



Anuario de Investigaciones

ISSN: 0329-5885

anuario@psi.uba.ar

Universidad de Buenos Aires
Argentina

Ulnik, Jorge C.; Czerlowski, Mónica S; Meilerman, Deborah E.; Murata, Cecilia; Moure, Maria; Salgado, Matías; Vecchio, Vanesa; Castro, Ema L; Cativa Tolosa, Perla A.; Patrono, Raúl

Factores subjetivos en la sexualidad, el contacto y la calidad de vida de pacientes con psoriasis

Anuario de Investigaciones, vol. XX, 2013, pp. 301-307

Universidad de Buenos Aires

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139949003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

FACTORES SUBJETIVOS EN LA SEXUALIDAD, EL CONTACTO Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON PSORIASIS

PSORIATIC PATIENTS: SUBJECTIVE FACTORS IN SEXUALITY, CONTACT, AND QUALITY OF LIFE

Ulnik, Jorge C.¹; Czerlowski, Mónica S.; Meilerman, Deborah E.; Murata, Cecilia; Moure, María; Salgado, Matías; Vecchio, Vanesa; Castro, Ema L.; Cativa Tolosa, Perla A.; Patrono, Raúl²

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel que afecta la calidad de vida. Los cuestionarios utilizados para medir dicha afectación abordan la sexualidad a partir de preguntas generales y apelan a la respuesta consciente de los pacientes. La suposición de un mecanismo causa-efecto implícita en las preguntas impide explorar suficientemente los mecanismos inconscientes que relacionan las dificultades sexuales con la enfermedad. En este trabajo se describen los antecedentes acerca de calidad de vida y sexualidad y se desarrolla la perspectiva psicoanalítica acerca de sexualidad y psoriasis. En base a una muestra de 96 pacientes se aborda la relación entre: psoriasis, contacto sexual y distancias afectivas. Se mencionan cuatro casos clínicos y asociaciones obtenidas con la prueba de distancias afectivas. Por último, describiendo la relación entre los aspectos subjetivos asociados a fantasías inconscientes y la sexualidad, se señala su influencia en la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave:

Psoriasis - Sexualidad - Calidad de vida - Psicoanálisis

ABSTRACT

Psoriasis is an inflammatory chronic skin disease which affects the patients quality of life. Questionnaires that actually have been used in research and clinical studies to assess psoriasis Quality of life include questions about sexuality. These questions are simple and obtain conscious answers. They assume a causal mechanism between the disease and sexual difficulties. This assumption prevents exploring the unconscious fantasies and defense mechanisms that also link sexual difficulties with the disease.

In this paper, theoretical background about quality of life and sexuality is described. Then, a psychoanalytic perspective on sexuality and psoriasis is developed. Based on a sample of 96 psoriatic patients, the relationship among psoriasis, sexual contact and affective distances is discussed. Four clinical cases and some verbal associations obtained with the "affective distances" instrument are mentioned. Finally, the Relationship between subjective aspects, unconscious fantasies and sexuality are related with patients' quality of life.

Key words:

Psoriasis - Sexuality - Quality of life - psychoanalysis

¹Doctor UBA y UGR. Profesor Regular Adjunto a cargo de la Cátedra Fisiopatología y Enfermedades Psicosomáticas, Facultad de Psicología, UBA. E-mail: jculnik@hotmail.com - E-mail: jorgeulnik@gmail.com

²Docentes e investigadores universitarios.

Autores: Ulnik, Jorge (Director); Meilerman, Débora; Murata, Cecilia; Salgado, Matías; Castro Liliana; Czerlowski, Mónica; Moure, María; Patrono, Raúl; Tolosa, Perla; Vecchio Vanesa.

Instituto de Investigaciones - Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires

1.- INTRODUCCIÓN

Antecedentes

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que es difícil de tratar, tanto por su carácter recidivante, como por la complejidad de los mecanismos etiopatogénicos intervinientes, aún no completamente dilucidados.

Estudios previos han mostrado que los pacientes frecuentemente presentan morbilidad psiquiátrica (Ginsburg, I. (1995); Gupta, MA (1996); Kirby et al, (2001); Picardi, A (2000); Sharma N (2001).

Trabajos basados en tratamientos psicoanalíticos a largo plazo han enfatizado conflictos profundos, pero se trata de estudios de caso o investigaciones con muestras muy pequeñas (Chiozza, L. (1991), Korovski, (1991), Paldaoff (2002).

Numerosos estudios aseveran que la psoriasis afecta la calidad de vida de los pacientes (Finlay, et al, 1990). Existen varios cuestionarios (DLQI, PDI, PLSI, IPSO, Skin-dex-29 entre otros) que actualmente se utilizan en el campo clínico y de investigación para medir dicha afectación (Finlay, 1998). Dentro de las áreas vitales investigadas con estos cuestionarios se indaga acerca de los efectos de la enfermedad en la vida cotidiana (Badia, X y col. (1999); Choi, J (2003), McKenna (2003), dentro de la cual se incluye la sexualidad, pero las preguntas sobre este tema apelan a la respuesta consciente de los pacientes (Gupta MA (1997), Koo, J (1995), Zachariae R y col (2002) y dejan por fuera información sobre aspectos inconscientes de la sexualidad que están sujetos a mecanismos de defensa. Estos aspectos, de carácter subjetivo, también repercuten en la calidad de vida de los pacientes. Según los hallazgos obtenidos con los cuestionarios mencionados más arriba, la sexualidad es una de las áreas afectadas de la calidad de vida de los pacientes con psoriasis (Gupta, 1997, Sampogna et al, 2007). Cuando los síntomas se localizan en los genitales o en las zonas erógenas privilegiadas (boca, ano, mamas, etc.) suelen afectar la "mecánica" sexual propiamente dicha (Mercan et al, 2008), pero eso no implica necesariamente que las relaciones sexuales o la satisfacción sexual no puedan ocurrir. No obstante, el hecho de ser una enfermedad crónica con fuerte influencia en la imagen corporal juega un rol importante, así como la creencia social de que hay una relación directa entre atractivo físico y relación sexual satisfactoria (De la Cueva Dobao et al, 2010).

La suposición de un mecanismo causa-efecto implícita en las preguntas de los cuestionarios mencionados impide explorar suficientemente los motivos y mecanismos inconscientes que relacionan las dificultades sexuales con la enfermedad. Entre estos motivos juegan un papel importante las dificultades en la representación del propio cuerpo y la constitución de una identidad de género y una identidad propia separada de los demás (McDougall, 1991; Ulnik, 1998, 2011).

En este trabajo se destaca, dentro del amplio concepto de "sexualidad" el tema del contacto sexual, dado que el instrumento que se ha utilizado aporta evidencias del

contacto o la falta de contacto entre las figuras que representan al sujeto. Adicionalmente, se plantea que en pacientes con psoriasis, el contacto piel a piel y sus repercusiones psíquicas juegan un papel preponderante.

En las secciones siguientes se desarrollan antecedentes de publicaciones acerca de Calidad de vida y sexualidad. Luego se presenta la perspectiva psicoanalítica acerca de sexualidad y psoriasis. A continuación, casos clínicos de pacientes con psoriasis que ilustran la importancia de los aspectos subjetivos asociados a las fantasías y significados inconscientes de la sexualidad. Por último, se incluyen algunos ejemplos paradigmáticos de respuestas obtenidas con la prueba de las distancias afectivas en el área de la sexualidad, que fueron seleccionadas de una muestra de pacientes con psoriasis del Proyecto UBACYT: "distancias afectivas, estilos de apego adulto y alexitimia en pacientes con psoriasis" (UBACYT 20020100200231).

2.- ANTECEDENTES DEL TEMA

2.1.- Existe una discordancia entre las mediciones objetivas que realizan los dermatólogos y las apreciaciones de gravedad efectuadas por los propios pacientes (Zachariae et al, 2002). También se ha mencionado que la mejoría clínica establecida con esas mediciones (el PASI por ejemplo) no se correlaciona con una mejoría equivalente en la calidad de vida de los pacientes evaluada con cuestionarios validados internacionalmente (Zachariae, et al., 2002; Koo, 1996). Investigadores y clínicos concluyen que existe un factor subjetivo que debe tenerse en cuenta a la hora de evaluar la evolución, el tratamiento y la satisfacción de los pacientes con los resultados obtenidos (Ginsburg, 1995; Magin et al., 2010).

En función de ello, los trabajos publicados sobre calidad de vida en la psoriasis han seguido a lo largo de los años un gradiente que fue avanzando desde la pura descripción de las áreas de la vida afectadas por la enfermedad hasta considerar en forma progresiva la intervención de factores subjetivos. En efecto, algunos trabajos relacionan la calidad de vida con las actividades cotidianas afectadas (Finlay, 1998; Finlay et al., 1990), otros avanzan un poco más allá estudiando los efectos del stress provocado por las actividades impedidas por la enfermedad (Gupta, & Gupta, 1995), otros llegan más profundo estudiando la experiencia de estigmatización (Ginsburg & Link, 1989, Vardy et al, 2002), algunos extienden el campo de estudio a la relación entre la psoriasis y la psicopatología asociada (Gupta et al, 1988; Picardi et al, 2000) y finalmente se han publicado las consecuencias que tienen los estilos de afrontamiento de la enfermedad (Rapp et al, 2001).

2.2.- El tema sexual es muy complejo en cualquier patología tanto psicológica como somática, pero en las enfermedades de la piel - y en la psoriasis en particular - cobra especial relevancia. Las lesiones pueden ser desfigurantes, afectando la autoestima de los pacientes, pueden tener localización genital, generando dolor y/o picazón y pueden ser desagradables a la vista, generando rechazo y hasta repugnancia tanto en el propio paciente como en su pareja.

Entre los estudios de sexualidad y psoriasis merecen destacarse los de Gupta y Gupta (1997) quienes entre 120 pacientes, hallaron que 40,8% estaban afectados en su sexualidad, reportando disminución de actividad. Entre los afectados, 60% atribuyeron su disminución al efecto de la psoriasis en su apariencia.

En nuestro país, Ben David y otros encontraron que 4 de 50 pacientes estudiados reportaron problemas en el área de la sexualidad (Ben David et al, 2000).

En un seguimiento realizado sobre 18000 pacientes por la Fundación Nacional de Psoriasis de los Estados Unidos, cuando se indagaron las actividades de la vida diaria entre los respondientes de 18 a 54 años, la actividad sexual resultó lo más negativamente afectado, (27% de los casos) (Krueger et al, 2001). Este dato debería correlacionarse con el hecho de que en el mismo seguimiento los pacientes consideraron que el desencadenante emocional era el más frecuente disparador de los brotes o del comienzo de la enfermedad.

Sin embargo, no son sólo las características físicas de la psoriasis las que podrían afectar la vida sexual de los pacientes. Según varios autores, la afectación de la sexualidad es independiente del grado de severidad de los síntomas (Sampogna et al., 2007) e incluso podría no estar relacionada con la localización genital (Ludwig et al, 2009), y sí en cambio con preocupaciones acerca de la textura y apariencia de la piel en otras localizaciones no genitales (Magin et al., 2010). Magin y otros estudiaron el discurso de los pacientes por medio de entrevistas semiestructuradas y mencionan casos en los cuales la preocupación sexual se asocia con el temor a que el otro atravesase las propias barreras, o a quedar expuesto o a la concepción de lo sexual como algo "magnético" (Magin et al., 2010).

En su libro *Teatros del cuerpo*, McDougall (1991) describe en pacientes con enfermedades somáticas la fantasía de que sólo existe un sexo para dos y el miedo primitivo de la pérdida de límites corporales o el sentido de la integridad personal o la identidad sexual.

Sampogna y col. (2007) estudiaron 936 pacientes hospitalizados administrando cuatro cuestionarios diferentes, y tomando de ellos sólo las preguntas relacionadas con la sexualidad. Encontraron que según las preguntas efectuadas, la afectación de la sexualidad abarca desde el 35,5% de los casos hasta el 71,3%. Esto demuestra que las respuestas de los pacientes dependen mucho de las preguntas que les hacen, y éstas, cuando se refieren a la sexualidad son demasiado generales por temor a herir la sensibilidad de los pacientes.

3.- ANTECEDENTES PSICOANALÍTICOS Y FACTORES SUBJETIVOS.

Existen coincidencias entre los trabajos psicoanalíticos en describir en los pacientes con psoriasis experiencias de humillación y abandono que se experimentaron como la vivencia de estar en carne viva o de protegerse con una coraza (Chiozza et al, 1991; Morin, 2000), modos vinculares simbióticos, dificultades de apego o separación - individuación (se trataría de pacientes abandonados-abando-

nantes) (Anzieu, 1987; Ulnik, 1988, 2011; Sobrado et al, 1979), falla de la función paterna (Szapiro & Reyes, 2005), un Yo débil, (Paldaoff, (2002), una madre sobreprotectora pero distante (Sobrado y col, (1979), ausencia de estímulos en la piel necesarios para su sentido de límite y contención y alteraciones de la identidad subjetiva y/o sexual (Ulnik, 2011, Sobrado et al., 1979).

Esto hace suponer que quizás las dificultades sexuales de los pacientes no sean solo consecuencias o, como dicen Magin y otros (2010), "secuelas" de la psoriasis sino manifestaciones de alteraciones más profundas que incluso podrían tener incidencia en la aparición de la enfermedad como defensa o como una forma patológica de "solución" de dichas alteraciones. Esto último sería equivalente a lo que dicen Szapiro y otros (2003) siguiendo a Lacan acerca del fenómeno psicossomático como anudamiento precario de la estructura. Las asociaciones de los pacientes mencionadas por Magin y otros (2010) podrían ser un indicador de los problemas mencionados respecto a la identidad subjetiva, los sentidos de límite y contención y las fantasías amenazantes que acompañan el contacto y el encuentro con el cuerpo del otro.

4.- CASOS

Se seleccionaron historias clínicas de una muestra de 96 pacientes con psoriasis entrevistados por psicoanalistas del equipo de investigación, tomando como criterio a aquellos casos que referían problemas en la sexualidad. Se analizaron las respuestas a la lámina de la sexualidad de la prueba de las distancias afectivas. Se obtuvieron ejemplos de las respuestas de tales pacientes cuyo análisis discursivo permite inferir las fantasías intervinientes en tales dificultades sexuales.

Se expondrán cuatro casos a modo de ejemplo, para enfatizar la existencia de factores subjetivos que alteran la sexualidad de los pacientes. En estos casos la psoriasis se articula de un modo complejo con las dificultades sexuales, y no sigue los lineamientos del pensamiento "causa-efecto", según el cual la psoriasis sería la causa de las dificultades sexuales.

Caso nro. 1: M tiene 37 años y es el menor de tres hermanos. Padece desde los 19 años de psoriasis grave (compromiso mayor al 50% de la superficie corporal)

Cuando tenía 6 años el padre se fue de la casa y a partir de entonces un hermano apenas mayor comenzó a ocupar el lugar del hombre de la casa. En su niñez era común escuchar a la madre repetir "M no puede" "Pobre M". Ella tiene psoriasis y él es el único hijo que heredó la enfermedad: - "será porque soy el más débil".

En un intento de tomar distancia de la familia, M puso su propio negocio en el mismo rubro que el hermano. En un segundo movimiento se fue de la casa materna. No obstante esto no alcanzó: él siente culpa por haberse ido, "escapando" como el padre y sigue siendo su hermano el que financia los insumos del negocio. Por otro lado aunque él está casado y tiene su propio hogar, es la madre quien le guarda sus ahorros sintiendo de esta manera que así el dinero está seguro

Ante la indicación de un nuevo tratamiento que le prome-

tería curar las lesiones, M plantea que en caso de curarse no sabría qué hacer sin la enfermedad que “lo acompañó toda la vida y que además es garante de fidelidad hacia su esposa” ya que con lesiones no se atrevería a estar con otras mujeres.

Se puede pensar que M utiliza la enfermedad como un recurso para mantener el equilibrio psíquico que le permite casarse por un lado y perpetuar la relación simbiótica con la madre por el otro. Estas afirmaciones se basan en que cuando él dice que la enfermedad lo acompañó toda la vida o cuando dice que el padre “se escapó” y él también, está manifestando al mismo tiempo el deseo y la huida de una imagen de una madre atrapante que lo acompaña a todas partes, resguarda sus valores y a la vez le impide el acceso a las otras mujeres. Con la psoriasis él puede tener “otra”, pero no “otras” y al mismo tiempo mantiene en su piel la presencia “hereditaria” de su madre castradora.

Cuando la sustitución de la madre por otras mujeres no puede ser dialectizada simbólicamente... aparece la psoriasis como un elemento heterogéneo de filiación y fijación a ella, a la vez que lo confirma como “el más débil”.

Caso nro. 2: S. de sexo femenino, tiene 44 años y padece desde hace 12 años una psoriasis de moderada a severa según el momento de evolución. La enfermedad comenzó en la zona genital pero después se extendió a otras partes del cuerpo: codos, rodillas, sacro, cuero cabelludo, tronco. S está casada con un intelectual. Su noviazgo y los primeros años de casada se caracterizaron por largas e interesantes charlas con su pareja sobre temas de gran interés para ambos: filosofía, psicología, política, etc. Ella es comerciante, porque tuvo que salir a trabajar de adolescente y no pudo estudiar, aunque se desarrolló de manera autodidacta leyendo mucho por su cuenta. El es docente universitario y ella lo admira. El problema es que mientras que ella es muy sensible y fogosa, él tiene serias dificultades de erección y es frío y bastante poco cariñoso. Pudieron tener dos hijas, pero las relaciones sexuales se fueron espaciando hasta desaparecer. Fue entonces cuando ella tomó una decisión: se propuso continuar el matrimonio porque adoraba su compañía, lo admiraba y la deleitaban sus conversaciones inteligentes y profundas, pero para ello quiso vivir haciendo de cuenta que no tenía ninguna necesidad ni deseo de mantener relaciones sexuales de ningún tipo. Fue entonces cuando apareció la psoriasis por primera vez... en la zona genital.

Caso nro 3: C. de sexo masculino, 54 años, siempre estuvo enamorado de su primera mujer y la acompañó durante 5 años dramáticos en su sobrevivencia de un cáncer de mama. Como no soportaba la soledad, poco tiempo después de su muerte, ya estaba saliendo con su actual mujer. Hacían el amor en un albergue transitorio porque él consideraba una falta de respeto a la finada hacerlo en su propia casa. Ese día, luego de la relación sexual, la mujer le dijo que debía olvidarse de su mujer anterior, y él sintió fuertemente el deseo de “patearla” (término vulgar que se refiere a dejarla). Se observó el pie y notó la psoriasis por primera vez.

Caso nro. 4: Paciente de sexo femenino, de 30 años de

edad, con psoriasis eritrodermica desde los seis meses de nacida. La gravedad de su enfermedad significó para ella un aislamiento social y una falta de relación con el otro sexo casi total. Sin embargo, chateando por internet, comenzó a concertar citas con hombres sin tomar ningún tipo de precauciones ni cuidados. Al encontrarse con ella, eran los sujetos “sanos” los que evitaban todo contacto, aunque hubo algunos que quisieron tener relaciones de todas maneras. Uno de sus primeros noviazgos se caracterizó durante un tiempo por prácticas sado-masoquistas guiadas por una líder dominante que los aconsejaba por internet. Desempeñando el papel del “amo” y sometiendo a su pareja a situaciones de humillación, elaboraba los padecimientos sufridos durante toda su vida, haciendo activamente lo sufrido pasivamente. Como se puede apreciar, la psoriasis no le impidió el contacto pero jugó un papel central en las características cualitativas de su sexualidad.

5.- PRUEBA DE LAS DISTANCIAS AFECTIVAS

En un estudio anterior desarrollado por el equipo de investigación de Ulnik y col, (2007), fueron estudiados 96 pacientes con psoriasis y 88 controles en un centro de psoriasis. Se diseñó un instrumento para evaluar la “distancia afectiva”, definida como el resultado de la proyección de una experiencia intrapsíquica de distancia emocional sobre una distancia física. La “distancia afectiva” fue evaluada en pacientes con psoriasis para comprobar su capacidad de distinguir distancias afectivas adecuadas para cada vínculo social (sexual, familiar, laboral, público, entre otros).

La prueba de las distancias afectivas consiste en una serie de láminas milimetradas en las cuales aparece una figura humana impresa. El sujeto entrevistado tiene que pegar una figura humana autoadhesiva en cada lámina a la distancia de la figura impresa que le parezca adecuada de acuerdo a una consigna que tiene cada lámina. En una de ellas, la consigna es poner las figuras en contacto sexual. Luego el entrevistado debe asociar porqué lo hizo así.

La distancia sexual entre las dos figuras de la lámina no es reflejo de una distancia puramente física, sino de lo que llamamos “distancia afectiva”. Por lo tanto, una persona puede tener en la realidad mucho contacto físico y relaciones sexuales promiscuas, pero una distancia afectiva alejada como consecuencia de la proyección sobre el espacio físico de su frialdad afectiva y falta de reciprocidad y mutualidad interactiva. Midiendo la distancia entre las dos figuras humanas en la lámina de la sexualidad resultó que hubo diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con psoriasis y los controles (Mann Withney Test : $p < .007$) (Prueba de la mediana $p < .02$), quedando en evidencia que los pacientes con psoriasis suelen poner las figuras a mayor distancia que los controles, y muchas veces sin contacto entre ellas. El 49% de los pacientes con psoriasis colocaron las figuras sin contacto, mientras que en la muestra de controles eso ocurrió en el 28% de los casos.

A la hora de estudiar las asociaciones de los pacientes que explicaban porqué habían colocado las figuras a esa

distancia, encontramos que los trabajos de Urist (1977) y Shill (Urist, J y Shill, M (1982) aplicados al test de Roscharch era muy adecuados para orientarnos sobre qué elementos privilegiar a la hora de establecer categorías de asociaciones. Como el estímulo brindado a los pacientes no es el mismo (en nuestra investigación no se aplica el test de Roscharch), se utilizó la escala de mutualidad y autonomía de Urist sólo como modelo de referencia, pero esta no fue reproducida textualmente.

Lo que sigue es una categorización y análisis de las asociaciones de los pacientes con psoriasis en la lámina de la sexualidad, que revelan - al igual que en el trabajo de Magin y otros (2010) citado previamente - factores inconscientes intervinientes cuando los pacientes se imaginan estableciendo un contacto sexual.

Disociación del contacto: “creo que estoy muy en contacto, aunque no alcancé a tomarlo de la mano”. En la lámina el paciente colocó las figuras separadas. En el discurso se aprecia una contradicción al decir: “estoy en contacto” y pegar la figura fuera de todo contacto. Esto sería esperable si se refiere a la relación o a la comunicación entre dos personas que no quieren perder el vínculo y al despedirse y separarse dicen: “seguimos en contacto”. En cambio, resulta desconcertante cuando se aplica al contacto sexual.

Indiscriminación por fusión: “Porque más cerca me da sensación de ahogo. Porque cierta distancia me atrae y porque la cercanía me... no lo puedo manejar”, “La distancia con una persona que me atrae es mínima sin llegar a estar superpuestos”. El paciente colocó las figuras muy separadas, lo cual evidencia que frente al temor a quedar “superpuestos” se defiende alejándose físicamente. Los temores a perder la integridad y desaparecer en el otro o hacerlo desaparecer suelen generar una distancia evitativa del contacto sexual o una distancia fusional, inexistente, acompañada de ansiedades psicóticas similares a las que describe Urist en la categoría “engolfamiento, incorporación”. Esto aparece de dos maneras: a) Temor a desaparecer en el otro: “Un contacto sexual tiene que ser pegados, me consumió, me tapó toda, desapareció”, “Me gusta estar cerca de la persona que me atrae pero que no me ahoguen” b) Temor a hacer desaparecer al otro o agobiarlo: “Si una persona me atrae, trato de acercarme a ella, pero trato de no caerle pesada y de no estar muy encima de ella”. En el primer caso, una paciente “fusionó” las dos figuras expresando su temor a desaparecer y la otra evitó el contacto. En el segundo caso, las puso sin contacto, para evitar ser rechazada por el temor a estar “encima”.

Indiscriminación por especularidad: Las figuras están una al lado de la otra para estar a la par, negando las diferencias. La asociación de los pacientes es: “Al lado y a la par”. La consecuencia es la falta de contacto entre las figuras.

Predominio escópico: La mirada sustituye el contacto, como dice el dicho popular: “mirame y no me toques”, tal como se puede comprobar en las asociaciones de tres

pacientes diferentes que evitaron el contacto entre las figuras: “Lo pongo a la distancia para ver quién es”; “Me imagino mi primer contacto a través de la mirada, sin tocar al otro ni que me toque a mí”; “cuando alguien me atrae me gusta observar de lejos”.

Mutualidad: Esta categoría aparece cuando las asociaciones revelan una relación entre dos personas psicológicamente autónomas, en las cuales una le reconoce a la otra la posesión de una existencia psíquica inherente. Por ejemplo: “La pareja es una persona que queremos muy cerca”, “Compartimos mucho con mi pareja”, “Cuando estoy con alguien que me atrae me gusta estar cerca para abrazarlos”, “Porque es el amor de mi vida”.

Sobreadaptación/normatividad: Son las respuestas en las cuales el entrevistado describe lo que hizo como cumpliendo una norma o haciendo lo que hay que hacer o lo que se debe, o simplemente describiendo la acción de colocar las figuras sin agregarle ningún componente subjetivo. Ej: “Al ser un contacto sexual es inevitable que estén mínimo uno al lado del otro”, “para contacto sexual, sin distancia”, “¿En qué otra distancia lo puedo poner?”, “Esta es la distancia necesaria”

En algunos casos, la respuesta refleja lo que era esperable: que el aspecto estético de las lesiones y la vergüenza por ellas sea la causa de un alejamiento y evitación del contacto en la sexualidad. Respuestas que confirmarían esa idea son por ejemplo las siguientes: -“Sexual... y lejos, alejado. Ya no pasa nada, mi mujer siente rechazo, el otro día pudo decirlo...yo lo entiendo”; ó -“ Me cuesta acercarme a tener relaciones sexuales, pero no es por timidez sino porque me molesta que me vean el cuerpo enfermo... a las personas les da asco ver a otras con problemas de piel... yo entiendo”.

No obstante, éstas no fueron de ninguna manera las respuestas más frecuentes, y en ambos casos mencionados, el “yo entiendo” hace suponer que el rechazo del otro es anticipado por el propio rechazo, lo que hace que el paciente se retraiga anticipatoria o sumisamente.

6.- CONCLUSIONES

Los pacientes con psoriasis suelen colocar las figuras humanas en la lámina de la sexualidad del test de las distancias afectivas a mayor distancia que los controles, llegando incluso a estar sin contacto entre ellas. Si tomamos este dato desde una perspectiva fenomenológica podemos pensar que es producto directo de su enfermedad y que el estado de su piel impacta en las posibilidades de tener relaciones sexuales. Sin embargo si consideramos la relación entre la distancia en que pegaron la figura humana y las asociaciones discursivas se evidencia que la distancia elegida por los pacientes está condicionada por motivaciones y defensas inconscientes que influyen en su contacto sexual con los demás.

En función de la categorización que establecimos se observa que las asociaciones que predominan en la muestra de pacientes con psoriasis son de *indiscriminación por*

temor a la fusión, mientras que las menos frecuentes son las de *mutualidad*.

Consideramos que estas respuestas son una manifestación de sus dificultades en la constitución de su subjetividad: la indiscriminación, la falta de límites precisos, la vulnerabilidad yoica y un narcisismo exacerbado dan cuenta de la respuesta prevalente (indiscriminación por fusión), y de la dificultad para establecer una aproximación íntima y una relación de a dos con mutuo intercambio, característica de la mutualidad.

Estas conclusiones contribuyen a explicar y concuerdan con los resultados de estudios anteriores que muestran que las dificultades sexuales no se correlacionan con la localización genital ni con la severidad de la psoriasis. Si bien, las afecciones de la piel provocan un sentimiento de exposición y de restricción social, también es cierto que la intimidad y la mutualidad en la relación con el otro requieren un tipo de exposición que no es solamente estética y que no se tolera bien si la propia identidad no ha sido reconocida o se siente invadida.

Es indudable que la psoriasis afecta la calidad de vida de los pacientes y que la sexualidad cobra especial relevancia en su malestar. También es cierto que algunos pacientes expresan manifiestamente que son rechazados o que el carácter desagradable de las lesiones es la causa de sus dificultades sexuales y de contacto, pero si nos quedamos con la justificación de que las lesiones son motivo exclusivo de sus dificultades sexuales sin conocer las motivaciones inconscientes y sin trabajar sobre ellas, quizás no podremos contribuir del todo eficazmente en el mejoramiento de su calidad de vida, al menos en el área de la sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Anzieu, D (1987): *El Yo-piel*. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Badia, X., Mascaró, J.M., Lozano, R., (1999): Measuring health-related quality of life in patients with mild to moderate eczema and psoriasis: clinical validity, reliability and sensitivity to change of the DLQI. The Cavide Research Group. *Br. J. Dermatol*, 141(4): 698-702
- Ben David, S., Frigerio, A., Garber, E., Goñi, B., Macagno, I., Cisterna, C., Cocquet, S., León, V., Neglia, G., Pellerano, N., Poggio, E., Chouela. (2000). Abordaje interdisciplinario de asistencia en Psoriasis. *Arch. Argent. Dermatol*. 50:169-175.
- Chiozza, L., Grispon, S. & Lanfri, E. (1991). Una aproximación a las fantasías inconscientes específicas de la psoriasis vulgar. En Luis Chiozza, "Los afectos ocultos en...". Buenos Aires: Alianza.
- Choi, J.; Koo, J. (2003): Quality of life issues in psoriasis. En *J Am Acad Dermatol*; 49: S57-61.
- De la Cueva Dobao, P., Moreno Sánchez, A. & Guerra Tapia, A. (2010). Sexualidad y Psoriasis. ¿Amistades peligrosas?. *Más Dermatología. Actualidad y Avances*, 12, 4-13.
- Finlay, A.Y. (1998). Quality of life assessments in dermatology. *Seminars in Cutaneous Medicine & Surgery*, 17(4), 291-296.
- Finlay, A.Y., Khan, G.K., Luscombe, D.K. & Salek, M.S. (1990). Validation of Sickness Impact Profile and Psoriasis Disability Index in Psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 123(6), 751-756.
- Ginsburg, I.H. (1995). Aspectos psicológicos y psicofisiológicos de la psoriasis. *Clínicas Dermatológicas. Psoriasis*. 13(4), 865-878.
- Ginsburg, I.H. & Link, B.G. (1989). Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 20(1), 53-63.
- Gupta, M.A. & Gupta, A.K. (1997). Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. *International Journal of Dermatology*, 36, 259-262.
- Gupta, M.A. & Gupta, A.K. (1995). The Psoriasis Life Stress Inventory: a preliminary index of psoriasis-related stress. *Acta Dermato-Venereologica*, 75(3), 240-243.
- Gupta, M.A. & Gupta, A.K. (1996): Psychodermatology: An update. *J Am Acad of Dermatol*, 34(6): 1030-1046.
- Gupta, M.A., Gupta, A.K.; Kirkby, S., Weiner, H.K., Mace, T.M., Schork, N.J., Johnson, E.H., Ellis, C.N. & Voorhees, J.J. (1988). Pruritus in psoriasis. Prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. *Archives of Dermatology*, 124 (7), 1052-1057.
- Kirby, B., Richards, H.L., Woo, P., Hindle, E., Main, C.J., Griffiths, C.E.M. (2001): Physical and psychologic measures are necessary to assess overall psoriasis severity. *J Am Acad Dermatol* 45:72-6.
- Korovsky, E. (1991): "Algo más que piel y huesos. Psoriasis". *Psicosomática psicoanalítica*. (p.151-6). Roca Viva, Montevideo, Uruguay.
- Koo, J. (1996). Estudio epidemiológico de población, acerca de psoriasis, con hincapié en la valoración de la calidad de vida. *Clínicas dermatológicas. Psicodermatología*, 3, 493-504.
- Krueger, G., Koo, J., Lebwohl, M., Menter, A., Stern, R.S. & Rolstad, T. (2001). The Impact of Psoriasis on Quality of Life: Results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Archives of Dermatology*, 137(3), 280-284.
- Ludwig, M.W.B., Oliveira, M.S.O., Müller, M.C. & Moraes, J.D. (2009). Qualidade de vida e localização da lesão em pacientes dermatológicos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 84(2), 143-150.

- Magin, P., Heading, G., Adams, J. & Pond, D. (2010). Sex and the skin: A qualitative study of patients with acne, psoriasis and atopic eczema. *Psychology, Health & Medicine*, 15(4), 454-462.
- McKenna, S.P., Cook, S.A., Whalley, D., Doward, L.C., Richards, H.L., Griffiths, C.E.M. & Assche, V. (2003): Development of the PSORIQoL, a psoriasis-specific measure of quality of life designed for use in clinical practice and trials. *En Br J Dermatol*, 149:323-331.
- McDougall, J. (1991). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julián Yébenes.
- Mercan, S., Altunay, I.K., Demir, B., Akpınar, A. & Kayaoglu, S. (2008). Sexual Dysfunctions in Patients with Neurodermatitis and Psoriasis. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 160-168.
- Morin, M. (2000). Une peau "carapace". Réflexions à propos d'un cas de psoriasis. *Revue Française de Psychosomatique*, 18, 159-172.
- Paldaof, H., Leroux, M.B., Corazza, M., Fernandez Bussy, R. (2002): Aportes del psicodiagnóstico al estudio de las dermatosis psicoinducidas. *Rev. Argent. Dermatol.* 83: 68-74.
- Picardi, A., Abeni, D., Melchi, C.F., Puddu, P. & Pasquini, P. (2000). Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *British Journal of Dermatology*, 143(5), 983-991.
- Rapp, S.R., Cottrell, C.A. & Leary, M.R. (2001). Social coping strategies associated with quality of life decrements among psoriasis patients. *British Journal of Dermatology*, 145(4), 610-616.
- Sampogna, F., Gisondi, P., Tabolli, S., Abeni, D. & IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experience Investigators. (2007). Impairment of sexual life in patients with psoriasis. *Dermatology*, 214(2), 144-150.
- Sharma, N., Koranne, R.V., Singh, R.K. (2001): Psychiatric morbidity in Psoriasis and Vitiligo: Comparative study. *The Journal of Dermatology*, 28: 419-423.
- Sobrado, E., Benedetti, S., Geronazzo, G. & Rolando, D. (1979). Aproximación psicológica a la psoriasis. *Psicología y enfermedad. Estudios sobre psicología médica y psicopatología*. (pp., 127-140). Montevideo: Imago.
- Szapiro, L. & Reyes, Ma. V. (2005). Acerca de la clínica de las afecciones psicopatológicas desde la perspectiva del psicoanálisis de orientación lacaniana. *Anuario de Investigaciones*, 13(2), 103-108.
- Szapiro, L., Calefato, M., Cantagalli, L. & Reyes, M. (2003). Acerca de la clínica de las afecciones psicopatológicas. Un aporte desde la orientación lacaniana. *Nominación, síntoma y psicopatología. Memorias de la X Jornadas de Investigación. Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología*, 1, 106-108.
- Ulnik, J. (1988). Aspectos psicológicos de la relación médico-paciente en dermatología. *Archivos Argentinos de Dermatología*, XXXVIII(1), 37- 46.
- Ulnik, J. (2007). Affective distances in psoriatic patients. Symposium: "Psychocutaneous medicine". 21st World Congress of Dermatology, Buenos Aires, Argentina.
- Ulnik, J. (2011). *El psicoanálisis y la Piel* (2da ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Urist, J. (1977): The Roscharch Test and the Assesment of Object Relations. *Journal of Personality Assesment*, 41,1, 3-9.
- Urist, J. y Shill, M. (1982): Validity of the Roscharch Mutuality of Autonomy Scale: A Replication Using Excerpted Responses. *Journal of Personality assesment*, 46 (5), 450,454.
- Vardy, D.; Besser, A., Amir, M., Gesthalter, B., Biton, A. & Buskila, D. (2002). Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *British Journal of Dermatology*, 147(4), 736-742.
- Zachariae, R., Zachariae, H., Blomkvist, K., Davidsson, S., Molin, L., Mork, C. & Sigurgeirsson, B. (2002): Quality of Life in 6497 Nordic Patients with Psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 146(6), 1006-1016.

Fecha de recepción: 20 de marzo de 2013

Fecha de aceptación: 14 de julio de 2013