

“UNIVERSIDAD DEL AZUAY”

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**CONVENIO DE COMPLEMENTACIÓN DE ESTUDIOS ENTRE LAS
FACULTADES DE FILOSOFÍA DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY Y
LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS
AIRES-ARGENTINA.**

TEMA: “LA PERSPECTIVA PSICOSOMÁTICA DE LA PSORIASIS”

**TRABAJO MONOGRÁFICO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

DIRECTORA: Lcda. YOLANDA DÁVILA ALUMNA: JHOANNA PERALTA C.

CUENCA – ECUADOR

2005

A mi presente (con la memoria del pasado y la esperanza del futuro).

Agradezco a Dios –en sus diferentes concepciones- mi familia, mis maestros y mis amigos por darme constantemente el apoyo y la crítica...sin ellos, no lo hubiera logrado.

Abstracto

La piel es la envoltura del cuerpo humano y como tal, constituye el límite para con su entorno. En “El Yo-piel”, Didier Anzieu, integra a esta noción con, el Yo como intermediaria del psiquismo entre el Ello y el Superyó y, explica las funciones de la misma (sostener, para-excitación, individuación, intersensorialidad, autodestrucción...).

El paciente psicosomático, casi determina sus acciones a través del “deber ser” desconociendo sus propias emociones y afectos a favor del cumplimiento de la exigencia externa que lo lleva a expresarse a través de su soma, como lo aprendió desde muy temprano gracias a su entorno.

La psoriasis es una enfermedad caracterizada por la descamación blanquecina que cubre a lesiones rojas sobre la piel con un factor exacerbante y desencadenante de tipo psicosomático en muchos casos; razón por la cual, guarda relación con el estrés y envía un mensaje a la vista y al tacto de los demás.

Abstract

The skin is envolture of the human body and such that, it constitutes its limit with the environment. In “*El Yo-piel*”, Didier Anzieu, integrates this notion with the Ego as intermediary the psiquism between it and the Super-ego and, he explains the functions of the same one (to hold, for para-excitation, individuation, intersensoriality, autodestruction...).

The psychosomatic patient, almost determines his action through the “it must be” unknowing his own emotions and affects in favor of the compliment of the external exigence that takes him to express through his soma as he learned at the very beginning thanks to this environment.

The psoriasis is an illness characterized by peeling a white surface that covers the red lesions over the skin as an exacerbant factor and dischainig of psychosomatic type in many cases, that’s the reason why it keeps relationship with the stress and sends a message to the view and touch of the others.

INTRODUCCIÓN

La piel es el órgano que nos permite fijar un límite –al menos físicamente- entre nosotros y los demás siendo nuestra carta de presentación ante aquellos que nos ven sea que nos conocen o no. Expresa mucho de lo que somos (nuestra edad, historia, raza, salud, etc.) y de cómo nos sentimos.

El Yo-piel de Didier Anzieu, claramente, se muestra protagonista de los procesos psíquicos y corporales que se dan en el ser humano ya porque se desarrollaron de forma adecuada o ya, porque no fue así. Sea cual fuere el caso, está claro el papel que cumple el objeto maternizante para con las funciones del Yo psíquico y del Yo corporal.

La psoriasis, es una enfermedad que puede deberse a múltiples causas, sin embargo, en el presente trabajo, he preferido profundizar sobre el aspecto psicosomático que en sí implica referirse a la incapacidad de reconocer y expresar los sentimientos y los afectos como propios (alexitimia), implica además hablar de una sobreexigencia –autoimpuesta secundariamente- que busca satisfacer el deseo del otro (sobreadaptación) que llegaría a colocar al sujeto en una situación de indefensión (estrés).

Igualmente, la psoriasis como enfermedad de la piel, aparentemente lleva consigo el mensaje de no querer ser mirado (o tocado) por el otro y la necesidad de diferenciarse o parecerse a ese otro.

El presente trabajo monográfico se desarrolla tratando de no seguir una corriente psicológica específica aunque en su mayor parte es de tipo psicoanalista, también comprende una orientación sistémica y cognitiva-conductual a partir de concepciones básicas sobre la piel (corporal y psíquica) para tratar de comprenderla como medio de expresión de lo que queremos, no queremos y no podemos comunicar. Se dará también una pequeña visión de lo psicosomático, características médicas de la psoriasis, su relación con el estrés (eustrés), el papel que desempeña la mirada y la misma enfermedad en la búsqueda de la instauración del Yo-piel en el individuo.

1. LA PIEL

1.1. Anatomía y fisiología.

Nuestra piel empieza a formarse desde el momento mismo de la división celular del cigoto a partir del ectodermo desde donde se dará lugar además al sistema nervioso. La piel es el órgano más visible, el más palpable, el más extenso del cuerpo humano (mide entre 1,5 m² y 2 m² y pesa de 2 a 3 kg.) ya que recubre su superficie para constituir una barrera que lo protege contra la acción de agentes físicos, químicos o bacterianos sobre tejidos más profundos y permite cambios con el medio, separando lo externo de lo interno al organismo cumpliendo con una *función de protección*. Contiene células especializadas llamadas corpúsculos para la recepción de estímulos táctiles (*función táctil*), térmicos (*función reguladora de la temperatura*); y cuenta además, con terminaciones nerviosas libres que responden al dolor y a la presión.

La piel es elástica en su mayoría, exceptuándose las palmas de las manos, las plantas de los pies -donde su grosor es de 4mm a diferencia de los párpados, donde su grosor es de 0,5 mm- y los oídos. Su color varía dependiendo de un pigmento llamado melanina, mismo que puede ser modificado según la herencia, exposición o no a la luz solar o por otros agentes de tipo endocrino como en el caso de la enfermedad de Addison.

La piel está formada por dos capas diferentes de células: la capa externa se llama epidermis o cutícula cuya capa más externa o córnea contiene cierto número de células muertas que se eliminan constantemente y se sustituyen por células cúbicas en división constante que se han formado por debajo de éstas; y células pigmentarias llamadas melanocitos. La capa interna o dermis está constituida por una red de colágeno, fibras elásticas, vasos capilares, terminaciones nerviosas, glándulas sudoríparas y sebáceas, la base de los folículos pilosos y vasos linfáticos. **(Fig. 1)**

Además de todo lo dicho, la piel cumple con una *función respiratoria* (a través de la piel, se toma oxígeno y se elimina anhídrido carbónico y vapor de agua), y con una *función de absorción* (lo que hace posible que a través de la piel puedan penetrar sustancias medicamentosas cuando se fricciona enérgicamente). En algunos seres vivos, incluso cumple funciones *miméticas* (tal es el caso del camaleón) o se utiliza como *medio de traslación* (gasterópodos).

Por lo tanto, no es de sorprendernos que la piel sea uno de nuestros medios básicos de reconocimiento, de comunicación (desde la embriogénesis) y de expresión de la edad, sin pasar por alto el componente erótico de este “forro exterior”.

1.2. La noción del Yo-Piel¹

El ser humano, se encuentra inmerso en un universo rico en sensaciones cutáneas desde su misma estancia en el vientre materno que, a decir de D. Anzieu, “proporciona la posibilidad de un espacio psíquico originario”². Durante el nacimiento, el cuerpo del niño y más precisamente su piel, experimentan el rozamiento generalizado de la misma al pasar por el envoltorio vaginal de la madre; este contacto durante las contracciones, es de suma importancia para estimular la puesta en marcha de las funciones respiratorias y digestivas.

Bowlby ha distinguido cinco variables fundamentales en la relación madre-hijo³, a saber: la succión, el abrazo, el grito, la sonrisa y la compañía; mismas que son utilizadas por el niño para que la madre se mantenga accesible y soportando paulatinamente, cada vez ausencias más largas; y luego, en 1968, Harlow descubre que, ya después del nacimiento, el niño busca en la piel de la madre, entre otras cosas la transmisión del calor y la seguridad para dar lugar a la formación del apego⁴. Winnicott, –mencionado por D. Anzieu– considera que “la integración del Yo en el tiempo y en el espacio depende de la forma que tiene la madre de <<sostener>> al lactante, que la personalización del Yo depende de la forma de <<cuidarle>> y que la instauración, por el Yo de la relación de objeto depende de la presentación de los objetos por la madre (pecho, biberón, leche...), gracias a los cuales el lactante va a poder encontrar la satisfacción a sus necesidades”.

Spitz incluso señala la posibilidad de que el eczema presentado en niños de menos de dos años sea un llamado a la madre para que lo toque tiernamente, aunque también deja abierta la posibilidad contraria, que en realidad busque no ser tocado, aislarse. Y Dense Pomey-Rey propone: “la profundidad de la alteración de la piel es proporcional a la profundidad de la herida psíquica”.

¹ Se trata de una concepción hecha por Didier Anzieu en su obra titulada “El Yo-Piel”. Lo enunciado en este aspecto está basado en la comprensión dada respecto al tema por parte de la autora del presente trabajo monográfico.

² ANZIEU, Didier, “El Yo-Piel”. Edit. Biblioteca Nueva, Cuarta Edición, Madrid 2003. pp.24.

³ “The nature of the child to his mother”, 1958. Mencionado por D. Anzieu.

⁴ Para ello utilizó madres-mono artificiales que proveían a pequeños macacos de alimento, o calor, o una superficie similar al pelaje, o movimientos de acunamiento. El experimento reveló la primacía dada al contacto y al calor y incluso sobre la alimentación.

D. Anzieu con la noción de un Yo-piel, muestra una correlación entre la piel como el medio separador de lo externo y lo interno por una parte y, el Yo como instancia intermedia del psiquismo entre el Ello (es decir, el conjunto de impulsos instintivos del individuo, necesidades biológicas, deseos y motivaciones afectivas primarias que, bajo el principio del placer, buscan su realización inmediata) y el Superyó (instancia que en la personalidad normal modifica e inhibe automáticamente los impulsos instintivos del ello) por otra parte. Por lo tanto, con la instauración del Yo-piel, se asegura la envoltura narcisística y el aparato psíquico; indica: *“Con el término Yo-piel designo una figuración de la que el niño se sirve, en las fases precoces de su desarrollo, para representarse a sí mismo como un Yo que contiene los contenidos psíquicos a partir de su experiencia de superficie del cuerpo. Esto corresponde al momento en el que el Yo psíquico se diferencia del Yo corporal en el plano operativo y permanece confundido con él en el plano figurativo”*.

De igual manera, hace una diferenciación entre la fantasía inconsciente *masoquista* y la fantasía narcisista indicando, entre otras cosas, que la primera llevaría consigo una fantasía del cuerpo *“desollado”* en tanto que, la fantasía narcisista, que precede a la masoquista es vivida como una fusión cutánea con la madre. Es en esta vertiente narcisista donde la piel común es secundariamente reforzada e invulnerable. El desarrollo en el plan masoquista implica que esa piel común es desgarrada y herida. Ve una equivalencia entre lo que él llama Yo-piel y un doble feed-back que envuelve a la madre y al lactante, enunciado por Brazelton.

Se dedica un capítulo a la explicación del *mito griego de Marsias*, en el que el protagonista encuentra la flauta que fuera inventada por Atenea, quien la abandonó porque al tocarla se hinchaban sus mejillas deformando sus rasgos y maldijo al que la recogiera. Marsias al tocar la flauta llega a ser un músico tan eximio que desafía a Apolo, dios de la música, a una competición, cuyo ganador tendría derecho a castigar al perdedor. Las Musas otorgaron la victoria de tal contienda a Apolo, quien tocaba la lira. El dios desolló a continuación a Marsias y colgó su piel de un alto pino, de cuya sangre brotó un río. A partir de esto, desarrolla *nueve mitemas* que ayudarían a explicar las funciones del Yo-piel:

≈ Apolo ha colgado a Marsias de un pino sujetándolo por los brazos a una rama del árbol lo que según D. Anzieu es comparable al desamparo sentido por el lactante que no es sostenido o es sostenido deficientemente por su madre, lo que le produciría la sensación de humillación y vulnerabilidad a toda clase de sufrimiento.

- ≈ Los griegos respetaban la continuidad de la piel lo que se deja ver en el mito de Marsias, sin embargo, el siguiente mitema enunciado por Anzieu, describe a una persona que cuelga desnuda y cuya piel es agujereada o cortada mediante un golpe o una lanza para que se vacíe de sangre. Esto equivaldría a que la piel pierde su función de continente porque pierde continuidad en su superficie.
- ≈ Tras ser desollado vivo por Apolo, la piel de Marsias permanece suspendida y clavada en el pino. La continuidad de la piel implicaría una para-excitación que se estaría tentado de usar para reforzar la propia piel.
- ≈ A través del tiempo, se conserva la piel intacta de Marsias, lo que deja ver la concepción de que el alma –Sí mismo psíquico- “subsiste mientras que una envoltura corporal garantice su individualidad”⁵.
- ≈ En algunos ritos se solía separar la cabeza del perdedor del resto de su cuerpo –su piel- para destruirla, quemarla o reducirla. Esto estaría relacionado con la conexión entre la piel y el cerebro, conexión vista como, entre el tacto y los otros cuatro sentidos: “*Ser sí-mismo es, en primer lugar, tener una piel para sí y, en segundo lugar, servirse de ella como de un espacio donde situar sus necesidades*”⁶.
- ≈ Bajo la piel guindada de Marsias, brotó un río que se acompaña de sonidos que encantan y lleva con sus abundantes aguas la promesa de vida por donde pasa. El río representaría las pulsiones de vida propias de quien conserva su integridad en el Yo-piel.
- ≈ Este río es además fuente de fecundidad para la región. Es decir, se enmarca la connotación erótica de la piel, la necesidad de una seguridad narcisística en torno a ella.
- ≈ La piel de Marsias vibraba ante los cantos de los fieles y la música del río, pero no ante la música de Apolo: la comunicación entre la madre y el bebé, que debiera ser simultáneamente “un espejo sonoro y táctil”.
- ≈ La piel destruye otra piel o se destruye a sí misma, por ejemplo el caso de la piel arrugada como símbolo de vejez. A esto correspondería el ataque fantasmático contra el continente o contra el contenido del cuerpo, pudiéndose llegar a invertir las funciones del continente y del contenido.

De esta manera se pone a la piel como centro ante los demás sentidos ya que recubre todo el cuerpo, contiene los otros sentidos en sí misma, y tiene una estructura reflexiva

^{5, 6} ANZIEU, Didier, “*El Yo-Piel*”. Edit. Biblioteca Nueva, Cuarta Edición, Madrid 2003. pp. 61.

(así, es pasiva y activa a la vez). Y de esta misma forma, el Yo-piel, es decir, la envoltura maternizante, se nos muestra además como poseedora de una doble faz con una hoja externa (entorno) y otra, interna que están separadas entre sí; esta distancia permite el desarrollo del Yo siempre y cuando, no se adhieran demasiado, ya que esto provocaría el repliegue en sí mismo y posterior ahogamiento del Yo llevando incluso a la locura. La piel se desempeña como un saco, como una barrera protectora que cuida que el organismo no sea dañado; también actúa como una pantalla en la que se inscriben los primeros rasgos físicos y de carácter, es decir, nos representa; además, filtra los intercambios exterior-interior y viceversa, funcionando a manera de una criba. Además, la piel, al igual que el cerebro, conforme va evolucionando se vuelve más compleja, más blanda y cada vez son más amplias las superficies del cuerpo desprovistas de pelos. Imre Hermann⁷, demuestra que *“la pulsión de agarramiento de cualquier pequeño a su madre es más difícil de satisfacer en la especie humana y se manifiesta en las angustias intensas precoces y prolongadas de pérdida de la protección, de falta de objeto soporte y en un desamparo que ha sido calificado de originario”* y añade la característica de una infancia humana mucho más larga que en otras especies.

El principio freudiano de que toda función psíquica se desarrolla apoyándose en una función biológica sirve de base a D. Anzieu para desarrollar su concepción de las funciones del Yo-piel, de las cuales, las ocho primeras se encuentran al servicio de la pulsión de apego y, posteriormente de la pulsión libidinal:

Primera función: La piel sostiene el esqueleto y los músculos y, el Yo-piel, sostiene el psiquismo del individuo para lo cual es necesario que se haya producido en la infancia lo que Winnicott ha llamado *holding* (sostener) por parte de la madre. Si el niño ha sido sostenido adecuadamente por la madre, éste será capaz de mantener el equilibrio cuando se siente, se para, camina, etc., es decir, poniéndose derecho (posición vertical en contraparte a la animalidad que corresponde a una posición horizontal). *“El apoyo externo sobre el cuerpo materno conduce al bebé a adquirir el apoyo interno sobre su columna vertebral, como una espina sólida que le permite ponerse derecho”*. Gronstein⁸ interpreta una nueva posición espacial entre el niño y la madre: espalda del bebé contra el vientre de la madre y espalda de la madre contra el vientre del niño. En la primera posición indicada, se siente el niño, protegido en todo su cuerpo, excepto en

⁷ Mencionado por D. Anzieu en su obra del Yo-piel.

⁸ Mencionado por D. Anzieu en *“El Yo-piel”*.

la espalda, lugar que no puede ni tocar ni ver. En la segunda variante, en cambio, su parte más frágil y apreciada es protegida por un escudo.

Segunda función: La piel es el continente de los demás sentidos externos. El Yo-piel se ejerce principalmente por el *handling* de la madre, mediante los juegos entre la madre y el niño otorgándole la sensación-imagen de la piel como saco. Acá, el Yo-piel envolverá todo el aparato psíquico, es decir, está dispuesto a manera de corteza y el Ello, a manera de núcleo teniendo ambos una necesidad mutua. Las pulsiones tienen en el Yo-piel los límites que lo insertarán en el espacio mental.

El fundamento del sentimiento de la continuidad del Sí-mismo está dado por esta correspondencia Yo-piel i Ello: *Dos formas de angustia dan respuesta a la carencia de esta función contenedora del Yo-piel. La angustia de una excitación pulsional difusa, permante, (...), que traduce una topografía psíquica por un núcleo sin corteza; el individuo busca una corteza sustitutiva en el dolor físico o en la angustia psíquica (...)* En el segundo caso, la envoltura existe, pero su continuidad está interrumpida por agujeros (...): le será muy difícil conservar pensamientos y recuerdos.

Tercera función: Freud indica que el Yo presenta una estructura de doble hoja que hace posible que la madre actúe como una para-excitación auxiliar. El autismo primario se describe como Yo-pulpa (carente de funciones del Yo-piel) y el autismo secundario, como un caparazón rígido que reemplaza al contenedor ausente y que impide que se consoliden las siguientes funciones del Yo-piel. Algo similar sucede con la psoriasis: una fase erimatososa (frágil) y una fase escamosa (escudo). La para-excitación es buscada por la dermis cuando la epidermis falta, mediante una segunda piel muscular o coraza caracterial.

Cuarta función: La membrana celular hace que la misma sea diferente de las demás ya sea por sus contenidos, ya sea por su selectividad. El Yo-piel asegura la función de *individuación* del Sí-mismo, es decir, el sentimiento de ser único.

Quinta función: Los órganos de los sentidos están alojados y contenidos en la piel. El Yo-piel une las sensaciones de distintas naturalezas, esto es, la *intersensorialidad*.

Sexta función: La carga libidinal de la madre es depositada sobre la piel del bebé mediante la alimentación y los cuidados brindados. El Yo-piel actúa como *sostén de la excitación sexual* donde se reconocen zonas erógenas, se reconocen las diferencias y la complementariedad de los sexos: si esta función no está sostenida por el Yo-piel, entonces el individuo no se sentirá con la seguridad suficiente para comprometerse en una relación sexual completa con una satisfacción genital mutua.

Séptima función: La piel sostiene el tono de excitaciones externas sensomotrices. El Yo-piel, actúa como *recarga libidinal* del funcionamiento psíquico, y distribuye la tensión energética entre los subsistemas psíquicos.

De no desarrollarse adecuadamente, se podrían producir dos tipos de angustias: por la sobrecarga energética del aparato psíquico que lo conduciría a una explosión o; por la tensión nula que llevaría a una angustia al cumplimiento del deseo.

Octava función: La piel informa al organismo sobre las características del medio externo a través de las funciones térmicas, dolorosas, de presión, etc. El Yo-piel realiza la función de *inscripción de huellas* sensoriales táctiles que se constituiría como un espejo de la realidad.

Los fallos en esta función tendrían como consecuencia una angustia a estar marcado en la piel y en el Yo, inscripciones infamantes con tinta indeleble provenientes del Superyó. También puede perderse la capacidad de fijar huellas mediante la desaparición de dichas huellas.

Novena función: En esta función se debe tomar en cuenta el papel del sistema inmunológico en nuestro organismo, sistema que busca atacar a aquello que identifica como extraño y nocivo aunque para ello tenga que autodestruirse. De igual forma, el Yo-piel tiene la función de *autodestrucción*. Este aspecto de inmunidad, trae consigo el tema de los trasplantes, mismos que tendrán éxito de ser identificados por el organismo como similares que a su vez implica el hecho de una identidad y diferencialidad.

Remarcamos la importancia que tiene el saber diferenciar entre lo que nos es familiar y lo que nos es extraño (entre el Yo y el no-Yo) por lo que D. Anzieu propone: *“la piel, como envoltura del cuerpo, constituye la realidad intermediaria entre la membrana celular (que recoge, clasifica y transmite la información en cuanto al carácter extraño o no, de los iones) y la interfaz psíquica que es el sistema de percepción-conciencia del Yo”*⁹. En la alergia, las señales de peligro y las de seguridad están invertidas, desconociéndose lo que se consideraba familiar y, siendo atraído por lo extraño. Se puede pues, atacar al continente psíquico por una pulsión de destrucción inherente al Ello procedentes de partes del Sí-mismo.

Hasta ahora se han hablado de las nueve funciones del Yo-piel, mismas que son homólogas a las funciones biológicas de la piel, sin embargo podrían mencionarse

⁹ ANZIEU, Didier, *“El Yo-Piel”*. Edit. Biblioteca Nueva, Cuarta Edición, Madrid 2003. pp. 117.

algunas más como la *función de almacenamiento* que sería equiparable a la función mnésica, la *función de producción* y la *función de emisión* equivalentes a la función de producción de mecanismos de defensa. Inclusive, el hecho de que la piel sea la estructura más extensa y pesada, podría corresponderse con un Yo-piel que envuelve la totalidad del aparato psíquico y tiene mayor peso en su funcionamiento.

En su capítulo décimo, llamado “*la doble prohibición del tocar, condición de superación del Yo-piel*”, Didier Anzieu parte de la explicación de por qué Freud, hizo puntualizaciones con respecto al hecho de tocar a sus pacientes tanto dentro como fuera de la sesión psicoanalítica con el fin de incrementar el provecho del intercambio verbal. De esta manera, se estaría prohibiendo el incesto (refiriéndonos al Complejo de Edipo) ante el señalamiento de “no tocar” así mismo, se buscaría introducir en la sesión psicoanalítica la distancia requerida para instaurar una relación de pensamiento, un espacio psíquico y un desdoblamiento del Yo en una parte autoobservante.

La prohibición de tocar incluye además, a las pulsiones sexuales y agresivas a la vez, prescribe: no toques aquello inanimado que se puede romper, no toques con mucha fuerza tu cuerpo o el de los demás, no toques insistentemente tu cuerpo o el de los demás en zonas erógenas porque se desbordará una excitación que no estás en condiciones de comprender. En todo caso, la prohibición busca que no se desencadene la pulsión.

Se deja ver también que el “no tocar” prescribe el establecimiento de un límite o una frontera entre el Yo y el Ello, entre el Yo y el Superyó, es decir, se tiene como objetivo la preservación o la autoconservación.

Como ya vimos antes, el Yo-piel constituye una *envoltura térmica*. Cuando el Yo corporal tiene la sensación de frío solicita contacto con los demás que sea capaz de proveerle el calor, no así, el Yo psíquico, más bien parece construir una envoltura que la proteja herméticamente y mantenga a los demás a cierta distancia, las fija en el exterior. En el capítulo 3, se tocará el tema de las características médicas de la psoriasis en las que se menciona cuál es la temperatura de la piel en las distintas fases de la enfermedad, para lo cual es importante tomar en cuenta lo referente a la envoltura térmica para darnos una idea de lo que quiere el paciente comunicar a través de la misma.

El bebé, con ayuda de la madre, debe instaurar en su psiquismo una unidad entre las partes del Sí-mismo para formar una “primera piel” (que estaría cargado por la pulsión de apego, o de agarramiento, o de autoconservación). Si no hay un funcionamiento

adecuado de la “primera piel” –que podría deberse a la no adquisición de la noción de un interior del Sí-mismo que separa al Sí-mismo del objeto-, buscará un sustituto en una “segunda piel” que lo conduciría a una relación con la madre de pseudoindependencia. Es decir, la segunda piel muscular, hipertrófica anormal, intenta compensar una insuficiencia del Yo-piel para zurrir los agujeros de la primera piel continente. Cuando hablamos de una segunda piel muscular, nos referimos a la masa muscular o su representante (ropa), con una carga pulsional agresiva. Anzieu manifiesta al respecto: *“Si las incitaciones que se reciben de una madre hipertónica y/o del entorno primario han sido demasiado intensas, incoherentes y bruscas, el aparato psíquico prefiere protegerse cuantitativamente antes que filtrarlos cualitativamente. Si estas incitaciones exógenas han sido demasiado débiles porque provenían de una madre deprimida y replegada sobre ella misma, no hay casi nada que filtrar y la búsqueda de incitaciones endógenas llega a ser una condición previa. En los dos casos la segunda piel es útil, ya sea para reforzar la protección externa o la activación interna”*¹⁰. Ante este intento de sustitución del Yo-piel, se daría la impresión de que se estuviera tratando con una especie de ser mitológico con una mitad animal y otra mitad, de tipo humana, que busca protegerse mediante un caparazón hermético y desconfiado que dificultaría que los demás entren en contacto con dichos sujetos.

2. PSICOSOMÁTICO.

Existe una tendencia casi inherente al ser humano a dar una respuesta o bien netamente médica o bien netamente psicológica ante la presencia de enfermedades y síndromes; claro está, con notables excepciones como en Platón y Aristóteles. Sin embargo, al constituirse el ser humano como un ente biopsicosocial, se hace imposible dejar de considerar las relaciones entre la vida emocional y el cuerpo (que llevan, ambas, implícita a la relación con los demás). Tanto los factores biológicos como los psicológicos de la enfermedad transcurren con y se ponen de manifiesto durante la historia del sujeto aunque éstos últimos, no sean considerados como etiopatogénicos de la misma.

Desde luego, los factores psicológicos no son determinantes de la aparición de la enfermedad por sí solos, sino que se deben acompañar de otros factores como la

¹⁰ ANZIEU, Didier, “El Yo-Piel”. Edit. Biblioteca Nueva, Cuarta Edición, Madrid 2003. pp. 214, 215.

vulnerabilidad constitucional del órgano afectado, un conflicto determinado y una situación ambiental desencadenante como lo menciona F. Alexander.

De esta manera, es posible ver que el paciente psicosomático se encuentra en el límite entre la medicina y la psicología que implica la tenencia de una visión más completa, ya que “psicosomático no es el que puede, sino el que quiere”, pues para ser considerado como tal, requiere ser corroborado y correctamente diferenciado de la paciente histérica o del somatizador ocasional, porque “...mientras que la sintomatología conversiva tiene detrás el sostén simbólico siendo entonces una forma de expresión más evolucionada de una conflictiva psíquica, en la patología psicosomática ese contenido simbólico estaría ausente y lo que predominaría sería una psicodinámica vacía, deslibidinizada y sin sentido”¹¹. De tal manera que, al no poder ellos construir un símbolo que es lo que nos permite entrar en el complejo de Edipo haciéndonos neuróticos, se acercarán más a lo psicótico alejándose de lo neurótico y en lugar de huellas mnémicas, poseerán solamente paquetes de información, lo que les impedirá evocar.

Otro aspecto importante para su diferenciación es que en el psicosomático, la lesión se podrá dar en el mismo lado de la lesión de la madre mientras que, en la neurosis, se da en el lado opuesto; tomando literalmente a Racamier se diría: “para el histérico el cuerpo es un instrumento, para el psicosomático es una víctima; el primero habla con su carne, el segundo sufre en la carne”.

Su personalidad cuenta con características específicas que, tuvieron problemas en su desarrollo debido a un vínculo deficiente con la madre, misma que, como se mencionará en el ítem siguiente, no es capaz de decodificar el llanto del bebé, preocupándose de lo fisiológico e ignorando lo psicológico y afectivo que lo llevará a ser alexitímico en un futuro.

El psicosomático tiene un pensamiento concreto que le llevan a creer que solamente puede elegir entre dos opciones ante la realidad. Además su pensamiento al ser operatorio, tiene dos características básicas a decir de Pierre Martí, estas son: a) la carencia de un lazo orgánico con una actividad fantasmática de grueso nivel y; b) es un

¹¹ “El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática”: Juan Otero Rodríguez, Doctor en Psicología. Equipo de Salud Mental Distrito Dos Hermanas. Área Hospitalaria de Valme. Sevilla. juanotero01@mixmail.com. Y Juan Rodado Martínez, Doctor en Medicina. Psiquiatra-Psicoanalista. Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario de Murcia. jvrodado@um.es

pensamiento consciente que duplica y ejemplifica la acción, como si la palabra dijera lo que hace la mano.

Para Lacan y Jean Guir, el nombre es lo que nos diferencia en nuestra familia, pero en estos sujetos, el nombre propio no les identifica ya que muchas veces este nombre alude a su enfermedad, es decir, la enfermedad les da lo que su nombre (árbol genealógico) no les dio. Están signados por el “deber ser” de tal manera que, a pesar de estar muy enfermos, no faltarán a su trabajo, por dar un ejemplo. Por lo tanto, no es raro que la enfermedad psicosomática se desencadene tras una situación de impasse en la que el sujeto, ya no encuentre salida y se dé cuenta de que no puede solucionarlo.

Didier Anzieu señala: *“Si por indiferencia o por depresión la madre no se comunica habitualmente con el niño, el dolor puede ser el gran desafío que el niño lanza para obtener su atención, para estar envuelto en sus cuidados y para sus manifestaciones de amor”*¹².

2.1. Características psicológicas de la madre.

El contacto del niño con su madre, inicia a través de la piel incluso desde antes de nacido sirviendo una vez más como medio de comunicación, de expresión de afectos y emociones y de nutrición.

Sin embargo, la madre (o figura maternizante como diría D. Anzieu) del paciente psicosomático, ha sido descrita por varios autores como una madre que no es capaz de decodificar el llanto del bebé, dando de esta manera un doble mensaje, ya que entiende de necesidades fisiológicas, pero parece desconocer de necesidades psicológicas y afectivas, dicho de otra manera, son madres “más efectivas que afectivas”; esto provoca que el niño no pueda separar el Yo que en un inicio era el de él formando un todo con el de la madre, con su propio Yo. Así, podemos darnos cuenta de que las características de la personalidad de las madres van desde la sobreprotección hasta la dominancia de forma ambivalente e inconscientemente hostil que sería lo que provocaría perturbaciones en el niño.

Lieberman explica al respecto que el Yo del niño al inicio es frágil, razón por la cual requiere de un Yo auxiliar (es decir, la madre) para poder armarse. Durante la etapa pre-verbal, la relación entre madre y niño es de simbiosis; a través del juego de “presencia y ausencia” de la madre, es decir, mediante la sensación de “placer y

¹² ANZIEU, Didier, *“El Yo-Piel”*. Edit. Biblioteca Nueva, Cuarta Edición, Madrid 2003. pp. 220.

angustia” se provocará la primera separación del niño con su madre y tendrán lugar las dos funciones: la de sostén del aparato psíquico –o angustia- del bebé y la función de decodificación de las necesidades del niño. Luego de esta fase de simbiosis, se deberían producir en el niño las fases de personificación e individuación que coinciden con la deambulación¹³ y el control de esfínteres. Tras esto, se pretende que el padre ejerza la función de corte, misma que tiene que ver con la escisión cuerpo-mente donde separará al infante tajantemente del cuerpo de la madre.

Si la madre no puede sostener su angustia, entonces el bebé cambia de juego y niega que así sea ya que ella es, de alguna manera, quien “lo mantiene vivo” y se llega a constituir como “el que todo lo puede” a costa de no reconocer parte de sí mismo. Liberman considera que la madre del paciente psicosomático puede ser de dos tipos: *Madre que rebota*, es decir aquella que, al no soportar las proyecciones del bebé, se las devuelve de la misma forma funcionando como un espejo o; *madre metebomba*, que describe a la madre que, a más de devolver al niño las proyecciones provenientes de él, suma a éstas, sus propias proyecciones.

Mohamed Sami-Ali por su parte, basa su teoría en dos conceptos fundamentales: *la función de lo imaginario* y *la función de la represión de lo imaginario*. Indica que la función de lo imaginario es una función que se construye con el vínculo primario con la madre, quien le da la constitución del ritmo circadiano. Esta función biopsicológica es equivalente a la libido de Freud, es así que lo imaginario está constituido por el sueño y todos sus representantes en la vida de vigilia (creencias, fantasías, juegos), es decir, es la subjetividad misma tomando en cuenta que lo más representativo del sueño es la realización del deseo, el sueño es vital e indispensable.

Para que alguien funcione con la patología de la adaptación –añade Sami-Ali-, va a tener que ver con una madre deprimida, “ausente con su presencia y presente con su ausencia” ya que no escucha las necesidades del niño cuando éste está presente y, su influencia es tan fuerte, que, el niño, siempre va a estar a expensas de lo que piense la madre aunque ella no esté presente. De esta manera, el Yo y el Ello estarán adheridos fuertemente y su Superyó será más bien ambiental, al responder solamente a lo que viene de afuera.

René Spitz, mediante una serie de experimentos, entre ellos sobre el hospitalismo, demostró la importancia de la relación diádica madre-hijo para el aprendizaje y el

¹³ El deambular tiene que ver con la construcción del exoesqueleto según Liberman.

desarrollo de la personalidad de éste último y en la aparición de las enfermedades psicosomáticas que pueden ser un reflejo de características anómalas de la personalidad de la madre (relaciones inapropiadas o insuficientes para con el niño).

Si la madre carece total o parcialmente de instinto maternal o si es contradictorio entre lo que se dice o hace a nivel consciente y lo del nivel inconsciente, entonces el niño deberá tratar de integrar lo que su madre no pudo, y dar como resultado un componente psicosomático; esto lo señalan Kreisler, Fain y Soulé en su obra “Il bambino e il suo corpo”.

G. Ammon, señala la existencia de un “defecto estructural narcisista en la construcción del límite del Yo que se define como <<agujero del Yo>>”, producto de una relación distorsionada entre la madre y el niño. La madre se constituye así como psicosomatógena, poseedora de conflictos propios, sin resolver que la hacen incapaz de funcionar como Yo auxiliar para el niño por lo cual éste no podrá ser catectizado con el narcisismo necesario para fijar los límites del Yo, existiendo para su madre solamente en cuanto enfermo.

Subrayadamente, cabe resaltar el aspecto de la *función piel*¹⁴, función vincular desplegada primariamente por la madre en la crianza de su bebé y esencial para la evolución psíquica del niño. Inicia con la instauración del vínculo simbiótico mediante el contacto piel a piel (madre-recién nacido) que es esencial para el desarrollo emocional del bebé que aún no percibe a la madre como un ser distinto y separado de él.

La constitución de la madre como otro, diferente, es el resultado de un largo proceso en el que se va estructurando el Yo del niño. La piel cumpliría aquí las funciones de filtración de estímulos perturbadores, contención de las ansiedades del niño, decodificación de sus necesidades y estados afectivos dándoles un significado, sostén emocional, diferenciación progresiva de este estado de fusión simbiótica inicial.

Estas funciones maternas deberán ser introyectadas por el niño para llegar a constituir en él una “piel mental”, una interfaz del sí mismo que lo pone al mismo tiempo en contacto con el mundo externo y con su mundo interno. Si no llegan a consolidarse de manera adecuada estas funciones, el bebé percibirá prematuramente a su madre como objeto separado, lo que será representado como una mutilación del esquema corporal

¹⁴ ANZIEU, Didier, “El Yo-Piel”. Edit. Biblioteca Nueva, Cuarta Edición, Madrid 2003. Cap. 7.

simbiótico, es decir, como si se le arrancaran lonjas de cuerpo o se cayeran por sí solas, o como si se cayera en un agujero.

También puede darse que la madre sea quien no reconozca en su hijo a un ser distinto y separado de ella por lo que no tolerará verlo diferente castigando aquello que no coincida con sus propias demandas. En todo caso, la ausencia de la “envoltura mental”, llevará al niño a implementar recursos defensivos que le permitan dominar o evacuar sus ansiedades y emociones, lo que afectará el desarrollo de su personalidad y la construcción de su identidad y, en muchos casos, tendrá como desenlace la somatización en la piel.

Dentro de las funciones del Yo-piel, encontramos a la *función de inscripción de huellas* sensoriales táctiles, la cual es reforzada por la madre quien realiza la “presentación de objeto” al niño, apoyándose en lo biológico y en lo social. Lo biológico donde “*un primer dibujo se imprime en la piel*” mediante la imagen dada por la madre sobre el niño a manera de un espejo y; lo social que viene dado por dibujos hechos sobre la piel que lo marcan como perteneciente a la misma, esta pertenencia está dada por tatuajes, maquillaje, ropa, peinado, joyas, etc. En la psoriasis podemos distinguir el tipo de huellas inscriptas por la madre sobre el lactante, que podrían dar a entender que al carecer su Yo-piel de dicha función, se ve obligado a imprimírsela él mismo.

Si bien es cierto, el papel que desempeña la madre para la creación de un hijo psicosomático ha sido muy estudiado, sin embargo, no se ha dejado de lado el ámbito familiar que, a decir de H. Bruch, presentan conflictos y tensiones que por lo general están ocultos o se encuentran latentes y envuelven con facilidad a los pacientes quienes por lo general les sirven de medio de “fuga” de dichas tensiones y llevan a la familia a mantener la “homeostasis” del hogar. Esto estará dado principalmente por las normas que rijan en dicha familia, mismas que podrían ser explícitas o latentes, coherentes o contradictorias, generales o solamente para uno de los miembros de dicha familia.

2.2 Sobreadaptación.

Al hablar de sobreadaptación, nos referimos a un conjunto de rasgos de personalidad propios del paciente psicosomático que, por fallos presentes en su desarrollo mismos que lo han impedido de separarse del objeto maternizante y lo han llevado a adquirir mecanismos de defensa de una forma más bien brusca, no gradual, ha sido llevado a una pseudoadulterez saltándose etapas.

La adaptación es precoz únicamente en el ámbito formal y los lleva a ser considerados por los demás como dignos representantes de eficiencia. Se han sobreadaptado a aspectos relativos de la realidad externa a costa de su propia realidad interna, es decir, desconocen sus propias necesidades a favor de las exigencias de los demás aunque en realidad, carezcan de importancia.

Esta sobreadaptación también puede tener lugar en su funcionamiento corporal llegando incluso a una rigidez. Neborak ha dicho que detrás de esa fachada de persona muy organizada se encuentra el verdadero self del paciente, el cual carece de la capacidad de simbolización que provoca que recurra al soma en lugar de la palabra.

2.3. Alexitimia.

Antes que nada, cabe recalcar el hecho de que no todo sujeto alexitímico es psicossomático, no obstante, todo paciente psicossomático sí es alexitímico.

La alexitimia fue definida por primera vez por Peter Sifneos en 1972 como una agnosia interoceptiva, esto es, la incapacidad de expresar con palabras los afectos y emociones para lo cual es necesario conocerlos y/o reconocerlos; es decir, hay una incapacidad de distinguir los afectos del individuo, de las sensaciones corporales, la preocupación principal está más dirigida hacia los acontecimientos externos que a la propia vida interior pudiendo distinguirse en su relato algo semejante a una crónica dando de esta manera, la impresión de una neutralidad que le impide dar su punto de vista o su forma de sentir ante un cierto acontecimiento por más fuerte o intenso que éste sea.

Las relaciones interpersonales del sujeto alexitímico, están dadas en función de su utilidad o del servicio que prestan, de esta manera, podría decirse que un médico es para ellos un “instrumento que lo curará y del cual obtendrá medicinas”. En su lenguaje, utiliza muy poco el tiempo verbal en modo subjuntivo, mismo que permite a los seres humanos hablar de la esperanza, de los deseos o de los sueños.

Sifneos y Nemiah han distinguido dos tipos de alexitimia: la *alexitimia primaria* y la *alexitimia secundaria*. La primera presenta una etiología de tipo biológica, "...un defecto estructural neuroanatómico o una deficiencia neurobiológica en la forma de anomalías, debidas a factores hereditarios, que interrumpen la comunicación entre el sistema límbico y el neocórtex" lo que impediría la expresión simbólica de la emoción a través de palabras y llevaría a descargar dicha emoción directamente al sistema nervioso autónomo traduciéndose en un tipo de “lenguaje de los órganos” como lo ha señalado Mc Lean, recalando, de esta manera la especialización de los

hemisferios cerebrales, es decir, el hemisferio izquierdo -que está encargado de la elaboración y la expresión del lenguaje articulado- y el hemisferio derecho -que es el responsable de modular las emociones-. En tanto que, la alexitimia secundaria, puede originarse por sucesos traumáticos en los períodos críticos del desarrollo o por la repetitiva y continua exposición a sucesos estresantes y traumatizantes.

Para Joyce Mc. Dougal, la alexitimia es vista como un proceso defensivo donde se da la acción, pero ésta es expulsada para defenderse. Explica que hubo algo en el paciente que detuvo el desarrollo normal del pre-consciente que anula el concepto “cosa” por lo que no puede unirse a la palabra que se usa para denominarla.

Por su parte, Pierre Martí señala que los pacientes alexitímicos, poseen un pensamiento operatorio que le dificulta pensar o comentar la emoción y en lugar de ello, la actúan y duplican la acción.

En la alexitimia hay una huida de la realidad y esto se observa en forma de una descarga motriz, a pensar de Warners.

Siguiendo un modelo socio-cultural, Prinze Krys considera que las clases deprimidas económicamente, tienen más probabilidades de alexitima.

Weinberger, Schwartz, y Davidson, (1979) explican que en la alexitimia hay una evitación tanto cognitiva como conductual de los estímulos emocionales a lo que han denominado como el *estilo represivo de afrontamiento*, el cual se considera asociado a niveles bajos de comunicación de emociones negativas; demora para reaccionar ante los estímulos cargados emocionalmente; ante estímulos ansiógenos, hay una defensividad en la atención a los mismos; olvidos ante recuerdos emocionales negativos; tratan, en la medida de lo posible de parecer ante los demás como personas carentes de perturbaciones psicológicas autodescribiéndose positivamente; sus niveles de activación fisiológica son elevados en respuesta a estresores manipulados experimentalmente aunque el nivel de estrés, percibido sea bajo¹⁵.

En conclusión, la alexitimia implica en el individuo el que no pueda poner sus sentimientos y emociones en la palabra, en lugar de ello, lo hará a través del simbolismo somático ya que está movido por una “conducta social hiperadaptada”¹⁶.

¹⁵ <http://www.psiquiatria.com>, “Alexitimia y estilo represivo de afrontamiento: ¿dos constructos emocionales diferentes o similares? ”: Weinberger, et al., 1979; Fox, 1993; Davis y Schwartz, 1987; Blackburn, 1965; Byrne, 1961; Díaz-Ovejero, Cano-Vindel, y Miguel-Tobal, 1993; Carroll, 1972; Cano-Vindel, Sirgo, y Pérez, 1994; Asendorpf y Scherer, 1983; Kneier y Temoshock, 1984

¹⁶ Ruesch J. The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine. Psychosomatic Medicine; 1948, 10: 134-144

3. PSORIASIS.

3.1. Características médicas y clases.

La psoriasis es una enfermedad de la piel eritematoescamosa (es decir, que se presenta con lesiones rojas sobreelevadas de la piel normal, que están cubiertas de escamas brillantes y plateadas que se desprenden fácilmente), de evolución crónica, con exacerbaciones y remisiones de impredecible comienzo y duración.

En la psoriasis, durante la fase erimatososa, en la que la piel se encuentra por así decirlo “en carne viva”, la temperatura de la misma es mayor al igual que la sensibilidad mientras que, en la fase escamosa, la temperatura es más fría y la piel se vuelve menos sensible.

Etimológicamente, la palabra psoriasis tendría un significado equivalente a sarna, lagarto, tristeza, escarmentar (“un tormento hecho en la piel”), los pacientes aseguran sentirse “marcados por la vergüenza” y según algunas investigaciones, por lo general (78% de los casos, en los que la psoriasis es de tipo psicósomática) dicen haber tenido una pérdida significativa durante el año que precede a la presentación de la enfermedad.

Afecta principalmente a los codos y rodillas, el cuero cabelludo, la región lumbar y sacra, el glande y las uñas. Las causas de esta enfermedad cutánea no son bien conocidas, aunque se sospecha que su aparición está relacionada con la herencia, las infecciones bacterianas y se asegura la existencia de un componente psicósomático.

La psoriasis provoca una acusada descamación de la piel que estaría propiciada por la proliferación sin control de las células epidérmicas. Las lesiones pueden picar, doler y a veces fisurarse y sangrar; pueden desaparecer, pero persiste la predisposición.

A pesar de que es incurable, la psoriasis se controla. En los casos leves, se usan tratamientos tópicos, como emolientes, corticoides y antralina. En las psoriasis moderadas y graves, los médicos recurren, además, a la fototerapia ultravioleta (PUVA-UVB) con la aplicación previa de psolarenos, unas sustancias fotosensibles. En determinados casos también se están empleando derivados sintéticos de la vitamina A¹⁷ y de la vitamina D. Es importante señalar además que, en los casos en los que la psoriasis constituye una manifestación psicósomática, es posible recurrir a la psicoterapia o al psicoanálisis –por profesionales entrenados- pues de esta manera, se

¹⁷ Por ejemplo, ciclosporina, calcipotrieno y retinoides

mejoraría la calidad de vida del paciente e incluso la enfermedad se presentaría con recidivas atenuadas o con remisiones prolongadas¹⁸.

En cuanto a la *clasificación clínica*, hay que tener en cuenta que es muy raro encontrar una forma de psoriasis única en un paciente, ya que casi siempre hay, en un mismo paciente diferentes formas de la enfermedad. Las formas más frecuentes son:

≈ **Psoriasis de piel o vulgar:** En ella, hay una tendencia a la simetría, afecta codos, rodillas, región lumbo-sacra, cuero cabelludo principalmente en zonas retroauriculares, occipitales y parietales. **(Fig. 2).**

≈ **Psoriasis palmoplantar:** En este caso, la enfermedad está diseminada a palmas y plantas. En algunos pacientes puede haber bastante eritema y pocas escamas y en otros pacientes poco eritema y una escama gruesa, en otros predominan áreas de queratosis¹⁹. En muchos pacientes se pueden observar pequeñas pústulas estériles. **(Fig. 3)**

≈ **Psoriasis invertida:** Este tipo de psoriasis puede afectar axilas, ombligo, ingles, genitales, región perirectal, conducto auditivo externo. Esta formada por placas bien limitadas con eritema y usualmente la escama es menos abundante que en una psoriasis vulgar. **(Fig. 4).**

≈ **Psoriasis del cuero cabelludo:** Que afecta principalmente las regiones retroauriculares temporales y/o parietales. Está constituida por abundante escama gruesa, el eritema es difícil de observar. El paciente casi siempre consulta por presentar caspa abundante. **(Fig. 5).**

≈ **Psoriasis en gotas:** En este tipo, la dermatosis usualmente esta diseminada en el tronco (especialmente en el abdomen), en las extremidades inferiores (principalmente en los muslos) y en los miembros superiores. Se caracteriza por presentar pequeñas placas circulares de 0.5cm. a 2cm. de diámetro con eritema y escama la cual es, en la mayoría de los casos, no muy abundante. En esta forma el inicio del brote es súbito tiene un buen pronóstico en el sentido de que el brote es más fácil de controlar. **(Fig. 6).**

Además se pueden mencionar las psoriasis: gutata (que puede comprometer las uñas), artropática (a nivel de articulaciones), generalizada (que afecta todo el cuerpo), en placas, anular, numular, ostrácea, circinada, pustulosa, facial, ungueal, etc.

¹⁸ USON, Inés M.: "La función piel. Una concepción psicosomática de las siguientes enfermedades dermatológicas: alopecia, vitiligo, eczema atópico y psoriasis", <http://www.centropsicoanaliticomadrid.com/revista>

¹⁹ Crecimiento córneo del tegumento (membrana que protege), como una verruga o una callosidad.

En todos los pacientes con psoriasis se presentan el Rascado metódico de Broca en el que se puede ver el *signo de la parafina* (al rascar la placa se siente como el estar rascando una candela) y el *signo de Auspitz o de Rocío Sangrante* (si se continúa rascando, aparecen gotitas de sangre muy finas).

3.2. Relación con el estrés.

La psoriasis -como tantas otras neurodermitis y enfermedades en general-, se encuentra en una relación estrecha con lo que se conoce con el nombre de Estrés, no solamente como factor desencadenante o exacerbante, sino también como el camino por el que se ve obligado el organismo a optar ante el desgaste que puede provocar en el mismo, incluso llegando a constituirse en una especie de círculo vicioso: aparición de la enfermedad i tendencia al aumento en los niveles de estrés en el cuerpo i agudización de la enfermedad.

Cuando se habló de la sobreadaptación como característica del paciente psicosomático, se dejó ver su clara inclinación a actuar como los demás esperan que lo haga, lo que lo conduce a presentar niveles altísimos de ansiedad de aprobación. Para lograrlo, el sujeto en cuestión, está dispuesto a hacer lo que sea, aunque esto signifique que tenga que sobre-exigirse y sacrificar sus descansos o su felicidad. No será muy difícil para él, pues ya está “acostumbrado” a desconocer su cuerpo como suyo.

Dentro de la familia, existen normas que, como bien señala Virginia Sátor, “*son realmente una fuerza vital dinámica y de enorme influencia en la vida familiar*”. Estas reglas, pueden ser explícitas o bien pueden estar latentes, pueden dictar pautas dirigidas hacia el mantener ocultas ciertas emociones (como la ira) para evitar problemas o también, pueden indicar que no se debe abrazar a otro miembro de la familia porque esto “estimularía en el área de la sexualidad a esa persona” por dar un ejemplo extremo en el plano afectivo. De esta manera, la persona puede tender a reprimir sus emociones lo que llevaría a su organismo a desarrollar un proceso de estrés para intentar mantenerse a salvo. Así, sentirá cada vez una mayor tensión interna, que desencadenaría en manifestaciones somáticas como la aparición de acné, caspa, etc. Es posible que la tensión disminuya o incluso, que llegue a desaparecer; no obstante, si llegó a desencadenar algún efecto psicosomático (Vg. la psoriasis), éste se mantendrá

durante mucho tiempo o en el peor de los casos, hasta la muerte del mismo –por no decir, que ésta sea la causa de su deceso-²⁰.

De allí que, el problema surja cuando el cuerpo esté preparado para enfrentarse al peligro pero no pueda hacerlo -como afirma la ley de la gravedad- “todo lo que sube, tiene que bajar” y como tal, seguramente llegará a presentarse una situación en la que no encuentre salida (indefensión)²¹ y lo único que estará en condiciones de hacer es buscar dicha salida en su propio cuerpo mediante la enfermedad (en este caso, la psoriasis).

Ahora bien, el *Estrés*, ha sido definido en medicina, como el proceso físico, químico o emocional productor de una tensión en el cuerpo y en la mente que puede llevar a la enfermedad física.

Ante un estímulo identificado por el cuerpo como estresógeno, el organismo tiene una serie de reacciones fisiológicas que suponen la activación del *eje hipofisopararrenal* y del *sistema nervioso vegetativo* para defenderse de dicho estímulo. Ambos sistemas intervienen en la liberación de *hormonas*, es decir, sustancias que son elaboradas en las glándulas para luego ser transportadas a través de la sangre hasta llegar a uno o varios órganos específicos excitando, inhibiendo o regulando la actividad de dichos órganos (Fig. 7²²).

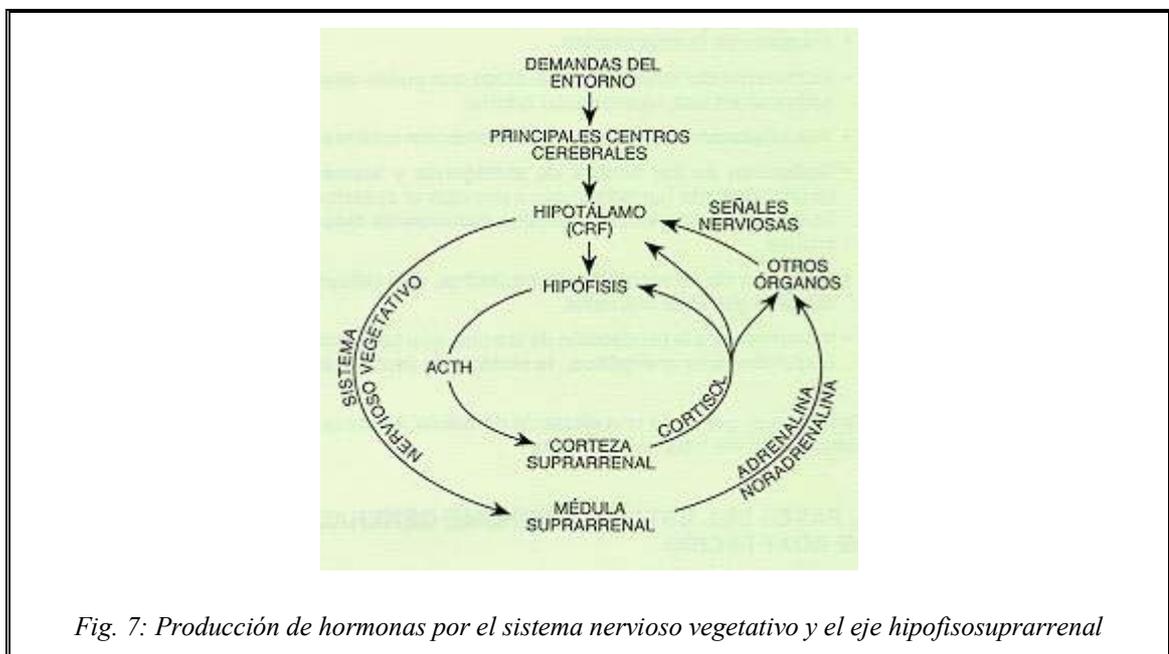


Fig. 7: Producción de hormonas por el sistema nervioso vegetativo y el eje hipofisopararrenal

²⁰ SATIR, Virginia: “Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar”, Edit. Pax-México, Librería Carlos Cesarman, S. A., Primera Edición, México, 1978. Cap. 7.

²¹ Esta situación detonante de la enfermedad psicosomática se la conoce como “by-pass”

²² Silvia Nogareda Cuixart, Licenciada en Medicina y Cirugía, Esp. Medicina de Empresa: <http://www.mtas.es>

3.2.1. Eje Hipofisopararrenal (HSP).

Como su nombre lo indica, este eje está compuesto por el hipotálamo²³, la hipófisis²⁴ y las glándulas suprarrenales²⁵.

Éste, al activarse -sea por agresiones físicas o psicológicas-, provoca que el hipotálamo segregue el *factor liberador de corticotropina (hormona CRF)*, para que actúe sobre la *hipófisis*, misma que secretará la *hormona adrenocorticotropa (ACTH)*. Esta secreción incidirá sobre la *corteza de las glándulas suprarrenales*, dando lugar a la producción de *corticoides* que pasarán al torrente circulatorio y producirán múltiples respuestas orgánicas. Los corticoides que se liberan debido a la ACTH son:

- ≈ **Los glucocorticoides:** De los cuales, el más importante es el *cortisol* que facilita la excreción de agua y el mantenimiento de la presión arterial; afecta a los procesos infecciosos y produce una degradación de las proteínas intracelulares, aumenta la concentración de glucosa en la sangre, produce un aumento de calcio y de fosfatos liberados por los riñones, y de lípidos.
- ≈ **Los andrógenos:** Son las hormonas que estimulan el desarrollo de las características secundarias masculinas a la vez que estimulan el aumento tanto de la fuerza como de la masa muscular.

3.2.2. Sistema Nervioso Vegetativo (SNV).

El Sistema Nervioso Vegetativo, está constituido por el conjunto de estructuras nerviosas (*Sistema Nervioso Simpático* y *Sistema Nervioso Parasimpático*) que se encarga de regular el funcionamiento de los órganos internos y controla algunas de sus funciones de manera involuntaria e inconsciente, con el fin de mantener la homeostasis del organismo. La activación simpática supone la secreción de *catecolaminas*, que son:

- ≈ **La adrenalina**, segregada por parte de la médula suprarrenal, especialmente como respuesta al estrés psíquico y a la ansiedad.
- ≈ **La noradrenalina**, segregada por las terminaciones nerviosas simpáticas, aumentando su concentración principalmente en el estrés de tipo físico, en situaciones de alto riesgo o de agresividad.

²³ El *hipotálamo* es una estructura nerviosa situada en la base del cerebro que actúa de enlace entre el sistema endocrino y el sistema nervioso.

²⁴ Igualmente localizada en la base del cerebro.

²⁵ Estas, son dos glándulas de secreción interna, que se encuentran sobre el polo superior de cada uno de los riñones y que están compuestas por la corteza y la médula

Estas hormonas buscan poner al cuerpo en estado de alerta para prepararlo para una posible lucha o una huida, enlazan el fenómeno del estrés con los fenómenos psicofisiológicos de la emoción por lo que intervienen en los siguientes procesos demostrando su intervención en todo el cuerpo:

- ≈ Dilatación de las pupilas.
- ≈ Dilatación bronquial.
- ≈ Movilización de los ácidos grasos, pudiendo dar lugar a un incremento de lípidos en sangre (posible arterioesclerosis).
- ≈ Aumento de la coagulación sanguínea.
- ≈ Incremento del rendimiento cardíaco que puede desembocar en una hipertensión arterial.
- ≈ Vasodilatación muscular y vasoconstricción cutánea.
- ≈ Reducción de los niveles de estrógenos y testosterona, que son hormonas que estimulan el desarrollo de las características sexuales secundarias masculinas.
- ≈ Inhibición de la secreción de prolactina, que influye sobre la glándula mamaria.
- ≈ Incremento de la producción de tiroxina, que favorece el metabolismo energético, la síntesis de proteínas; etc.

3.2.3. Fases del estrés: síndrome general de adaptación

En el año de 1936, el médico canadiense Hans Selye, realizó una serie de investigaciones que dieron como resultado lo que hoy se conoce con el nombre de *síndrome general de adaptación*. Esto lo explicó como un mecanismo físico utilizado por el organismo para adaptarse, como respuesta a una situación de amenaza para su equilibrio provocada por cualquier agente nocivo llamado *estresor*. El estresor puede ser de naturaleza física o psicológica.

Durante este proceso, se distinguen tres fases que tienen como objetivo el preparar al organismo para afrontar una tarea o esfuerzo; estas fases son: *de alarma, de adaptación y de agotamiento*.

- ≈ **Fase de alarma:** Ante el estímulo estresante, se produce una reacción de alarma en la que disminuye la resistencia del cuerpo por debajo de lo normal. En esta fase se activa el eje hipofisopararrenal que conlleva a que en el organismo hayan cambios como: la movilización de las defensas del organismo, taquicardia, la liberación de glóbulos rojos debido a la contracción del bazo, la sangre abandona los puntos menos importantes, como es la piel (aparición de palidez) y las vísceras

intestinales, para acudir a músculos, cerebro y corazón, que son las zonas de acción; el aumento de la capacidad respiratoria, la dilatación de las pupilas, el aumento de linfocitos, etc.

≈ **Fase de resistencia o adaptación:** Durante la cual, el organismo busca superar, adaptarse o afrontar aquello que percibe como amenazante para lo cual los cambios producidos en la fase anterior, desaparecen.

≈ **Fase de agotamiento:** Esta fase es alcanzada si el estímulo estresor ha sido frecuente y/o prolongado en el tiempo provocando que los recursos de la persona para conseguir un nivel de adaptación no sean suficientes dando como resultado en el organismo alteraciones tisulares²⁶ o enfermedad (es) psicósomática (s).

En el siguiente cuadro²⁷, se pueden ver algunas de las consecuencias biológicas y psicológicas de una tensión inicial o de un estado de estrés.

AFECCIÓN	TENSIÓN (FASE INICIAL)	ESTRÉS
Cerebro	Ideación clara y rápida	Dolor de cabeza, tics nerviosos, temblor, insomnio, pesadillas
Humor	Concentración mental	Ansiedad, pérdida del sentido del humor
Saliva	Muy reducida	Boca seca, nudo en la garganta
Músculos	Mayor capacidad	Tensión y dolor muscular, tics
Pulmones	Mayor capacidad	Hiperventilación, tos, asma, taquipnea
Estómago	Secreción ácida aumentada	Ardores, indigestión, dispepsia, vómitos
Intestino	Aumenta la actividad motora	Diarrea, cólico, dolor, colitis ulcerosa
Vejiga	Flujo disminuido	Poliuria
Sexualidad	Irregularidades menstruales	Impotencia, amenorrea, frigidez, dismenorrea
Piel	Menor humedad	Sequedad, prurito, dermatitis, erupciones
Energía	Aumento del gasto energético, aumento del consumo de oxígeno	Fatiga fácil
Corazón	Aumento del trabajo cardíaco	Hipertensión, dolor precordial

Cuadro 1: Consecuencias biológicas y psicológicas del estrés

Cuando el estímulo ha sido detectado por el organismo, éste pasa a reconocerlo²⁸; en dicho reconocimiento, se califica al estímulo como familiar o, se lo identifica como nocivo en cuyo caso el sujeto estará frente a una disyuntiva que dependerá de si considera que tiene herramientas o estrategias (aunque fueran fantaseadas) para

²⁶ Es decir, alteraciones en el desarrollo y crecimiento normales de los tejidos que podrían desencadenar en enfermedades como la psoriasis o incluso deparar en la formación de células cancerígenas.

²⁷ Silvia Nogareda Cuixart, Licenciada en Medicina y Cirugía, Esp. Medicina de Empresa:

<http://www.mtas.es>

²⁸ El reconocimiento del estímulo surge a nivel del córtex cerebral.

afrontar dicho estresor (pasándose a constituir lo que se conoce como estrés bueno o euestres) o, si considera que no puede hacer nada ante ello quedándose en un estado de indefensión (característica del distrés, estrés malo o simplemente estrés) que incrementa el riesgo somático.

Se debe tomar en cuenta que, los actos realizados como resultado de un ataque de pánico no se consideran estrategias de afrontamiento.

Puede ocurrir que sí se cuente con una preparación y con un plan de acción ante lo considerado adverso, pero si el estresor es repetitivo y prolongado, llevará a un tipo de estrés conocido como Burn-out o “síndrome de estar quemado” que, por lo común, se da en los equipos de socorro (médicos, enfermeras, policías, etc.). Se caracteriza por una fatiga crónica, deficientes comunicaciones en el trabajo, cinismo, baja autoestima, actitud negativa hacia las personas con y para las que se trabaja.

3.3. Expresión de la necesidad de no ser “mirado” por el otro.

Toda alteración sobre la piel, implica el “ver” y el “tocar”, evidentemente, es muy difícil retirar la mirada ante dicha alteración y al mismo tiempo la imagen visual se traducirá en una imagen táctil respecto a la textura, temperatura, etc. de la piel en cuestión.

La psoriasis podría entrañar un doble mensaje: su fase eritematosa comunicaría el deseo de ser visto por el otro a profundidad, de mostrarse desprovisto de protección alguna, o el deseo de llegar al centro de sí mismo. En su fase escamosa, el mensaje indicaría que no quiere ser mirado interiormente, se estaría autoinscribiendo una huella, esa marca inscrita en la piel que le permite individualizarse, distinguirse, identificarse como diferente y esto es lo que estaría expresando: “soy diferente” o estaría buscando desarrollar en su Yo-piel la función de la para-excitación.

¿Por qué una persona puede no querer ser mirada por el otro? Las respuestas parecen apuntar a que en realidad no quiere -o cree que no puede- ser reconocido como alguien que “existe”. Esto concordaría con la característica psicosomática en la que el individuo no siente su cuerpo como propio, sino que en realidad “existe” solamente a través del deseo de la otra persona., es más, él mismo no tiene deseos propios.

No podría precisar quien lo dijo, pero parece ser que esta frase contiene la contestación a la interrogante que nos hemos planteado: *“Uno se constituye a través de la mirada*

del otro, desde afuera, el otro le arma, el otro le devuelve la realidad”²⁹. Entonces, el paciente psoriásico buscaría ser armado con una “armadura” –aunque suene redundante, merece la pena decirlo así-, pero sería tal vez una armadura vacía, inanimada, ¿esto significará acaso que no tiene sentimientos ni afectos, que no es capaz de proveer de movimiento a esa coraza? Ahora bien, si busca protegerse, ¿contra quién lo hace?, ¿cuál es la necesidad de recurrir a una armadura? Se podría decir también, que lo que expresa el psoriásico es que no quiere ser armado, sino armarse él mismo.

En fin, ¿quién puede saberlo?, la única forma de saber la verdad es haciendo que la misma persona la encuentre, por lo cual se hace importante el conocimiento de la orientación psicosomática.

Recordemos que el niño, al ser sometido a una situación en la que prácticamente se le exige que “crezca rápido”, el niño busca satisfacer las expectativas de los adultos lo que impide que se desarrolle con normalidad y se configure en él una personalidad pseudomadura. Así, ante la presencia de un “by-pass”, su Sí-mismo inmaduro hará que sus ansiedades arcaicas sean evacuadas hacia su piel. De este modo, buscará aislarse para compensar su fragilidad psíquica mediante su encierro en la sobreinvertidura de los límites (de su propio territorio, de su cuerpo, de su intimidad). En este caso, la enfermedad a modo de coraza cumple una doble función defensiva: la fase escamosa, por un lado, *ahuyenta* los objetos sentidos como invasores de un territorio mal delimitado, y por otro lado, “*envuelven y protegen*” a un Yo que se esconde tras un muro defensivo haciéndolo impenetrable.

Inés M. Uson³⁰, expresa: “*cuando la madre es intrusita e invade la intimidad del niño, la psoriasis de cuero cabelludo puede cumplir la función de un casco que oculta los pensamientos y asegura al niño un espacio interno privado. Un paciente con esta patología, luego de la remisión del síntoma dermatológico, jugaba a ser un buzo submarino que había perdido su escafandra y podía ser atrapado por un pulpo gigante*”. Spitz ya ha mencionado lo que sucede con el niño al presentar eczema, quien parece enviar el mensaje a la madre para que lo toque más tiernamente o simplemente lo deje de tocar; me atrevería a transferir esta hipótesis hacia el sentido de la vista.

²⁹ Esta frase fue mencionada por el Lcdo. Raúl Patrono durante la cátedra impartida sobre la “*Biografía de la piel*”.

³⁰ USON, Inés M.: “*La función piel. Una concepción psicosomática de las siguientes enfermedades dermatológicas: alopecia, vitiligo, eczema atópico y psoriasis*”, <http://www.centropsicoanaliticomadrid.com/revista>

3.4. Medio para diferenciarse o identificarse con el otro.

El nombre, en el ser humano, es una representación del lugar que el Otro nos da, es decir, lo que los demás esperan de nosotros. En el paciente psicósomático, su nombre está dado por la enfermedad, es decir, la enfermedad le da el lugar que su nombre (pertenencia a una genealogía) no le ha otorgado. De igual forma, es posible que la psoriasis sea una manifestación de la necesidad de parecerse a otra persona o al contrario, ser totalmente diferente de ella a través de una marca visible y dolorosa, ya que no puede hacerlo a través de palabras.

Esta enfermedad, al afectar a la piel, apunta hacia el medio más directo que tiene el individuo para expresar lo que cree de sí mismo, por dar un ejemplo, puede creerse marcado por algo, identificado con un animal o lo que él le represente (v.g. un saurio) si nos remitimos a la etimología de la psoriasis. De esto se encargan en gran parte, los demás, quienes lo rodean, especialmente su familia, ya que la piel es visiblemente la que indica los rasgos heredados de la parentela, los que en cierta forma condicionan su “belleza”, su raza, su salud, etc. Al hablar de la segunda piel muscular, Didier Anzieu, enfatiza la necesidad de reemplazar a la pseudopiel que la madre del sujeto le proveyó, por una piel que podría mostrarse como impenetrable, de donde no sale ni entra nada. Esta segunda piel muscular, tendría una sobreestimulación tónica o su representación en la ropa, joyas...o en el desarrollo sobre su propia piel de neurodermitis como la psoriasis, identificatorio con los deseos de la madre o, al contrario, como medio de diferenciación de los mismos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consecuente al presente trabajo monográfico, es posible concluir que:

- ≈ La piel, a pesar de ser un órgano tan esencial y –aparentemente hoy en día- tan cuidado, ha sido subestimada al desconocer las funciones que cumple y los alcances de las mismas.
- ≈ Es importante señalar la brillante labor desempeñada por Didier Anzieu al exponer su noción del Yo-piel, misma que basa en investigaciones y que enmarca la importancia del objeto maternizante para su desarrollo a partir del momento mismo de la concepción., también enmarca aquella necesidad de contacto, de envoltura y de sostén que solamente puede ser satisfecha por la piel (sea la propia o la de los demás).
- ≈ Seguramente, del papel que desempeña la piel y las funciones del Yo-piel, han derivado varias formas de terapias como la llamada abrazoterapia, dactilopintura, terapia con arcilla, terapia con agua, zooterapias, etc. así como la estimulación temprana y precoz.
- ≈ El aspecto psicosomático, -conceptuado como algo semejante a una estructura de personalidad-, es poco conocido en nuestro medio y por lo tanto, posiblemente obviado y abandonado. Esto, lo que nos muestra es la necesidad que tenemos de aprender cada día, “nadie da lo que no tiene” y por ello, es importante investigar, observar, cuestionar sobre el tema, pues el trabajo del psicólogo no se remite únicamente a tratar que el individuo sepa sobrellevar una enfermedad, sino que también aprenda a enfrentarla, conocer su causa y valorarse y, -¿por qué no?- a responder ante las dificultades de una forma que no involucre su propio cuerpo.
- ≈ No estoy muy enterada de la incidencia de la psoriasis en la población local, sin embargo, la he utilizado como enfermedad representativa de la piel, que muestra claramente su efecto sobre la misma y que lleva consigo inmerso un mensaje. Además, es exacerbada por factores estresógenos mismos que, en un mundo globalizado, aumentan día a día: he ahí una misión más para el psicólogo clínico, conseguir que el paciente adquiriera herramientas para afrontar el estrés.

De igual manera, nos orientamos a recomendar que:

- ≈ Se realice una psicoeducación dirigida a la familia, especialmente, a la madre para dar a conocer la importancia que tiene el Yo-piel en el presente y el futuro de sus hijos. Así como el papel que cumple cada uno en el desarrollo de una enfermedad psicosomática.

- ≈ Indagar en la familia, la naturaleza de las normas que se han establecido acerca de la expresión de afectos y emociones; mismas que pueden ser condicionantes para la aparición de enfermedades psicosomáticas.
- ≈ Las personas que presentan psoriasis y quienes las rodean, necesariamente, deben estar enteradas del curso y tratamiento de la enfermedad así, como los sentimientos despertados en el paciente y el tipo de apoyo que requiere para salir adelante; que obviamente, implica el reconocer y expresar sus emociones como propias. Como es de suponer, este trabajo deben hacerlo con ayuda de un profesional bien entrenado en ese campo.

El trabajo no termina aquí, con seguridad hay mucho más. No obstante, tenemos ya la satisfacción de haber cumplido con nuestro trabajo y nos alienta a continuar caminando, haciendo camino para que los demás tengan un camino en donde andar.

BIBLIOGRAFÍA

ANZIEU, Didier, “*El Yo-Piel*”. Edit. Biblioteca Nueva, Cuarta Edición, Madrid 2003.

SATIR, Virginia: “*Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar*”, Edit. Pax-México, Librería Carlos Cesarman, S. A., Primera Edición, México, 1978. Cap. 7.

Internet:

<http://www.aperturas.org> OTERO, Juan; RODADO Juan: “*El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática*”. 08 de diciembre de 2005.

<http://www.psiquiatria.com> MARTÍNEZ, Francisco: “*Alexitimia y estilo represivo de afrontamiento: ¿dos constructos emocionales diferentes o similares?*”. 08 de diciembre de 2005.

<http://www.mtas.es> NOGAREDA, Silvia: “*El Estrés*”,. 13 de diciembre de 2005.

<http://www.winnicott.com.ar/psicosomatico.htm> PELOROSSO, Alicia E.: “*Abordaje del Paciente Psicosomático: El Paciente psicosomático; Cabalgando sobre dos caballos*”. 10 de diciembre de 2005.

<http://www.centropsicoanaliticomadrid.com/revista> USON, Inés M.: “*La función piel. Una concepción psicosomática de las siguientes enfermedades dermatológicas: alopecia, vitiligo, eczema atópico y psoriasis*”. 09 de diciembre de 2005.

ÍNDICE

Abstracto / Abstract _____	i
Introducción _____	ii
1. La Piel _____	1
1.1. Anatomía y fisiología.....	1
1.2. La noción del Yo-Piel.....	2
2. Psicosomático _____	9
2.1. Características psicológicas de la madre.....	11
2.2. Sobreadaptación.....	14
2.3. Alexitimia.....	15
3. Psoriasis _____	17
3.1. Características médicas y clases.....	17
3.2. Relación con el estrés.....	19
3.2.1. Eje Hipofisopararrenal.....	21
3.2.2. Sistema Nervioso Vegetativo.....	21
3.2.3. Fases del estrés: síndrome general de adaptación.....	22
3.3. Expresión de la necesidad de no ser “mirado” por el otro.....	24
3.4. Medio para diferenciarse o identificarse con el otro.....	26
Conclusiones y Recomendaciones _____	27
4. Bibliografía _____	29
5. Índice _____	30
Anexos _____	31

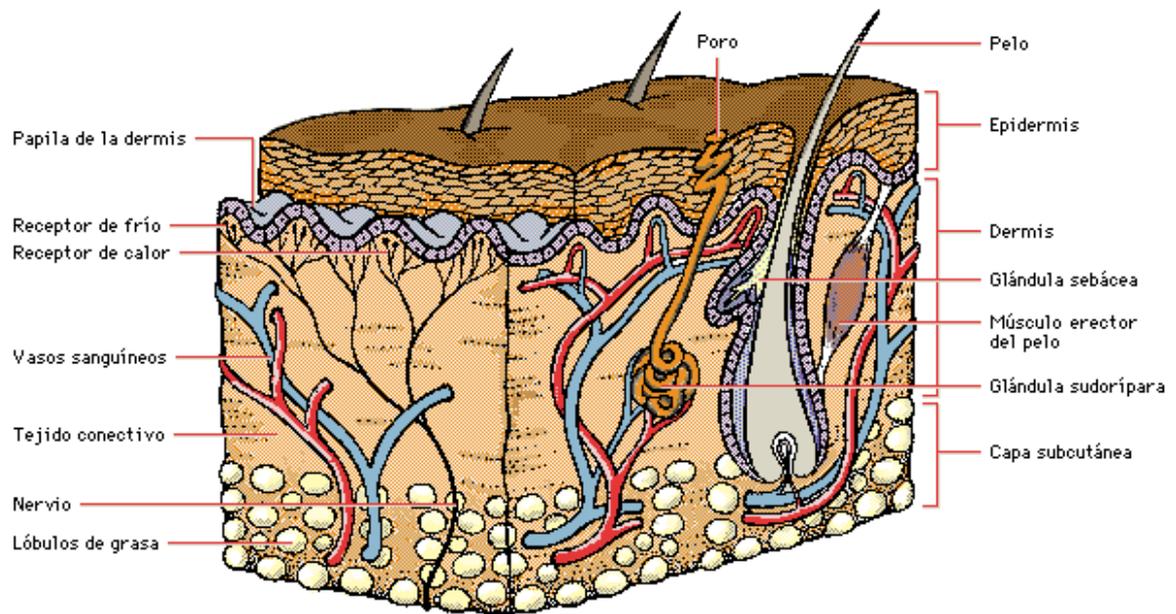


Figura 1: Estructura de la piel³¹

REGIÓN AXILAR



CUELLO Y NUCA



Figura 2: Clínica de la psoriasis vulgar

³¹ © 1993-2003 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

PIE



Figura 3: Clínica de psoriasis palmoplanta



CUELLO Y HOMBRO

Figura 4: Clínica de la psoriasis invertida

CUERO CABELLUDO



Psoriasis de cuero cabelludo Fig. 5

TÓRAX



Figura 6: Psoriasis en gotas