

## ENCUENTROS EN PSICOSOMÁTICA

SESIÓN del jueves 22 de mayo de 2008 en la Clínica de la Concepción.

### "DERMATOSIS NO FILIADA: CONSIDERACIONES PSICOSOMÁTICAS"

#### Moderador:

Dr. Francisco Martínez López

Médico internista. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

#### Ponente:

Dr. Manuel Álvarez Romero

Médico internista. Centro Médico Psicosomático. Sevilla.

#### Discusor:

Dr. Juan Pedro Russo

Dermatólogo. Hospital San Martín de la Plata. Buenos Aires.

Rotante en Servicio Dermatología Laboral del Instituto Carlos III. Madrid.

### **RESUMEN DEL CASO:**

Constituye la piel una expresión externa del ectodermo. De ahí su vivacidad a la hora de reflejar lo que desde el sistema nervioso, central y autonómico, se vive. Y muy en especial lo que se vive emocionalmente, desde el cerebro límbico.

Es grande la influencia de las dermatosis en la vida de quienes las padecen, siendo origen de frecuentes procesos distímicos, obsesivos y ansiosos.

Igualmente las dermatosis son muchas veces, en mayor o menor medida, la expresión de un conflicto, que les da inicio, y las mantiene o las hace recidivar, condicionando su evolución.

Es el caso de nuestra paciente, M.A.A., que a sus 73 años, y tras peregrinar por diversos Servicios de Dermatología, resolvió su problema dermatológico al recibir atención psicósomática consistente en:

- compresión de su proceso, aun sin admitirlo del todo.
- psicoterapia de apoyo.
- medicación equilibradora y estabilizadora, con antidepresivos, antiobsesivos y ansiolíticos.

Lógicamente, al resolverse el proceso dermatológico, mejoró el malestar propio de su personalidad anancástica-perfeccionista, y con ello sus relaciones familiares, sociales, y especialmente las que conciernen a la propia persona.

## I MODERADOR:

Dr. Francisco Martínez López

Medico internista. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Presentó al ponente y el caso, destacando la multi-expresividad de la patología psicósomática así como la necesidad de reflexionar serenamente ante cada paciente y su cuadro clínico.

## II RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Ponente: Dr. Manuel Álvarez Romero

Médico internista. Centro Médico Psicósomático. Sevilla.

### 1. Motivo de consulta:

- El 8 de mayo de 2006 la hija de la paciente, se pone en contacto con nosotros, al conocer por Internet la página Web de la SAMP, para solicitar información sobre la enfermedad de su madre, la cual padece desde hace 4 años cuadro de picores por todo el cuerpo, con erupciones en la piel y llagas como

quemaduras de cigarro. Vista por múltiples especialistas y realizados diversos tratamientos, los síntomas permanecen y por ahora no se ha llegado a un diagnóstico definitivo. Dos de los dermatólogos que la tratan, el Dr. Sánchez Conejo Mir y el Dr. Peña García, junto con su médico de cabecera, apuntan a una causa psicológica del proceso.

## 2. Antecedentes personales:

- No alergias conocidas
- Hiperlipemia
- Artrosis de rodillas
- Dos abortos entre dos embarazos a término
- Cirujía:
  - Histerectomía
  - En 1994 intervención de pólipo gástrico con Billroth tipo II, con secuela de S. Dumping y asa ciega. A los tres años se reinterviene por sufrir cuadros de desmayo tras la ingesta, de unos 30 min. de duración, realizándose un Billroth tipo I, que no soluciona los síntomas.
  - Tras la muerte de su madre estuvo en tratamiento psiquiátrico, con el Dr. G, que le recomienda que deje el luto. Pero la paciente "se planta" y abandona el tratamiento.
- Desde el año 2003 en estudio y tratamiento por dermatosis pruriginosa.
- En Febrero 2007 ingreso en una Clínica por cuadro de dolor torácico, con características anginosas, siendo el estudio, incluido el cateterismo, normal

## 3.-Antecedentes familiares:

- Padre fallecido de Cáncer de colon a los 60 años.
- Madre fallecida por patología cardiovascular a los 86 años. Tuvo Cáncer de mama.

- Una hermana, la mayor, fallecida a los 60 años por Cáncer gástrico.
- Hermano fallecido a los 52 años por cirrosis secundaria a alcohol. Tuvo Cáncer de laringe.
- Resto de hermanos actualmente sanos. Es la cuarta de seis.

#### 4.- Ambientes socio-familiares:

- Casada desde hace 35 con una relación normal.

- Dos hijas:

F.: soltera. 34 años y M. A., casada con dos hijos, actualmente separada.

Ambas viven cerca de sus padres.

- Dedicada de siempre a las tareas domésticas.

- Recibe clases de restauración de muebles y artesanía durante los últimos siete años.

#### 5.- Antecedentes específicos del proceso dermatológico

(Datos resumidos de los documentos que aporta la familia, junto con copias de los tratamientos)

##### Año 2003

- Marzo: El Dr. A.F. diagnostica urticaria facticia y pauta tratamiento con Atarax y Singulair sin presentar mejoría.
- Entre abril y junio se realizan las siguientes pruebas complementarias con resultado negativo:
  - Analítica que se aporta del 31-5-03: Hemograma, bioquímica renal y hepática, VSG, coagulación, marcadores tumorales, orina
    - Pruebas inmunológicas y reumatológicas
    - Serología a hidatidosis
    - TAC abdominal
    - Endoscopia oral con biopsia diagnóstica.
- Vista por servicio de Alergia que pauta tratamiento con Xazal y Sinequan (Doxepina)

- Julio 2003: remitida por su médico de familia, pasa a Dermatología en Hospital Universitario con el Dr.N.N., que realiza diagnóstico inicial de posible Acarosis y pauta tratamiento con: Hidroxina 15mg, Zasten, Sarcop crema, Sheribase crema y Elocom y Celestone Cronodose.
- Tras la falta de respuesta apunta ya a la conveniencia de visitar a un psiquiatra o psicólogo. Indica que el hacer la biopsia de la piel sería tras obtener la opinión del psiquiatra. Es vista por el Dr. J. C. (Psiquiatra) que pauta tratamiento con ISRS, y ansiolíticos que según dice "solo consiguen dejarla todo el día dormida".
- En Septiembre- octubre 2003: se realizan dos biopsias de piel
  - 1ª alteraciones compatibles con toxicodermia
  - 2ª infiltrado inflamatorio crónico inespecífico en

dermis.

Sospecha clínica de Dermatitis Herpetiforme.

Se le pauta tratamiento con Ebastel forte, Alerlisin y Sulfona (nombre comercial de Dapsona), remitiendo los picores y desapareciendo las llagas.

#### Año 2004:

La Sulfona ha de retirarse por causarle anemia grave. (Con Hb de 9.8).

El Dr. N.N. indica Talidomida 100 mg, manteniendo los mismos antihistamínicos y añadiendo Dezacor. El tratamiento no es efectivo.

Febrero 2004, nuevo tratamiento:

Sandimmun neoral que la mantiene sin picores, permitiendo su reducción, e incluso la retirada, manteniéndose asintomática la paciente durante meses.

#### Año 2005:

- Febrero: Estudio de alergia por Dr. R.R. con test neuralérgicos, y de alimentos negativos. J. Clínico: Dermatitis sin evidencia de desencadenante extrínseco.

- Nuevo brote coincidiendo con un problema de enfermedad grave en la familia.
- Se realizan nuevas biopsias, de piel y emitiéndose informe provisional por el Dr. N.N. de Urticaria crónica de larga duración con excoriaciones secundarias.

#### Año 2006:

- Comienza a ser atendida en el Centro Médico Psicosomático, donde se inicia tratamiento farmacológico y psicoterápico, desapareciendo las lesiones en un plazo de semanas. Se mantiene la remisión.

## II ENFOQUE DEL ESTUDIO

### 1- Ante las demandas de la paciente:

- Se revisa la documentación que aporta. (Informes, analíticas... desde marzo de 2003 hasta julio de 2006).
- Se buscan datos de interés no aportados como son:
  - Biografía
  - Estudio psicopatológico
  - Información de la familia.
- Se explora la personalidad mediante la historia biográfica y cuestionarios.
- Concluimos explicando a la paciente y su familia, que entendemos la patología que padece, como una interacción bidireccional entre situación y estados psíquicos por una parte, y expresión dermatológica por otra.
- Indicamos tratamiento farmacológico y psicoterapia en la medida en que la admite.

### 2- Procesos que se consideran en la hipótesis diagnóstica:

1. Urticaria específica o no
2. Urticaria tóxica debida a los productos que maneja en sus tareas de restauración.

### 3. Trastorno facticio

#### 3- Personalidad: prospección clínica

- Se realiza entrevista clínica
- Cuestionario para la valoración de la personalidad anancástica (Anexo I)
- Test de personalidad multifactorial.
  - hipocondría: 8(7)
  - histeria: 9(7)
  - narcisista: 7(6)
  - obsesivo: 11(9)
- Cuestionario de relación matrimonial

#### 4- Diagnóstico:

Se trata de una paciente con:

- Anacasticismo muy marcado  
Rasgos obsesivos, Excesiva rigidez y atención al orden
- Falta de comunicación tanto matrimonial como social y con amistades superficiales.
- Desconfiada.

### III VALORACION DEL ESTUDIO CLÍNICO

A. Se descarta : proceso inmunológico, neoplásico, alérgico, o tóxico

B- Dermopatía valorada como proceso crónico de larga duración con Excoriaciones secundarias

C- Patología psiquiátrica de base:

- Síndrome depresivo
- Relación familiar disarmónica y no expresada o verbalizada.
- Sufrimiento conflictivo que no analiza, reconoce o verbaliza. Y que es somatizado

#### IV. ABORDAJE TERAPÉUTICO

##### Medicación:

- Se mantiene el Lexatin 1.5 mg 1-1-1; el Atarax 25 mg 1-0-1; y el Opiren 0-0-1.
- Se indica además: Paroxetina 20 mg 1-0-0 y Mutabase 2.10: 0-0-1.

##### 2.- Enfoque psicoterapéutico:

Al inicio la propia historia clínica, sirve como psicoterapia. Se le cita a las 2 y 4 semanas (julio 2006) y posteriormente en el mes de octubre. Ya en julio, habían desaparecido todas las lesiones, y el prurito. Está serena y acogedora, según ella y su marido.

En las entrevistas de julio se muestra abierta, confiada y optimista.

En octubre sigue muy bien sin picores, ni lesiones. Bien de sueño. Continúa descubriendo aspectos de su personalidad y de su vida de relación. Pide aplazar varios meses las consultas.

Reaparece el 23 de abril de 2007, tras episodio de pseudoangor en febrero de 2007, que requirió hospitalización para estudio. Abordamos la problemática familiar, separación de una hija y dificultades en el matrimonio de la otra, así como, el seguir progresando en la sintonía de pareja.

Sólo admitió hasta la fecha, revisiones cada 3 meses.

##### 3.- Consejos a la Familia:

Al marido se le aconseja respecto a como tratarla: no discutir, facilitar las demandas que ella le hace, y no agobiarle con lo que él le ofrece.

No tuvimos relación directa con las hijas, sólo telefónica, pues nunca vinieron.

##### 4-. Ultimas impresiones:

En septiembre de 2007 acude con ligero prurito, y reagudización de las molestias gástricas, que requirió: Oragalin espasmolítico, Ciprostral 500 mg, y Fibraguar laxante, lo que indica una atención fundamentalmente organicista, por parte del Digestólogo, con la inadvertencia de la perspectiva psicosomática precisa. Tras la consulta en nuestro centro mejoró ostensiblemente.

Los procesos dermatológicos y psicopatológicos, persisten compensados según pensamos. Por eso se le prescribe tratamiento de mantenimiento con Paroxetina y ansiolíticos (esporádicos) que ha seguido tomando.

Contactamos telefónicamente, hace unos días, refiriendo encontrarse bien, sin ninguna sintomatología dermatológica, manteniendo Paroxetina (1 compr. al día) Y Lorazepan (1/2 compr. al día). Pendiente de intervención para prótesis de rodilla dentro de unos días.

### III DISCUSOR:

Dr. Juan Pedro Russo

Dermatólogo. Hospital San Martín de la Plata. Buenos Aires.

Rotante en Servicio Dermatología Laboral del Instituto Carlos III. Madrid.

Soy defensor de la Psicosomática. Estoy encantado de estar en esta sesión. Es muy encomiable la existencia de las Sociedades Dermatología-Psiquiatría.

En Dermatología un tercio de los pacientes necesita atención psicológica o psiquiátrica. Por ejemplo, conozco un caso de alopecia areata que "anduvo bárbaro" con tratamiento psiquiátrico. Igual sucede en la dermatitis seborreica,...

Otro problema distinto son los pacientes con dermatosis que presentan un delirio parasitario, pruritos,... y que lo niegan, son difíciles de tratar.

Aquí, en nuestro caso, se habla de:

- Urticaria crónica inespecífica, que es una lesión elemental, no una enfermedad.
- Dermatitis herpetiforme, que hubiera sido conveniente haber hecho un estudio inmunológico, habría que ver las lesiones, analíticas,...
- Parece tratarse de una dermatosis que se ha mejorado o resuelto con terapia psicológica. El último en llegar al escenario es el psiquiatra, o el psicósomático, y esto está mal. Ahí está el papel del Psiquiatra de Enlace.
- Otras posibilidades barajadas: Prurigo. Lesión nodular, pensando en una posible lesión oncológica, pero no se indica la existencia de resultados concretos.
- Un dato: Muy característico de la urticaria es el signo de la mariposa: rascado en zona central lumbar y no en zonas cervicales.

#### IV DISCUSIÓN DEL CASO:

**Carmen Alonso:**

- Tres puntualizaciones:
- Viendo los antecedentes familiares de la paciente, tan cargados de cáncer, ¿se planteó en algún momento la presencia de algún proceso oncológico? --
- Contando con esa vulnerabilidad, pensamos que el "escape" a través de esta enfermedad dermatológica, le ha podido salvar de un cáncer. Aún ahora hay que considerar el mayor riesgo, de esta paciente, de "hacer un cáncer".
- Llama la atención la rapidez de remisión del cuadro clínico con tan pocas intervenciones psicoterapéuticas.

**Manuel Alvarez:**

- Lo comprendo y me adhiero a la observación. La profilaxis del cáncer sería el continuar con la adecuada psicoterapia.

**Carlos Mingote:**

- Este caso me recuerda los grupos de pacientes dermatológicos, de urticarias crónicas en la Jiménez Díaz, presentaban fragilidad yoica con escasa mentalización, neurosis de carácter con intolerancia a la pérdida muy alta, (Marty). Lo podríamos ver como un equivalente depresivo, en una personalidad obsesiva, con elevada dependencia.
- Son Duelos mal elaborados, como las depresiones por mudanza de Telembach.

- Este enfermo no conectó con sus médicos.
- La experiencia propia de trabajar con un grupo de pacientes con dermatosis es que actuaban mucho en el grupo.
- En el caso que estudiamos, en la paciente que estamos viendo, hay un elemento idealizante: El médico se incorpora como un padre idealizado, el Dr. Alvarez se da, resolviendo una sensibilización infantil en este enfermo.
- Se puede plantear ¿hasta dónde síntoma conversivo o síntoma psicossomático? La capacidad de simbolización de la piel es enorme.

#### Juan Pedro Russo

- Cuando hay un brote, nos planteamos ¿ha pasado algo? Como en otros casos en los que podemos hablar de rosácea, psoriasis,.. con una relación causa-efecto que se suele detectar.

#### Manuel Alvarez

- Bueno, atención.....porque ¿quién no tiene algo por lo que sufrir o estar a contrapelo en cualquier momento?

#### Carlos Mingote

- No olvidemos que SNC y piel derivan conjuntamente del ectodermo.

#### Ramón Ramírez Ortuño:

- Cualquier enfermo psicossomático nos presenta un síntoma, y cada especialista atiende un síntoma.
- La piel es el espejo del alma. Aquí, en este caso, expresa lo que lleva dentro: una inseguridad básica tremenda. Es un ser humano que sufre y necesita ayuda.
- Este paciente ha presentado, en su día, la sintomatología en la piel y ahora puede estar presentándolo en la rodilla que necesita ser operada, según se ha comentado en la historia; por tanto me planteo ¿qué hago yo aquí y ahora? A veces lo principal será emplear el médico como fármaco. Aún sabiendo que, como todos los medicamentos, puede mejorar o empeorar el proceso. El médico según este formado cura o empeora.
- Los enfermos traen síntomas pero quieren que tratemos a la persona.
- En cuanto a la aplicación intensiva y durante horas seguidas de psicoterapia conviene ser cauto en el tiempo dedicado, el paciente se puede quedar con la sensación de "doy mucho y me ha aportado poco", si le dedicamos muchas horas. Este paciente tiene una vida insegura conviene indicarle que este tratamiento le ayudará a controlar las emociones. Y lo mismo ha de hacerse en relación con la personalidad.

### Juan Pedro Russo

- Conviene, no obstante, estar atentos para descartar otras patologías como son las linfoproliferativas y la dermatitis herpetiforme que es una enfermedad que cursa en brotes.

### Manuel Alvarez

- Este enfermo posiblemente ha sufrido distintas patologías, se le miró con todas las lupas, lo que ha faltado ha sido una cabeza rectora en el proceso diagnóstico y terapéutico.

### Ramón Ramírez Ortuño

- La paciente le pidió apoyo adecuado al marido y no le hizo caso, lo pidió a diversos médicos médico y no le supieron/pudieron ayudar.  
- La piel percibe el mundo interior. En estudios experimentales con animales en los que se han producido estímulos dérmicos afectivos, se vio que tenían, cuando los recibían, una mejor resistencia al mundo exterior.

### Luis Hernández

- ¿Porqué la sulfona dio tan buen resultado?

### Juan Pedro Russo

-La dermatitis herpetiforme responde a la sulfona, y se empleó en ese sentido. El resultado pudo obedecer a esta razón o a otras.

### Luis Hernández

- La Micosis fungoide, es, en cierto modo un cáncer, Me planteo ¿posibilidades de llegar a ser una expresividad psicósomática?

### Juan Pedro Russo

- Conoce un caso de psoriasis generalizada ante el que se pensó en la posibilidad de considerarlo una micosis fungoide y se biopsió y se pidieron marcadores para linfocitos.

- La micosis fungoide puede confundirse con urticaria, se caracteriza porque no remite, son enfermos crónicos que viven unos veinte años. Es una enfermedad con la que convendría haber hecho el diagnóstico diferencial en el caso presentado.

- Los dermatólogos consideran la Psiquiatría solo cuando tienen algo que no tratan con éxito. Habría que unir y saber tratar trastornos psicológicos. Se están formando grupos mixtos con buenos éxitos terapéuticos. Hay que procurar la integración para tratar los procesos psicósomáticos desde la Dermatología.

Manuel Álvarez

- Existe la Sociedad Española de Psiquiatría y Dermatología.

Juan Pedro Russo

- Y en Argentina también.

Carmen Alonso

Recuerda conocer un paciente con un seminoma que presentaba ataques de angustia que le paralizaban la voz. Y una de las primeras manifestaciones fue una psoriasis como consecuencia del sufrimiento oncológico.

Juan Pedro Russo

- Ante una dermatitis facticia hay que saber derivar o tratar conjuntamente; considerar serenamente el caso.

## V CONCLUSIÓN:

Dr. Francisco Martínez López

Medico internista. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Deseo cerrar este encuentro destacando tres cosas:

- La Teoría de la mudanza o mejor, en sentido más amplio la Teoría del cambio de Bión, que aquí se han mencionado nos son útiles.
- Hace cuarenta años atendí, aquí en Madrid, con Rof Carballo, a un chaval de 25 años con abundantísimos habones y picor que aparecieron de golpe; lo traté con Urbason inyectable y le desaparecieron todos los síntomas. Me quedé sin saber cual había sido la causa. Recidivó a los 15 días y cuando vino a la consulta, le planteé el origen del cuadro, de sopetón, con esta pregunta: ¿qué le está picando tanto?, el paciente se "desplomó", lloró, y después de un rato de silencio me refirió que su novia, guapísima y de la que estaba prendado, se había ido con otro.
- Marty afirma que el paciente psicósomático es incapaz de simbolización y por eso lo hace a través del cuerpo. De ahí la utilidad de preguntarle algo así como ¿qué le está sonrojando, picando, doliendo..... tanto en la vida? Porque la piel es el órgano.
- En nuestro caso animaría al Dr. Alvarez a preguntar a la paciente por la estructura de su familia de origen.

## VI TEXTO COMPLEMENTARIO:

### La función piel. Una concepción psicósomática de las enfermedades dermatológicas. Inés M. Uson (Extracto)

Centro Psicoanalítico de Madrid: Psicoanalistas y psicoterapeutas de Madrid  
<http://centropsicoanaliticomadrid.com/>

En el período comprendido entre octubre de 1991 y mayo de 1996, fueron diagnosticados 97 niños y 3 adolescentes. Desde 1992, 29 pacientes ingresaron en psicoterapia y el resto fue derivado por razones de distancia a otros hospitales; en algunos casos, los padres rechazaron la indicación de tratamiento psicológico para el niño enfermo o el grupo familiar.

De los niños sometidos a tratamiento psicológico, 8 lo interrumpieron. Las causas más frecuentes de interrupción son: las resistencias de los padres y / o las resistencias del niño, y la remisión rápida del síntoma dermatológico.

Por lo tanto, la muestra está constituida por 79 pacientes diagnosticados y 21 pacientes en psicoterapia.

1) En todos los casos estudiados se comprobó la actuación de uno o varios traumas psíquicos que desencadenaron el síntoma dermatológico. Estos factores pueden ser agrupados en torno a la idea de pérdida:

1a. Pérdida de un objeto amado (por enfermedad o muerte de un familiar, separación de los padres, depresión de la madre, etc.) o amenaza de pérdida por situaciones de violencia familiar.

1b. Pérdidas del niño y/ o de lo que el niño siente como propio: del lugar físico que es su territorio (por mudanza, por ejemplo) de su rol en la familia (por embarazo de la madre, nacimiento de un hermano, etc.) de su integridad física por situaciones de violencia familiar.

2) En todos los pacientes estudiados se comprobó la existencia de un déficit de función piel, que se constata en:

\*la irrupción de ansiedades arcaicas

\*la dificultad para registrar, contener y reconocer sus experiencias emocionales

\*severos trastornos de identidad.

Estos niños experimentan la angustia como un proceso corporal, pues no ha llegado a constituirse como estado mental.

Una de las posibles salidas vicarias resulta ser el incremento de la omnipotencia y la negación del desvalimiento psíquico, por ejemplo, a través de [la utilización de la musculatura como "segunda piel"](#), lo que se manifiesta en una pseudoindependencia basada en una evolución motriz precoz y en la hiperactividad. En estos niños, la somatización en la piel puede ser utilizada para evacuar las ansiedades, como ocurre con la alopecia. Cuando estos procesos defensivos comienzan a ser simbolizados en el curso de la psicoterapia, algunos niños se dibujan a sí mismos sin cabeza.

Y también la [sobreadaptación a las situaciones de carencia](#). Cuando es la madre quien no tolera la inmadurez ni las limitaciones de su hijo, y necesita que "crezca rápido", el niño no reclama ni demanda, por el contrario, percibe qué es lo que se espera de él y lo hace para satisfacer las expectativas de los adultos.

Pero para ser el modelo que los padres ansiaron tiene que disociar sus aspectos más regresivos y desvalidos, mientras se sobreadapta intelectualmente a las exigencias de cada período evolutivo, configurándose así una personalidad pseudomadura.

[Cuando el niño es "puesto a prueba" en situaciones traumáticas, el núcleo inmaduro de su self desborda hacia el soma, evacuando en la piel las ansiedades arcaicas.](#)

[La sobreinvertidura de los límites \(de su propio territorio, de su cuerpo, de su intimidad\) dentro de los cuales se encierra y se aísla para compensar la fragilidad psíquica. La enfermedad dermatológica puede funcionar, en estos casos, como una coraza que cumple una doble función defensiva: las capas de piel de la placa psoriática, por un lado, ahuyentan objetos sentidos como invasores de un territorio mal delimitado, y por otro lado, "envuelven y protegen" a un yo que se repliega tras una muralla defensiva y se vuelve impenetrable. Estos niños suelen construir, durante la hora de juego, cercos o fuertes que amparan a seres indefensos o enfermos, y que constantemente son amenazados por soldados enemigos o animales feroces.](#)

Cuando la madre es intrusiva 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.

El reforzamiento patológico de la simbiosis, cuando no pueden utilizarse o fracasan las defensas omnipotentes. El niño que no está en condiciones psicológicas de lograr la autonomía se aferra a su madre, pues su ausencia provoca el estallido de angustia de desvalimiento. La detención del desarrollo que conduce hacia la independencia psíquica de la madre

también impide la estructuración de la identidad del niño, quien permanece indiferenciado de ella. En estos casos, la enfermedad dermatológica puede ser la manifestación somática de la ruptura simbiótica, como se observa en la eritrodermia psoriásica.

En otros casos es la madre quien no tolera los avances del hijo hacia la autonomía y la independencia, e incluso ataca sus intentos de diferenciarse. Si el niño se identifica con este aspecto agresivo de la madre, se volverá tiránico con ella y no le consentirá que lleve una vida propia. Puede ocurrir también que el niño busque parecerse a su madre en lo que más odia o rechaza de ella; y en ese aspecto, entonces, madre e hijo permanecen fusionados e indiferenciados, lo que configura una "simbiosis focal". A través del eczema atópico, se puede instaurar en la piel la frontera entre ambos.

La somatización también puede establecer en la piel el límite del self cuando el niño no ha podido separarse de su madre, y consecuentemente no logra construir una identidad propia, o cuando la madre no puede diferenciar a este niño de sus otros hijos y, por ejemplo, confunde las fechas de nacimiento, los nombres, el momento de adquisición de logros importantes, o no recuerda en absoluto todo un período de la vida del niño. En estos casos, la enfermedad dermatológica proporciona una marca visible que es tan propia y distintiva como pueden ser las manchas en un animal o el color del plumaje de un ave. La alteración de la piel preserva así al niño de caer en un estado confusional.

Este déficit de función piel es el efecto de la actuación de uno o varios de los siguientes factores etiológicos:

\*la psicopatología de la madre

\*que la madre haya atravesado situaciones traumáticas que afectaron su estado emocional y su capacidad de vincularse emocionalmente con su hijo.

\*que el niño haya sufrido traumatismos severos a una edad temprana y que hayan perturbado la relación con su madre que sea un niño con handicap.

En el 80%, de los pacientes sometidos a tratamiento psicológico se ha podido comprobar una disminución considerable de la sintomatología dermatológica a partir de la cobertura psicoterapéutica de la función piel.

Como conclusión podemos establecer que los niños afectados por las enfermedades de piel mencionadas previamente presentan, en todos los casos, una compleja psicopatología que sostiene la somatización por su función defensiva. Suprimir el síntoma dermatológico es privar al niño de una vía de descarga que volverá a utilizar ni bien se produzca un desbalance emocional. En el curso de una psicoterapia, la remisión del síntoma psicósomático, que muchas veces ocurre en los primeros meses de tratamiento, es un tramo en el camino que conduce a la modificación del funcionamiento mental, que no sólo reduce o clausura la vía de descarga al

soma, mejorando así el pronóstico de la enfermedad, sino que asegura una mejor calidad de vida para el niño.

#### BIBLIOGRAFIA

(1)(2) SEVILLER.H., Stress and psoriasis: The importance of insight and empathy in prognosis. J. Amer. Acad. of Dermatol., 1989.

(3) BAUGHMAN, R. y SOBEL, R, Psoriasis, stress and

### VII BIBLIOGRAFÍA:

1. RODRÍGUEZ PICHARDO, A. Psicósomática y dermatología. Encuentros en psicósomática (Boletín de la Sociedad Andaluza de Psicósomática. Año I. Nº 1. Marzo 1999).
2. DEXEUS, S. (1999). Una muy singular urticaria. Cuadernos de medicina psicósomática y psiquiatría de enlace. Nº 51/52.
3. SERRANO NOGUERA, V. (2005). Nuevas aportaciones a la medicina psicósomática. Publicaciones de la Universidad de Málaga.
4. SERRANO NOGUERA, V. (1996). Aportaciones a la medicina psicósomática. Estudios y ensayos. Universidad de Málaga.
5. ANGUERA DE SOJO PEYRA, I. (1988). Medicina psicósomática. Ediciones Doyma. Barcelona.
6. DEUTSCH, F. (1949). La elección del órgano de las organeurosis. Revista de Psicoanálisis, VII, págs. 143. Buenos Aires.
7. ANZIEU, D. (1987). El yo-piel. Biblioteca Nueva.
8. BION, W. (1979). Aprendiendo de la experiencia. Ed. Paidós. Buenos Aires.
9. MARTY, P. (1983). Psicoterapia de los trastornos somáticos. Revista Folia Neuropsiquiatría. Págs. 53-62.
10. Mc DOUGALL, J. (1987). Teatros de la mente. Tecnopublicaciones. Madrid.

11. SAMI-ALI. (1991). Pensar lo somático. El imaginario y la patología. Paidós. Buenos Aires.
12. SERRANO NOGUERA, V. (1997). Aportaciones a la medicina psicosomática. Cap.: Reflexión Interdisciplinar: Dermatología psicosomática, págs. 109-119. Ed. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga.
13. TIZÓN GARCÍA, J.L. (1988). Componentes psicológicos de la práctica médica. Ed. Doyma. Barcelona.
14. BESSI, R. (1977). Introduzione a la Dermatología Psicosomática. Pincin edit. Padova.