

IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2012.

## **Contacto sexual y distancia afectiva en pacientes con psoriasis.**

Ulnik, Jorge, Meilerman, Deborah, Murata, Cecilia, Muntricas, Mariana  
Cristina, Salgado, Matias, Castro, Ema Liliana, Czerlowski, Monica,  
Moure, Maria Del Rosario, Patrono, Roberto Raul, Cativa Tolosa, Perla  
Adriana y Vecchio, Vanesa Solange.

Cita:

Ulnik, Jorge, Meilerman, Deborah, Murata, Cecilia, Muntricas, Mariana  
Cristina, Salgado, Matias, Castro, Ema Liliana, Czerlowski, Monica,  
Moure, Maria Del Rosario, Patrono, Roberto Raul, Cativa Tolosa, Perla  
Adriana y Vecchio, Vanesa Solange (2012). *Contacto sexual y distancia  
afectiva en pacientes con psoriasis. IV Congreso Internacional de  
Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de  
Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del  
MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires,  
Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/250>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/raz>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso  
abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su  
producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite:  
<https://www.aacademica.org>.*

# CONTACTO SEXUAL Y DISTANCIA AFECTIVA EN PACIENTES CON PSORIASIS

Ulnik, Jorge - Meilerman, Deborah - Murata, Cecilia - Muntricas, Mariana Cristina - Salgado, Matias - Castro, Ema Liliana - Czerlowski, Monica - Moure, Maria Del Rosario - Patrono, Roberto Raul - Cativa Tolosa, Perla Adriana - Vecchio, Vanesa Solange  
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

---

## Resumen

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel que afecta la calidad de vida de los pacientes. Los cuestionarios utilizados actualmente en el campo clínico y de investigación 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 utilizadas impide explorar suficientemente los motivos y mecanismos inconscientes que relacionan las dificultades sexuales con la enfermedad. En el presente trabajo se describen los antecedentes referidos a teorizaciones acerca de calidad de vida y sexualidad. A su vez, 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. Como ejemplos paradigmáticos se mencionan dos casos clínicos y algunas asociaciones obtenidas con la prueba de distancias afectivas en el área de la sexualidad. Por último, describiendo la relación entre los aspectos subjetivos asociados a fantasías y significados inconscientes y la sexualidad, se señala su influencia en la calidad de vida de pacientes con psoriasis.

## Palabras Clave

Psoriasis, sexualidad, psicoanálisis, psicodermatología.

## Abstract

SEXUAL CONTACT AND AFFECTIVE DISTANCE IN PSORIASIS PATIENTS.

Psoriasis is an inflammatory chronic skin disease which affects the patients' quality of life. Questionnaires that have actually been used in research and clinical studies to assess psoriasis quality of life do include questions about sexuality. These questions are simple and obtain conscious answers, assuming a causal mechanism between the disease and sexual difficulties. This assumption prevents exploring the unconscious fantasies and defense mechanisms that also relate 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. Two clinical cases and some verbal associations obtained when applying the "affective distances" instrument are mentioned. Finally, the relationship among subjective aspects, unconscious fantasies and sexuality are related with patients' quality of life.

## Key Words

Psoriasis, sexuality, psychodermatology, psychoanalysis.

## Introducción

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel que afecta la calidad de vida de los pacientes (Finlay, et al, 1990). Existen varios cuestionarios (DLQI, PDI, PLSI, IPSO, Skindex-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 incluye la sexualidad, pero las preguntas sobre este tema apelan a la respuesta consciente de los pacientes 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.

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, 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”. Por último, se presentan dos casos clínicos de pacientes con psoriasis que ilustran la importancia de los aspectos subjetivos asociados a las fantasías y significados inconscientes de la sexualidad.

### **Antecedentes del tema**

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).

Los trabajos publicados sobre calidad de vida en la psoriasis han seguido a lo largo del tiempo 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).

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).

Sin embargo, no es sólo la preocupación por la apariencia la que podría 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 su sensibilidad.

### **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-abandonantes) (Anzieu, 1987; Ulnik, 1988, 2011; Sobrado et al, 1979), falla de la función paterna (Szapiro & Reyes, 2005) 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 psicósomático 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.

### **Prueba de las distancias afectivas**

En un estudio anterior desarrollado por el equipo de investigación (Ulnik et al, 2005), 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. En la muestra estudiada, el 72% de los pacientes colocaron las figuras en contacto, mientras que en los controles eso sucedió en el 51% de los casos. En la muestra de psoriasis, algunas de las respuestas “sin contacto” a la consigna de la sexualidad mostraban distancias muy alejadas entre las figuras (Ulnik et al, 2005).

Lo que sigue es una categorización y análisis de las asociaciones de los pacientes 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 muy 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: Los temores a perder la integridad y desaparecer en el otro o hacerlo desaparecer suelen generar una distancia evitativa del contacto sexual. Esto aparece de dos maneras: a) Temor a desaparecer en el otro: -“Un contacto sexual tiene que ser pegados, me consumió, me tapo 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: El paciente ubicó las figuras una al lado de la otra pero sin tocarse con la intención de ponerlas “- al lado y a la par” negando las diferencias. La consecuencia es la falta de contacto. Otro paciente, que se autodefine como solidario e igualitario, sintió que frente al contacto sexual debía remarcar las diferencias y pegó la figura que lo representa a la máxima distancia posible de la figura impresa, porque a pesar que la consigna era: “pegue su figura a la distancia que le parezca para un contacto sexual”, él quiso demostrar que era “opuesto, superior y diferente”.

Predominio escópico: La mirada sustituye el contacto: “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”.

## Casos

Se seleccionaron historias clínicas de pacientes con psoriasis entrevistados por psicoanalistas del equipo de investigación, tomando como criterio a aquellos casos que referían problemas en la sexualidad. Su análisis permite inferir las fantasías intervinientes en sus dificultades sexuales.

Se expondrán dos 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”.

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 prometería 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. Él 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.

## Conclusiones

La distancia entre las figuras elegida por los pacientes en la prueba de las distancias afectivas está determinada por motivaciones y defensas inconscientes que influyen en su contacto sexual con los demás. En la mayor parte de los casos mencionados, dichas motivaciones y defensas podrían no ser una consecuencia de padecer psoriasis, sino una manifestación de sus dificultades en la constitución de su subjetividad: indiscriminación, límites del Yo imprecisos o amenazados, necesidad de fusionarse o diferenciarse, predominio escópico, etc. Esto explicaría 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. Como se ve también en los casos presentados, la enfermedad viene a restituir un equilibrio necesario entre las fuerzas pulsionales (pulsión de ver, pulsión de tocar, pulsión de apego, etc.), los ideales y el Yo. Un Yo que con esfuerzo y con afectación de su calidad de vida trata de construir y mantener a duras penas, sus propios límites.

## Bibliografía

Anzieu, D (1987): *El Yo-piel*. Biblioteca Nueva, Madrid.

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.

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.; 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.

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.

McDougall, J. (1991). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julián Yébenes.

Mercan, S.; Altunay, I. K.; Demir, B.; Akpinar, 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.

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.

Sobrado, E.; Benedetti, S.; Geronazzo, G.; & Rolando, D. (1979). Aproximación psicológica a la psoriasis. *Psicología y enfermedad. Estudios sobre psicología médica y psicossomática*. (pp., 127-140). Montevideo: Imago.

Szapiro, L.; & Reyes, Ma. V. (2005). Acerca de la clínica de las afecciones psicossomáticas 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 psicossomáticas. Un aporte desde la orientación lacaniana. *Nominación, síntoma y psicossomática. Memorias de la X Jornadas de Investigación.. 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.; Monder A; Czerlowski M; Murata C; Ubogui J, Herrera Ceballos E; Serrano Noguera V; Suárez Martín E. (2005). Affective Distances in Psoriasis Patients. Póster. 44º International Psychoanalytical Association Congress, RJ-Brasil.

Ulnik, J. (2011). *El psicoanálisis y la Piel* (2da ed.). Buenos Aires: Paidós.

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.