
DESENSIBILIZA CION	Recuent o	3	1	1	5	
	% dentro de	25,0 %	14,3 %	100 %	25 %	
	SUB_R OS					
FUNCIONAL	Recuent o	12	7	1	20	
	% dentro de	100,0 %	100,0 %	100 %	100 %	
	SUB_R OS					
Total						

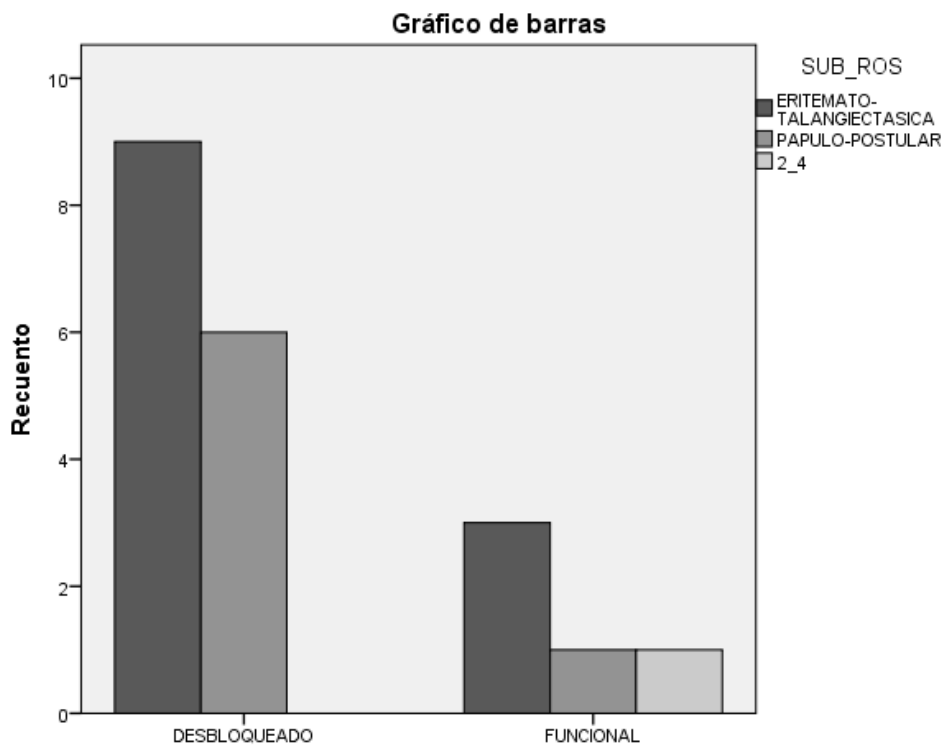
**Tabla 26**

*Estadístico de prueba: correlación de Pearson para Desensibilización y subtipo Rosácea*

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,429a	2	180
Razón de verosimilitud	3,256	2	196
N de casos válidos	20		

*Nota.* a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,25.



*Figura 7. Desensibilización.*

Desensibilización, en sus niveles de funcionamiento y subtipo de Rosácea. En el nivel de Desbloqueado hay nueve (9) con Eritemato- talangiectásica y seis (6) Pápulo- postular. En el nivel Funcional hay tres (3) Eritemato-talangiectásica, una (1) Pápulo- postular y una (1) con Pápulo- postular y ocular.

**Tabla 27**

*Proyección y subtipo Rosácea*

Tabla cruzada

		SUBTIPO ROSACEA				
			ERITEMATO- TALANGIECTAS ICA	PAPULO- POSTUL AR	PAPULO POSTUL AR Y OCULAR	TOTA L
PROYECCI ON	DESBLOQUEA DO	Recuent o	8	5	0	13
		% dentro de SUB_R OS	66,7%	71,4%	0,0%	65,0%
	FUNCIONAL	Recuent o	1	1	1	3
		% dentro de SUB_R OS	8,3%	14,3%	100%	15,0%
	AMBIVALENC IA	Recuent o	3	1	0	4
		% dentro de SUB_R OS	25,0%	14,3%	0,0%	20%
Total		Recuent o	12	7	1	20
		% dentro de SUB_R OS	100,0%	100,0%	100 %	100%

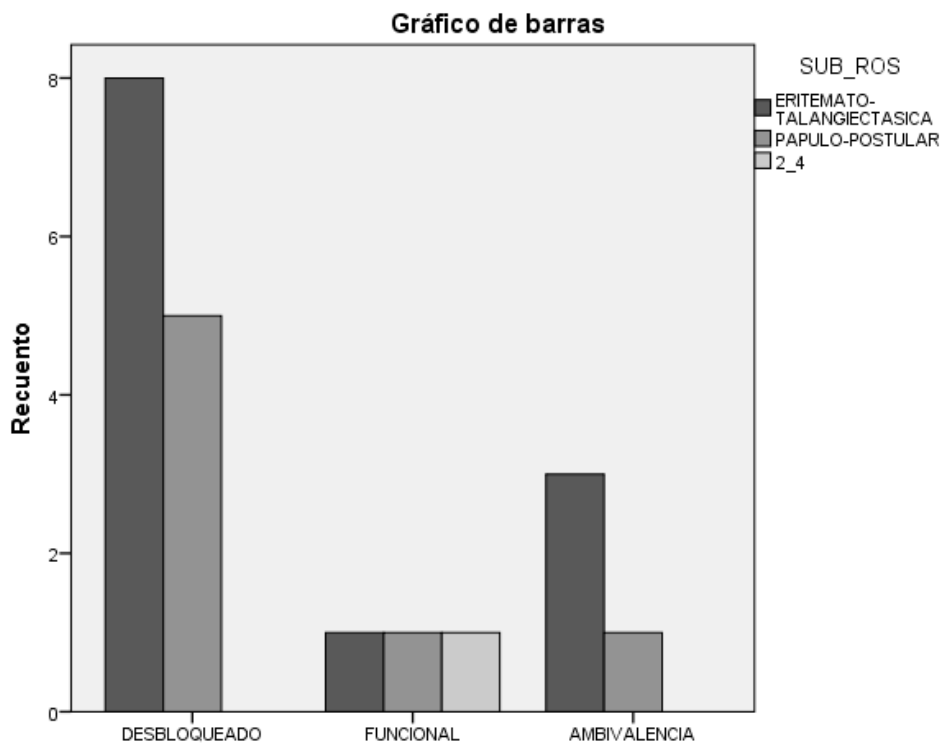
**Tabla 28**

*Estadístico de prueba: correlación de Pearson para Proyección y subtipo Rosácea*

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,339a	4	175
Razón de verosimilitud	4,535	4	338
N de casos válidos	20		

*Nota.* a. 8 casillas (88,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.



*Figura 8. Proyección.*

Para el mecanismo de Proyección en sus niveles de funcionamiento y los subtipos de Rosácea se observa: En Desbloqueado hay ocho (8) con Eritemato- talangiectásica, cinco (5) Pápulo- postular. En el nivel Funcional hay una (1) con Eritemato-

talangiectásica, una (1) Pápulo- postular y una (1) con Pápulo- postular y ocular. En Ambivalencia hay tres (3) con Eritemato- talangiectásica, una (1) con Pápulo- postular.



**Tabla 29**

*Introyección y subtipo Rosácea*

Tabla cruzada

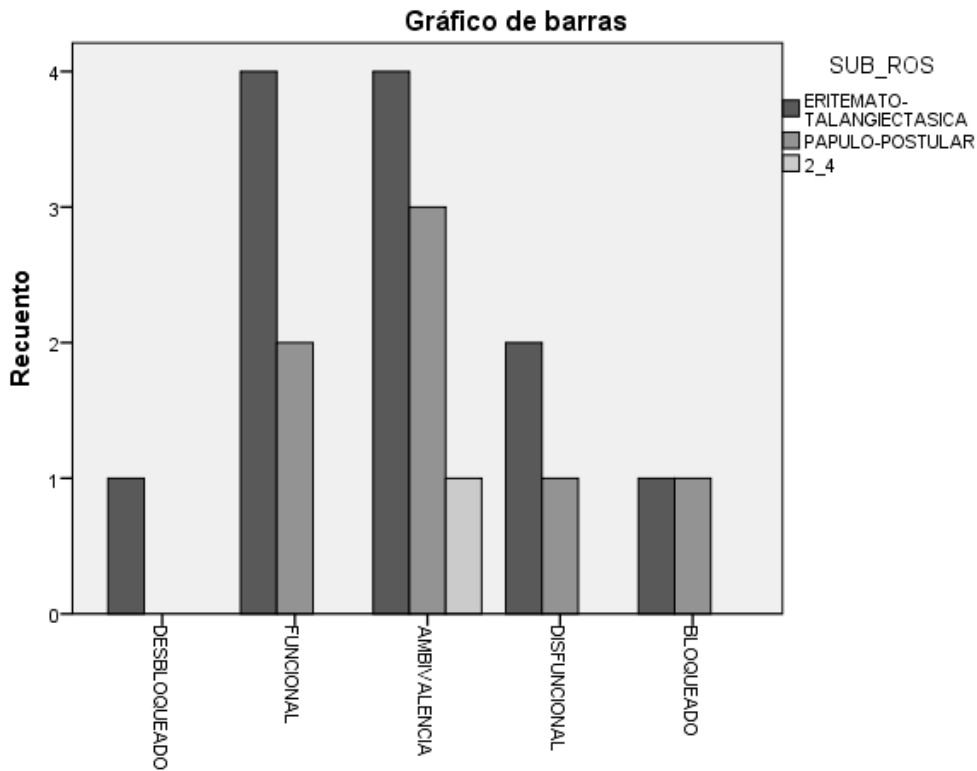
		SUBTIPO ROSACEA				TOTAL
		ERITEMATO-TALANGIECTAS ICA	PAPULO - POSTULAR	PAPULO POSTULAR Y OCULAR		
INTROYECCION	DESBLOQUEADO	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de SUBROS	8,3%	0,0%	0,0%	5,0%
	FUNCIONAL	Recuento	4	2	0	6
		% dentro de SUBROS	33,3%	28,6%	0,0%	30,0%
	AMBIVALENCIA	Recuento	4	3	1	8
		% dentro de SUBROS	33,3%	42,9%	100,0%	40,0%
	DISFUNCIONAL	Recuento	2	1	0	3
		% dentro de SUBROS	16,7%	14,3%	0,0%	15,0%
BLOQUEADO	Recuento	1	1	0	2	
	% dentro de SUBROS	8,3%	14,3%	0,0%	10,0%	
Total		Recuento	12	7	1	20
		% dentro de SUBROS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla 30**

*Estadístico de prueba: correlación de Pearson para Introyección y subtipo Rosácea*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,500a	8	,962
Razón de verosimilitud	3,130	8	,926
N de casos válidos	20		

*Nota.* a. 15 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,05.



*Figura 9. Introyección.*

Para Introyección en sus niveles y subtipo de Rosácea aparece: En el nivel Desbloqueado hay una (1) persona con Eritemato- talangiectásica. En el nivel Funcional hay cuatro (4) con Eritemato- talangiectásica, dos (2) con Pápulo- postular. En el nivel de Ambivalencia hay cuatro (4) con Eritemato- talangiectásica, tres (3) con Pápulo- posular y una (1) con Pápulo- postular y Ocular. En el nivel Disfuncional hay dos (2) con Eritemato- talangiectásica, una (1) Pápulo- postular. En el nivel Bloqueado hay una (1) con Eritemato- talangiectásica y una (1) con Pápulo- postular.

**Tabla 31**

*Retroflexión y subtipo Rosácea*

Tabla cruzada

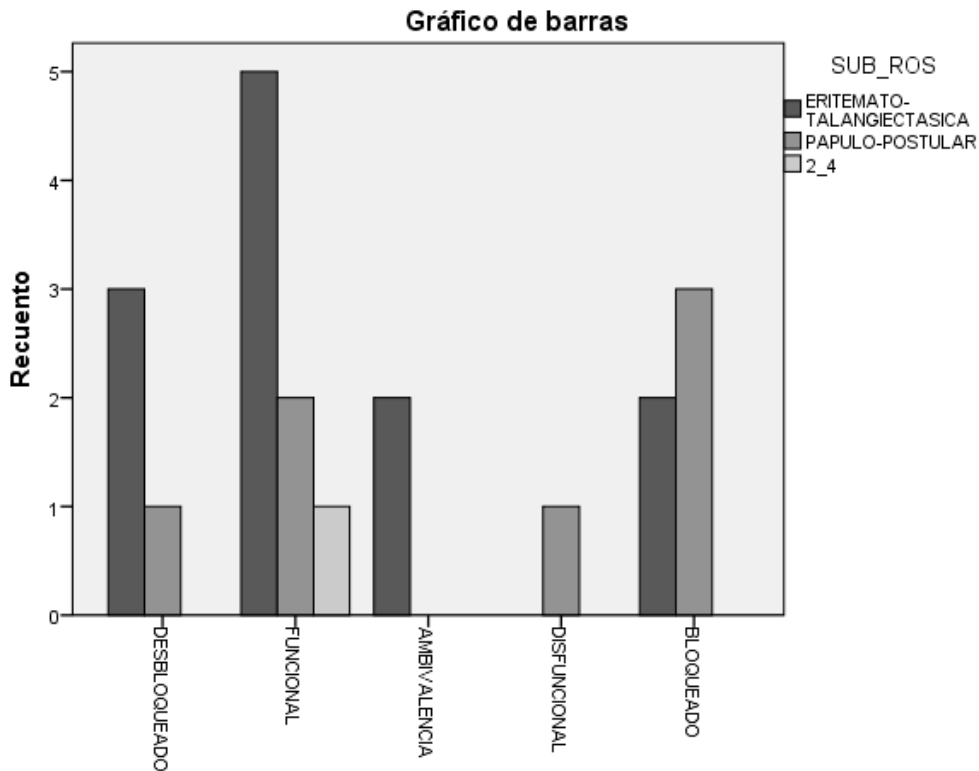
		SUBTIPO ROSACEA				
			ERITEMATO- TALANGIECTAS ICA	PAPULO - POSTUL AR	PAPULO POSTUL AR Y OCULAR	TOT AL
RETROFLEXI ON	DESBLOQUE ADO	Recuent o  % dentro de SUB_R OS	3  25,0%	1  14,3%	0  0,0%	4  20,0%
	FUNCIONAL	Recuent o  % dentro de SUB_R OS	5  41,7%	2  28,6%	1  100,0%	8  40,0%
	AMBIVALEN CIA	Recuent o  % dentro de SUB_R OS	2  16,7%	0  0,0%	0  0,0%	2  10,0%
	DISFUNCION AL	Recuent o  % dentro de SUB_R OS	0  0,0%	1  14,3%	0  0,0%	1  5,0%
	BLOQUEADO	Recuent o  % dentro de SUB_R OS	2  16,7%	3  42,9%	0  0,0%	5  25,0%
	Total	Recuent o  % dentro de SUB_R OS	12  100,0%	7  100,0%	0  0,0%	5  25,0%

**Tabla 32**

*Estadístico de prueba: correlación de Pearson para Retroflexión y subtipo Rosácea*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,268a	8	,617
Razón de verosimilitud	7,316	8	,503
N de casos válidos	20		

*Nota.* a. 15 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,05.



*Figura 10. Retroflexión.*

Para retroflexión en sus niveles de funcionamiento y los subtipos de Rosácea surge: En el nivel Desbloqueado hay tres (3) Eritemato- talangiectásica, una (1) Pápulo- postular. En el nivel Funcional hay cinco (5) con Eritemato- talangiectásica, dos (2) con Pápulo- postular y una (1) con Pápulo- postular y ocular. En el nivel de Ambivalencia hay dos (2) con Eritemato- talangiectásica. En Disfuncional hay una (1) en Pápulo- postular. En nivel Bloqueado hay dos (2) con Eritemato- talangiectásica y tres (3) con Pápulo postular.

**Tabla 33**

*Deflexión y subtipo Rosácea*

Tabla cruzada

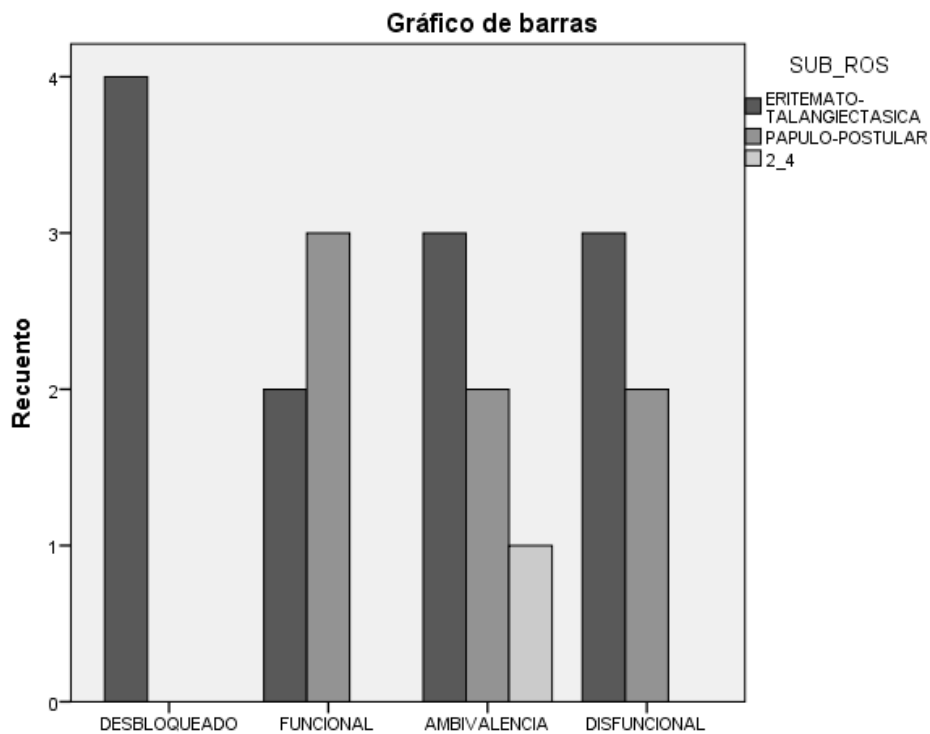
		SUBTIPO ROSACEA				TOTAL
		ERITEMATO-TALANGIECTASICA	PAPULO-POSTULAR	PAPULO-POSTULAR Y OCULAR		
DEFLEXION	DESBLOQUEADO	Recuento	4		0	4
		% dentro de SUB_R OS	33,3%	0,0%	0,0%	20,0%
	FUNCIONAL	Recuento	2	3	0	5
		% dentro de SUB_R OS	16,7%	42,9%	0,0%	25,0%
	AMBIVALENCIA	Recuento	3	2	1	6
		% dentro de SUB_R OS	25,0%	28,6%	100,0%	30,0%
	DISFUNCIONAL	Recuento	3	2	0	5
% dentro de SUB_R OS		25,0%	28,6%	0,0%	25,0%	
Total	Recuento	12	7	1	20	
	% dentro de SUB_R OS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tabla 34**

*Estadístico de prueba: correlación de Pearson para Deflexión y subtipo Rosácea*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,167a	6	405
Razón de verosimilitud	7,352	6	290
N de casos válidos	20		

*Nota.* a. 12 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,20.



*Figura 11. Deflexión.*

Para la Deflexión en sus niveles y los subtipos de Rosácea se observa: En nivel Desbloqueado hay cuatro (4) con Eritemato- talangiectásica. En el nivel Funcional hay dos (2) con Eritemato- talangiectásica y tres (3) con Pápulo- postular. En nivel Ambivalencia hay tres (3) con Eritemato- talangiectásica, dos (2) con Pápulo- postular



y una (1) con Pápulo- postular y Ocular. En el nivel Disfuncional hay tres (3) con Eritemato- talangiectásica, dos (2) con Pápulo- postular.

Al observar la gráfica se visualiza que las personas con Rosácea Pápulo- postulosa son las que más tienen el mecanismo deflexión en el nivel Funcional.

**Tabla 35**

*Confluencia y subtipo Rosácea*

Tabla cruzada

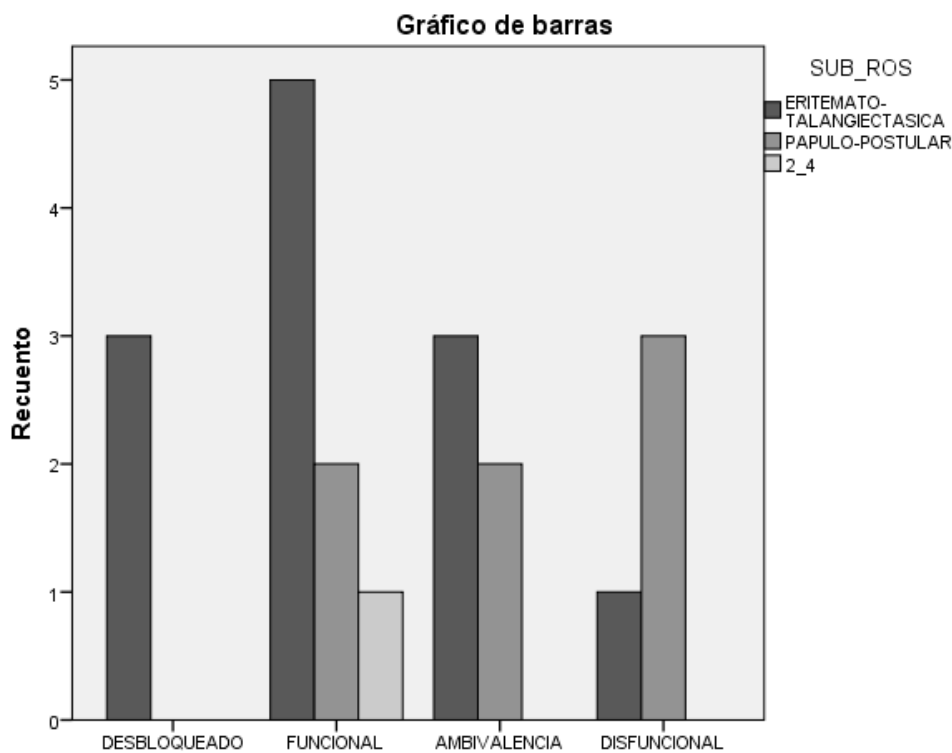
		SUBTIPO ROSACEA				
			ERITEMATO-TALANGIECTAS ICA	PAPULO-POSTULAR	PAPULO-POSTULAR Y OCULAR	TOTAL
CONFLUENCIA	DESBLOQUEADO	Recuento	3	0	0	3
		% dentro de SUB_R OS	25,0%	0,0%	0,0%	15,0%
	FUNCIONAL	Recuento	5	2	1	8
		% dentro de SUB_R OS	41,7%	28,6%	100,0%	40,0%
	AMBIVALENCIA	Recuento	3	2	0	5
		% dentro de SUB_R OS	25,0%	28,6%	0,0%	25,0%
DISFUNCIONAL	Recuento	1	3	0	4	
	% dentro de SUB_R OS	8,3%	42,9%	0,0%	20,0%	
Total		Recuento	12	7	1	20
		% dentro de SUB_R OS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla 36**

*Estadístico de prueba: correlación de Pearson para Confluencia y subtipo Rosácea*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,268a	6	394
Razón de verosimilitud	7,316	6	293
N de casos válidos	20		

*Nota.* a. 12 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.



*Figura 12. Confluencia.*

Para Confluencia en sus niveles y los subtipos de Rosácea aparece: En el nivel Desbloqueado tres (3) con Eritemato- talangiectásica. En el nivel Funcional hay cinco (5) con Eritemato- talangiectásica, dos (2) con Pápulo- postular y una (1) con Pápulo- postular y Ocular. En el nivel Ambivalencia hay tres (3) con Eritemato- talangiectásica

y dos (2) con Pápulo- postular. En el nivel Disfuncional hay una (1) con Eritemato- talangiectásica y tres (3) con Pápulo- postular.

Al observar la gráfica se visualiza que las personas con Rosácea Pápulo- postular son las que más tienen el mecanismo Confluencia en Disfuncionalidad.

**Tabla 37**

*Fijación y subtipo Rosácea*

Tabla cruzada

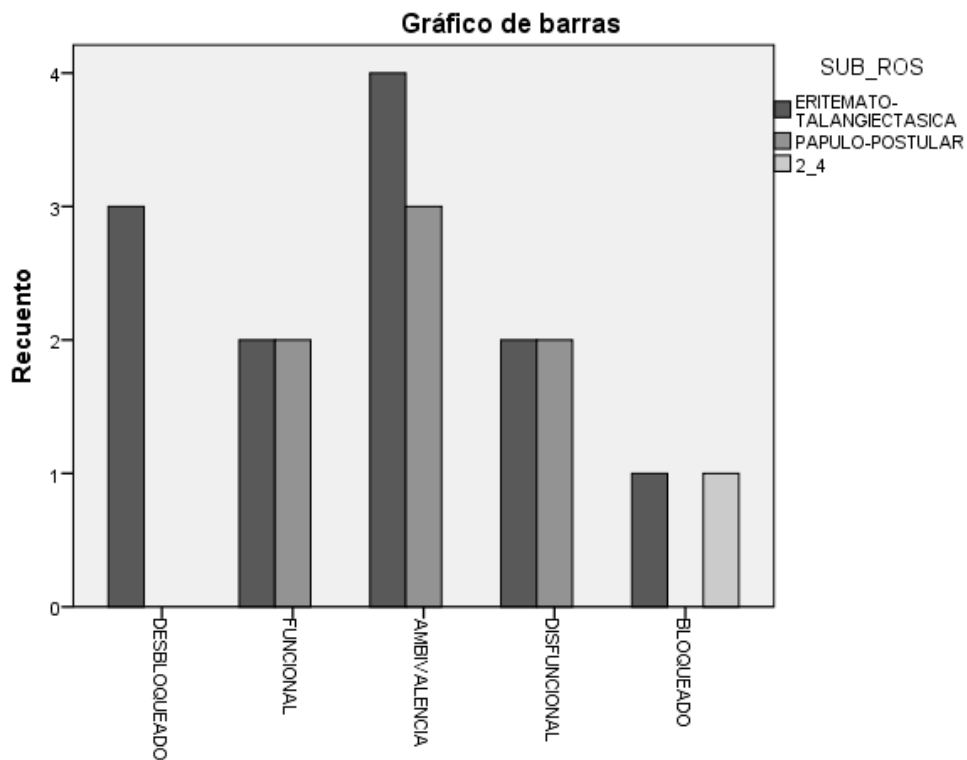
		SUBTIPO ROSACEA				
			ERITEMATO- TALANGIECTASI CA	PAPULO- POSTULA R	PAPULO- POSTULA R Y OCULAR	TOTA L
FIJACION	DESBLOQUEA DO	Recuento	3	0	0	3
		% dentro de SUB_RO S	25,0%	0,0%	0,0%	15,0%
	FUNCIONAL	Recuento	2	2	0	4
		% dentro de SUB_RO S	16,7%	28,6%	0,0%	20,0%
	AMBIVALENCI A	Recuento	4	3	0	7
		% dentro de SUB_RO S	33,3%	42,9%	0,0%	35,0%
	DISFUNCIONA L	Recuento	2	2	0	4
		% dentro de SUB_RO S	16,7%	28,6%	0,0%	20,0%
	BLOQUEADO	Recuento	1	0	1	2
		% dentro de SUB_RO S	8,3%	0,0%	100,0%	10,0%
	Total	Recuento	12	7	1	20
		% dentro de SUB_RO S	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %

**Tabla 38**

*Estadístico de prueba: correlación de Pearson para Fijación y subtipo Rosácea*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	12,364a	8	.136
Razón de verosimilitud	9,525	8	.300
N de casos válidos	20		

*Nota.* a. 15 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.



*Figura 13. Fijación.*

Para Fijación en sus niveles de funcionamiento y los subtipo de rosácea aparece: En el nivel Desbloqueado hay tres (3) con Eritemato- talangiectásica. En el nivel funcional hay dos (2) con Eritemato- talangiectásica y dos (2) con Pápulo- postular. En el nivel de Ambivalencia hay cuatro (4) con Eritemato- talangiectásica y tres (3) con Pápulo-

postular. En el nivel Disfuncional hay dos (2) con Eritemato- talangiectásica y dos (2) con Pápulo- postular. En el nivel Bloqueado hay una (1) con Eritemato- talangiectásica y una (1) con Pápulo- postular y Ocular.

En el gráfico se observa que hay más personas con Eritemato- talangiectásica que tiene la Fijación en su nivel de Ambivalencia.

**Tabla 39***Mecanismos de bloqueo y subtipos de Rosácea*

La siguiente tabla resume los cruzamientos descritos entre los mecanismos psicológicos de bloqueo en sus distintos niveles de funcionamiento y los subtipos de Rosácea. (Los porcentajes son dentro del subtipo Rosácea).

Mecanismos de Bloqueo	Nivel Funcionamiento	Tipos Rosácea				Pópulo post. y ocular
		1 Eritemato-talangiectásica	2 Pápulo-postular	3 Fimatososa	4 Ocular	
M1. Postergación	1 Desbloqueado	3/25 %	1/14,3%			
	2 Funcional	4/33,3 %	2/28,6 %			
	3 Ambivalente					
	4 Disfuncional	1/8,3 %	2/28,6%			1/100%
	5 Bloqueado	1/8,3 %				
M2. Dsensibilización	1 Desbloqueado	9/75 %	6/85,7 %			
	2 Funcional	3/25 %	1/14,3 %			1/100%
	3 Ambivalente					
	4 Disfuncional					
	5 Bloqueado					
M3. Proyección	1 Desbloqueado	8/66,7 %	5/71,4 %			
	2 Funcional	1/8,3 %	1/14,3 %			1/100%
	3 Ambivalente	3/25 %	1/14,3 %			
	4 Disfuncional					
	5 Bloqueado					
M4. Introyección	1 Desbloqueado	1/8,3 %	2/28,6 %			
	2 Funcional	4/33,3 %				
	3 Ambivalente	4/33,3 %	3/42,9 %			1/100%
	4 Disfuncional	2/16,7 %	1/14,3 %			
	5 Bloqueado	1/8,3 %	1/14,3 %			
M5. Retroflexión	1 Desbloqueado	3/25 %	1/14,3 %			
	2 Funcional	5/41,7 %	2/28,6 %			1/100%

		3 Ambivalente	2 /16,7 %		
		4 Disfuncional		1/ 14,3 %	
		5 Bloqueado	2 /16,7 %	3/ 42,9 %	
M6.Deflexión	1 Desbloqueado	4/ 33,3 %			
	2 Funcional	2 /16,7 %	3 /42,9%		
	3 Ambivalente	3/ 25 %	2/ 28,6%		1 /100%
	4 Disfuncional	3/ 25 %	2/ 28,6%		
	5 Bloqueado				
M7. Confluencia	1 Desbloqueado	3/ 25 %			
	2 Funcional	5/ 41,7 %	2/ 28,6%		1/ 100%
	3 Ambivalente	3/ 25 %	2/ 28,6%		
	4 Disfuncional	1/ 8,3 %	3/ 42,9%		
	5 Bloqueado				
M8.Fijación	1 Desbloqueado	3/25 %	0		
	2 Funcional	2 /16,7 %	2/28,6%		
	3 Ambivalente	4/ 33,3 %	3/ 42,9%		
	4 Disfuncional	2/ 16,7 %	2/ 28,6 %		
	5 Bloqueado	1/ 8,3 %			1/ 100%

## Del grupo control

**Tabla 40**

*Resumen del procesamiento de casos del grupo control*

Resumen de procesamiento de casos						
Casos						
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
EDAD	49	100,0%	0	0,0%	49	100,0%



**Tabla 41***Descriptivos estadísticos del grupo control*

		Descriptivos	
		Estadístico	Error estándar
	Media	27,06	999
95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	25,05	
	Límite superior	29,07	
	Media recortada al 5%	26,88	
	Mediana	26,00	
	Varianza	48,892	
EDAD	Desviación estándar	6,992	
	Mínimo	18	
	Máximo	40	
	Rango	22	
	Rango intercuartil	12	
	Asimetría	372	340
	Curtosis	-1,216	668

**Tabla 42***Variables descriptivas del grupo control*

Esta tabla describe las variables que caracterizan al grupo control: sexo, nivel educativo, estado civil, actividad laboral, integración familiar, hijos y etapa del ciclo vital de los hijos.

		Estadísticos						
		SEX	NIV_EDUCATIV	E_CIVI	AC_LA	INT_FA	HIJO	ETAPA_HIJO
		O	O	L	B	M	S	S
N	Válidos	49	49	49	49	49	49	49
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0

A continuación se presentan las tablas de frecuencias para las variables socio demográficas del grupo control.

**Tabla 43***Tabla de frecuencia de la variable sexo del grupo control*

SEXO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	FEM	25	51,0	51,0
Válido	MAS	24	49,0	100,0
	Total	49	100,0	100,0

**Tabla 44***Tabla de frecuencia de la variable nivel educativo del grupo control*

NIVEL EDUCATIVO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		1	2,0	2,0
	PRIMARIA	3	6,1	8,2
	SECUNDARIA	15	30,6	38,8
Válido	UNIVERSIDAD	17	34,7	73,5
	UTU	12	24,5	98,0
	OTROS	1	2,0	100,0
	Total	49	100,0	100,0

**Tabla 45***Tabla de frecuencia de la variable estado civil del grupo control*

ESTADO CIVIL				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	SOLTERO	33	67,3	67,3
	CASADO	6	12,2	79,6
Válido	CONVIVIENTE	5	10,2	89,8
	DIVORCIADO	5	10,2	100,0
	Total	49	100,0	100,0

**Tabla 46***Tabla de frecuencia de la variable actividad laboral del grupo control*

		ACTIVIDAD LABORAL			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	-	3	6,1	6,1	6,1
	NO TRABAJA	13	26,5	26,5	32,7
	EMPLEADO	30	61,2	61,2	93,9
	PROFESIONAL DEPENDIENTE	1	2,0	2,0	95,9
	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	2	4,1	4,1	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

**Tabla 47***Tabla de frecuencia de la variable integración familiar del grupo control*

		INTEGRACION FAMILIAR			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SOLO	6	12,2	12,2	12,2
	PAREJA	4	8,2	8,2	20,4
	2_PAREJA y 7_OTROS	1	2,0	2,0	22,4
	HIJOS	4	8,2	8,2	30,6
	3_HIJOS y 7_OTROS	1	2,0	2,0	32,7
	PAREJA E HIJOS	11	22,4	22,4	55,1
	PAREJA HIJOS Y OTROS	2	4,1	4,1	59,2
	PROGENITORES	10	20,4	20,4	79,6
	6_PROGENITORES y 7_OTROS	3	6,1	6,1	85,7
	OTROS	7	14,3	14,3	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

**Tabla 48***Tabla de frecuencia de la variable hijos del grupo control*

		HIJOS			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	20	40,8	40,8	40,8
	NO	29	59,2	59,2	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

**Tabla 49***Tabla de frecuencia de la variable etapa del ciclo vital de los hijos del grupo control*

		ETAPA HIJOS			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		30	61,2	61,2	61,2
	3_	1	2,0	2,0	63,3
	NIÑOS	10	20,4	20,4	83,7
	3_NIÑOS Y 4_ADOL	4	8,2	8,2	91,8
	3_NIÑOS 4_ADOL	1	2,0	2,0	93,9
	5_ADULTOS	1	2,0	2,0	95,9
	3_NIÑOS Y 5_ADULTOS	1	2,0	2,0	95,9
	ADOLESCENTES	2	4,1	4,1	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

Como se lee en las Tablas anteriores, el grupo control tiene un N (número de participantes) de cuarenta y nueve (49) personas: veinticinco (25) sexo femenino, veinticuatro (24) sexo masculino. De una media de edad de veintisiete con seis (27,6). Son todos los casos válidos, ninguno perdido.

Las variables que caracterizan a los integrantes del grupo Control son las mismas que para el grupo Identificado: sexo, nivel educativo, estado civil, actividad laboral, integración familiar e hijos.

En cuanto al nivel educativo, Tabla 44, hay tres (3) personas con educación Primaria (6,1 % porcentaje válido), quince (15) con educación Secundaria (30,6 %), diecisiete (17) personas con estudios Universitarios (34,7 %), doce (12) personas con UTU (24,5 %), y una (1) persona con Otros estudios (2,0 %).

En cuanto a estado Civil, Tabla 45, se encuentran treinta y tres (33) personas Solteras (67,3 %), seis (6) personas casadas (12,2 %), cinco (5) personas Convivientes (10,2 %) y cinco (5) Divorciadas (10,2 %).

Para Actividad Laboral, Tabla 46, hay tres (3) personas que no contestaron (6,1 %), trece (13) personas que no trabajan (26,5%), treinta (30) personas correspondiente a Empleado (61,2 %), una (1) persona Profesional dependiente (2,0%) y dos (2) personas Profesional independiente (4,1%).

Para integración familiar, Tabla 47, hay seis (6) personas que viven solas (12,2%), cuatro (4) personas en pareja (8,2%), una (1) persona que vive con pareja y otros (2,0%) (consignado como valores 2\_7), cuatro (4) personas que viven con hijos (8,2%), una (1) persona con hijos y otros (2,0%) (consignado como valores 3\_7). Once (11) personas con pareja e hijos (22,4%), dos (2) personas con pareja, hijos y otros (4,1%), diez (10) personas con los Progenitores (20,4%), tres (3) personas con Progenitores y otros (6,1%) (consignado como valores 6\_7) y siete (7) personas con Otros (14,3%).

Con respecto a los Hijos, Tabla 48, hay veinte (20) personas que si los tienen (40,8%) y veintinueve (29) personas que no tienen (59,2%). En cuanto a la etapa de vida en que están los hijos, Tabla 49, hay once (11) personas con hijos niños (22,4%), cuatro (4) personas con hijos Niños y Adolescentes (8,2%) (consignado como valores 3\_4), una (1) persona con hijos Niños, Adolescentes y Adultos (2,0%) (consignado como 3\_4\_5). Una (1) persona con hijos Niños y Adultos (2,0%) (valores 3\_5) y dos (2) personas con hijos Adolescentes (4,1%).

En síntesis, el treinta y cuatro con siete por ciento (34,7%) tienen estudios universitarios, el sesenta y siete con tres (67,3 %) son solteros, el sesenta y uno con dos (61,2 %) son empleados y el veintidós con cuatro (22,4%) vive con su pareja e hijos; mientras que el cincuenta y nueve con dos por ciento (59,2%) no tiene hijos.

Al tomar en consideración y comparar las variables que caracterizan a ambos grupos se advierte lo siguiente:

En cuanto al nivel educativo el ochenta (80) por ciento de las personas del grupo identificado tienen estudios universitarios y el veinticinco (25) por ciento estudios en UTU (universidad del trabajo, cursos técnicos). El ochenta por ciento incluye todas las personas con estudios universitarios (universidad, secundaria y universidad, universidad y UTU, universidad y otros). El veinticinco por ciento incluye: diez (10) por ciento de personas con universidad y otros estudios y quince (15) por ciento de personas con UTU. Mientras que en el grupo control el treinta y cuatro con siete (34,7) por ciento tienen nivel educativo universitario, y veinticuatro con cinco (24,5) por ciento UTU. En el grupo identificado prima el nivel universitario más que en el grupo control y el nivel de estudios técnicos es similar en ambos grupos.

En cuanto al estado civil el sesenta y cinco (65) por ciento de las personas del grupo identificado son solteras, el treinta (30) por ciento casadas y el cinco (5) por ciento conviviente. Mientras que en el grupo control hay sesenta y siete con tres (67,3) por ciento de personas solteras, doce con dos (12,2) por ciento son casadas y diez con dos (10,2) convivientes. Por tanto, hay similitud entre ambos grupos en cuanto a los solteros, no así en los casados, que son más en el grupo identificado (30 %) que en el grupo control (12,2 %). También hay diferencia en los convivientes, que en el grupo identificado son menos (5 %) que en el grupo control (10,2 %).

En cuanto a la actividad laboral en el grupo identificado el diez (10) por ciento de las personas no trabajan, el cuarenta (40) por ciento son empleados, el veinticinco (25) por ciento son profesionales dependientes y el veinte (20) por ciento profesionales independientes solamente. Mientras que en el grupo control se encuentra que el veintiséis con cinco (26,5) por ciento de las personas no trabajan, el sesenta y uno con dos (61,2) por ciento son empleados, el dos (2) por ciento son profesionales dependientes y el cuatro con uno (4,1) por ciento son profesional independiente. Por tanto, son más las personas que no trabajan en el grupo control (26,5 %) que en el grupo identificado (10%), al igual que los empleados, hay más en el grupo control (61,2 %) que en el identificado (40%). El grupo identificado se caracteriza por más profesionales dependientes (25%) e independientes (20%) que el grupo control (2% y 4,1%).

Respecto a la integración familiar se encuentra que en ambos grupos hay porcentajes próximos de las personas que viven solas, grupo identificado diez por ciento (10 %), grupo control doce con dos (12,2 %), en pareja viven el veinte por ciento (20 %) en grupo identificado, en grupo control el ocho con dos por ciento (8,2 %). El quince por ciento (15 %) del grupo identificado viven con la pareja e hijos, y en el grupo control veintidós con cuatro (22,4%).

Respecto a los hijos en el grupo identificado el cuarenta por ciento (40 %) tienen hijos y en el grupo control cuarenta con ocho (40,8 %).

En síntesis, ambos grupos se caracterizan por similitudes y diferencias en las variables analizadas. El grupo de personas con Rosácea se caracteriza por nivel educativo más alto y en el grupo control hay más personas que viven con pareja e hijos.

Las tablas de frecuencia para cada mecanismo muestran:

### **Tabla 50**

*Tabla de frecuencia del mecanismo Postergación para el grupo control*

Se describen la cantidad de personas y el porcentaje correspondiente del mecanismo Postergación en sus distintos niveles de funcionamiento en el grupo control.

POSTERGACION				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	DESBLOQUEADO	6	12,2	12,2
	FUNCIONAL	11	22,4	34,7
Válido	AMBIVALENCIA	12	24,5	59,2
	DISFUNCIONAL	20	40,8	100,0
	Total	49	100,0	100,0

Para Postergación, Tabla 50, hay seis (6) personas en nivel Desbloqueado, once (11) en Funcional, doce (12) en Ambivalencia, y veinte (20) en Disfuncional.

**Tabla 51***Tabla de frecuencia del mecanismo Desensibilización para el grupo control*

Se describen la cantidad de personas y el porcentaje correspondiente del mecanismo Desensibilización en sus distintos niveles de funcionamiento en el grupo control.

DESENSIBILIZACION				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DESBLOQUEADO	31	63,3	63,3
	FUNCIONAL	12	24,5	87,8
	AMBIVALENCIA	4	8,2	95,9
	DISFUNCIONAL	1	2,0	98,0
	BLOQUEADO	1	2,0	100,0
	Total	49	100,0	100,0

Para Desensibilización, Tabla 51, hay treinta y uno (31) en nivel Desbloqueado, doce (12) en Funcional, cuatro (4) en Ambivalencia, uno (1) en Disfuncional y uno (1) en Bloqueado.

**Tabla 52***Tabla de frecuencia del mecanismo Proyección para el grupo control*

Se describen la cantidad de personas y el porcentaje correspondiente del mecanismo Proyección en sus distintos niveles de funcionamiento en el grupo control.

PROYECCION				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DESBLOQUEADO	20	40,8	40,8
	FUNCIONAL	18	36,7	77,6
	AMBIVALENCIA	10	20,4	98,0
	DISFUNCIONAL	1	2,0	100,0
	Total	49	100,0	100,0

Para Proyección, Tabla 52, hay veinte (20) en Desbloqueado, dieciocho (18) en Funcional, diez (10) en Ambivalencia, y uno (1) en Disfuncional.



### Tabla 53

*Tabla de frecuencia del mecanismo Introyección para el grupo control*

Se describen la cantidad de personas y el porcentaje correspondiente del mecanismo Introyección en sus distintos niveles de funcionamiento en el grupo control.

INTROYECCION				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	DESBLOQUEADO	5	10,2	10,2
	FUNCIONAL	16	32,7	42,9
Válido	AMBIVALENCIA	22	44,9	87,8
	DISFUNCIONAL	3	6,1	93,9
	BLOQUEADO	3	6,1	100,0
	Total	49	100,0	

Para Introyección, Tabla 53, aparecen cinco (5) en Desbloqueado, dieciséis (16) en Funcional, veintidós (22) en Ambivalencia, tres (3) en Disfuncional y tres (3) en Bloqueado.

**Tabla 54***Tabla de frecuencia del mecanismo Retroflexión para el grupo control*

Se describen la cantidad de personas y el porcentaje correspondiente del mecanismo Retroflexión en sus distintos niveles de funcionamiento en el grupo control.

RETROFLEXION				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DESBLOQUEADO	10	20,4	20,4
	FUNCIONAL	16	32,7	53,1
	AMBIVALENCIA	8	16,3	69,4
	DISFUNCIONAL	11	22,4	91,8
	BLOQUEADO	4	8,2	100,0
	Total	49	100,0	100,0

Para Retroflexión, Tabla 54, diez (10) en Desbloqueado, dieciséis (16) en Funcional, ocho (8) en Ambivalencia, once (11) en Disfuncional y cuatro (4) en Bloqueado.

**Tabla 55***Tabla de frecuencia del mecanismo Deflexión para el grupo control*

Se describen la cantidad de personas y el porcentaje correspondiente del mecanismo Deflexión en sus distintos niveles de funcionamiento en el grupo control.

DEFLEXION				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DESBLOQUEADO	9	18,4	18,4
	FUNCIONAL	15	30,6	49,0
	AMBIVALENCIA	10	20,4	69,4
	DISFUNCIONAL	11	22,4	91,8
	BLOQUEADO	4	8,2	100,0
	Total	49	100,0	100,0

Para Deflexión, Tabla 55, hay nueve (9) en nivel Desbloqueado, (15) en Funcional, diez (10) en Ambivalencia, once (11) en Disfuncional, y cuatro (4) en Bloqueado.

## Tabla 56

### *Tabla de frecuencia del mecanismo Confluencia para el grupo control*

Se describen la cantidad de personas y el porcentaje correspondiente del mecanismo Confluencia en sus distintos niveles de funcionamiento en el grupo control.

CONFLUENCIA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	DESBLOQUEADO	6	12,2	12,2
	FUNCIONAL	26	53,1	65,3
Válido	AMBIVALENCIA	13	26,5	91,8
	DISFUNCIONAL	4	8,2	100,0
	Total	49	100,0	

Para Confluencia, Tabla 56, se encuentran seis (6) en Desbloqueado, veintiséis (26) en Funcional, trece (13) en Ambivalencia, y cuatro (4) en Disfuncional.

**Tabla 57**

*Tabla de frecuencia del mecanismo Fijación para el grupo control*

Se describen la cantidad de personas y el porcentaje correspondiente del mecanismo Fijación en sus distintos niveles de funcionamiento en el grupo control.

FIJACION				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	DESBLOQUEADO	2	4,1	4,1
	FUNCIONAL	11	22,4	26,5
	AMBIVALENCIA	16	32,7	59,2
Válido	DISFUNCIONAL	17	34,7	93,9
	BLOQUEADO	3	6,1	100,0
	Total	49	100,0	100,0

En Fijación, Tabla 57, hay dos (2) en nivel Desbloqueado, once (11) en Funcional, dieciséis (16) en Ambivalencia, diecisiete (17) en Disfuncional y tres (3) en el nivel Bloqueado.

**Tabla 58***Comparativa de frecuencias grupo identificado vs grupo control*

Esta tabla muestra el análisis comparativo de frecuencias entre el grupo Rosácea y el grupo control, el número de personas y los porcentajes para cada mecanismo de bloqueo en sus niveles de funcionamiento, y los valores p correspondientes.

Mecanismos de bloqueo	Grupo Rosácea (n=20)	Grupo Control (=49)	Valor p
Postergación	15 (75%)	49 (100%)	18
desbloqueado	4 (20%)	6 (12,2%)	0,65 ns
funcional	6 (30%)	11 (22,5%)	0,72 ns
ambivalente	0 (0%)	12 (24,5%)	0,037
disfuncional	4 (20%)	20 (40,8%)	0,171 ns
bloqueado	1 (5%)	0 (0%)	0,64 ns
Desensibilización	20	49	
desbloqueado	15 (75%)	31 (63,3%)	0,511 ns
funcional	5 (25%)	12 (24,5%)	0,792 ns
ambivalente	0 (0%)	4 (8,2%)	0,454 ns
disfuncional	0 (0%)	1 (2%)	0,641 ns
bloqueado	0 (0%)	1 (2%)	0,641 ns
Proyección	20	49	
desbloqueado	13 (65%)	20 (40,8%)	0,119 ns
funcional	3 (15%)	18 (36,7%)	0,136 ns
ambivalente	4 (20%)	10 (20,4%)	0,771 ns
disfuncional	0 (0%)	1 (2%)	0,641 ns
bloqueado	0	0	
Introyección	20	49	
desbloqueado	1 (5%)	5 (10,2%)	0,822 ns
funcional	6 (30%)	16 (32,7%)	0,944 ns
ambivalente	8 (40%)	22 (44,9%)	0,916 ns
disfuncional	3 (15%)	3 (6,1%)	0,474 ns
bloqueado	2 (10%)	3 (6,1%)	0,959 ns
Retroflexión	17 (85%)	49 (100%)	33
desbloqueado	3 (15%)	10 (20,4%)	0,855 ns
funcional	8 (40%)	16 (32,7%)	0,762 ns

ambivalente	0 (0%)	8 (16,3%)	0,132 ns
disfuncional	1 (5%)	11 (22,4%)	0,166 ns
bloqueado	5 (25%)	4 (8,2%)	0,136 ns
Deflexión	20	49	
desbloqueado	4 (20%)	9 (18,4%)	0,856 ns
funcional	5 (25%)	15 (36,2)	0,862 ns
ambivalente	6 (30%)	10 (20,4%)	0,577 ns
disfuncional	5 (25%)	11 (22,5%)	0,931 ns
bloqueado	0 (0%)	4 (8,2%)	0,454 ns
Confluencia	20	49	
desbloqueado	3 (15%)	6 (12,2%)	0,932 ns
funcional	8 (40%)	26 (53,1%)	0,472 ns
ambivalente	5 (25%)	13 (26,5)	0,864 ns
disfuncional	4 (20%)	4 (8,2%)	0,328 ns
bloqueado	0	0	
Fijación	20	49	
desbloqueado	5 (25%)	2 (4,1%)	29
funcional	2 (10%)	11 (22,5%)	0,389 ns
ambivalente	7 (35%)	16 (32,6%)	0,925 ns
disfuncional	4 (20%)	17 (34,7%)	0,360 ns
bloqueado	2 (10%)	3 (6,4%)	0,959 ns

En la Tabla 58 de análisis comparativo entre grupo identificado y grupo control se lee lo siguiente:

En Postergación nivel Ambivalente cero por ciento (0%) en Rosácea versus veinticuatro con cinco por ciento (24,5%) en Control. Con un valor P igual a cero coma cero treinta y siete (P= 0,037). El resto de los valores para este mecanismo son valores no significativos (ns), mayores al cinco por ciento (5%) (0,05).

Para este mecanismo el setenta y cinco por ciento (75 %) de las personas con Rosácea lo utilizan versus el cien por ciento (100 %) de las personas control, con un valor P igual a cero coma cero cero dieciocho (P= 0,0018).

En Desensibilización no aparece ningún valor significativo entre ambos grupos.

En Proyección, Introyección y Retroflexión lo mismo.

En Deflexión y Confluencia tampoco aparece ningún valor significativo. En Confluencia nivel de Bloqueo no aparece ninguna persona en ambos grupos.

En Fijación nivel Desbloqueado veinticinco por ciento (25%) en Rosácea versus cuatro con uno por ciento (4,1%) en Control. Con un valor P igual a cero con cero veintinueve ( $P=0,029$ ).

## **5.2. DISCUSIÓN: INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

El presente estudio es el primero en abordar el tópico de mecanismos psicológicos de interrupción en personas con Rosácea en nuestro país y en los demás países, de acuerdo a los trabajos encontrados. Es el primero además, realizado desde el enfoque Gestalt; lo cual aporta una visión distinta al conocimiento que ya se tiene en Rosácea en particular y en el área de Psicodermatología en general.

En un principio y a partir de la revisión bibliográfica realizada de los estudios en el campo de Psicodermatología, se desprendieron interrogantes que sirvieron de base para la construcción y delimitación del objetivo del estudio.

El objetivo general fue distinguir los mecanismos psicológicos de interrupción o de bloqueo del ciclo de la experiencia y aspectos psicológicos relacionados presentes en las personas adultos jóvenes diagnosticados de Rosácea.

El objetivo específico fue identificar si existen mecanismos psicológicos de interrupción o de bloqueo propios en adultos jóvenes con dicho diagnóstico.

Estimar si determinados mecanismos y aspectos psicológicos, es decir, emociones, actitudes, necesidades, temores y valores están relacionados a la enfermedad Rosácea.

En base a los resultados presentados se rechaza la hipótesis formulada de que en las personas adultas jóvenes con diagnóstico de Rosácea están presentes los mecanismos de deflexión y confluencia en sus categorías de disfuncional o de bloqueo. Es decir, que no se puede afirmar que en esta población los mecanismos de deflexión y de confluencia y la enfermedad Rosácea adquieran una relación correlacional.

Dicho de otro modo, se puede afirmar que no existen mecanismos psicológicos propios o específicos en esta población.

Sin embargo, se encontró que ninguna persona de las con Rosácea presentaron el mecanismo Postergación en nivel Ambivalencia, mientras que las del grupo control lo tienen en un 24.5 % en el mismo nivel. El nivel de funcionamiento Ambivalente implica que cuando se da, en esa fase del ciclo la energía se encuentra atrapada entre dos fuerzas opuestas y de igual intensidad; dicha energía se atora momentáneamente (Salama, 2002, p. 135).

La Postergación, mecanismo ubicado en la fase 1 del ciclo: fase de Reposo (o Retiro), en su aspecto biopositivo o nutritivo significa saber posponer, y en su aspecto bionegativo o tóxico significa evitar concluir (ibídem, p. 53). Cumple la función de impedir la continuidad natural de cada momento, al mismo tiempo que evita el proceso de asimilación de la experiencia e impide el reposo (ibídem, p. 47).

De acuerdo a esto, se puede decir que las personas del grupo control, potencialmente sanas, tienen mayor nivel de interrupción en esta fase del ciclo, y por tanto mayor dificultad en el reposo, que las personas con Rosácea. Si se observa el nivel de Desbloqueo, que si bien de acuerdo al análisis estadístico no arroja una diferencia significativa, se ve que en las personas con Rosácea hay un 20 % y en las del grupo control un 12,2 %. El nivel Desbloqueado significa que la fase se encuentra sin bloqueos, de tal modo que la energía fluye de manera natural hacia la resolución de la necesidad. Esto ocurre más en las personas con Rosácea que en las del grupo control sin ser una diferencia significativa.

Se encontró una diferencia significativa en el mecanismo Fijación, en el nivel Desbloqueado, en que las personas con Rosácea lo tienen en un 25 % y las personas sin la enfermedad en un 4,1 %. Este mecanismo de Fijación está ubicado en la fase 8 de Postcontacto o Asimilación o Cierre; en su aspecto biopositivo significa recordar para resolver y en su aspecto bionegativo recordar y quejarse, quedarse en el estancamiento.

Por tanto se puede afirmar que en las personas con Rosácea, en este grupo estudiado, para un 25 % de estas personas, la energía fluye libremente en esta fase del ciclo, más que en las personas del grupo control. Al mecanismo estar desbloqueado, la persona no



queda fijada al contacto y no rigidiza sus patrones de conducta. O expresado desde el punto de vista positivo, la persona una vez realizado el contacto, lo integra, puede realizar la integración de la experiencia, y por lo tanto ésta ser nutricia. Parece haber una tendencia hacia esto.

Por un lado desde los resultados obtenidos no surgen los mecanismos de Confluencia y Deflexión en correlación con la Rosácea como se estimó en la hipótesis. Y por otro, los datos muestran información sorprendente o no esperada respecto al funcionamiento de los mecanismos Postergación y Fijación.

¿Qué significa esto? ¿Qué expresan estos datos? Para contestar estas preguntas me remito a la identificación de necesidades, características particulares, temores, valores, actitudes y emociones correspondientes a cada fase del ciclo de la experiencia, modelo en cual se basa la presente comprensión.

En cuanto a la necesidad para la fase uno de Reposo o Retiro, es de relajación, e implica sensaciones de bienestar y equilibrio (ibídem, p. 78). Por lo cual, en estas personas con Rosácea, de acuerdo a los datos de funcionamiento del mecanismo Postergación se puede decir que tienen escasa dificultad en la satisfacción de esta necesidad. O que hay una tendencia a poder satisfacerla, ya que no surge que la totalidad de las personas tengan el mecanismo en Desbloqueo, sino tan sólo un cero % en Ambivalencia.

La necesidad en la fase 8 de Post contacto, Cierre o Asimilación, es de Independencia, donde el individuo se siente libre para vivir apoyándose en sí mismo (ibídem, p. 78). Al tener las personas con Rosácea el mecanismo Fijación mayormente Desbloqueado en relación a los que no tienen la enfermedad, se puede afirmar que dicha necesidad se ve tiende a verse satisfecha.

Estos dos aspectos en torno a la capacidad de satisfacción de ambas necesidades de relajación y autoapoyo se pueden pensar como aspectos de interés en estas personas al tener en cuenta la faceta adaptativa del mecanismo, al estar desbloqueado en Fijación y no haber ninguna persona en Ambivalente.

La fase uno, asimismo se identifica con la característica positiva de Aceptación. La fase ocho, de desengetización de lo ocurrido y elaboración de la experiencia, se identifica con la característica de Compromiso. Serían la aceptación de lo que es y el

compromiso con seguir evolucionando con la experiencia (ibídem, p. 62). Por tanto, en estas personas con Rosácea de acuerdo a los resultados, se lee que tienen tendencia a facilitar la aceptación. De acuerdo al funcionamiento del mecanismo de fase ocho, se lee que pueden generar compromiso con su experiencia y permitir el fluir de la energía.

Se ha visto entonces la relación de las fases uno y ocho con las necesidades y con las características. Se verá ahora la relación con los temores y valores.

De haber interrupción en la fase de Reposo con el bloqueo de Postergación, el temor es a triunfar. De existir bloqueo en la fase ocho de Cierre con el mecanismo Fijación, el temor es a ser libre. De acuerdo a la teoría, quiere decir que la persona al quedarse fijada, queda anclada a lo que ha pasado, con el propósito de no enfrentarse al momento presente y correr riesgos. Es una forma de no comprometerse, fijando la energía para no continuar el proceso de crecimiento (ibídem, p. 70).

Por consiguiente, en esta población con Rosácea se observa que los datos están señalando, desde el funcionamiento de la Postergación que el temor a triunfar aparece en mínima medida. Desde el funcionamiento de la Fijación los datos señalan que el temor a ser libre y a enfrentarse con el momento presente, en relación a los integrantes del grupo control es mucho menor. Estos dos aspectos pueden considerarse como mecanismos protectores de funcionamiento en estas personas.

En cuanto a los Valores representados en el modelo del ciclo de la experiencia, se representan por ejes polares, de la siguiente forma: de la Postergación a la Retroflexión se encuentra el valor Autoestima. Quiere decir que cuando hay bloqueo en estos mecanismos este valor se ve afectado; implica la no valoración de sí mismo ni la de los demás (ibídem, p. 72).

En estas personas con Rosácea aparece que al menos desde la Postergación no hay afectación mayor en este sentido. Desde la Retroflexión no se puede afirmar nada en particular dado que no hay valores significativos en la comparación entre ambos grupos. La auto y hetero valoración están en nivel aceptable desde la Postergación, de acuerdo a los datos.

En el eje de la Introyección a la Fijación el valor correspondiente es el de Respeto. De haber bloqueo en estos mecanismos la persona no toma en cuenta sus propias necesidades ni la de los demás.

En este grupo de personas con Rosácea al haber un nivel de desbloqueo en Fijación con diferencia significativa en relación a las personas potencialmente sanas, aparece que el funcionamiento desde este valor de respeto se da en cierta medida (ya que no es el cien por ciento de las personas en Desbloqueo sino el veinticinco) en forma saludable. Es decir, la persona tiene en cuenta las necesidades propias y de otros. Desde la Introyección no se puede afirmar nada al no haber valor significativo.

También hay desde la presente teoría del ciclo de la experiencia actitudes positivas y negativas inherentes a cada fase del ciclo. Tomo acá las actitudes positivas para estas dos fases en consideración, de acuerdo a lo que demandan los datos, la uno y la ocho. Para la fase de Reposo la actitud positiva es la de Generosidad: la persona está dispuesta a colaborar con los demás dando lo mejor de sí (ibídem, p. 74). Por tanto, desde los datos se puede considerar que en estas personas con Rosácea al tener 0 % en Ambivalencia del mecanismo Postergación, la actitud de Generosidad fluye, la energía no está atrapada en la fase uno.

La actitud positiva que corresponde la fase ocho de Cierre o Post contacto es la de ser Detallista; que implica la capacidad de dejar en orden lo que acaba de realizar (ibídem, p. 75). En estas personas con Rosácea se observa que al estar mayormente desbloqueado el mecanismo Fijación en relación a las del grupo control, esta actitud positiva opera en su personalidad en forma natural.

Se deja de lado la consideración de las actitudes negativas en tanto las cifras de la técnica aplicada dan cuenta de niveles de desbloqueo en estas dos fases en la población estudiada. No obstante, es interesante observar que las emociones relacionadas con las fases (ibídem, p. 59), en el caso de estar bloqueadas son: Para fase uno de reposo sentimiento de desgano o desidia. Y para la fase ocho de Cierre o Post contacto es por teoría, sentimiento de resentimiento, con ideas fijas. Pero en estas personas con Rosácea, al no haber grandes bloqueos en estas fases con diferencias significativas, estos sentimientos se muestran como no emergentes.

Se han analizado hasta acá las necesidades, características, temores, valores, actitudes positivas y emociones comprendiendo lo que arrojan los datos.

A continuación, me refiero a los cuadrantes del ciclo según la teoría: cuadrante I corresponde a Sentir, cuadrante II a Pensar, cuadrante III a Actuar y cuadrante IV a Asimilar/ Integrar. En cada cuadrante se ubican dos fases (descritas en marco teórico).

Acá se puede leer a partir de los datos, que en estas personas con Rosácea los niveles de Ambivalencia y Desbloqueo correspondientes a los mecanismos Postergación y Fijación respectivamente, están en los cuadrantes I y IV. En base a esto se puede afirmar que en estas personas en cierta medida (del cero por ciento y veinticinco por ciento, no el total de las personas) es posible el sentir, la asimilación e integración de la experiencia sin mayores autointerrupciones. Cabe recalcar que no es la totalidad de las personas que muestren los mecanismos en desbloqueo, sino tan sólo en el porcentaje presentado.

Al leer la Tabla 39 de cruzamiento entre los niveles de funcionamiento de los mecanismos y los subtipos de rosácea (p. 143 y 144) se observa y analiza lo siguiente:

Hay más personas con nivel Desbloqueado en los mecanismos Desensibilización y Proyección, tanto en las personas con Rosácea Eritemato- talangiectásica como con Pápulo- postular. Y en el nivel Funcional en Retroflexión y Confluencia hay más personas con Rosácea Eritemato- talangiectásica. O dicho de otro modo: las personas con Rosácea Eritemato- talangiectásica son las que más presentan los mecanismos Retroflexión y Confluencia en nivel Funcional. El mayor nivel de Bloqueo está en Retroflexión en las personas con Rosácea Pápulo- postular.

Estos datos resultan interesantes de observar y de tener en cuenta para otros estudios, sin que en esta instancia se puedan sacar conclusiones al respecto dado el tamaño de la muestra.

Con respecto a la pregunta de investigación planteada de ¿Qué tipo de relación existe entre esta enfermedad de la piel y las características del carácter? Analizo lo siguiente. Es claro que el presente estudio no arroja información suficiente para responder en forma completa ni abarcativa a esta interrogante.

Los mecanismos psicológicos de defensa que una persona instrumenta están a favor de la vida y la supervivencia a las circunstancias. Son recursos que están a favor de la preservación de la identidad. Forman parte de la personalidad y del carácter de la persona. Entendido este como el patrón fijo de conducta, la forma habitual de comportarse que entraña una actitud psíquica y un estilo de contacto.

Desde la teoría y la praxis se sabe de la profunda relación entre el desconocimiento y rechazo de características de los órganos enfermos y los rasgos más importantes de la persona (Schnake, 2014).

Como dice la Prof. Dra. A. Schnake (2007) el cambio caracterológico que puede producirse a raíz de una enfermedad es asombroso. Cuando se aprende de las características y funciones de los órganos, se reconocen aspectos y necesidades de la totalidad de la persona. La relación entre enfermedad y carácter es cada día más evidente (Schnake 2007).

No hay figura sin un campo en que exista. No es posible comprender la Rosácea que se hace figura sin comprender la totalidad del funcionamiento psíquico- social- espiritual de la persona en que surge.

Las características de cada órgano, en este caso el que consideramos: la piel, son características que nos constituyen en totalidad. Nos habitan valores, posibilidades y limitaciones.

Este estudio no responde a conocimientos de individualidades sino que aporta elementos de un grupo en comparación con otro de personas potencialmente sanas de acuerdo a los criterios establecidos. Los datos muestran el funcionamiento particular de dos de los mecanismos, Postergación y Fijación, con diferencias significativas entre ambos grupos. En dónde los niveles en cuestión son Ambivalente en Postergación y Desbloqueado en Fijación, explicados anteriormente. Con estos elementos no se puede abarcar la comprensión profunda y exhaustiva de las particularidades y del significado de la enfermedad para cada persona. Por tanto se entiende que nada de lo expuesto e interpretado se opone a los conocimientos teóricos en los que este estudio bien se apoya.

Hasta acá se han analizado, comprendido e interpretado los resultados en base a la teoría de la técnica utilizada.

Al entrelazar y contrastar los resultados obtenidos con los antecedentes en la materia, surge lo que se aborda a continuación.

Múltiples estudios muestran la merma en la autoestima en las personas con rosácea. Hasta un 70 % de los pacientes refieren pérdida de autoestima y confianza en sí mismos (Powell, 2005 y Landow, 2005 citado en García Bustinduy, García Fumero, 2015). El estudio de González Bardanca y Ferrer (2005) muestra en las personas con rosácea puntuaciones más altas en baja autoestima, entre otros varios factores. También, puntúan bajo en escala que mide la fuerza del yo, lo que se interpreta como tendencia a la inhibición, enfermedades físicas, sentimientos de incapacidad para afrontar presiones, bajo autoconcepto y dificultades para adaptarse a las situaciones problemáticas (ibídem p.85).

Sin embargo, los resultados aportados por el presente estudio, contrastan en cierta medida con estos datos referentes a la autoestima, bajo autoconcepto y dificultad para adaptarse a situaciones problemáticas. Dado que en lo que respecta al Valor representado en el eje de la Postergación (el menos en este mecanismo), que es la Autoestima, en estas personas no hay afectación mayor.

A propósito, en un estudio sobre percepciones del yo a personas con rosácea (Lindow K.B., Shelestak D., Lappin, J., 2005, recuperado de <https://www.rosacea.org/grants/research.php>, National Rosácea Society) en que se aplicó la Escala de Autoconcepto de Tennessee (TSCS) a 27 pacientes con rosácea y un grupo control de 17 personas sin la enfermedad, no se mostraron diferencias estadísticamente significativas en el concepto de sí mismo o en el rol de desempeño entre las puntuaciones brutas de ambos grupos. Sin embargo, se observó una tendencia a disminuir las puntuaciones de autoimagen de acuerdo al incremento de la gravedad de la enfermedad. Aunque los investigadores creen que el pequeño tamaño de la muestra puede explicar la falta de hallazgos estadísticamente significativos.

Por lo cual, tanto en el estudio descrito como en el presente, que de igual modo utilizaron muestras pequeñas, aparece esta similitud de la ausencia de merma en el autoconcepto, que forma parte de la autoestima.

En lo que tiene que ver con dificultades para adaptarse a situaciones problemáticas, las personas del grupo identificado del presente estudio al tener el mecanismo Fijación

desbloqueado mayoritariamente en relación al grupo control, esto puede hablar de contar con herramientas para resolver las situaciones. Los datos muestran que una parte de estas personas no quedan fijadas al contacto, no rigidizan sus patrones de conducta. En el aspecto biopositivo pueden recordar y resolver las situaciones, pueden realizar la integración de las experiencias. La capacidad para resolver no sólo depende del contar con los aprendizajes, experiencias integradas y recursos sino de la capacidad de accionar, de la cual no se cuenta con datos relevantes respecto a la fase cinco del ciclo.

Análogamente aparece otro contraste en lo que refiere a la ansiedad. En el estudio de Antuña- Bernardo S., et al (2000) se supo que los sujetos con rosácea destacan por su alta puntuación en Ansiedad Rasgo. También Panconesi (1984 citado en González Bardanca, Ferrer Balsebre, 2006) habla de una personalidad tipo más ansiosa con disminución de autoestima.

Por el contrario, en el presente estudio aparece, de acuerdo a los datos del cero por ciento en nivel Ambivalente del mecanismo Postergación, que la energía en la fase de Reposo no se encuentra atrapada. Aquí es interesante pensar en que ocurre entre la ansiedad en estas personas, según los estudios previos, y la necesidad resultante de relajación que tiende a la satisfacción. Por tanto, lo que en principio puede aparecer como resultados contrarios, son datos que condicen en su significado. Es decir, cuando hay ansiedad presente al mismo tiempo hay necesidad de relajación, y en este grupo de personas con Rosácea se manifiesta la tendencia a la satisfacción de ésta.

Así también, al leer las características de inseguridad y falta de confianza surgida de los estudios (Panconesi, 1984 citado en *ibidem*, y de otros con el Test de Minnesota citado en el mismo) en principio se observa otro contraste.

Desde el presente estudio se sabe que la necesidad de independencia de la fase de Post Contacto o Cierre es satisfecha en cierta medida en estas personas. Expresa que son capaces de ser autodependientes y de vivir desde el Autoapoyo. La capacidad de Autoapoyo significa poder sostenerse y crecer en base a sus propios recursos, al tener conocimiento pleno de ser quien es, en la amplitud de sus condiciones.

Al observar y pensar estos datos aparentemente opuestos aparece la pregunta ¿Qué de las vivencias de permanecer y autoperibirse en relación a otros con su enfermedad,

hace que estas personas puedan desarrollar autoportes? Se siente ansiedad, inseguridad y falta de confianza cuando hay ausencia de soportes. ¿Qué recursos estas personas han tenido que desarrollar para seguir el transcurso de sus vidas? ¿Cuánto más han logrado conocerse a partir de sus síntomas en la piel del rostro? Todas estas interrogantes se abren más que responderse al integrar los resultados con los previos.

Del mismo modo, las características positivas de Aceptación y Compromiso con la experiencia para las fases uno y ocho respectivamente, y la capacidad de Sentir (primer cuadrante) y de Asimilar e Integrar (cuarto cuadrante) que dan cuenta del nivel de funcionamiento en estas personas son aspectos llamativos en relación a su enfermedad.

Sin ir más lejos, el temor a triunfar que aparece en mínima medida y el temor a ser libre y a enfrentarse con el momento presente, que en relación al grupo control es mucho menor, son indicativos contrarios a la inseguridad y falta de confianza surgida en los estudios previos mencionados.

Por esta razón, todos estos aspectos se encuentran y se consideran como aspectos protectores de funcionamiento, que evidencian lo contrario a inseguridad y falta de confianza. Quizá pudieran ser abordados y trabajados en los espacios terapéuticos para generar una mayor concientización de ellos en las personas con rosácea. Al poder descubrir y tomar contacto con sus capacidades, esto genera procesos de crecer por sí mismos.

La actitud positiva de ser Detallista, que corresponde a la fase ocho de Cierre, se puede relacionar en cierta forma con la actitud autocrítica y de preocupación excesiva por el estado de su piel (González Bardanca, Ferrer Balsebre, 2006).

El trabajo en el conocimiento y aceptación de sí, fortalece la autoestima y la confianza en sí mismos. Esto contribuiría a disminuir la autocrítica, la preocupación, a nivelar la conciencia de la vergüenza por el rubor y a superar la vergüenza en sí misma, expresados en el estudio de Su D., Drummond (2011).

Si el flushing puede ser provocado por factores externos, entre ellos el estrés psicológico prolongado (Kligman 2004, citado en Drummond, P.D. and Su, D. 2012) las intervenciones psicológicas podrían orientarse a lograr un más adecuado enfrentamiento de los hechos, basándose en el conocimiento de los mecanismos



psicológicos que aparecen como desbloqueados y protectores en parte en esta población.

Las personas con rosácea necesitan del conocimiento de sí para estar mejor instrumentadas para manejarse adecuadamente con los factores disparadores de los empujes. Conocer sus debilidades, recursos internos y fortalezas puede actuar como protector y generador de conductas saludables.

Como se menciona por Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser (2002, citado en Sowinska- Glugiewicz, Kaliszewska. 2013, p. 40) las reacciones emocionales, crónicas o agudas, en conjunción con las predisposiciones biológicas están en la base de los cambios patológicos en los órganos y los sistemas internos y dan forma a la eficiencia del sistema inmunológico. En esto es importante considerar que el funcionamiento sin bloqueos en las distintas fases del ciclo de la energía hace posible respuestas emocionales saludables sostenidas en el Darse Cuenta. Permitir y respetar la autorregulación orgánica es contribuir a que no haya cambios patológicos en los órganos, en este caso la piel. Cabe acá tener en cuenta el funcionamiento de los mecanismos Postergación y Fijación en este grupo de personas con rosácea.

Fuertes estímulos, también los psicológicos, pueden desencadenar una respuesta vascular en particular en el área de la piel (Panconesi, 1984, Gupta & Gupta, 2003, citado en Sowinska- Glugiewicz, Kaliszewska. 2013, p. 41). Acerca de este punto, los datos expresan en este estudio información interesante al respecto.

Es importante como se reciben y se interpretan los estímulos y como se procesan e integran las experiencias. Como está mencionado, el mecanismo Postergación tiene un mejor nivel de funcionamiento en las personas con rosácea que en las del grupo control (0 % en ambivalencia en identificados versus 24,5 % controles). Es importante considerar la calidad del Reposo en el ciclo de cada persona, para que puedan surgir nuevas sensaciones y volver a formarse una nueva figura, y así continuar el ciclo.

Así también los datos del funcionamiento del mecanismo Fijación aportan información relevante. Al estar el mecanismo desbloqueado en relación al grupo control, con una diferencia significativa, las personas (un 25 % de ellas) pueden integrar las experiencias y nutrirse de ellas, no quedan fijadas.

Se sabe que tienen un rol preponderante en el surgimiento del estrés el cómo las personas interpretan los hechos y evalúan las situaciones. Si bien la Fijación no está en el cuadrante del pensar donde surgen las interpretaciones, sino en el de asimilar/integrar, igual remite al fluir de la energía en la fase ocho del ciclo.

En síntesis, la calidad del reposo y de la integración de las experiencias con múltiples estímulos, además de la cualidad del pensar, va a contribuir con la afectación o no en la respuesta orgánica.

No hay desde los resultados información significativa de las otras fases, más que de estas dos, uno y ocho.

Según la literatura, las personas con rosácea, principalmente utilizan estrategias de evitación centradas en las emociones, y así provocan emociones negativas que se intensifican en situaciones de dificultad, especialmente si creen que los acontecimientos externos siempre tienen un claro carácter estructurado y consistente, y por lo tanto no están sujetos a modificaciones (Sowinska- Glugiewicz, Kaliszewska, 2013, p.50). A la vez se sabe que usar estrategias no adaptativas de enfrentamiento causa severas emociones, comportamientos y reacciones psicológicas y contribuye a la exacerbación de cambios patológicos en la piel facial.

Con respecto a esto el presente estudio aporta al menos algunos datos significativos para una mayor comprensión. Ante la pregunta de ¿Por qué las personas con rosácea tienen dificultad en elegir las más apropiadas estrategias de enfrentamiento? Se puede decir que esto depende no sólo del no bloqueo en fases uno y ocho, sino de que la energía fluya libremente, y que las personas no tengan otros bloqueos que le impidan el darse cuenta, la movilización de la energía, la acción más apropiada, el contacto y procesamiento adecuado de los hechos.

El desarrollar la capacidad de darse cuenta de sí y el entorno, el estar libre de introyectos, para poder elegir con más conciencia su respuesta emocional y conductual instrumentará a la persona para poder desarrollar un mejor enfrentamiento de las distintas situaciones de dificultad.

Saber que estas personas con rosácea pueden integrar y asimilar sin dificultades puede ser un elemento alentador.

Nuevas opciones de tratamiento, como abordarlos desde la presente perspectiva y con los elementos brindados puede llevar a mejorar los síntomas psicológicos- orgánicos y la calidad de vida en las personas con rosácea. Para lo cual serviría apoyar las intervenciones psicoterapéuticas en los aspectos saludables y alentadores que arrojan los datos del presente estudio.

### **5.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

El estudio realizado presenta algunas limitaciones. En primer lugar, en Uruguay no se cuenta con datos estadísticos de prevalencia de personas con Rosácea. Se sabe que la muestra es no representativa de la población objetivo. Se utilizó muestreo por conveniencia. El tamaño muestral puede considerarse una limitación. No se sabe si el número de personas con Rosácea pudiera haber condicionado a no encontrar diferencias entre ambos grupos cuando en realidad las hubiera. Cuantas más personas con Rosácea se incluyen, aumenta la posibilidad de encontrar diferencias con el grupo control y no cometer error de tipo II o Beta, que es no encontrar diferencias cuando en realidad las hay. Por lo cual, al haber encontrado diferencias es altamente probable que existan.

En lo que refiere a la etapa del ciclo vital y el sexo de las personas, el grupo identificado es en totalidad de mujeres en una media de edad de treinta y tres con cuarenta y cinco, y el grupo control está conformado por cuarenta y nueve personas, veinticinco mujeres y veinticuatro hombres, en una media de edad de veintisiete con cero seis. El factor sexo en ambos grupos puede considerarse una limitación, al no haber el doble de mujeres en el grupo control que en el grupo con Rosácea. La media de edad si bien no es exacta, está dentro del mismo grupo etario de juventud.

También pueden considerarse limitaciones en lo que respecta a las circunstancias en que fueron tomadas algunas de las pruebas. Si bien la mayoría fueron realizadas en consultorios, en el Hospital algunas pocas personas con Rosácea tuvieron que responder a las mismas instaladas en los pasillos, por no disponer de consultorio en ese preciso momento. En Hemoterapia todas las pruebas fueron tomadas en sala de espera, lugar a donde llegaban otros donantes, también lugar de permanente pasaje de distinto personal del Hospital y con la presencia constante de una persona perteneciente a una

asociación de colaboración sin fines de lucro. También fueron tomadas otras pruebas en el hall de la Facultad de Medicina, espacio público de movimiento continuo, en plena jornada de captación de donantes, y hasta con presencia de la prensa en determinadas instancias. Es de considerar estas condiciones por si pudiera haber incidido en el nivel de concentración de las personas al momento de brindar sus respuestas y esto afectar la calidad de las mismas.

Por otro lado, el estudio brinda una óptica distinta de la temática estudiada y ciertos aportes para avanzar en la comprensión de aspectos psicológicos de las personas con Rosácea. Además, ofrece información del funcionamiento de los mecanismos de bloqueo en un grupo de cuarenta y nueve personas adultos jóvenes donantes de sangre en Montevideo.

## CAPÍTULO 6

### CONCLUSIONES

En este capítulo se fundamentan las motivaciones iniciales del estudio, así como para cada elección sucesiva en el proceso. Se retoman las preguntas de investigación, los objetivos y la hipótesis planteada y se cotejan con los resultados. Se sintetizan los conceptos expuestos en la discusión, se recogen las observaciones más relevantes y se realiza una comprensión teórica. Finalmente se brindan recomendaciones en cuanto al campo de conocimiento.

Los hechos que motivaron en un tiempo previo a pensar en las preguntas de la investigación fueron haber tomado contacto con múltiples personas con distintas afectaciones de piel, tanto en el ámbito profesional como personal. Esto junto con la formación anterior en el abordaje holístico de la salud /enfermedad, me orientó a prestar atención en la expresión de enfermedad en este órgano en sus distintas formas. La elección en particularidad de las personas con Rosácea fue resultante de la información recabada a partir de charlas con referentes, lecturas de estudios ya realizados en Psicodermatología, recuerdos de distintos casos de Rosácea y el interés que en consecuencia despertó en mí esta forma de manifestación en la piel. La información relevada daba cuenta de una falta de conocimiento acerca de más aspectos psicológicos y de la cualidad de funcionamiento de los mecanismos de bloqueo que caracterizaran a las personas con Rosácea. De ahí se desprendió la hipótesis como formulación explícita y guía de la investigación.

La elección de la metodología cuantitativa, por medio de lógica deductiva, surgió en conexión directa con los objetivos, el foco del estudio. La elección del instrumento TPG respondió, en correspondencia con el enfoque del estudio, a poder indagar en especificidad el nivel de funcionamiento de cada mecanismo de bloqueo del ciclo de la energía. El TPG era hasta la fecha de comienzo de la recogida de datos la única prueba validada que medía los bloqueos gestálticos. Con posterioridad tomé conocimiento del trabajo en curso, de análisis de propiedades psicométricas de la Escala de Bloqueos

Gestálticos Castanedo- Munguía en población peruana y mexicana (Carrillo Chávez, Munguía Arias, s.f.).

La elección de dónde realizar la recogida de datos se conformó desde un inicio al tomar como base el servicio de Dermatología del Hospital de Clínicas de Montevideo, por ser el hospital universitario, dependiente de Facultad de Medicina de la Universidad de la República, a donde me dirigí para poder estudiar. Con posterioridad se terminó de realizar en Dermatología de la Asociación Española de Socorros Mutuos, también en Montevideo.

Durante el proceso de recolección de datos, en la primera etapa conté con el apoyo del jefe del servicio de Hemoterapia del Hospital de Clínicas Dr. I. Rodríguez que autorizó la toma de la muestra de los donantes de sangre. En segunda instancia, para la toma de la muestra del grupo identificado, conté con la orientación de la Dra. S. Alé dentro del servicio de Dermatología del mismo Hospital y para el contacto de las personas atendidas por Rosácea. En una tercera etapa, en la Asociación Española, conté como referente con la jefa del servicio de Dermatología Dra. A. Yusín y el equipo de dermatólogos que me derivaban a las personas con Rosácea, posibles participantes. El Prof. Dr. D. Bía me apoyó con el re cálculo de la muestra, así como el Prof. Dr. A. Noria con el análisis estadístico, referente de la Unidad de Apoyo a la Investigación de Facultad de Medicina de la Universidad de la República. La elección de La Prof. S. Alé como codirectora de tesis tuvo que ver con el requisito de la Dirección Académica de Posgrado de Facultad de Psicología y con su capacidad para la orientación dentro del servicio. A la Ps. N. Guinsburg como directora de tesis, arribé por guía y recomendación de los colegas del Centro Anchimalén donde en el pasado realicé los estudios de enfoque holístico de la salud. Para todos ellos están mis agradecimientos por sus aportes y colaboración.

A continuación me refiero a los datos significativos de los resultados.

El objetivo general del estudio fue distinguir los mecanismos de bloqueo y aspectos psicológicos relacionados presentes en las personas adultos jóvenes diagnosticados de Rosácea estudiadas.

Por un lado, de la muestra surge que los mecanismos de Confluencia y Deflexión no se encuentran en los niveles de funcionamiento disfuncional y de bloqueo, como se

formuló en la hipótesis, en comparación con el grupo control. La fundamentación para esta hipótesis fue que son los mecanismos estrictamente relacionados con el contacto. Sin embargo, el comportamiento de estas variables no muestra que exista correlación con la Rosácea; es decir que la hipótesis no se verifica.

Por otro lado, en los resultados se distinguen dos mecanismos: Postergación y Fijación con diferencia significativa entre el grupo identificado y el grupo control. El comportamiento de estos mecanismos indica ausencia de personas con Rosácea que tengan la Postergación en nivel Ambivalente y nivel de Desbloqueo en el mecanismo Fijación, en la comparación medida entre ambos grupos.

En cuanto a los aspectos psicológicos relacionados, los resultados dejan en conocimiento que por el lado de la Postergación hay una tendencia a cierto fluir de la energía, ya que no hay personas con la energía atrapada en esa fase del ciclo en el grupo estudiado. La necesidad de reposo en el ciclo de la experiencia y frente a la ansiedad generada en las distintas circunstancias de vida, tiende a poder ser satisfecha. En un plano de comprensión se habla de tendencia de acuerdo a los datos.

Por el lado de la Fijación, en la fase de Asimilación o Cierre del ciclo, también se manifiesta una tendencia al fluir de la energía, incluso más marcada que en la fase uno, al presentarse el nivel de Desbloqueo en este mecanismo en la comparación con el grupo control. Respecto a la necesidad de independencia en esta fase, de ser autodependientes y de vivir desde el Autoapoyo, desde sus propios recursos, es satisfecha en cierta medida. Del mismo modo se indica la tendencia a la posibilidad de sentir, asimilar e integrar las experiencias. Todo lo que facilita la continua asimilación e integración de la experiencia constituye soporte.

Se comprende también como características positivas que estas personas tienen tendencia a facilitar la aceptación y pueden generar compromiso con su experiencia. El temor a triunfar aparece en mínima medida y el temor a ser libre y a enfrentarse con el momento presente, en relación a los integrantes del grupo control, es mucho menor. En cuanto a los valores aparece que el valor autoestima, la auto y hetero valoración están en niveles aceptables y el valor respeto se da en cierta medida en forma saludable. Como actitudes positivas aparecen la generosidad y el ser detallistas.

De los resultados de este estudio se concluye como interesante y complementario de los conocimientos previos los siguientes tres aspectos. Uno es la tendencia a la satisfacción de la necesidad de reposo y relajación, otro a la satisfacción de la necesidad de independencia, autodependencia y autoapoyo y el otro aspecto la tendencia más marcada a la posibilidad de sentir, asimilar e integrar las experiencias. Estos datos en una primera aproximación pueden contrastar con la información previa de presencia de ansiedad, baja autoestima, inseguridad, falta de autoconfianza y dificultad para adaptarse a situaciones problemáticas en las personas con Rosácea. Sin embargo son aparentes oposiciones que no constituyen contradicciones irreconciliables sino distinciones a prestar atención y ser estudiadas en cada persona. Cuanto mayor es el contraste en diferentes aspectos e información, mayor puede ser el potencial. La propia visión gestaltista es unificar elementos dispares.

En la forma en que la persona se resiste, a través de los distintos mecanismos de bloqueo, está su fuerza creativa para manejarse en el mundo.

Se siente ansiedad, inseguridad y falta de confianza cuando hay ausencia de soportes o insuficiente Darse Cuenta de éstos y por tanto, incapacidad de utilizar esos recursos. Es decir, que si en los estudios han aparecido estos aspectos mencionados en las personas con Rosácea y a la misma vez los resultados presentes, de algún modo estas personas pueden, desde la vivencia con sus características de piel del rostro y en relación con otros, instrumentar y desarrollar autoapoyos.

Los datos obtenidos se pueden considerar como capacidades; autodependencia, autoapoyo, aceptación y compromiso y asimilar e integrar, ofrecen elementos alentadores que son parte de la personalidad de estas personas. Así como el síntoma o la enfermedad se vuelve figura en momentos agudos, la personalidad es el fondo.

Por consiguiente, con los elementos previos y lo que se continúa explicando se responde a las preguntas subsidiarias que marcaron el inicio de la investigación en cuanto a lo que expresan los mecanismos de bloqueo y su relación con las personas con Rosácea. Pero respecto a la pregunta de qué tipo de relación existe entre la Rosácea y las características del carácter, los resultados no alcanzan a contestarla en forma completa y acabada. Cabe considerar que el instrumento y los objetivos no apuntan a los rasgos de carácter, aunque en el caso de prevalecer determinados mecanismos y constituir un estilo defensivo, eso tiene que ver con conductas



predominantes que responden a rasgos caracteriales. Nada de esto se comprueba en los presentes resultados.

Si bien la función del contacto no aparece afectada en estas personas al no surgir bloqueo en los mecanismos Deflexión y Confluencia, aparece un cierto proceso activo y receptivo, al haber asimilación y por ello nutrición orgánica. Esto se da en la misma frontera de contacto formada por las características de cada sí mismo, incluidas las características particulares de su piel. Hay distintos niveles de permeabilidad del límite; así como la relajación la aumenta, de tal forma que hace posible la recepción de lo que proviene de fuera. Se considera importante esta comprensión conceptual a partir de lo que los resultados arrojan. En resumidas cuentas, se puede observar a partir de este estudio que las personas con Rosácea no presentan dificultades marcadas en la frontera de contacto y que son capaces de llevar a cabo un proceso activo y receptivo, de asimilación y nutrición orgánica.

Las funciones del contacto son sensación, formación de la figura y movilización, acción, contacto y asimilación y retiro. Como explica Kepner, J. (1992) la afectación de la salud psicológica se relaciona con el deterioro o pérdida de las funciones de contacto, que se da cuando hay separación del ser corporal. En este grupo de personas los datos muestran no haber mayores afectaciones en este sentido. No obstante, la vida afectiva está plasmada en el cuerpo y los aspectos caracteriales se expresan también a través de él.

Es necesario tener presente que como toda comprensión teórica esta no es lineal y es provisoria, así y todo añade algunos elementos que pueden oficiar como fuente de futuras reflexiones y búsquedas.

Más que cerrar conocimientos este estudio abre más interrogantes a indagar y responder. Lo que queda por saber es ¿qué niveles de autoconciencia o darse cuenta de sí desarrollan estas personas? ¿Qué sucede en las fronteras de contacto al vivenciarse a sí mismos en su propio proceso identitario en las distintas relaciones y vínculos?

En última instancia, cabe recalcar que la calidad y cualidad de la satisfacción de las distintas necesidades y cumplimiento de las funciones del contacto, va a contribuir en la afectación o no de la respuesta orgánica expresada en cada órgano.

## **Recomendaciones**

A partir de los datos obtenidos y tomando en consideración las limitaciones del presente estudio se detallan las siguientes recomendaciones:

Hay un campo de personas con enfermedades cutáneas en el contexto nacional desprovisto de atención específica en Psicodermatología. En pos de implementar y desarrollar el enfoque Psicodermatológico en el sistema de salud en Uruguay se necesitan más profesionales con los conocimientos correspondientes para sostener la labor.

Se considera de interés ampliar los estudios relacionados con la temática y la población objetivo no sólo a las personas atendidas en dos instituciones de salud en Montevideo sino en más. Sería positivo que futuros estudios recogieran datos de prevalencia de la Rosácea y que en la profundización sobre el tema se pudieran tomar muestras más amplias.

Se considera tomar en cuenta los datos aportados por el presente estudio sobre las variables que se asocian con la Rosácea y la perspectiva de abordaje, al momento de diseñar posibles opciones de tratamiento e intervenciones psicoterapéuticas ajustadas a estas personas. Poder trabajar psicológicamente en el Darse Cuenta de sus capacidades de asimilar, integrar y relajar, permanecer en reposo, puede llevar a mejorar los síntomas en la piel facial. En Gestalt se conciben las perturbaciones de la enfermedad como oportunidad de crecimiento. Estar sano no es sólo ausencia de enfermedad sino desarrollar la capacidad que alberga el organismo de curarse y resolver los problemas que enfrenta.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antuña-Bernardo S., García-Vega E., González Menéndez A., Secades Villa R., Errasti Pérez J., Curto Iglesias J. R., (2000). *Psicothema* ISSN 0214 - Vol. 12, Supl. nº 2, pp. 30-34.
- Baptista González H., (2009). *La donación voluntaria de sangre. Una actividad social.* Rev Invest Med Sur Mex Julio-Septiembre 2009, 16(3): 159-162)
- Barranco A. M. (2009). *Acné y trastornos psicológicos- psiquiátrico.* Monografía. Montevideo: Udelar.
- Beerli Palacio, A., Martín Santana, J. D., Fernández Monroy, M.,(s.f.) Incentivando la conducta de donación de sangre en función de las tipologías de donantes potenciales. España.
- Bonamigo RR, Bakos L, Cartell A, Edelweiss MI. (2008). Fatores asociados à rosácea em amostras populacionais do Sul do Brasil: análise de estudos casos-controles. *An Bras Dermatol.* 2008;83(5):419-24.
- Buechner, S. A. (2005). *Rosacea: An Update.* *Dermatology* 2005; 210:100–108
- Castanedo Secadas, C. (1983). *Terapia Gestalt: Enfoque centrado en el aquí y el ahora.* Barcelona: Herder. (1988).
- Cuéllar, I. C., (s.f.). Sistema neuro- inmuno- endócrino- cutáneo: tiroides y piel. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.
- Culp, B., Scheinfeld, N. (2009). *Rosacea: A Review.* Continuing Education Credit, January 2009 • Vol. 34 No. 1.

- Delacroix, J-M. (2009). Encuentro con la Psicoterapia. Una visión antropológica de la relación y el sentido de la enfermedad en la paradoja de la vida. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Diccionario Médico (s.f.). Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com>
- Dirschka, et. Al., (2015). Perceptions on the Psychological Impact of Facial *Erythema Associated with Rosacea: Results of International Survey*. *Dermatol Ther (Heidelb)* (2015) 5:117–127.
- Drummond, P.D., Su, D. (2012) *Blushing in rosacea sufferers*. *Journal of Psychosomatic Research*, 72 (2). pp. 153-158.
- Evans, R., Ferguson, E. (2014) Defining and measuring blood donor altruism: a theoretical approach from biology, economics and psychology. *Vox Sanguinis* 106, 118–126. Nottingham: John Wiley & Sons Ltd.
- García Bustínduy, M. C., García Fumero, V. (2015). *Rosácea. Impacto psicosocial*. Barc. <http://dx.doi.org/101016/j.piel2015.05.010>
- Gómez Zanni, M. S., Campara, R., et al. (2008). *Manifestaciones cutáneas en pacientes con hipotiroidismo*. Recuperado de [www.javeriana.edu.co](http://www.javeriana.edu.co)
- González Bardanca, S., Ferrer Balsebre, L. (2006). *Repercusiones psiquiátricas y psicológicas de la rosácea*. Orixinais, *Cadernos de atención primaria*, Vol.13.
- Hernández Valbuena M. E., (2017). *Uso del Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama por el Coach para Ubicar el Bloqueo Psicológico del Emprendedor*. *IBJ Journal Iberoamerican Busines* Vol. 1, Núm. 1. Extraído de <http://www.journaltop.com/index.php/IBJ/article/view/70> (revisar modo de referencia según APA).
- Karlsson, E., Berg M. y Bengt B. Arnetz. (2003). *Rosacea and Personality*. Department of Social Sciences, Växjö University, Section of Dermatology, Department of

- Medical Science and Section for Social Medicine/CEOS, Department of Public Health, Uppsala University, Uppsala, Sweden.
- Kerlinger, F. (1986). *Investigación del comportamiento*. México DF: Interamericana.
- Latner, J. (1994). *Fundamentos de la Gestalt*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Lindow K.B., Shelestak D., Lappin, J., (2005). *Perceptions of self in persons with rosacea*. *Dermatology Nursing* 2005; 17(4):249-254,314. Recuperado de <https://www.rosacea.org/grants/research.php>, National Rosácea Society
- Merleau-Ponty. (1945). *Fenomenología de la percepción*. París: Gallimard.
- Merck, (2005). *Manual de diagnóstico y terapia*. Ed.18. Cap. 190: Biología de la piel. Sec.18: Enfermedades de la piel.
- Moustafa, F., Lewallen,R., Feldman, S. R. (2014). The psychological impact of rosacea and the influence of current management options. *American Academy of Dermatology*.
- Powell, F. (2005). *Rosacea*. *N Engl J Med* 2005;352:793-803. Massachusetts Medical Society.
- Perls, F. (1976). *El Enfoque Gestáltico y testimonios de terapia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F.S., Hefferline, R.F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy*. Nueva York: Julian.
- Salama, H., Castanedo, C. (1991). *Manual de Psicodiagnóstico, Intervención y Supervisión para psicoterapeuta*. México, D.F.: El Manual Moderno.
- Salama, H (2001). *Psicoterapia Gestalt. Proceso y metodología*. México: Alfaomega.
- Salama, H. (2002). *TPG Manual del Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama*. México, D.F.: Centro Gestalt de México.

- Salazar Valadez , R. E., (2011). *Autorregulación orgánica en hombres que ejercen violencia doméstica*. Revista electrónica de psicología Iztacala Vol 14, No 4, 2011 (corregir modo de referencia según APA)
- Samaja, J. (2007). *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: Eudeba.
- Sampieri, R., Fernández, C., Baptista, P. (2008). *Metodología de la investigación*. México DF: McGrawHill. Cap 1, 2, 3, 5.
- Schanake, A. (2007). *Enfermedad, síntoma y carácter. Diálogos gestálticos con el cuerpo*. Buenos Aires: Del Nuevo Extremo. Chile: Cuatro Vientos.
- (2014). *La voz del síntoma*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- (s.f.) Apunte 1 del Diplomado: Diferencia del enfoque Holístico y lo Psico-somático.
- Sehtman A., Constantini S., (2016, 12 Julio). Alrededor de 40 millones de personas en el mundo sufren esta enfermedad inflamatoria y crónica de la piel que hace que el 21% de los pacientes evite el contacto o cancele compromisos sociales por vergüenza. TN. Recuperado de: [http://tn.com.ar/salud/actitud/no-mas-caras-rojas-semana-de-concientizacion-sobre-la-rosacea\\_688535](http://tn.com.ar/salud/actitud/no-mas-caras-rojas-semana-de-concientizacion-sobre-la-rosacea_688535)
- Sowińska-Gługiewicz, I. , Kaliszewska, K. (2013). *Ways and Strategies for Coping with Stress and Rosacea*. Szczecin University. Polish Journal of Applied Psychology 2013, vol. 12 (2), 39-54.
- Spangenberg, A., (2006). *Terapia Gestalt: Un camino de vuelta a casa. Teoría y Metodología*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Wollina, U., (2014). Recent advances in the understanding and management of rosacea. F1000 Prime Reports.
- Yontef, G., (1995). *Proceso y Diálogo en Psicoterapia Gestáltica*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Zinker, J., (1979). *El proceso creativo en terapia Gestáltica*. Buenos Aires: Paidós.

## **APÉNDICES**

### **APÉNDICE 1**

#### **Información de la investigación**

La presente investigación se realiza en el marco de los cursos de formación de posgrado de la Facultad de Psicología, dentro de la Maestría en Psicología Clínica. Y cuenta con el aval de Facultad de Psicología y Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

El Título del Proyecto es: Mecanismos psicológicos, desde el enfoque Gestalt, en adultos jóvenes con diagnóstico de Rosácea que asisten al servicio de Dermatología del Hospital de Clínicas de Montevideo.

Los Objetivos son: Identificar los mecanismos y aspectos psicológicos presentes en las personas adultos jóvenes diagnosticados de Rosácea.

Comprobar si existen mecanismos psicológicos propios o exclusivos en adultos jóvenes con dicho diagnóstico.

La actividad a realizar si usted accede a participar es: Responder en forma individual a un único cuestionario de 40 afirmaciones relativas a sus actitudes y rasgos en el momento presente con respecto a las relaciones que establece con los demás.

Se responden por escrito con sí o no, en una duración de entre 15 y 20 minutos. De ser respondido antes o después de este tiempo, se responderá en otro momento, luego de 24 horas como mínimo.

Los riesgos y beneficios de participar en la investigación podrían ser:

Posible riesgo: Verse instado a auto cuestionarse y reflexionar acerca de sí mismo y las relaciones que establece con los demás.



Beneficio: Al poner atención en sí y su propia vida, poder darse cuenta de aspectos positivos y otros a mejorar.

De requerir apoyo psicológico posterior se le referirá, de ser necesario, al servicio de asistencia de las instituciones comprometidas en la investigación.

Confidencialidad: Se resguardará la información obtenida, para uso estricto de la investigación con absoluta reserva de la identidad del participante.

Su participación es voluntaria y libre sin que ello configure ningún perjuicio para el participante o el estudio. Mantiene el derecho de cancelar, retirarse u oponerse a participar, sin tener la obligación de dar cuenta de su decisión.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas solicitando aclaraciones o especificaciones.

Responsable de la investigación: Lic. Ps. Laura Ugartemendía.

CI: 2018896/3

Tel. de contacto: 2711 89 27/ 094 313 601.

lauugarte@gmail.com

Aclaración: Con el propósito de que fuera fácilmente comprensible para las personas de la muestra, en la hoja de información se adaptó el estilo de redacción y se utilizaron sinónimos de los verbos propuestos en los objetivos formales de la investigación, así como acá se presenta. Del mismo modo, cuando se continuó la recogida de datos en la Asociación Española, se incluyó tal nombre de la institución correspondiente.

## Consentimiento informado

Estamos realizando una investigación científica en el área de Psicodermatología, sobre los aspectos y mecanismos psicológicos en adultos jóvenes con y sin Rosácea diagnosticada.

Para ello necesitamos su colaboración respondiendo este cuestionario, lo cual lleva entre 15 y 20 minutos. Sus respuestas y opiniones son muy valiosas y serán un gran aporte para esta investigación.

Lo que usted responda es confidencial y anónimo, esto quiere decir que en ningún momento figurarán sus datos personales en los resultados y/o publicaciones en las que se haga referencia a este estudio.

Agradecemos su colaboración en esta investigación, que esperamos contribuya a mejorar los tratamientos de personas adultas con esta enfermedad.

Declaro que, luego de leer el texto precedente, y habiendo comprendido el contenido en su totalidad, acepto voluntariamente colaborar, asumiendo posibles riesgos y beneficios. Por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de investigación.

Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Fecha de firma del documento:.....

Nombre del participante:.....

CI: .....

Firma:.....

Investigador responsable:.....

CI: .....

Firma:.....

## APÉNDICE 2

### Datos sociodemográficos

Estudios cursados:

1. Primaria:

2. Secundaria:

3. Estudios terciarios: Universidad:

UTU:

Otros:

Actividad

laboral:

.....

Estado civil: 1. Soltero:

2. Casado:

3. Conviviente:

4. Divorciado:

5. Viudo:

Integración familiar (con quiénes vive):

10. Solo:

11. Pareja:

12. Hijos:

13. Pareja e hijos:

14. Pareja, hijos y otros:

15. Progenitores:

16. Otros:

Hijos: Si: Niños:

Adolescentes:

Adultos:

No:

A las personas con Rosácea:

Enfermedad diagnosticada en

(fecha):.....

Subtipo de la enfermedad:

.....

Estadio o grado:

.....

En tratamiento desde:

.....

## ANEXOS

### ANEXO 1

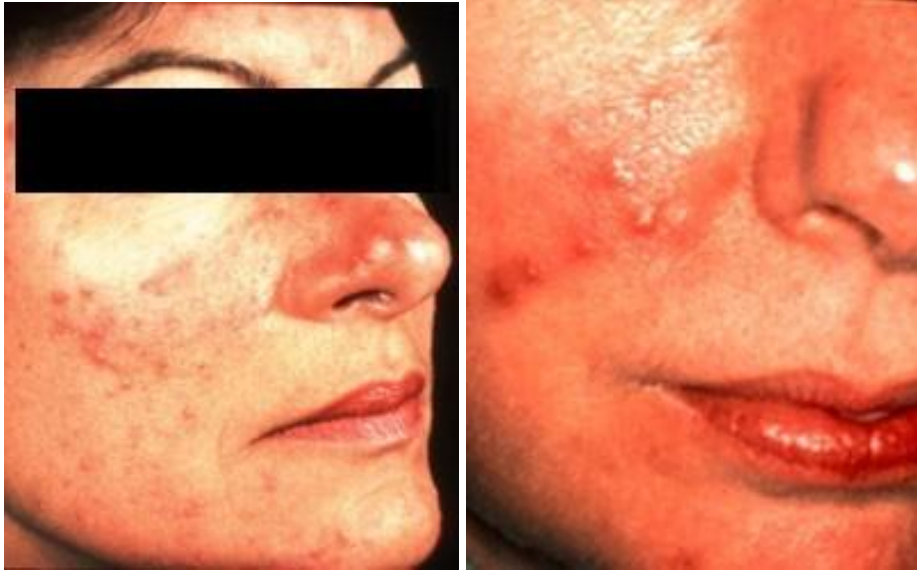
Las siguientes imágenes muestran rostros de personas con Rosácea en sus cuatro subtipos.

Imágenes de Subtipo 1: Rosácea Eritemato-talangiectásica



*National Rosacea Society (NRS), (2017). Extraído de <https://www.rosacea.org/patients/faces.php>, (11/8/2017).*

Subtipo 2: Rosácea Pápulo postular



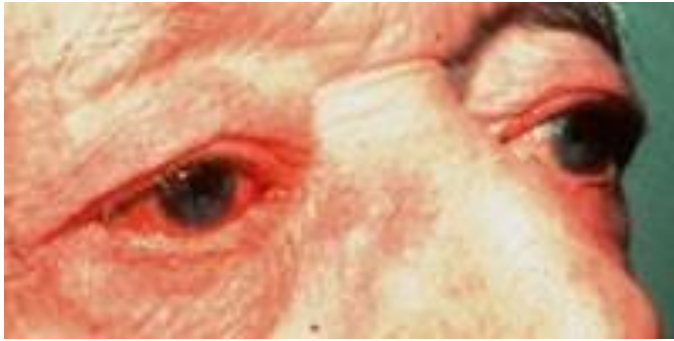
*National Rosacea Society (NRS), (2017).* Extraído de <https://www.rosacea.org/patients/faces.php>, (11/8/2017).

Subtipo 3: Rosácea Fimatosa



*National Rosacea Society (NRS), (2017).* Extraído de <https://www.rosacea.org/patients/faces.php>, (11/8/2017)

Subtipo 4: Rosácea ocular



*National Rosacea Society (NRS), (2017). Extraído de <https://www.rosacea.org/patients/faces.php>, (11/8/2017).*



## ANEXO 2

### Test de Psicodiagnóstico Gestalt (TPG)

Nombre: ..... N° .....

Fecha: .....

Edad: ..... Sexo: F ..... M .....

Instrucciones: A continuación hallará una serie de afirmaciones. Piense al contestar en el tema específico: su actitud frecuente en la relación con las demás personas. Encierre en un círculo SI o NO. Evite borrar o hacer correcciones. No marque una misma afirmación con SI y NO. Evite dejar sin contestar cualquier reactivo. Dispone de 15 a 20 minutos para contestar.

1	Yo soy insensible	SI	NO
2	Soy feliz como soy	SI	NO
3	Cuando algo me disgusta lo digo	SI	NO
4	Me molesta que me vean llorar	SI	NO
5	Soy emocional pero me aguanto	SI	NO
6	Me desagrada hacer siempre lo mismo que los demás	SI	NO
7	Me es imposible dejar de ser como soy	SI	NO
8	Evito culpar a los demás si me siento mal	SI	NO
9	Siempre termino lo que empiezo	SI	NO
10	Me siento culpable si culpo a los demás	SI	NO
11	Debo evitar mostrar mi enojo	SI	NO
12	Me abstengo de discutir	SI	NO
13	Hago lo que los demás quieren aunque me disguste	SI	NO
14	Me disgusta pensar, sentir o hacer lo mismo mucho tiempo	SI	NO
15	Me gusta aprender cosas nuevas	SI	NO
16	Dejo las cosas para después	SI	NO
17	Expreso lo que me molesta	SI	NO
18	Evito sentir	SI	NO
19	Sería feliz si no fuera por los demás	SI	NO
20	Soy constante en mi inconstancia	SI	NO
21	Hago lo que quiero a pesar de que me digan lo contrario	SI	NO

22	Siempre estoy de acuerdo con los demás	SI	NO
23	Soy capaz de dejar de tener una idea fija	SI	NO
24	Evito enfrentar	SI	NO
25	Me disgusta evitar lo inevitable	SI	NO
26	Me gusta sentir	SI	NO
27	Evito manifestar lo que me molesta	SI	NO
28	Evito dejar para mañana lo que puedo hacer hoy	SI	NO
29	Me abstengo de culpar a los demás si fracaso	SI	NO
30	A veces dejo las cosas para después	SI	NO
31	Me disgusta que me digan lo que tengo que hacer	SI	NO
32	Me es imposible dejar de pensar en lo que ya pasó	SI	NO
33	Soy como me enseñaron que debo ser	SI	NO
34	Defiendo mis opiniones	SI	NO
35	Debo hacer lo que los demás quieren	SI	NO
36	Soy sensible	SI	NO
37	Me desagrada terminar lo que empiezo	SI	NO
38	Expreso lo que me disgusta	SI	NO
39	Estaría bien si no fuera por los demás	SI	NO
40	Me siento mal cuando me presionan	SI	NO

Defina con un adjetivo cómo se siente en este momento:

.....

## ANEXO 3

### Plantilla de calificación del TPG

N°	EDAD	SEXO	
F1 POST 16 y 37 28 y 9	SI-NO/SI-NO SI-NO/SI-NO	Puntaje	Nivel de funcionamiento
F2 DES 1 y 18 26 y 36	SI-NO/SI-NO SI-NO/SI-NO		
F3 PRO 19 y 39 29 y 8	SI-NO/SI-NO SI-NO/SI-NO		
F4 INT 11 y 23 2 y 21	SI-NO/SI-NO SI-NO/SI-NO		
F5 RET 4 y 27 38 y 17	SI-NO/SI-NO SI-NO/SI-NO		
F6 DEF 24 y 12 34 y 3	SI-NO/SI-NO SI-NO/SI-NO		
F7 CON 13 y 22 6 y 31	SI-NO/SI-NO SI-NO/SI-NO		
F8 FIJ 7 y 32 23 y 14	SI-NO/SI-NO SI-NO/SI-NO		