

XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2024.

# Abordaje interdisciplinario en pacientes con enfermedades de la piel.

Ulnik, Jorge, Gomez, Emiliano Alejandro, Louro, Diego Enrique, Santaguida, Natalia, Fischer, Julieta Soledad y Cativa Tolosa, PerlaAdriana.

Cita:

Ulnik, Jorge, Gomez, Emiliano Alejandro, Louro, Diego Enrique, Santaguida, Natalia, Fischer, Julieta Soledad y Cativa Tolosa, PerlaAdriana (2024). *Abordaje interdisciplinario en pacientes con enfermedades de la piel. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-048/548>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evo3/khT>

*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>.*

# ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DE LA PIEL

Ulnik, Jorge; Gomez, Emiliano Alejandro; Louro, Diego Enrique; Santaguida, Natalia; Fischer, Julieta Soledad; Cativa Tolosa, Perla Adriana  
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

Observando las entrevistas de admisión y de trabajo interdisciplinario del Servicio de Dermatología del Hospital F. J. Muñiz y brindando supervisiones clínicas junto con los profesionales actuantes, Lic. P. Tolosa Cativa y la Dra. J. Fischer, se procedió a registrar, clasificar y estandarizar las intervenciones de los profesionales intervinientes y las manifestaciones conductuales y verbales de los pacientes en el seguimiento y en la consulta. Se analiza la relación médico paciente, la relación psicólogo paciente y las conductas y fantasías que influyen la búsqueda de la salud. Con el presente trabajo, buscamos acercar la importancia de la formación con enfoque psicossomático del profesional de salud mental y del especialista en dermatología.

## Palabras clave

Psicodermatología - Interdisciplina - Psicoanálisis - Psicossomática

## ABSTRACT

INTERDISCIPLINARY APPROACH TO PATIENTS WITH SKIN DISEASES  
By observing the admission and interdisciplinary work interviews at the dermatology department of the Hospital F. J. Muñiz and by providing clinical supervision of Lic. P. Tolosa Cativa and Dra. J. Fischer, we proceeded to record, classify and standardise, together with the professionals involved, the interventions of the intervening professionals and the behavioral and verbal manifestations of the patients during the follow-up and consultation. The doctor-patient relationship, the psychologist-patient relationship and the behaviors and fantasies that influence the search for health are analyzed. In this paper, we aim to bring together the importance of psychosomatic training for mental health professionals and dermatology specialists.

## Keywords

Psychodermatology - Interdisciplinary - Psychoanalysis - Psychosomatics

## Lo psicossomático, lo dermatológico, lo interdisciplinario.

La definición de "lo psicossomático" representa un desafío para el abordaje clínico actual: ¿Se trata del paciente o de la enfermedad? ¿Significa que la enfermedad tiene causa psíquica, o que no es una enfermedad de origen orgánico? ¿Se diagnostica luego de descartar una patología orgánica? ¿Se deriva directamente al psicólogo, o luego de que el médico considera que ya no tiene nada que hacer en el caso?

En principio, para situar coordenadas en la definición de lo psicossomático, es necesario correr los ejes de la dualidad cartesiana cuerpo-mente. A pesar de que lo psicossomático no es una categoría nosográfica dentro de la psicopatología psicoanalítica, se la puede definir como un modo de abordaje clínico, que considera y sostiene la interacción de lo psíquico con lo somático en pacientes con enfermedades orgánicas.

Si nos enfocamos en la especificidad de la psicodermatología, debemos considerar cuáles son las funciones de la piel como órgano desde un punto de vista biológico, y pensar cuál es la relación de la piel con el campo psíquico y emocional. Podemos decir que la psicodermatología es una disciplina nacida del trabajo de dermatólogos y paramédicos dedicados a la piel (como cosmetólogos, enfermeras, etcétera) en conjunto con profesionales del área "psi" (psicoanalistas, psiquiatras y psicoterapeutas).

Esta disciplina estudia los factores conscientes e inconscientes que intervienen en el desencadenamiento, la evolución, el tratamiento y el pronóstico de las enfermedades de la piel. Es necesario considerar que, si bien los síntomas y/o lesiones en la piel de un grupo de pacientes que consultan a dermatología pueden tener el mismo diagnóstico, la vivencia de la enfermedad, la historia de la lesión o las fantasías de recuperación, son diferentes en cada caso. La manera y momento de contracción de la enfermedad, el tipo de factores emocionales, las circunstancias sociales y los recursos psíquicos intervinientes, son singulares de cada consultante.

*"Si abandonamos temporalmente el enfoque causal, es posible considerar a nuestros pacientes como sujetos imbuidos del deseo de comunicar. No solo con el lenguaje, sino también con todo el cuerpo, tomando en cuenta tanto su funcionamiento normal como patológico"* (Ulnik J, 2019). Es aquí donde el psicólogo debe saber escuchar la combinación que surge de conocer quién es el paciente, cuándo enfermó y cómo enfermó. El abordaje psicossomático consiste en la articulación de las

funciones orgánicas afectadas, el universo relacional, libidinal, fantasmático y la relación entre la realidad material y la realidad psíquica del paciente. Implica la hipótesis de que, si bien se puede trabajar con el material psíquico del paciente, el mismo no está articulado al padecimiento/lesión de la piel a priori, ni es su causa directa. La clave es entonces trabajar con la disociación psicósomática del paciente construyendo puentes entre psique y soma.

Hay otro puente que hay que construir, que es el que conecta al paciente y su padecimiento con un espacio dentro del sistema de salud que lo pueda alojar, recibir y que valide su sufrimiento. Ese vínculo entre paciente y equipo profesional ya es terapéutico en sí mismo, y trae alivio al paciente que logra “bajar la guardia” y empezar a conectar su motivo de consulta con su historia personal.

### Recopilación y análisis de datos fenomenológicos y fisiopatológicos:

En el marco del programa de extensión mencionado se ha observado una cantidad de pacientes que consultaron en el dispositivo de atención ambulatoria en el Servicio de Dermatología. Analizamos una muestra piloto de diez pacientes. De la muestra considerada, el 80% se encuentra en tratamiento desde hace más de un mes y el 20% restante son de primera consulta.

La siguiente tabla expone el diagnóstico médico observado en la muestra:

Diagnóstico Médico	Porcentaje de Pacientes
Dermatitis Atópica Severa	40%
Prurito	40%
Prurigo actínico	10%
Penfigoide ampollar	10%

La Sociedad Argentina de Dermatología define a los cuadros de la siguiente manera:

La **dermatitis atópica** (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica y recidivante de la piel, cuyos mecanismos fisiopatológicos comprenden una alteración de la barrera cutánea y una desregulación de la respuesta inmune. Se manifiesta con lesiones por eccema de gravedad variable con intenso prurito. La DA representa una carga tanto para el paciente como para su familia, con afectación de calidad de vida. Además, pueden experimentar múltiples complicaciones y comorbilidades. Entre las complicaciones frecuentes se encuentran las infecciones cutáneas y de partes blandas a repetición, la afectación del sueño, trastornos de la salud mental, bajo rendimiento laboral/académico, retraimiento social y dificultades de relacionamiento, entre otras. Es frecuente que padezcan otras enfermedades concomitantes atópicas (asma, poliposis nasal, rinitis alérgicas, alergias alimentarias, etc.) y no atópicas, (enfermedad cardiovascular o enfermedades inflamatorias inmunomediadas). (SAD, 2020)

El **prurito** es un hormigueo peculiar o irritación incómoda de

la piel que conlleva un deseo de rascar la parte del cuerpo en cuestión. Se trata de un cuadro complejo y multicausal con la participación de receptores, moléculas secretadas y citoquinas, aún se desconocen mecanismos puntuales, lo que sí es claro que la multiplicidad de causas, se la considera una interfaz entre piel queratinocitos, fibras nerviosas cutáneas, moléculas pruritogénicas y el sistema nervioso central. (SAD, 2020) Mollanazar, NK, (2016)

El **prurigo actínico** es una fotodermatosis infrecuente, muy pruriginosa que compromete de manera simétrica la piel de áreas fotoexpuestas, así como también la semimucosa labial y la conjuntiva. Clínicamente se presenta con pápulas eritematosas, nódulos, liquenificación, hiper o hipopigmentación post inflamatoria y cicatrices, afecta profundamente la calidad de vida del paciente. El diagnóstico se realiza con la clínica y con la historia personal y familiar del afectado. (SAD, 2020)

El **penfigoide ampollar** es una enfermedad ampollosa subepidérmica de etiología autoinmune. Afecta con mayor frecuencia a adultos a partir de la sexta década de la vida y se presenta en ambos sexos por igual. Se caracteriza por la inducción de una respuesta inmune humoral dirigida contra componentes de la piel, provocando ampollas tensas, es inflamatoria pruriginosa y responde bien a los tratamientos habitualmente. (SAD, 2020)

### Registro y análisis de las modalidades vivenciales del padecer somático

Encontramos distintas maneras de relación con la enfermedad que varían en el transcurso evolutivo de la misma en cada paciente. Con distintos grados de implicación, se despliegan fantasías sobre los motivos del inicio de la enfermedad, la fantasía de curación, etc. En los informes presentados por los concurrentes al espacio de Dermatología del Hospital F. J. Muñiz encontramos las siguientes modalidades:

- **Personalización de las lesiones.** Esto ocurre cuando el paciente atribuye a la enfermedad o a las lesiones un pronombre personal “Ella” y un verbo y/o atributos subjetivos. En algunos casos habla como si tuviera una relación de objeto con la enfermedad. “La enfermedad no va a encontrar fácilmente un cuerpo como el mío”. “No me va a dejar nunca”.
- **Enfermedad como “detector” de emociones.** Una mujer entró al consultorio diciendo: “Para mí que tengo alergia a los nervios” y cuenta el malestar que estaba atravesando por el aumento del alquiler de su vivienda.
- **Conexión de la enfermedad con actividades, estados o circunstancias personales:** “Me brotó más de la piel cuando estoy trabajando” o “mis síntomas empeoran cuando estoy en abstinencia”.
- **Enfermedad como marca de identidad:** El paciente se presenta a sí mismo como el resultado del efecto de su enfermedad en su imagen corporal y emite un enunciado identificatorio (Aulagnier, P. 1977) “Soy un bicho raro.” Por otro lado, puede aparecer la creencia de que lo que sugiere otra

persona “atópica” es mejor incluso que lo que sugiere el médico tratante, porque sólo otro “atópico” comprende lo que se sufre y de qué se trata.

Consideramos que esta serie de modalidades de relación del paciente con su enfermedad funcionan como proyecciones que el sujeto hace de su “teatro interno” alrededor de los síntomas o lesiones. El paciente puede hablar, asociar, explicar, comentar, etc. sobre lo que le pasa físicamente. La escucha que el psicoanalista proporciona da lugar a la aparición de fantasías, hipótesis o conclusiones como resultado de lo que dice la persona mientras es atendida en la consulta.

En el marco de las consultas de nuestro programa de extensión los concurrentes suelen recortar al menos un extracto del relato de cada paciente observado. Este recorte les permite pensar diferentes hipótesis respecto de la relación del paciente con la enfermedad, con el médico, y respecto del estilo de vida, las relaciones con los otros, etc. Estas hipótesis son incluidas luego en el dispositivo de supervisión con los integrantes del programa.

Los concurrentes del programa de extensión destacan la diferenciación que hacen los pacientes cuando se dirigen a los miembros del equipo tratante, ya sea la psicóloga o el médico. El paciente está frente a la dermatóloga y la psicóloga y discrimina previamente a quién cree que debe ir dirigida la información que está develando: a la psicóloga: “*es que estoy muy angustiada porque estoy sin trabajo*”, “*Yo no exteriorizo, y cuando estoy nervioso la picazón me liquida*”, o a la médica: “*Mire doctora como empeoró mi dermatitis*” “*Dígame doctora qué hacer con esto, que otra medicación me puede dar*”. Estos testimonios son muestra de la disociación psicósomática que se transmite en la clínica.

Si bien a priori aparece un saber atribuido a ambos profesionales, se evidencia que ese saber está dividido en compartimientos y a cada profesional le corresponde uno específico de su especialidad. Los observadores destacan positivamente la pregunta de la médica dermatóloga acerca del “estilo de vida” de los pacientes. A pesar de que suele estar dirigido y respondido aludiendo a la alimentación, el ejercicio, o el cumplimiento del tratamiento, abre la posibilidad de que los pacientes puedan hablar desde su subjetividad y decir “algo más”.

Podemos afirmar que se permeabilizarán las diferencias y las barreras epistemológicas combinando, como dice André Green las tres dimensiones de la representación, a saber: el cuerpo, el mundo y el otro (Green, A, 2005). De esta manera se puede generar un significado nuevo allí donde antes quizás no lo había. Desde un enfoque reduccionista podría pensarse que toda lesión es igual a otra. Sin embargo, el trabajo en equipo interdisciplinario que se evidencia en el Servicio de Dermatología del Hospital Muñiz, está basado en la escucha, validación y contención y en una forma de observación que permite ubicar la singularidad de cada consultante. Sumar al paciente, empoderarlo para trabajar en equipo con él.

### **Extractos de las observaciones de los concurrentes**

**1-** Mujer de 70 años, soltera y sin hijos. La enfermedad apareció por primera vez el día de la madre hace 2 años, estando en la casa de su hermano y sus sobrinos. Como era tarde se quedó a dormir y se acostó en la cama donde también se acuesta el perro. Esa misma noche comenzó a sentir picazón aguda en todo el cuerpo. Al principio fue diagnosticada con sarna y estuvo diez días internada, donde le sacaron “10 litros de agua” (sic). Luego se le diagnosticó dermatitis pruriginosa. Pasó por varios tratamientos médicos. Ha tomado mucha medicación, de la cual un remedio le produjo una arritmia, hecho que la llevó a discutir con otro médico que le estaba recetando lo mismo. Actualmente se refiere al tratamiento que comienza en el Muñiz como la “*última esperanza*” (sic).

**2-** Paciente adulto que refiere que hace varias décadas convive con una enfermedad de transmisión sexual. Se “autodiagnosticó” porque sus síntomas aparecieron luego de tener relaciones con una trabajadora sexual sin preservativo. Desde ese momento no ha vuelto a tener relaciones sexuales por miedo a contagiar. En la consulta le refieren que no se trata de hongos “*que se esparcen por la ingle, las nalgas y “otros lados” sino de una dermatitis tratable y que no es contagiosa.*” (sic)

En estos extractos, se observa que ambos pacientes llegan a consulta con lesiones en la piel. En el espacio de interconsulta relatan escenas sucedidas antes del comienzo de sus respectivos síntomas dermatológicos. Se puede hipotetizar que dichas escenas están relacionadas con fantasías de causalidad de los síntomas. La primera *se acostó en la cama del perro* y el segundo *tuvo relaciones sin protección con una trabajadora sexual*. Ambos testimonios se asocian a la picazón.

En el primer caso la paciente llega con un diagnóstico previo de sarna y la dermatóloga del servicio modifica el mismo descartando la sarna al no encontrar el agente etiológico y diagnostica dermatosis pruriginosa. En el segundo caso el paciente se encuentra con que la profesional le afirma que la escena relatada no tiene relación con el cuadro sintomático.

Se evidencia entonces cómo estas fantasías de causalidad sintomática podrían condicionar el diagnóstico establecido por algunos profesionales. Por ejemplo, en el caso de diagnosticar sarna por escuchar a la paciente relatar que durmió en una cama de perro, cuando en realidad se trata de un prurito de otra etiología. Pero en la misma consulta, la paciente, soltera y sin hijos y en una visita a sus sobrinos, comentó que era el día del niño, y esa información fue tenida en cuenta para relacionar como hipótesis de comienzo una serie de hechos: en el día del niño la falta de hijos, el perro como equivalente de hijo, la picazón como equivalente de angustia, etc.

El segundo paciente viene con un autodiagnóstico directamente asociado a su actividad sexual. Tiene una fantasía de enferme-

dad que le funciona como una certeza. La dermatóloga conecta con el sufrimiento del paciente la angustia de años sin resolución ni un diagnóstico "acertado", desde ese lugar lo evalúa, realiza el examen físico y le asevera al paciente que actualmente no posee signos clínicos sino que se encuentra libre de enfermedad. Que no contagia y que la indicación es un conjunto de medidas higiénicas para la restauración de la piel, hidratación y limpieza suave. Es una buena relación médico-paciente, que permite al paciente construir el puente entre él y el sistema de salud, poder creer las palabras del médico tratante y aceptar su condición no patológica. Se encuentra sano. ¿El autodiagnóstico habrá estado relacionado a un sentimiento de culpa, asco o vergüenza? ¿La aparición de los síntomas funcionó como punto de anclaje para la fantasía de causalidad, o por el contrario, la fantasía apareció primero y eso determinó la aparición de los síntomas? ¿O estaban ambas desde un comienzo y se produjo una "influencia recíproca" (*Gemeinsamkeit*)? (Freud, S, 1905) ¿Hay otros aspectos de su vida, además de la sexualidad, afectados por el autodiagnóstico? ¿La actualización del diagnóstico puede ser soportada por la estructura psíquica del paciente? De ser así, ¿en qué condiciones, en qué contexto, con qué acompañamiento profesional?

En la consulta siguiente el paciente relata que está muy bien, enfatiza la respuesta, y comenta que se siente libre, siente que "salió de la cárcel" que le suponía la enfermedad crónica y contagiosa. Está Feliz. Y durante la consulta, se evaluaron otros aspectos de su salud integral como su salud bucodental. Y se abordan posibles proyectos a futuro.

En la consulta siguiente comenta que antes no consultaba a odontología ya que no tenía razones para sonreír, y actualmente sí los tiene, está contento, e inició seguimiento odontológico. También evoca el momento de la primer consulta cuando entendió que no presentaba patología y al salir se sentó en un banco de la plaza, con la sensación de volar de la felicidad y el alivio de estar sano. "era como una droga, aunque nunca me drogué, me sentí flotar" (sic).

Las preguntas desplegadas para cada caso muestran cómo el enfoque propuesto permite pensar hipótesis que apunten a un abordaje interdisciplinario que considera al paciente en su integridad. El mismo tiene la intención de funcionar como generador de puentes para superar la escisión psique-soma de los pacientes.

### Conclusiones:

La consulta médica se desarrolla basada en un marco teórico regido por la dualidad cartesiana que promueve una disociación psique-soma. Esto se da tanto desde la mirada de los médicos y de los psicólogos como de los pacientes a la hora de establecer la demanda de atención. Esta orientación se refleja en las instituciones hospitalarias, y se asocia con la disociación psicossomática que opera de antemano en nuestra sociedad.

El trabajo interdisciplinario, como el del Servicio de Dermatolo-

gía del Hospital F. J. Muñiz, es una práctica trascendental para la calidad de atención de los pacientes en los dispositivos de consulta. Refleja cómo la salud-enfermedad puede ser abordada de manera diferente gracias al enfoque psicossomático. Las observaciones, concurrencias y supervisiones de orientación psicodinámica presentadas tienen resultados directos en la transmisión de los conocimientos a los colegas interesados en este tipo de trabajo conjunto.

La disociación psicossomática con la que llega el paciente es plausible de disolverse cuando el paciente encuentra un lugar subjetivo para **hablar** de aspectos relacionados a la enfermedad, en un dispositivo que aloja lo que tiene para decir. El trabajo de los profesionales es hallar los puntos relevantes del relato, de la conducta del paciente y de la relación médico-paciente que permitan despejar dudas diagnósticas, y establecer un tratamiento que propicie la salud integral. En los diez casos observados y supervisados observamos una buena adherencia al tratamiento y una relación médico paciente estable, consistente y de mutua confianza.

### BIBLIOGRAFÍA

- Aulagnier, P. (1977). "El yo y la conjugación del futuro: acerca del proyecto identificador y de la escisión del Yo". La violencia en la interpretación. Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1905). "Tres ensayos para una teoría sexual". Obras Completas, Tomo III Ed. Amorrortu.
- Green, A. (2005). Teoría. En A. Maladevsky, M. B. López y Z. López Ozores (Comps.), *Psicosomática. Aportes teórico clínicos en el siglo XXI. Cap. 7*. Ed. Lugar.
- Guías de evaluación, diagnóstico y tratamiento de las reacciones adversas cutáneo mucosas graves más frecuentes (2020) Publicación de la Sociedad Argentina de Dermatología Argentina.
- Guías de manejo de Penfigoide ampollar (2021) Publicación de la Sociedad Argentina de Dermatología Argentina.
- Mollanazar, K.K., et al Smith, P.K. & Yosipovitch (2016). G. *Mediators of Chronic Pruritus in Atopic Dermatitis: Getting the Itch Out?*. Clin Rev Allerg Immunol 51. <https://doi.org/10.1007/s12016-015-8488-5>
- Protocolo multidisciplinario sobre el manejo de la Dermatitis Atópica Severa del adulto (2019). Publicación de la Sociedad de Dermatología Argentina.
- Ulnik, J. C. (2019). "Percepción, marca y representación: tres puntos cardinales para orientar una teoría y prácticas psicossomáticas". Revista Vertex Argentina de Psiquiatría, Vol XXX.
- Ulnik, J. C. (2011). "El Psicoanálisis y la Piel". Ed: Paidós.