

Nuestra experiencia en el servicio de dermatología del hospital general de agudos Dr. I. Pirovano

OUR EXPERIENCE IN THE DERMATOLOGY DEPARTMENT OF THE GENERAL ACUTE'S
HOSPITAL DR. I. PIROVANO



Abr - Jun 2011 | Vol. 92 N°2

Sección Psicodermatología
Rev. argent. dermatol. 2011; 92 (2): 45 - 51
Publicado en línea 2011, Junio / Published online 2011 June
Nuestra experiencia en el servicio de dermatología del Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano

Autores | Contacto

S Khaski *, RE Achenbach **, LJA Lococo ***, EH Pittaro ***,
M Liturri *** y MI Jorge ***

* Médica Dermatóloga y Especialista en Salud Mental, a cargo del Sector Psicodermatología. Hospital Dr. I. Pirovano.

** Jefe de Unidad Dermatología. Hospital Dr. I. Pirovano. Profesor Regular Adjunto. Departamento de Medicina. Dermatología. Universidad de Buenos Aires.

*** Médicos de Planta de la Unidad Dermatología. Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano.

Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano. - Monroe 3550 (1430). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Correspondencia: skhaski@gmail.com

Los autores declaramos no poseer ningún tipo de conflicto de interés.

RESUMEN

En este trabajo se presenta cómo funciona el sector de psicodermatología, en el servicio de dermatología de nuestro hospital. El objetivo principal de esta práctica, apunta a crear un puente entre las afecciones de la piel y los padecimientos emocionales, para tratar al paciente en forma integral. Toda nuestra experiencia está basada y apoyada, en la importancia que tiene para nosotros supla relación médico paciente.

SUMMARY

In this article it is presented how the psychodermatology section works, in the dermatology department of our hospital. The main objective of this practice aims to build a bridge between skin affections and emotional sufferings, in order to treat the patient in an integral way. All our experience is based and supported on the importance that the doctor-patient relationship has for us.

PALABRAS CLAVES

Psicodermatología; Puente; Entrevistas; Relación médico paciente.

KEY WORDS

Psychodermatology; Bridge; Interviews; Doctor-patient relationship.

INTRODUCCIÓN

Luego de años de trabajo con pacientes dermatológicos, comenzamos a pensar una forma de tratamiento para ellos que incluyera a los trastornos psíquicos, más allá de la piel, problemas que atraviesan esos enfermos en la vida diaria y cómo cada uno de ellos experimenta su problemática. Considerando las tres áreas de la conducta, según clasificación de Bleger¹: mente, cuerpo y relaciones interpersonales, nos planteamos cómo crear un dispositivo para estos pacientes, que nos fuera de utilidad. Así nació la idea de crear un puente psicodermatológico, donde los pacientes y profesionales pudiéramos transitar juntos, los problemas que los aquejan y por los que llegan a la consulta con el dermatólogo³. Tomamos como base fundamental la relación médico-paciente². Consideramos importante brindarles una atención integral, para que puedan desplegar sus aflicciones psíquicas y de la piel. Es así, que denominamos al sector donde lo desarrollamos: psicodermatología.

AMBIENTE Y MEDIO DE TRABAJO

Realizamos entrevistas durante 45 minutos, con una frecuencia cada dos o tres semanas, de acuerdo con las necesidades del paciente⁴. El total de las entrevistas también es flexible. Dichas entrevistas constan de dos momentos fundamentales: uno de ellos, lo utilizamos para examinar la piel del paciente (que ya fue exhaustivamente revisada por el dermatólogo referente); el otro, se dedica a una conversación de ida y vuelta, en la que preguntamos acerca de su vida, sus vínculos familiares y laborales, estableciéndose así, una relación interpersonal entre dos o más personas. A través de esta entrevista, el paciente relata escenas deseadas y temidas⁵, que expresan las fantasías acerca de su padecimiento y su pronóstico.

ENTREVISTAS

Se trata de entrevistas psicológicas, en las que se tienen en cuenta toda la información que el paciente nos brinda, tanto de su vida como de la historia de su enfermedad.

El aspecto fundamental de la entrevista, según Bleger, consiste en una relación humana en la que uno de los integrantes, trata de saber lo qué está pasando en la misma y debe actuar según ese conocimiento⁶. De ello dependerá que se satisfagan los objetivos posibles de la entrevista, tales como: la investigación, diagnóstico y posterior orientación, entre otros.

Las entrevistas son realizadas por una psicodermatóloga, que es una dermatóloga especializada en salud mental. En otras ocasiones, fueron realizadas en forma conjunta por una psicóloga y una dermatóloga; estas se efectúan en un consultorio del servicio de piel y el trabajo es en equipo, teniendo la posibilidad de conectarnos con el jefe de servicio o los médicos de planta, si alguna duda surgiera acerca del paciente por su patología de piel y/o tratamiento a seguir. Atendemos tres pacientes por mañana. La sección funciona una vez por semana, desde hace ocho años

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Las derivaciones al sector de psicodermatología, son realizadas por los dermatólogos de planta. Los enfermos son derivados luego de dos o más consultas, una vez que el médico ha podido conocer la problemática integral y entonces se le sugiere otro tipo de ayuda, que se le brindará en nuestro sector. Una derivación posible son los pacientes con dermatosis autoprovochadas: habiéndoles explicado la importancia del tratamiento de los trastornos psíquicos y cutáneos juntos, se les sugiere concurrir al sector. Aquellos que presentan enfermedades que se relacionan claramente con un factor psicológico, tales como: el vitiligo, dermatitis atópica, rosácea, alopecia areata, prurigo nodular, no se los deriva automáticamente sino que se establece una relación médico-paciente sólida y de confianza mutua. Si el caso lo requiere o el dermatólogo considera que sería de utilidad, se le sugiere que concurra a la sección de psicodermatología. También llegan a la sección pacientes, que al consultar al dermatólogo le preguntan si su dermatosis puede estar causada por «los nervios», lo que lleva al médico a profundizar en lo psicosocial y a encontrar estados de angustia, ansiedad y a veces de franca depresión.

ENFOQUE TEÓRICO

Apunta a un modelo de trabajo integral, ofreciendo al paciente una unidad psicodermatológica, con el fin de proporcionar el sostén y el encuadre ⁷ necesario, para que él pueda integrar sus padecimientos de piel con los psíquicos, logrando así la integración psicosomática, es decir, la residencia de la psique en el soma: el verdadero ser, una continuidad existencial. ⁸Nuestro repertorio incluye: intervenciones, señalamientos, preguntas, asociaciones y sugerencias.

También interpretamos al psiquismo como algo en permanente modificación, a partir de la interacción con el entorno.

Enfatizamos la importancia del entorno como ambiente propicio, para crear vínculos nuevos o restituir otros que se han interrumpido, produciéndose así una malla de sostén ⁹ para el paciente. Es por ello, que preferimos sumarnos a la consulta dermatológica clínica realizada previamente. Nos pareció oportuno, incluir en el presente trabajo una viñeta, correspondiente a un caso clínico de una paciente tratada por nosotros, como forma de ilustrar nuestro modo de trabajo

CASO ANA (nombre no real)

Entrevista 1

Mujer de 25 años que consulta por tricotilomanía ¹⁰, de diez años de evolución. Llegó a la sección luego de haber tenido dos consultas con una colega de nuestro servicio, quien le sugirió que nos viera. Se toman sus datos personales: estudia edición, trabaja como vendedora de libros, vive con sus padres, sus dos hermanos y una abuela. Sabe que tiene tricotilomanía y nos cuenta que buscó en Internet información, se conectó con un grupo de gente que la padece y se entristeció mucho, leyendo los relatos de la gente. No obstante ello, no quiso conocerlos personalmente. Refiere que también se siente triste después del arrancado del cabello. Está de novia hace un año y medio, comparte su enfermedad con el novio, quien la alentó a consultar. Primero acudió a un médico

clínico y luego consultó con el dermatólogo, con la expectativa de obtener una ayuda psicológica. Clínicamente, su cabello está cubierto por hebillas en forma de corona para despejar su cara, dice que su cabello le molesta. Al revisar su cuero cabelludo, presenta varias placas alopecicas con pelos cortados a distintos niveles, predominantemente en ambas regiones parietales y dos o tres placas en regiones temporales. Nos refirió que necesita ayuda para superar su trastorno.

Entrevista 2

Nos relata cómo es el ritual para arrancarse el pelo: se encierra en su cuarto, se acaricia primero el cuero cabelludo y luego tira del pelo hasta arrancarlo, refiere que es consciente de este acto desde sus 20 años y que antes de esa edad, se encontraba con los pelos caídos en el piso que había arrancado, sin darse cuenta cuándo o cómo lo había hecho. Cree que su padecimiento comenzó en la época que enfermó su abuelo, con quien vivió unos años separada del resto de su familia y donde se sentía cómoda y tranquila. Actualmente no vive de la misma manera, debido a los conflictos que se suscitan con su hermana, a quien describe como una persona de carácter fuerte, lo que es difícil para nuestra paciente, ya que le cuesta mucho expresar su enojo y su ira!

Entrevistas 3, 4, 5 (mensuales)

Nos comenta que le gustaría sacarse más rápidamente el hábito de tirarse del pelo. Clínicamente, se constata que persisten sus placas alopecicas en zonas parietales y temporales. Junto a la dermatóloga que la derivó decidimos indicarle una loción capilar rubefaciente, a la que invertimos de una especial importancia para que realice masajes por su cuero cabelludo, indicándole que repita su ritual de acariciar el cuero cabelludo con la loción e intentando no arrancar el pelo y sí masajearlo. La paciente vuelve con buenos resultados. Nos relata que en este tiempo solo hubo tres días en que se arrancó el pelo, debido a que estuvo sometida a una gran tensión por exámenes que debía rendir y luego pudo ir controlando el arrancado. Clínicamente se observó una mejoría en sus placas. La paciente no pudo concurrir antes debido a problemas laborales y por haber padecido una infección urinaria. Las placas están poblándose de pelos y el aspecto de su cabello (densidad y calibre) mejoró ostensiblemente. Usa menos hebillas para sujetar su cabello y nos refiere que la mejoría de su tricotilomanía, fue el logro más importante de ese año.

EVOLUCIÓN

En las próximas entrevistas, que se realizaron una vez por mes, la paciente siguió mejorando y relata episodios esporádicos de arrancado de pelo, por ejemplo, cuando se siente muy tensionada como cuando tiene el ciclo menstrual. Sigue con los masajes con la loción. Creemos que la paciente al haber encontrado un lugar confiable y vínculos estables con nosotros, pudo crear un espacio que le permitió: hablar, desplegar y elaborar su conflicto familiar y de este modo pudo disminuir el nivel de ansiedad, que sostenía la compulsión al síntoma. También pudo ampliar su red de confianza en su entorno social y familiar.

Finalmente, a fines del año 2005 se casó. Se encuentra más conforme con el estado de su enfermedad, ya que su cabello luce mucho mejor. Clínicamente, solo se observan dos placas pequeñas con pelos cortados en la zona parietal. Actualmente sigue bajo control evolutivo.

Pensamos que la indicación de la loción fue una intervención operativa, que nos permitió tratar una patología difícil con tratamiento tópico apoyado, en una relación de confianza mutua entre la paciente y las profesionales. Esta circunstancia permitió cambiar el sentido de la aproximación a la zona del conflicto, ya que la misma paciente pudo reemplazar ruptura del pelo por reparación con los masajes.

CONCLUSIÓN

En este caso la paciente se sintió cómoda, ha podido hablar de sus padecimientos psíquicos y dermatológicos e incluso relacionarlos. Desde el punto de vista dermatológico, presentó una notable mejoría en su apariencia física, que le permitió llevar una vida socialmente aceptable.

COMENTARIOS

Estamos convencidos que la relación de confianza mutua que se va creando entre los pacientes y nosotros, permite un acercamiento al campo psicológico. Por lo tanto, puede ser aprovechado para algunos pacientes, que necesiten una psicoterapia en el futuro. Este espacio también ha sido de utilidad, en aquellos pacientes para los que fue suficiente aliviar sus padecimientos, a través de las entrevistas de atención integral.

Nos preguntamos: ¿por qué con tan pocas intervenciones hay modificaciones sustanciales, en los padecimientos de los enfermos? Lo que es poco para nosotros es mucho para ellos.

Nuestro propósito es seguir estudiando estos casos y otros nuevos, con el fin de ir sumando recursos para nuestro trabajo, en la prevención y tratamiento de los trastornos dermatológicos. Es nuestro deseo, compartir este punto de vista acerca de lo importante que es brindar al paciente un tiempo y un espacio, donde pueda ser atendido y rescatar el papel del dermatólogo como médico de cabecera.

Agradecimientos:

Dr. Hernán Kesselman, Médico Psiquiatra y Psicoanalista.

Silvia Schejtman y Graciela Felner: Licenciadas en Psicología.

REFERENCIAS

1. Bleger J. Conducta. En: Psicología de la Conducta. Editorial Paidós. Segunda Edición. Buenos Aires. 1983; 23-37.
2. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Editorial Libros Básicos. Buenos Aires. 1961; 9-218.
3. McDougall J. El individuo psicósomático. En: Alegato por una cierta Anormalidad. Editorial Paidós. Segunda Edición. Buenos Aires. 2004; 307-309.

4. Parat C. El trabajo habitual del psicopatólogo. En Calatroni M: Pierre Marty y la psicopatología. Editorial Amorrortu. Única Edición. Buenos Aires. 1998; 182-198.
5. Kesselman H y col. Escenas temidas del coordinador de grupos. Editorial Fundamentos. Primera Edición. Madrid. España. 1977; 9-92.
6. Bleger J. La entrevista psicológica y Ensayo de categorización de entrevista. En: Temas de Psicología (Entrevista y grupos). Editorial Nueva Visión. Primera Edición. Buenos Aires. 1985; 7-45.
7. Nemirovsky CD. Encuadre, salud e interpretación. En: Winnicott hoy. Editorial Psimática. Primera Edición. Madrid. España. 2008; 273-294.
8. Winnicott DW. El trastorno psicopatológico. En: Exploraciones Psicoanalíticas I. Editorial Paidós. Única Edición. Buenos Aires. 1991; 130-142.
9. Winnicott DW. La teoría de la relación entre progenitores-infantes (1960). En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Editorial Paidós. Primera Edición. Buenos Aires. 1993; 47-72.
10. Hautmann G, Hercogova J y Torello L. Trichotillomania. Departamento de Dermatología y Venereología. Universidad de Florencia. Universidad de Praga. J Am Acad Dermatol 2002; 807-825.