

Abordaje interdisciplinario en pacientes con enfermedades de la piel.

Gomez, Emiliano Alejandro, Louro, Diego Enrique, Ulnik, Jorge, Cativa Tolosa, Perla Adriana y Fischer, Julieta Soledad.

Cita:

Gomez, Emiliano Alejandro, Louro, Diego Enrique, Ulnik, Jorge, Cativa Tolosa, Perla Adriana y Fischer, Julieta Soledad (2025). *Abordaje interdisciplinario en pacientes con enfermedades de la piel. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/539>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/EQ3>

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DE LA PIEL

Gomez, Emiliano Alejandro; Louro, Diego Enrique; Ulnik, Jorge; Cativa Tolosa, Perla Adriana; Fischer, Julieta Soledad

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

A partir de la observación de entrevistas de admisión y de trabajo interdisciplinario del Servicio de Dermatología del Hospital F.J. Muñiz y bajo la supervisión clínica junto con los profesionales actuantes: la Lic. P. Tolosa Cativa y la Dra. J. Fischer, se procedió a registrar, clasificar y estandarizar las intervenciones de los profesionales intervinientes. También se procedió a registrar, clasificar 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

Interdisciplina - Psicoanálisis - Psicodermatología - Psicossomática

ABSTRACT

INTERDISCIPLINARY APPROACH TO PATIENTS WITH SKIN DISEASES

From the observation of admission interviews and interdisciplinary work of the Dermatology Service of the Hospital F.J. Muñiz Hospital and under the clinical supervision together with the acting professionals: Lic. P. Tolosa Cativa and Dr. J. Fischer, we proceeded to record, classify and standardize the interventions of the intervening professionals. We also proceeded to record and classify the behavioral and verbal manifestations of the patients during follow-up and consultation. We analyzed the doctor-patient relationship, the psychologist-patient relationship and the behaviors and fantasies that influence the search for health. With the present work, we seek to approach the importance of training with psychosomatic approach of the mental health professional and the dermatology specialist.

Keywords

Interdisciplinary - Psychoanalysis - Psychodermatology - Psychosomatic

LO PSICOSOMÁTICO, 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 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 en conjunto con profesionales del área “psi” (psicoanalistas, psiquiatras y psicoterapeutas).

Esta disciplina estudia los factores conscientes e inconscientes que intervienen en el desencadenamiento, evolución, tratamiento y 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 y el dermatólogo debe saber escuchar la combinación que surge de conocer quién es el paciente, cuándo enfermó y

cómo enfermó. El abordaje psicosomático implica una articulación compleja entre las funciones orgánicas comprometidas, el entramado relacional y libidinal del sujeto, su universo fantasmático, así como la dinámica entre la realidad material y la realidad psíquica. 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 del abordaje radica, entonces, en trabajar sobre la disociación psicosomática del paciente favoreciendo la construcción de puentes simbólicos entre la dimensión psíquica y la somática; en los casos que analizaremos, particularmente, entre la psique y la piel

Otro puente fundamental a construir es el que vincula al paciente y su padecimiento con un espacio dentro del sistema de salud que sea capaz de alojarlo, acogerlo y otorgarle legitimidad a su sufrimiento. Tratamos, en muchos casos, con pacientes que se han enfrentado al “nadismo” del médico clínico que repite “no tenés nada”. El vínculo que se establece entre el paciente y el equipo interdisciplinario de psicodermatología posee, desde el comienzo, un valor terapéutico. Este lazo inicial favorece una primera experiencia de alivio, en tanto permite al paciente “bajar la guardia” y comenzar a establecer conexiones entre el motivo de consulta y su historia subjetiva.

RECOPILACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS FENOMENOLÓGICOS Y FISIOPATOLÓGICOS

En el marco del programa de extensión de nuestra cátedra, se continúa profundizando el abordaje clínico de pacientes que consultan en el dispositivo de atención ambulatoria del Servicio de Dermatología. El presente trabajo se apoya en la experiencia recogida durante el año pasado (Ulnik et al., 2024), en la que se analizaron diez casos clínicos, y se enriquece con la incorporación de siete nuevos casos. En total, la muestra actual asciende a diecisiete pacientes, de los cuales el 80% se encuentra en tratamiento desde hace más de un mes, mientras que el 20% restante corresponde a primeras consultas. A continuación, se expone una tabla con la distribución porcentual de los diagnósticos médicos observados en dicha muestra:

Diagnóstico Médico	Porcentaje de Pacientes
Dermatitis Atópica Severa	41%
Prurito	26%
Prurigo actínico	6%
Penfigoide ampollar	6%
Parasitosis alucinatoria	12%
Vitiligo	6%
Patomimia (Dermatitis artefacta)	6%

Además de la definición propuesta por la Sociedad Argentina de Dermatología, se han considerado las categorías diagnósticas del DSM-5 para describir los cuadros clínicos:

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 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, articulado a aspectos ancestrales y reflejos, con la participación de receptores, moléculas secretadas y citoquinas, del cual 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 pruriginoso 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)

El **vitiligo** es una enfermedad cutánea melanocitopénica adquirida, frecuente, de probable etiología autoinmune, que resulta de la destrucción selectiva de los melanocitos de la piel. Se presenta clínicamente con máculas cutáneas acrómicas, marfilinas, de bordes definidos, con tendencia a la distribución simétrica. (SAD, 2005) Puede estar asociado a situaciones emocionales del paciente.

Se define como **Dermatitis Artefacta** a todo cuadro de lesiones cutáneas autoprovocadas por el paciente, que niega su responsabilidad en la elaboración de las mismas (Rodríguez Pichardo A. Dermatitis artefacta. Piel. 1990; Lyell A. Cutaneous artificial disease (a review, amplified by personal experience). J Am Acad Dermatol. 1979) Sin embargo, para otros autores (Consoli SG. Dermatitis artefacta: A general review. Eur J Dermatol. 1995) no debe existir un motivo racional preciso en el origen de una Dermatitis Artefacta, con lo que nosológicamente se excluye la simulación. La **Parasitosis alucinatoria o Infestación Delirante (ID)** también conocido como Síndrome de Ekbom, es considerado en el DSM 5, como un trastorno delirante de tipo somático dentro de los Trastornos de esquizotípicos. Según Peter Lepping es un trastorno psicótico mono delirante con una alta carga de enfermedad y disminución del funcionamiento social. Los pacientes presentan la creencia delirante de que ellos o su entorno inmediato están infestados por patógenos vivos o no vivos. Lo más común es que crean estar infestados por insectos, gusanos, parásitos u objetos inanimados como hilos o fibras (Lepping, P. 2020)

REGISTRO Y ANÁLISIS DE LAS MODALIDADES VIVENCIALES DEL PADECER SOMÁTICO

A partir del conjunto de casos, 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 de nuestro programa de extensión al Servicio 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. Un paciente del servicio atribuye potencia volitiva a la enfermedad: “es esta dermatitis la que no me deja vivir tranquilo. En algunos casos los pacientes hablan como si tuvieran una relación de objeto con la enfermedad: una paciente menciona “La enfermedad no va a encontrar fácilmente un cuerpo como el mío” o “No me va a dejar nunca”.
- **Enfermedad como “detector” de emociones.** Una paciente 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. Un paciente en tratamiento menciona en consulta que su enfermedad empeora “cuando se encuentra en Buenos Aires, porque se altera más por las características de la ciudad”, aspecto que no le sucede cuando viaja a su provincia natal.
- **Conexión de la enfermedad con actividades, estados o circunstancias personales.** Algunos pacientes organizan fantasías o delirios respecto de la enfermedad a partir de momentos puntuales de su vida diaria. Un paciente menciona “Me brotó más de la piel cuando estoy trabajando”, un hombre en tratamiento interdisciplinario por consumo problemático de

sustancias afirma: “mis síntomas empeoran cuando estoy en abstinencia”. Una mujer con diagnóstico de psicosis menciona con certeza “lo que me pasó en la piel es porque me subieron los nervios”.

- **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” o “Lo mío es hereditario, lo tuvo mi madre y lo tiene mi hijo”. La posición del profesional tratante frente a este tipo de pacientes necesita una actitud activa de preguntar e investigar. Las intervenciones a modo de preguntas tienen que ser indirectas, como laterales a la enfermedad, evitando transmitir al paciente un pensamiento causal que él va a negar.

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 que estabilizan el cuadro psicopatológico, como resultado de lo que dice la persona mientras es atendida en la consulta: un paciente en tratamiento, mientras se rascaba decía “saca, saca, saca”. Preguntas como ¿qué será lo que está sacando con su rascado? Se disparan a partir de la escucha activa y orientan el modo de intervenir del equipo.

En el marco de las consultas realizadas en nuestro programa de extensión, los concurrentes elaboran un informe que sistematiza su experiencia clínica y permite delimitar un recorte significativo del relato de cada paciente observado. Dicho recorte facilita la construcción de diversas hipótesis en torno a la relación del paciente con su enfermedad, con el equipo médico, así como con su estilo de vida y sus vínculos interpersonales. Estas hipótesis son posteriormente trabajadas en el dispositivo de supervisión junto a los integrantes del programa, promoviendo una lectura clínica articulada e interdisciplinaria.

Los concurrentes señalan la diferenciación que realizan a veces los pacientes al dirigirse a los distintos integrantes del equipo tratante, en particular entre la psicóloga y la médica dermatóloga. En el encuentro clínico, el paciente parece discriminar de antemano a quién considera que debe estar dirigida la información que desea comunicar. Así, por ejemplo, frente a la psicóloga puede manifestar: “Estoy muy angustiada porque estoy sin trabajo” o “Yo no exteriorizo, y cuando estoy nervioso, la picazón me liquida”; mientras que frente a la médica pueden expresar cosas como: “Mire, doctora, cómo empeoró mi dermatitis” o “Dígame qué hacer con esto, qué otra medicación me puede dar”. Estos testimonios dan cuenta de la disociación psicósomática que presenta la consulta; no obstante, el equipo de psicodermatología propone un abordaje innovador orientado a propiciar la articulación entre la psique y el soma, favoreciendo una integración más compleja y dinámica del sujeto y su cuerpo.

Podemos ubicar, entonces, que si bien en un primer momento los pacientes atribuyen un saber a ambos profesionales, dicho saber se presenta escindido en compartimentos diferenciados, asignándole a cada integrante del equipo un campo específico acorde con su especialidad. Los concurrentes destacan positivamente las preguntas de la médica dermatóloga acerca del “estilo de vida” de los pacientes. Aunque en muchos casos la respuesta del paciente se encuentra orientada hacia temas como la alimentación, la actividad física o el cumplimiento del tratamiento médico, esta escena clínica abre, sin embargo, la posibilidad de que el sujeto se exprese desde su singularidad y pueda decir “algo más”. Por ejemplo, una paciente con parasitosis alucinatoria contaba la angustia que experimentaba por “no poder abrazar a su hijo por el miedo al contagio”. La intervención de la dermatóloga señalaba que los exámenes clínicos habían dado negativo, afirmando que por el momento nada le impediría retomar el contacto con su niño, ya que saben que no es contagioso.

Podemos afirmar que las diferencias y barreras epistemológicas se permeabilizan mediante la articulación, como señala André Green, de las tres dimensiones de la representación: el cuerpo, el mundo y el otro (Green, 2005). De esta manera se puede generar un significado nuevo allí donde antes quizás no lo había. Desde un enfoque reduccionista, podría suponerse que toda lesión es equivalente a otra; sin embargo, el trabajo interdisciplinario desarrollado en el Servicio de Dermatología del Hospital Muñiz se fundamenta en la escucha activa, validación y contención, así como en una modalidad de observación clínica que permite reconocer y situar la singularidad de cada consultante. Incluir al paciente empoderándolo para trabajar en equipo con él.

EXTRACTOS DE LAS OBSERVACIONES DE LOS CONCURRENTES

1- Mujer de 40 años. Es derivada al servicio de Psicodermatología, desde el servicio de Infectología. Ingresa al consultorio afirmando que será la última vez que se presentará ante un médico debido a la dificultad de encontrar una cura. La enfermedad apareció el año pasado luego de un viaje con su marido y su hijo a misiones donde comenzó a sentir que algo le caminaba por el cuerpo y la mordía. La paciente afirma que en el Servicio de Medicina del Viajero se la diagnostica con escabiosis y se le da un tratamiento. Ubica una mejora, pero los síntomas reaparecen a lo largo del año. En una consulta dermatológica de un hospital general, luego de hacerle análisis y corroborar la muestra de los insectos que había facilitado, los médicos de guardia le transmiten que ambos estudios eran negativos y que su padecer era psíquico. Al acercarse al servicio de Psicodermatología se muestra predispuesta ante las preguntas y evaluaciones de los profesionales, manifestando la necesidad de mejoría, ya que se encuentra angustiada debido a que este padecer le impide pasar tiempo con su hijo, abrazarlo o darle la mano, “por miedo a contagiarlo”. Los síntomas se ubican especialmente en los genitales, pezones, piernas y abdomen.

2- Mujer de 59 años. Presenta un vitiligo que se extiende parte del rostro, cuello, pecho, tronco y pelvis. La enfermedad aparece al momento de la muerte de su padre. Hace aproximadamente un año, el marido falleció y en ese momento se extendió el vitiligo. Sobre la relación con su marido, dijo: “éramos uno”. Él estaba enfermo de cáncer de próstata mantuvo la enfermedad en secreto y sin tratamiento “por no querer preocuparla”. Ella se enteró poco antes de la muerte de él. Se presenta a consulta, afirmando que está trabajando y tiene una huerta, que le ha vuelto a crecer el cabello; y menciona sonriendo que tiene un “amigovio”, aunque aclara que “cada uno vive en su casa”, y resalta la importancia que para ella tiene “tener su propio espacio”.

Creemos que es valioso pensar que el equipo interdisciplinario constituye un puente en el sistema público de salud, en tanto busca ofrecer una respuesta al sufrimiento que estos pacientes traen consigo a la consulta.

La paciente de la primera viñeta evidencia el largo circuito que puede llegar a transitar una persona en su búsqueda de alivio frente al padecimiento que la aqueja. Ella inició su trayectoria por el Servicio de infectología, motivada por la creencia de que las lesiones cutáneas que presentaba eran consecuencia de una infección. Ante la ausencia de hallazgos clínicos, se le sugirió acudir al Servicio de Medicina del viajero, dado que provenía de Misiones y se consideró la posibilidad de un contagio regional. En dicha especialidad, al no identificarse ninguna patología, fue derivada a Dermatología. Allí, en un hospital distinto al nuestro, luego de realizarse diversos estudios, nuevamente se le indicó que no presentaba alteraciones orgánicas y se le recomendó la consulta con un psicólogo.

Cuando la paciente accede al dispositivo del Servicio de psicodermatología del Hospital F.J. Muñiz, expresó: “ustedes son mi última esperanza”. Se presenta trayendo consigo un frasco que, según su testimonio, contiene los insectos que la atacan. Relata que estas picaduras se localizan en los pezones y en la región inguinal, y que evita abrazar a su hijo de siete años por temor a contagiarlo. Desde el equipo se le transmite que su cuadro no es contagioso, y se la alienta a retomar el contacto físico con su hijo. Se inicia un tratamiento farmacológico con un antipsicótico en dosis bajas y se agenda una nueva consulta. En ese segundo encuentro, la psiquiatra incrementa la dosis del psicofármaco. Sabemos que el delirio parasitario suele acompañarse de alucinaciones visuales y cenestésicas, y comparte con otros delirios el rasgo estructural de constituir una certeza.

A partir de ese momento, al sentirse escuchada y con su sufrimiento legitimado, la paciente comienza a establecer asociaciones temporales y emocionales vinculadas al inicio de su sintomatología. Refiere que su hijo fue intervenido quirúrgicamente de urgencia por una peritonitis un año atrás, cuadro que puso en riesgo su vida y que le generó un intenso miedo. Agrega que los episodios de mayor intensidad sintomática coinciden con las crisis broncoespásticas de su hijo, momentos en los que debe

salir rápidamente hacia la guardia, temiendo que él no pueda seguir respirando.

Ginette Rimbaut (1985) nos recuerda que, en el contexto hospitalario, se convoca a un psicoanalista cuando se enfrenta la “nada” del diagnóstico, la “nada” de la etiología y la “nada” de la esperanza (Rimbaut, 1985). A ello podemos agregar la “nada” de adherencia al tratamiento médico prescrito, que constituye una de las principales causas de interconsulta al servicio de salud mental en nuestro hospital. En el encuentro interdisciplinario, la paciente siente que su dolor ha sido validado, que ha sido legitimado, y que el equipo está dispuesto a acompañarla en los avatares que su delirio nos proponga.

Los casos como el de la segunda viñeta nos enfrenta a una paradoja: por un lado, se hace manifiesto y evidente que habría una relación entre la muerte del padre y del marido, y su vitiligo. Pero por otro lado esa explicación parece cerrar todo tipo de investigación corriendo el riesgo de quedar plantados ahí, como cuando los pacientes dicen: “lo mío es nervioso”, pero luego no pueden explicar en qué consisten sus nervios.

Por otra parte, nos vemos tentados de interpretar basándonos en símbolos universales, sin estar seguros de que la información producida pueda penetrar, interactuar, ser asumida subjetivamente por la paciente. Por ejemplo, que la blancura es un intento de borrar y empezar de nuevo, como cuando uno dice: “borrón y cuenta nueva”.

Un aspecto interesante a considerar en la paciente es su actualidad corporal en relación con su actualidad sentimental. Mientras que en relación con su marido afirmaba “somos uno” -planteando una fusión subjetiva que se traduce en una despigmentación que abarca aproximadamente el 50% de su cuerpo-, el vínculo con su actual “amigovio”, basado en la premisa de que “cada uno tenga su espacio”, evidencia un proceso de re-habitación corporal sostenido en el trabajo psicoterapéutico. El abordaje dermatológico operó como puerta de entrada que posibilitó el inicio de un tratamiento psicológico, facilitando así un espacio clínico propicio para la elaboración simbólica del duelo.

Se puede observar con frecuencia en los casos atendidos en el servicio, el modo en que los pacientes proyectan en su cuerpo —y particularmente sobre sus lesiones— parásitos, bacterias o tumores, como manifestaciones de objetos internos que se encuentran bajo represión. Por objetos internos nos referimos a vínculos con personas que han sido internalizadas, fantaseadas y reprimidas, y que, al no encontrar otra vía de expresión, se inscriben en lo somático.

Las preguntas desplegadas para cada caso muestran cómo el enfoque propuesto permite pensar hipótesis que apunten a un abordaje interdisciplinario que considere al sujeto en su integridad. Este enfoque innovador tiene como propósito constituirse en un puente que permita superar la tradicional escisión entre psique y soma con la que los pacientes suelen llegar a la consulta.

CONCLUSIONES

La consulta médica tradicional se desarrolla a partir de un marco teórico regido por la dualidad cartesiana que promueve una disociación entre psique y soma. Esto se da tanto desde la mirada de los médicos y psicólogos, como desde los pacientes a la hora de establecer la demanda de atención. Dicha orientación se refleja a su vez en las prácticas institucionales hospitalarias y se vincula con una disociación psicosomática preexistente en el entramado social.

El trabajo interdisciplinario, como el del Servicio de Dermatología del Hospital F. J. Muñiz, es una práctica revolucionaria para la calidad de atención de los pacientes en los dispositivos de consulta. Refleja cómo la salud-enfermedad puede ser abordada de manera integral gracias al enfoque psicosomático.

La disociación psicosomática con la que el paciente arriba a la consulta resulta susceptible de ser trabajada y eventualmente disuelta cuando encuentra un lugar subjetivante desde el cual elaborar discursivamente los aspectos ligados a su padecimiento. Este proceso se vuelve posible en el marco de un dispositivo clínico que no solo acoge lo que el sujeto tiene para decir, sino que, además, reconoce desde un inicio la complejidad del cuadro y se orienta hacia la construcción de un trabajo terapéutico conjunto y sostenido en el tiempo.

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.

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 diecisiete casos observados y supervisados observamos una buena adherencia al tratamiento y una relación médico paciente estable, consistente y de mutua confianza.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5®) 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Aulagnier, P. (1977). El yo y la conjugación del futuro: acerca del proyecto identificador y de la escisión del Yo. En *La violencia en la interpretación*. Ed. Amorrortu.
- Consenso sobre Vitiligo (2005). Publicación de la Sociedad Argentina de Dermatología Argentina.
- 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 Ozo- res (Comps.). *Psicosomática. Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. 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.
- Lepping, P., Noorthoorn, E.O., Kemperman, P.M.J.H., Harth, W., Reichenberg, J.S., Squire, S.B., et al. (2020). *Later age of onset and longer duration of untreated psychosis are associated with poorer outcome in delusional infestation*. Acta Dermato-Venereológica.
- Mollanazar, K.K., et al Smith, P. K. Yosipovitch (2016). *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.
- Raimbaut, G. (1985). *El psicoanálisis y las fronteras de la Medicina*. Barcelona. Ed Ariel.
- Ulnik, J. C. (2011). *El psicoanálisis y la piel*. Buenos Aires. Paidós.
- Ulnik, J. C. (2019). *Percepción, marca y representación: tres puntos cardinales para orientar una teoría y prácticas psicosomáticas*. Revista Vertex Argentina de Psiquiatría, XXX.
- Ulnik, J. C., Gomez, E. A., Louro, D. E., Santaguida, N., Fischer, J. S., & Cativa Tolosa, P. A. (2024). *Abordaje interdisciplinario en pacientes con enfermedades de la piel*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.