

El Lenguaje de la Piel: Psoriasis Desde la Perspectiva Psicoanalítica

The Language of the Skin: Psoriasis from a Psychoanalytic Perspective

Pompa Guajardo, Edith G. & Meza Peña, Cecilia*

Resumen. El escrito se centra en el estudio de la Psoriasis, como un fenómeno del campo psicológico, cuando la labor médica ha descartado causa orgánica en la manifestación de esta condición. *Material y Métodos.* Se trata de un estudio de caso en base a cabo una intervención psicológica psicoanalíticamente orientada, realizando un análisis del discurso del paciente con psoriasis el cual acude a consulta por dificultades para establecer relaciones interpersonales, con temor de acercarse a la gente, en especial a las mujeres, así como temor a lo que pensarán de él, acompañado de vergüenza. *Resultados.* Durante el tratamiento y en base al análisis del discurso, se pudo observar que la psoriasis era una defensa contra la marca emocional dada a partir del duelo no elaborado tras la muerte del padre y una renuencia al encuentro con el otro. Durante el año y medio que duró en consulta, su problema de psoriasis pudo ser controlado, al tiempo que establecía mayor contacto con mujeres. *Conclusiones.* Durante la labor analítica, se confirman las fantasías inconscientes asociadas a la psoriasis. En la evolución clínica del caso se observa que ante tensiones emocionales en donde no hay verbalización de ellas, se da lugar a una manifestación somática, misma que cede ante la posibilidad de poner en palabras el conflicto.

Palabras claves. Psoriasis, Psicósomática, Duelo.

Abstract. The paper focuses on the study of psoriasis, as a psychological phenomenon, when the medical work has ruled out organic causes in the manifestation of this condition. *Material and Methods.* This is a case study based in a psychoanalytically oriented intervention, analyzing speech in a patient with psoriasis, who came in for difficulties in interpersonal relationships, afraid to approach people, especially the women and fear of what anyone thought of him, accompanied by shame. *Results.* During treatment and based on discourse analysis, it was observed that psoriasis was a defense against emotional branding given from unprocessed grief after the death of the father and a reluctance to meet with the other. During the year and a half day in consultation, his psoriasis could be controlled, while establishing greater contact with women. *Conclusion.* During the analytical work, unconscious fantasies associated with psoriasis were confirmed. In the clinical evolution was observed that for emotional strains with no verbalization of them, it can result in a somatic manifestation which can give up when there's a possibility of putting into words the conflict.

Key words. Psoriasis, Psychosomatic, Grief.

INTRODUCCIÓN

*Frente a su dolor psíquico.....
el hombre es capaz de crear una neurosis,
una psicosis, una defensa caracterial,
una perversión sexual, sueños,
obras de arte y también
enfermedades psicosomáticas*
McDougall, 2004

Algunas enfermedades poseen un componente emocional que es el principal factor que contribuye a su precipitación, constituyendo el síntoma una manifestación de una dolencia psíquica escondida atrás del síntoma (Freud, 1925-1926).

En este escrito centraremos nuestro interés en el estudio de la Psoriasis, como un fenómeno del campo psicológico, cuando la labor médica ha descartado causa orgánica en la manifestación de esta condición, a partir de un estudio de caso. La literatura empírica provee evidencias de que en muchas enfermedades que se consideran orgánicas, se encuentra una base emocional que en algunos casos fue acusado por algún acontecimiento significativo, vivido en la historia de la persona (Chiozza, 1997; Meza y Moral, 2010; Recasens, 2007).

Diversos estudios han abordado las manifestaciones somáticas a través de dolencias en los órganos, tal cual Freud postulaba ya desde 1905; y siendo la piel un órgano de grandes dimensiones y con sensibilidad erógena, ésta es también capaz de manifestar afectos deformados, como lo sería a través de granos y protuberancias, tal como la psoriasis.

La Psoriasis (del griego ψώρα □□sarna) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, no contagiosa, que produce lesiones escamosas, engrosadas e inflamadas, con una amplia variedad clínica y evolutiva (Menter et al., 2009). No sólo afecta la piel, sino que también se manifiesta en uñas y articulaciones. Las lesiones están constituidas por áreas rojas, cubiertas por escamas, que se distribuyen generalmente en codos, rodillas y cuero cabelludo.

La psoriasis se considera un fenómeno dermatológico crónico, multifactorial, además de la predisposición genética y presencia de factores ambientales que la desencadenan (Russo, Ilchef &, Cooper, 2004), el cual se asocia a problemas con la

imagen corporal, autoestima, sentimientos de estigma, vergüenza, depresión, ansiedad e ideaciones suicidas (Kotrulja, Tadinac, Jokić-Begić & Gregurek, 2010; Russo, Ilchef, & Cooper, 2004).

Datos estadísticos revelan que la psoriasis está presente en un 1% y un 3% de la población; se presenta mayormente en varones que en mujeres, manifestándose desde los 15 y hasta los 35 años (Griffiths & Richards, 2001). En México, alrededor del 0.5% de la población presenta este problema dermatológico, el cual es una de las más frecuentes causas de consulta en servicios de dermatología (AMCPSO, 2011).

Desde la psicología se ha tratado de investigar la relación entre los afectos que no pueden ser manifestados a partir de la palabra, en donde el sujeto lo que utiliza es el cuerpo y los órganos, en donde expresa visiblemente su dolor emocional.

En este trabajo clínico se expondrá el caso de Ramón, paciente cuyo nombre ha sido cambiado para guardar su identidad, tomando en cuenta las recomendaciones hechas por la Asociación Americana de Psicología (APA) sobre los aspectos éticos para la investigación con seres humanos (APA, 2002; Sales & Folkman, 2000) y de la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP, 2007). Ramón, afectado de Psoriasis, a partir de su historia de vida y de la evolución del tratamiento psicoterapéutico se analizará algunos extractos de la experiencia en el caso a partir de un análisis de discurso, vinculándolo con la teoría psicoanalítica.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Se trata del análisis de caso de un paciente varón de 37 años de edad, quien se presentó a solicitar tratamiento psicológico como consecuencia de padecer psoriasis, y porque al momento de solicitar la consulta no había encontrado una “cura médica” que desapareciera la enfermedad, lo que daba lugar a pensar que pudiese existir una base emocional.

Se llevó a cabo un tratamiento analítico a través de la asociación libre, la interpretación, el análisis del motivo de consulta, impresión diagnóstica. Como herramientas terapéuticas se utilizaron la interpretación, los señalamientos, la escucha y atención libre y flotante. El tratamiento tuvo una duración de un año y medio, en donde se fueron analizando diferentes aspectos más allá del motivo de consulta.

3. ANÁLISIS FRAGMENTARIO DE UN CASO DE PSORIASIS

El análisis interrumpido de a quien denominamos Ramón, se llevó a cabo en el lapso de un año, de noviembre de 2006 a noviembre de 2007, cerrando de manera formal en febrero de 2008 después de muchas resistencias.

Ramón, varón católico de 37 años de edad, acude a consulta porque presentaba dificultades para establecer relaciones interpersonales, no tenía pareja, aspecto que le preocupaba, ya que el tiempo seguía pasando y vivía con la madre, quien además le preguntaba frecuentemente cuándo se casaría o tendría pareja. Era el mayor de tres hijos, siendo dos hombres y una mujer, sus hermanos estaban casados al momento que él acude a consulta.

Advertía de un temor de acercarse a la gente, sobre todo a las mujeres, por lo que la gente fuera a pensar de él, dado que presentaba una serie de manchas escamosas en la piel, plenamente visibles. Él sentía como una especie de vergüenza, temía que la gente lo viera se preguntara por qué está enfermo, o por qué le pasó eso. Refería que era muy feo que la gente te vea y quien sabe que vaya a pensar, del por qué estaba así.

Al trabajar la vergüenza, en una sesión refirió que quizás esta vergüenza tenía que ver, con que a sus 8 o 9 años, un vecino lo invita a jugar y le iba a enseñar unos carritos que tenía nuevos. Los demás amigos con que jugaba se retiraron a cenar y él es el único que aceptó ir a la casa que este amigo, el cual tenía 12 o 13 años. Estando en casa de su amigo le mostró los carros que tenía, lo cual era como una especie de colección, y luego le dijo que uno podía ser suyo si él aceptaba hacer lo que le iba a pedir. Él estaba embelesado con la cantidad tan grande de carritos y lo bien cuidado que estaban, y en eso el vecino le empezó a hacerle tocamientos. Ramón no recuerda que más pasó pero sabe que le hizo algo. A partir de ahí sintió mucha vergüenza. Primero le hizo tocamientos en el cuerpo, en toda la piel, y luego en sus genitales. Sin embargo, ahora se preguntaba por qué sentía vergüenza cuando la gente lo ve.

No recordaba con claridad cuándo surge la psoriasis, pero poco a poco se asocia este evento a la época de la muerte de su padre, con la que sintió una carga muy pesada tras su fallecimiento, ya que al ser el hijo mayor se erigiría como jefe de familia. Tan solo tenía 15 años, y estaba finalizando sus estudios de secundaria, cuando de pronto le empezaron a salir una serie de escamaciones en la piel.

La mamá lo llevó primero con el médico de la colonia, pero de ahí lo mandaron al seguro ya que advertían que era algo más delicado, sugiriéndole solicitar el pase al

dermatólogo. En el seguro fueron muchas citas para poder llegar con el especialista, y éste fue el que finalmente le dio el diagnóstico de psoriasis, diciéndole que era algo que requería de un tratamiento largo. El médico también le señaló que la psoriasis se asociaba a estrés, por lo que le recomendaba ir a buscar ayuda psicológica, pero no lo hizo, ya que la que mandaba era la madre, y ella no consideró que fuera necesario.

Posterior a la muerte del padre, inició estudios de prepa pero no los concluyó, y empezó a buscar trabajos. El trabajo era estable, pero estaba solo rodeado de materiales inertes, aclarando que él era la única persona en ese puesto, no había nadie más solo él. Así pues, Ramón se encargaba de un almacén donde el recibía y repartía lo que se le solicitaba. Resultaba ser muy eficiente en el trabajo. El problema dentro del trabajo era que siendo el almacenista, a él le solicitaban cosas, pero le angustiaba no tener las cosas que necesitaba proveer ya que a su vez dependía de su jefe para poder tener los recursos solicitados.

Cuando trabajaba en el almacén, un vigilante con el que platicaba en los ratos que no tenía trabajo le empezó a preguntar por qué no tenía novia, por qué no estaba con mujeres, cuestionándole sobre qué le pasaba. Ramón le respondía que si no veía cómo estaba, y este señor le decía que no importaba, que cuando una mujer lo quería eso era lo de menos. Pero Ramón siempre sentía vergüenza. Este señor es el que busca recomendarle ayuda terapéutica, y otorga a Ramón datos de una terapeuta recomendada por alguien más.

Durante el año y medio que duró en consulta, su problema de piel bajó. Pudo establecer mayor contacto con mujeres, pero sus relaciones sexuales solamente se concretaban con prostitutas, ya que decía que como a esas mujeres les pagaba, no sentía con ellas la vergüenza como con otra mujer. Ya que al pagarse el servicio eso era un trabajo (no había afecto en juego).

Nunca se les informo a él y sus hermanos lo de la enfermedad de su padre, era como una especie de secreto, nunca quedó claro cómo murió. El dice que estaba en la primaria cuando empezó la enfermedad de su papá, se la pasaban en consultas al hospital. Ya en la secundaria el papá estuvo postrado en la cama y no se le podían acercar. Recuerda que el papá era muy retraído, muy trabajador, siempre se la pasaban en su casa, no salían mucho. A la familia del padre no la veía mucho a pesar de vivir en la misma ciudad, la convivencia era mayor con la familia de la mamá, de quienes si recibieron apoyo y ayuda, incluso en el periodo en que la madre se iba al hospital con el papá, su abuela materna y sus tías en muchas ocasiones les daban de comer y les lavaban la ropa inclusive limpiaban su casa, pues su mamá se la pasaba con el padre en el hospital.

En relación con la madre, Ramón decía que era buena, era con quien tenía mayor acercamiento, dado que el padre era muy serio, casi no hablaba, y la mamá era más pegada con ellos. Nunca le comentó a su madre sobre la experiencia que tuvo con el vecino porque le dió mucha vergüenza, pena de que no lo fueran a querer, o que fueran a pensar de él, eso era algo que realmente le preocupaba mucho, el saber que pensaban los demás de él, no solo la madre sino todo el mundo.

Ramón se preguntaba si esa experiencia no lo habría dejado marcado, afirmaba que sentía atracción por las mujeres, pero se cuestionaba por qué entonces no podía establecer una relación con una mujer. Su pregunta era si esa experiencia de la infancia habría marcado su relación con las mujeres, ya que solo con prostitutas que se dedicaban a vender su cuerpo podía establecer intimidad sexual, y con ellas no sentía ningún tipo de inhibición.

Ramón manifestaba su deseo de tener una mujer a su lado, así como su mamá, que siempre estaba ahí y al pendiente de ellos, ya que decía que es bonito saber que aunque no hay nadie en casa sabes que siempre hay alguien ahí, esperándote.

Al cuestionarle sobre el asistir con una mujer analista, él refiere que fue porque lo habían recomendado, pero al principio si batalló, pero manifestaba que ahora se sentía muy bien saber que había alguien que lo escuchara y que le diera su tiempo, a lo que se le señala que era algo parecido como con su mamá. Ramón inclina la cabeza al piso, hace un silencio y dice “no es igual”.

Nunca reconoció que el haber hablado le sirvió ya que se le disminuyeron mucho las manchas de la psoriasis, parecía que dentro de la consulta Ramón no podía ver el poder de la palabra. Sin embargo, su palabra denotaba una evolución en el proceso de simbolización. Con las mujeres que iban al almacén a solicitar algo no solo se concretaba en entregar lo solicitado, sino que se animaba a sacarles plática, ya podía interactuar más, al igual que con su hermana y sus tías. Ya no se ocultaba de la gente, ni manifestaba sentir vergüenza ante otros, o sentirse juzgado por cómo lo veían.

Empezó a faltar a terapia, y se le empezó a señalar esto, a lo que Ramón refirió que estaban surgiendo otras cosas con las que se ocupaba, de modo que este síntoma que tanto le ocupaba en otro momento, dejó de ser lo más apremiante en la vida para dar paso a otros intereses. La psoriasis había dejado de ser el centro de su vida, y Ramón se ocupó de vivir.

4. CONSIDERACIONES TEÓRICAS EN TORNO A LA PSORIASIS

Este caso se aborda con base a dos fundamentos, por un lado el contenido teórico basado principalmente en la literatura psicoanalítica y por el otro, a través de la revisión del caso clínico referencial; como resultado del tratamiento llevado a cabo por el paciente durante un periodo de año y medio, el cual en un principio llegó a solicitar apoyo psicológico por iniciativa propia, relatando en un inicio únicamente dificultades en sus relaciones interpersonales. Sin embargo, con el curso del tratamiento se fueron apuntalando nuevas líneas de investigación centradas principalmente en el síntoma psicósomático.

4.1 EL FENÓMENO PSICOSOMÁTICO EN LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

Las enfermedades físicas son tan antiguas como la misma humanidad, y el interés por comprenderlas ha dado origen a la medicina. Algunas enfermedades fueron y siguen siendo explicadas en términos mágicos; pero la concepción dualista mente-cuerpo que dio pie a la ocupación del cuerpo, también posibilitó el interés por conocer los fenómenos mentales, por no decir psicológicos, que subyacían a una dolencia física en ausencia de una causa orgánica determinada.

El abordaje psicósomático de las enfermedades obedece a esa doble función de cada parte del cuerpo, en donde una es asociada al placer y otra a la conservación; en virtud de estas funciones, cada parte del cuerpo puede verse afectada por los deseos y un conflicto inconsciente. El campo de la enfermedad psicósomática no fue abordado como problema específico en la obra de Freud (1910) pero en su artículo *Perturbación psicógena de la visión* explica la doble función en relación con una función específica.

En el psicoanálisis, por tanto, se busca darle un lugar al afecto escondido tras una manifestación somática, desde una conversión, es decir un dolor o padecimiento trasladado al cuerpo, ya que se concibe al daño físico real como consecuencia del afecto retenido.

Para Lacan, la enfermedad psicósomática no es un síntoma en tanto no es una formación del inconsciente, no es una metáfora, no tiene un sentido, más bien tiene que ver con el goce. Lacan refiere lo psicósomático como algo inscrito- escrito en el cuerpo, fuera del lenguaje, lo cual requiere ser descifrado, como lo sería un jeroglífico. De este modo, el fenómeno psicósomático irrumpe en el cuerpo, es una marca en lo real del cuerpo sin condiciones que posibilite al sujeto dar lectura, ya que el fenómeno psicósomático funda sus raíces en lo imaginario, la imagen queda excluida de lo simbólico. (Lacan, 1998).

En otras palabras, el síntoma es resultado de representaciones reprimidas y son el sustituto de una satisfacción pulsional, por eso son formaciones inconscientes. El fenómeno psicósomático es algo que se inscribe en el cuerpo y ninguna interpretación puede marcar un retorno con algo que pertenezca al pasado del sujeto.

El concepto freudiano de síntoma se basa en el cambio de estado acerca de algo psíquico que se transforma en algo físico, corporal. A través de la simbolización, el síntoma histérico se concebía siempre como la expresión simbólica, debidamente disfrazada por los mecanismos de condensación y desplazamiento de ideas reprimidas de carácter sexual edípico. La idea reprimida es de carácter sexual y se sustituye por una expresión corporal, expresión que consiste de algún modo en una sustitución simbólica de la idea reprimida (Freud, 1925-1926).

Freud (1925-1926) define el síntoma como un “Indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es un resultado del proceso represivo. La represión parte del yo, quien, eventualmente por encargo del superyó, no quiere atacar una investidura pulsional incitada en el ello. Mediante la represión, el yo consigue coartar el devenir consiente de la representación que era la portadora de la moción desagradable.”

Más tarde Freud denominaría a los síntomas como fenómenos patológicos, posteriormente concibiéndolos como la práctica sexual de los enfermos. Y continúa la duda, ¿Qué son los síntomas? Los síntomas son el sustituto de una serie de procesos anímicos investidos de afecto, deseos y aspiraciones, a los que en virtud de un particular proceso psíquico (la represión) se les ha denegado el acceso a su tramitación en una actividad psíquica susceptible de conciencia (Freud, 1905). Y entonces, estas formaciones inconscientes aspiran a una expresión proporcional a su valor afectivo, a una descarga y en el caso de la histeria la encuentran en el proceso de la conversión en fenómenos somático: precisamente, los síntomas histéricos. Es por lo anterior, que ligamos cierta aflicción a la operación conversiva en el inconsciente debido a la represión en el sujeto.

4.2 FANTASÍAS INCONSCIENTES EN LA PSORIASIS

Chiozza (2008) postula la presencia de tres fantasías inconscientes en la manifestación de la psoriasis. Una primer fantasía es la de *estar en carne viva*, con la cual postula que las carencias de contacto afectivo relacionadas con la piel, dejan huellas imborrables en la misma, muchas veces en forma de heridas que dejan a la persona en carne viva, como despellejado, aspecto que en la psoriasis se denota por

el color rojo y la descamación de la piel. Además añade que el paciente soriático tiene la fantasía de ser herido y lastimado de manera cruel y burlesca en forma continua por el objeto idealizado, por lo que no toleran las críticas ya que las experimenta de manera profunda que lo hiere y lo irrita.

Korovsky (1978) refiere a la aparición de la psoriasis asociada a eventos traumáticos en la vida del paciente, en donde se enfrentan pérdidas reales o fantaseadas de un objeto idealizado, las cuales pueden ser vividas inconscientemente como abandono o rechazo, con sentimientos de vergüenza y humillación.

La segunda fantasía referida por Chiozza, es la de *estar escamado*, en donde la psoriasis se presenta como una manifestación de protección ante sentimientos de desprotección y vulnerabilidad al dolor, a la vez que contiene los propios impulsos. En la psoriasis el caparazón protector creado por las capas de piel otorga en la fantasía la capacidad de soportar agresiones externas, ya que se es duro e inflexible ante ellas, siendo solamente un aspecto externo de la personalidad. Chiozza advierte que esta paraqueratosis de la psoriasis (proliferación acelerada de células inmaduras cuya queratinización no ha podido completarse) representa un fracaso de la defensa, ya que este caparazón sería un cuero inmaduro, no capaz de lograr la tarea encomendada de proteger.

La tercera fantasía de la psoriasis es la *de cambio de identidad*. En la psoriasis hay una escamación acelerada de células muertas, proceso que normalmente es imperceptible; pero que en el paciente con psoriasis ocurre de forma acelerada, como un proceso de regeneración. Esto es parecido a lo que ocurre en ciertas especies de reptiles, en donde como sabemos, en ellos, la muda de piel es parte de un proceso de crecimiento y maduración. Esta muda de piel en la psoriasis podría simbolizar la oposición o el conflicto con el propósito de mudar su identidad, dando la ilusión de renacer en una forma más aceptada y valorada, pero por otro lado, con la idea de ser inferior, siendo alguien despreciable, sucio e intocable.

CONCLUSIONES

El órgano corporal en este caso la piel tiene por función una especie de puente o división entre lo interno y el medio ambiente, y sus trastornos poseen entonces un significado propio y específico que según Chiozza (2007) es la expresión de un lenguaje. En el caso expuesto de Ramón, él refería como motivo de consulta, dificultades para establecer relaciones interpersonales, con un consecuente temor de acercarse a la gente, en particular a las mujeres, así como temor ante lo que fueran a pensar de él, y al mismo tiempo vergüenza como sentimiento más manifiesto.

Aunque pareciera en un primer momento que el impedimento de Ramón para acercarse a otros está dado por el problema de la psoriasis, más bien pareciera que ese miedo hacia la gente se vale de la enfermedad de la piel para establecer esa distancia, utilizando ese aspecto repulsivo de una piel escamosa, como una barrera que provoca que no se acerque el otro, es decir, como una suerte de mecanismo de defensa colocado en el cuerpo (piel).

La vergüenza que se manifestaba en repetidas ocasiones en el discurso de Ramón, pronto fue vinculada a través del análisis con lo experimentado cuando fue seducido por su vecino, experiencia que quizás por lo erógeno del cuerpo, le hizo vivir dos emociones contradictorias, una mezcla entre placer y vergüenza que se apuntaló en la piel. Freud (1905) advierte que la piel como superficie de contacto y como una barrera limitante, es privilegiada como zona erógena a través del contacto de piel con piel como componente de la pulsión sexual. De este modo, en este caso analizado la vergüenza por la propia sexualidad se traduce en una vergüenza por la psoriasis (Dethlefsen & Dahlke, 1983).

Además del sentimiento de vergüenza Ramón expresaba el miedo hacia la gente en donde la mirada del otro le confiere una significación al sentimiento de sí mismo, además de que sus imágenes parentales le devuelven un cierto valor que le confiere una identidad (Chiozza et al. 1998).

En referencia a la enfermedad del padre que siempre se manejó como un secreto, pues en realidad nunca supo el paciente de que murió su padre, refiere Minuchin (1978) hay familias en las cuales se trata de evitar tensiones emocionales y explicación de conflictos, en donde tienden a una no verbalización de las emociones, dando lugar a ser expresado somáticamente por algún miembro de la familia. Es decir hay eventos traumáticos de duelos no elaborados, en donde hay una pérdida central (padre) desencadenado entonces vivencias emocionales de intensa angustia.

Con la muerte de su padre Ramón expresaba tener un gran miedo por quedar él como hijo mayor con una gran carga emocional, esto en referencia a lo que se esperaba de él como hijo mayor, ya que siendo varón, lo que le generaba era un sentimiento de desprotección, dando lugar reacciones yoicas defensivas. Según Chiozza et al. (1991) estas reacciones pueden tomar la forma de dureza e inflexibilidad que llevado hasta el cuerpo, como en este caso la piel da lugar a la hiperqueratosis, esto como placas que expresarían la fantasía de un caparazón como sucede en algunas especies de invertebrados, que funcionan como protección y sostén en ese tipo de animales. Así, en el caso de Ramón, su psoriasis sería como

una especie de protección y sostén ante el lugar que queda colocado ante la muerte del padre, con esa gran carga emocional que le infunde el ahora no saber qué hacer ni cómo actuar. Esta hiperqueratosis funcionaría como un aislamiento psíquico, como nominaría Reich, un «*blindaje del carácter*, ya que detrás de toda defensa hay miedo a ser heridos. Dethlefsen y Dahlke (1983) advierten que *cuanto más robusta la defensa y más gruesa la coraza, mayor es la sensibilidad y el miedo*.

Bleger (1976) al hablar de las enfermedades psicosomáticas refiere que éstas están entre las defensas del ser humano que organiza, y controla esa parte psicótica de la personalidad frente a la ruptura de la simbiosis, en donde ésta simbiosis es una estrecha interdependencia entre dos o más personas que se complementan para mantener controladas y satisfechas las necesidades de las partes inmaduras de la personalidad. Esto nos permite explicar esa relación tan estrecha entre Ramón y su madre, en donde él se ve imposibilitado para establecer una relación de amor e inclusive de amistad con alguna mujer, en donde se antepone de manera ideal la Psoriasis de tal forma que este es el principal motivo de consulta, esto fue cambiando paulatinamente con el efecto de la terapia ya podía establecer una conversación con algunas compañeras de su trabajo, saliendo también poco a poco otras ocupaciones y compromisos que lo alejan de la consulta, pero que también de la madre.

Todo esto conduce a reflexionar sobre las circunstancias familiares que rodearon la vida de Ramón, la enfermedad y muerte del padre que quedó como un enigma, el lugar en el que es colocado por la madre, y la forma en cómo utiliza la psoriasis como una defensa ante un mundo lleno de exigencias morales que lo incapacitan. El trabajo de un año y medio logró tener sus frutos, ya que hubo una mejoría en sus relaciones interpersonales, y de forma visible, con una disminución de la psoriasis.

El trabajo a través del discurso y en particular desde las construcciones psicoanalíticas, es una evidencia del poder de la palabra ante el afecto, mismo que si no es expresado con el lenguaje, busca una forma de expresión alterna, siendo el cuerpo el lugar idóneo de su expresión.

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychology*, 57(12): 1060-1073.
- Asociación Mexicana Contra la Psoriasis (AMCPSO). (2011). ¿Qué es la Ppsoriasis? Clínica de Ppsoriasis en el Hospital General de la Cd. de México. Disponible en http://www.asociacionppsoriasis.com.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=47:que-es&Itemid=28
- Bleger, J. (1976). *Simbiosis y ambigüedad, estudio psicoanalítico*: Buenos Aires: Paidós.

- Chiozza L. (1997). *Del afecto a la afección. Obesidad, SIDA, hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental*. Buenos Aires, Argentina: Alianza.
- Chiozza L. (1998). *Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Alianza.
- Chiozza L. (2007). *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*. Buenos Aires, Argentina: Zorzal.
- Chiozza, L. (2008). *Afectos y afecciones. Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo (1993-1997)*. En Obras completas (12, 355-389). Buenos Aires, Argentina: Zorzal.
- Dethlefsen, T. & Dahlke, R. (1983). *La enfermedad como camino*. México: DeBolsillo.
- Dolto, F. (1994). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona, España: Paidós.
- Fernández, C. (2009). *Resonancias del Silencio*. México: Círculo Psicoanalítico Mexicano.
- Ferrandiz, C. (1996). *Dermatosis eritematoescamosas, Psoriasis, Eritrodermias: en Dermatología clínica*. España: MMI Elsevier
- Ferrandiz, C. (1996). *Dermatosis eritematoescamosas (I). Ppsoriasis. Eritrodermias.*, en *Dermatología clínica*. Madrid: MMI Elsevier España, S.A.
- Flèche, C. (2005). *El cuerpo como herramienta de curación*. Barcelona: Obelisco.
- Fortune, D., Richards, H., Griffiths, C. & Main, C. (2002). Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: Consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *The British Journal of Clinical Psychology*; 41,157-174.
- Freud, A. (1965). *El Yo y los mecanismos de defensa*. México: Paidós.
- Freud, S. (2007). *Obras completas*. Argentina: Amorrortu. 24
- _____ *Tres ensayos para una teoría sexual*, (1905), T. VII
- _____ *Perturbaciones psicógena de la visión según el psicoanálisis*, (1910), T. XI
- _____ *Inhibición síntoma y angustia*, (1925-1926), T. XX
- _____ *Análisis terminable e interminable*, (1937), T. XXIII
- _____ *Esquema del psicoanálisis*, (1938,1940), T. XXIII
- Giovanni, F. A & Sonino, N. (2000). Psychosomatic medicine: Emerging trends and perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69 (4),184-197.
- Griffiths, C. & Richards, H. (2001). Psychological influences in psoriasis. *Clinical and Experiment Dermatology*, 26, 338-342.
- Kornbit, A. (1996). *Somática Familiar: Enfermedad orgánica y familia*. España: Editorial Gedisa
- Korovsky, E. (1978). Aportes para la comprensión de la psoriasis. *IX Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*. CIMP: Buenos Aires. 135-139.
- Kotrulja, L., Tadinac, M., Jokić-Begić, N. & Gregurek, R. (2010). A multivariate analysis of clinical severity, psychological distress and psychopathological traits in psoriatic patients. *Acta Dermato-venereologica*, 90(3); 251-256.
- Lacan, J. (1998). *Conferencia en Ginebra. Intervenciones y Textos II*. Buenos Aires: Manantial.
- Lowen, A. (2005). *El lenguaje del cuerpo: Dinámica física de la estructura del carácter*. España: Editorial Herder
- McDougall, J. (2004). *Alegato por una cierta anormalidad*. Argentina: Paidós.
- Menter, A., Korman, N., Elmets, C., Feldman, S., Gelfand, J., Gordon, K., et al. (2009). American Academy of Dermatology guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 60, 643-659.
- Meza C. y Moral J. (2010). Obesidad: Una aproximación desde la psicología psicoanalítica. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*, (037), disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=686&a=Obesidad-Una-aproximacion-desde-la-psicologia-psicoanalitica>

- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families*. USA:Harvard University Press.
- Pompa Guajardo, E. & Montoya Flores, B.I. (2011). Evaluación de la manifestación de ansiedad y depresión en niños con sobrepeso y obesidad en un campo de verano. *Psicología y Salud, 21* (1), 119-124.
- Recanses, M. (2007). *Cómo resolverlos conflictos que expresa nuestro cuerpo*. México: Pax.
- Russo, P., Ilchef, R. & Cooper A. (2004). Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australasian Journal of Dermatology, 45*: 155–161.
- Sales, B. & Folkman, S. (2000). *Ethics in Research With Human Participants*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sociedad Mexicana de Psicología: Código ético del psicólogo (4ª edición). México, DF: Editorial Trillas, 2007.
-

***Nota sobre las autoras:**

1. Edith G. Pompa Guajardo, Doctora en Filosofía con Especialidad en Psicología, psicoanalista, es profesora-investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Ha participado como supervisora y maestra de la Maestría Clínica con orientación Psicoanalítica, de la misma Universidad y tiene una experiencia clínica de 16 años. (México)
2. Cecilia Meza Peña, Doctora en Filosofía con Especialidad en Psicología, terapeuta, es profesora-investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Ha participado como supervisora de la Unidad de Servicios Psicológicos de la misma Universidad y tiene una experiencia clínica de 10 años. (México)

Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Psicología c/Dr. Carlos Canseco No. 110, Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México. C.P. 64460. Teléfono: (81)8333-8233, ext. 116. Correspondencia en referencia al presente artículo puede ser enviada al correo:

edithpompag@gmail.com

cecilia.meza@gmail.com