

V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2013.

Relación médico paciente y distancias afectivas en pacientes con psoriasis.

Ulnik, Jorge, Czerlowski, Mónica, Meilerman, Deborah,
Murata, Cecilia y Vecchio, Vanesa Solange.

Cita:

Ulnik, Jorge, Czerlowski, Mónica, Meilerman, Deborah, Murata, Cecilia y Vecchio, Vanesa Solange (2013). *Relación médico paciente y distancias afectivas en pacientes con psoriasis. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-054/242>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edbf/gYK>

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>.

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y DISTANCIAS AFECTIVAS EN PACIENTES CON PSORIASIS

Ulnik, Jorge; Czerlowski, Mónica; Meilerman, Deborah; Murata, Cecilia; 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 y las relaciones interpersonales. Es frecuente que los pacientes con enfermedad de piel, reflejen sus dificultades en el establecimiento de límites, en los modos vinculares que desarrollan. La mayoría de las investigaciones concluyen que es esencial mejorar la comunicación médico paciente y que el médico debe tener en cuenta el malestar subjetivo que el paciente presenta, pero no exploran los mecanismos inconscientes que están en juego en dicha relación. En base a una muestra de 116 pacientes se aborda la relación entre: psoriasis, relación médico-paciente y distancias afectivas. Se encontró que los pacientes ubican las figuras a una distancia menor en comparación con los controles. La relación entre dicha distancia afectiva y sus asociaciones discursivas evidencian el condicionamiento de motivaciones y fantasías inconscientes de fusión e indiscriminación.

Palabras clave

Psoriasis, Relación médico-paciente, Distancias afectivas, Psicoanálisis

Abstract

DOCTOR PATIENT RELATIONSHIP AND AFFECTIVE DISTANCES IN PSORIATIC PATIENTS

Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease that affects the quality of life and interpersonal relationships. Patients with skin diseases usually reflect their difficulties in establishing boundaries in their interpersonal relationships. Most research concludes that it is essential to improve doctor-patient communication, and that the physician should take into account the patients' subjective distress; but do not explore the unconscious mechanisms at play in this relationship. Based on a sample of 116 patients this study addresses the association between: psoriasis, physician-patient relationship and affective distances. Psoriasis patients tend to place the human figures closer than the controls in the links with the doctor. The discursive associations in relation to the affective distance show the tendency to fusion and indiscriminación based on unconscious fantasies and motivations.

Key words

Psoriasis, Doctor-patient relationship, Affective distances, Psychoanalysis

INTRODUCCION

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel difícil de tratar y que afecta la calidad de vida de los pacientes (Finlay, Khan, Luscombe, & Salek, 1990). Un primer análisis establece que las dificultades son producto de la cronicidad de la enfermedad y su evolución en brotes, de la impotencia médica para lograr el bienestar del paciente, de la poca durabilidad de las mejorías, etc. Sin embargo muchas veces, los resultados obtenidos terminan siendo insatisfactorios no sólo por las características de la enfermedad, sino por las características psicológicas de los pacientes. Estos a menudo presentan desordenes psicopatológicos (Gupta & Gupta, 1997; Picardi, Abeni, Melchi, Puddu & Pasquini, 2000; Sharma, Koranne & Singh, 2001) que influyen en la manera como ellos se sienten respecto a su cuerpo, su tratamiento y las relaciones con los demás.

En el vínculo médico-paciente se generan dificultades; por la misma cronicidad de la enfermedad, el paciente adopta una serie de conductas que lo transforman en paciente difícil. Gupta y Gupta (1996) llamaron "paciente difícil" a aquel que no responde a la terapéutica estándar o al que no logra una relación satisfactoria con el médico por presentar querellas infundadas, enojo injustificado y dificultades para establecer una relación de confianza interpersonal (Gupta & Gupta, 1996).

Muchos pacientes entablan con su médico una relación ambivalente que se manifiesta a través del mantenimiento de una doble distancia: se acercan con facilidad y piden ayuda y afecto; pero cuando lo van a recibir adoptan conductas evasivas y huidizas que los llevan incluso a cambiar de médico. Estas conductas de deambulación de médico en médico pueden llevarlo incluso a buscar soluciones mágicas. Cuando el paciente retorna al médico, su enfermedad se ha agravado, los análisis y prescripciones se multiplican, y todo resulta en un aumento de costos para el enfermo y para el sistema de salud, así como también una desconfianza y agotamiento en aumento (Ulnik, 1988).

La mayoría de las investigaciones concluye que es esencial mejorar la comunicación médico paciente y que el médico debe tener en cuenta el malestar subjetivo que el paciente presenta (Dubertret, 2006a; Dubertret, 2006b; Feldman Behnam, Behnam & Koo, 2005; Feldman, Koo, Menter & Bagel, 2005). Otras investigaciones sostienen que aplicar los principios de la dinámica psíquica y abordar los problemas que suscitan, puede mejorar la conceptualización de la relación médico-paciente, reforzar la alianza terapéutica y proporcionar un marco para el tratamiento de trastornos de conversión (Nash, Kent & Muskin 2009). Sin embargo estos estudios no especifican cómo hacer eso, ni sugieren herramientas para definir mejor la subjetividad a la que aluden, especialmente si está relacionada con aspectos intrapsíquicos. (Vardy, Besser, Amir, Gesthalter, Biton & Buskila, 2002).

El test de las distancias afectivas en pacientes con psoriasis, desarrollado en una investigación anterior (Ulnik, Monder, Czerlowski, Murata, Ubogui, Herrera Ceballos, Serrano Noguera, & Suárez

Martín, 2005) tiene como objetivo medir, caracterizar y evaluar la capacidad de los pacientes con psoriasis para establecer y diferenciar las distancias afectivas que mantienen en distintos tipos de vínculos. Se entiende por distancia afectiva la resultante de proyectar en la distancia física una vivencia intrapsíquica de distancia emocional. En esta presentación se trabajará específicamente la lámina que estudia la relación médico-paciente.

METODO

Participantes:

La muestra estuvo compuesta por dos grupos, un grupo de pacientes y un grupo control. El grupo de pacientes estuvo compuesto por 116 personas con psoriasis refractarios al tratamiento indicado por uno o más dermatólogos. Los mismos fueron seleccionados aleatoriamente de los centros asistenciales especializados en la atención de la psoriasis y de servicios de dermatología de hospitales públicos. El grupo control compuesto por 140 casos fue seleccionado al azar excluyendo los que presentaran patología psiquiátrica, enfermedad somática crónica o enfermedad dermatológica crónica o desfigurante.

Instrumento: Prueba de las Distancias Afectivas

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 imaginar que una de las figuras es el doctor y se le solicita poner la otra figura (el paciente) a la distancia que le parezca adecuada en esta relación. Luego debe justificar por qué ubicó las figuras a tal distancia.

La distancia en cada lámina es medida en milímetros y luego es categorizada en unidades Figura Humana (FH). La unidad FH corresponde al ancho de la figura autoadhesiva. Las categorías resultantes fueron las siguientes:

1. Contacto total: 0 a 2 mm. Las figuras impresa y autoadhesiva están superpuestas casi en su totalidad
2. Contacto parcial: 3 a 14 mm. Al menos media figura humana se superpone
3. Contacto de la mano: 15 a 17 mm. Solo los extremos de las figuras correspondientes a las extremidades superiores están en contacto
4. Sin distancia/sin contacto: 18 mm. Las figuras están juntas pero no se tocan
5. Media figura humana (1/2 FH): 19 a 27 mm. La distancia que separa a las figuras es como máximo de media figura humana
6. Una figura humana (1 FH): 28 a 35 mm.
7. 2 a 3 figuras humanas (2-3 FH): 36 a 69 mm.
8. 4 a 6 figuras humanas (4-6 FH): 70 a 120 mm.
9. 7 a 10 figuras humanas (7-10 FH): 121 a 188 mm.
10. 11 a 15 figuras humanas (11-15 FH): 189 a 273 mm.
11. Más de 15 figuras humanas (+15 FH): más de 273 mm.

Procedimiento: Se analizaron y compararon las distancias a la lámina de la Distancia Afectiva con el Doctor (Doctor-Paciente y Paciente-Doctor de la prueba de las distancias afectivas) Se analizaron las respuestas y explicaciones dadas por los participantes a esta lámina, que resultan indicadores de las fantasías intervinientes en la relación con el médico.

RESULTADOS

Para la lámina Doctor-Paciente se encontró que los pacientes ubicaban las figuras a una distancia menor en comparación con los controles ($M_{(pacientes)} = 5.82$; $DE_{(pacientes)} = 1.68$; $Mdn_{(pacientes)} = 6$; $M_{(controles)} = 6.51$; $DE_{(controles)} = 1.65$; $Mdn_{(controles)} = 7$). El mismo patrón de resultados se observó para la lámina Paciente-Doctor ($M_{(pacientes)} = 6.19$; $DE_{(pacientes)} = 1.89$; $Mdn_{(pacientes)} = 6$; $M_{(controles)} = 7.24$; $DE_{(controles)} = 1.54$; $Mdn_{(controles)} = 7$). Estas diferencias son estadísticamente significativas según las siguientes pruebas: U de Mann-Whitney = 5381.000; $p < .000$; Prueba Kruskal-Wallis = 22.445; $gI = 1$; $p = .000$; Prueba de la Mediana = 10.282; $gI = 1$; $p = .001$.

Lo que sigue es el análisis de las asociaciones que revelan factores inconscientes intervinientes cuando los pacientes se imaginan en ambos roles.

Hay tres tipos de respuestas posibles cuando se integran ambas láminas: que el paciente esté más lejos, que el doctor se ubique más lejos o que tengan la misma distancia.

En los que se colocan como médico más cerca que cuando son pacientes, se puede inferir distintos tipos de fantasías en relación a la función de los médicos o a su necesidad de cura. A modo de ejemplo se citarán dos, de fusión y de indiscriminación. El primero pega las figuras superpuestas y asocia "*me gusta ayudar a los demás, estar rodeada de pacientes que la sociedad discrimina, porque no les dan importancia, para que no se sientan solos*". La superposición de los cuerpos y el discurso de estar rodeada habla de sus necesidades de fusión. Proyecta en la sociedad lo que ella no puede hacer psíquicamente, "discriminar".

El otro coloca al doctor a una distancia de una figura humana y asocia "*Me gustaría cuidar a la gente como los doctores. En mi familia siempre ayudamos a gente que necesitaba*". Cuidar y ayudar se toman como sinónimos.

En la mayoría de estos casos se observa una transposición categorial de curar por estar cerca; como si la distancia física asegurara un control o mejoramiento de la enfermedad. La frase más recurrente que aparece es "*si fuera médico, estaría cerca de mis pacientes*".

En los pacientes que colocaban a igual distancia ambos roles se evidencia indiscriminación tanto por cómo colocan las figuras (entre media y una figura humana) buscando un contacto físico, como por sus asociaciones. "*Este hospital es como mi casa, nací acá... con eso digo todo*." Se evidencia que no diferencia el ámbito profesional y el hogareño. En estos casos se sigue recalando la cercanía, pero se observa una reciprocidad. Los pacientes se sienten cercanos al médico "*La relación con el médico siempre la sentí cercana*" y si ellos fueran doctores harían lo mismo "*Igual... yo como doctor estaría cerca si no hay relación no sirve*".

Por último los que colocan al doctor más lejos, respuesta menos frecuente, lo hacen en un intento de compensar y reparar lo que sienten como pacientes. Por ejemplo el paciente que siente demasiado cerca al doctor cuya asociación es "*Si bien sé que en el servicio están atentos y saben sobre mi enfermedad, a veces siento que te invaden, no me gusta que me saquen fotos, si faltó dos veces me llaman por teléfono y me preguntan por qué*", cuando él es doctor se ubica más lejos para contrarrestar sus vivencias de intrusión "*Si yo fuera doctor me gustaría estar cerca pero no hace falta estar encima del paciente*".

En los tres tipos de respuestas se observa como problemática central la indiscriminación. Los primeros la muestran acortando las dis-

tancias porque la proximidad física opera como promesa de curación. Los segundos manifiestan la indiscriminación en la confusión de ámbitos tratan al médico como si fuera un familiar. Los terceros frente al temor a quedar "superpuestos" se defienden alejándose. Las fantasías de perder la integridad y desaparecer en el otro, los llevan a adoptar conductas evitativas.

CONCLUSIONES

Se considera que la piel cumple funciones que atañen al yo en el plano psicológico. En este sentido funciona como límite entre el yo y el otro, entre el adentro y el afuera. La patología de piel coincide con fallas narcisísticas y carencias en la estructuración del yo. Es frecuente que los pacientes con enfermedades de la piel reflejen sus dificultades en el establecimiento de límites, en los modos vinculares que desarrollan.

De este estudio se concluye que los pacientes con psoriasis ubican las figuras más cerca que los controles. La relación entre la distancia en que colocaron la figura y las asociaciones discursivas evidencian el condicionamiento de motivaciones y fantasías inconscientes de fusión e indiscriminación. Se infiere que la necesidad del paciente de sentirse querido, protegido, o su necesidad de apego a los demás, se manifiesta en la dificultad para diferenciar el tipo de vínculo que mantiene con el médico de otras relaciones. Por eso confunden cercanía con asistencia médica, el consultorio con la casa propia, al médico con un familiar o amigo, o por el contrario desarrollan una actitud de distanciamiento y evitación frente al temor de ser invadidos.

Los pacientes con psoriasis establecen distancias afectivas particulares. Teniendo en cuenta que es una enfermedad crónica que necesita de un seguimiento continuo, es de vital importancia comprender el vínculo que establecen con su médico tratante.

BIBLIOGRAFIA

Dubertret, L. (2006a) Patient-based medicine. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 20, 73-76. doi: 10.1111/j.1468-3083.2006.01775.x

Dubertret, L. (2006b) Le Psoriasis: évolution et révolution. *Médecine/Sciences*, 22, 164-171.

Feldman, S.; Behnam, S.M.; Behnam, S.E. & Koo, J.Y. (2005) Involving the patient: impact of inflammatory skin disease and patient-focused care. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 53(1), Suplemento 1, S78-S85.

Feldman, S.R.; Koo, J.Y.; Menter, A. & Bagel, J. (2005) Decision points for the initiation of systemic treatment for psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 53, 101-107.

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.

Gupta, M. A.; & Gupta, A. K. (1996) Psychodermatology: An update. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34, 1030-1046.

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.

Nash, S.S.; Kent, L.K. & Muskin, P.R. (2009) Psychodynamics in Medically Ill Patients. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(6), 389-397. DOI: 10.3109/10673220903465726

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.

Sharma, N.; Koranne, R.V.; Singh, R.K. (2001) Psychiatric morbidity in psoriasis and vitiligo: a comparative study. *The Journal of Dermatology*, 28, 419-423.

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.

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.