

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i5.11431>

Dermatología narrativa aplicada a la psoriasis: un modelo para integrar la experiencia del paciente en la consulta dermatológica

Narrative dermatology in psoriasis: A model for integrating patient experience in dermatologic practice.

Adameck Abraham Hernández Collazo

Resumen

ANTECEDENTES: Las enfermedades cutáneas afectan no sólo la dimensión biológica, sino también la identidad corporal, la calidad de vida y las interacciones sociales de los pacientes. La medicina narrativa, desarrollada por Rita Charon, propone un enfoque complementario para comprender las vivencias del paciente, optimizar la comunicación clínica y favorecer una atención centrada en la persona.

OBJETIVOS: Analizar los fundamentos conceptuales de la medicina narrativa y proponer un modelo estructurado para integrar la experiencia del paciente en la consulta dermatológica.

METODOLOGÍA: Revisión narrativa de las bases de datos PubMed y Scopus de los últimos 15 años. Se utilizaron las palabras clave medicina narrativa, calidad de vida en dermatología y estigmatización en enfermedades cutáneas.

RESULTADOS: La integración de enfoques narrativos a la práctica dermatológica diaria podría incorporar dimensiones psicológicas y sociales de los pacientes que no son capturados por instrumentos cuantitativos de calidad de vida, particularmente en enfermedades crónicas como la psoriasis. A partir de estos principios, se propone un modelo estructurado de seis fases para la adaptación narrativa en la consulta.

CONCLUSIONES: La dermatología narrativa representa un enfoque complementario que permite integrar la evidencia clínica con la experiencia subjetiva del paciente, ampliando la comprensión del efecto psicosocial de las enfermedades cutáneas, como la psoriasis.

PALABRAS CLAVE: Medicina narrativa; psoriasis; enfermedades de la piel; calidad de vida; relación médico-paciente.

Abstract

BACKGROUND: Skin diseases affect not only the biological dimension of the skin but also patients' body identity, quality of life, and social interactions. Narrative medicine, developed by Rita Charon, proposes a complementary approach to understand patients' lived experiences, improve clinical communication, and promote patient-centered care.

OBJECTIVES: To analyze the conceptual foundations of narrative medicine and to propose a structured model for integrating patient experience into dermatological consultation.

METHODOLOGY: A narrative review of the literature was conducted using the PubMed and Scopus databases, including articles published in the last 15 years. The keywords

Dermatólogo. Profesor de Dermatología, Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.

ORCID

<https://orcid.org/0000-0002-8248-7208>

Recibido: marzo 2026

Aceptado: abril 2026

Correspondencia

Adameck Abraham Hernández Collazo
adameckderma@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Hernández-Collazo AA. Dermatología narrativa aplicada a la psoriasis: un modelo para integrar la experiencia del paciente en la consulta dermatológica. Dermatol Rev Mex 2026; 70 (5): 646-656.

narrative medicine, quality of life in dermatology, and stigmatization in skin diseases were used.

RESULTS: *The integration of narrative approaches into dermatological practice may incorporate psychological and social dimensions that are not always captured by quantitative quality-of-life instruments, particularly in chronic conditions such as psoriasis. Based on these principles, a structured six-phase model for narrative integration during dermatological consultation is proposed.*

CONCLUSIONS: *Narrative dermatology represents a complementary approach that integrates clinical evidence with the patient's subjective experience, expanding the understanding of the psychosocial impact of skin diseases such as psoriasis and strengthening the physician-patient relationship.*

KEYWORDS: *Narrative medicine; Psoriasis; Skin diseases; Quality of life; Physician-patient relations.*

ANTECEDENTES

Durante la exploración dermatológica de un paciente que padece psoriasis coexisten dos procesos simultáneos: la descripción objetiva de las lesiones y la comprensión de la experiencia emocional y social del paciente. Esta dualidad refleja la tensión entre la evaluación clínica tradicional y la percepción subjetiva de la enfermedad.¹

A partir del siglo XX, la dermatología ha privilegiado el modelo biomédico de enfermedad (*disease model*), centrado en ver, medir y tratar las lesiones mediante protocolos y algoritmos diagnósticos estrictos. Si bien se han desarrollado escalas validadas para evaluar el efecto psicosocial de las enfermedades cutáneas, gran parte de las experiencias subjetivas, como ansiedad social, miedo al rechazo o vergüenza, no se reflejan completamente en estos instrumentos, y su intensidad no siempre se correlaciona con la extensión o severidad clínica.²

Reconocer y comprender estas dimensiones requiere más que medidas cuantitativas: es ne-

cesario integrar la narrativa del paciente en la evaluación clínica, que permita una comprensión más completa del efecto de la enfermedad y favorezca intervenciones centradas en el paciente.

La medicina narrativa, conceptualizada por Rita Charon,¹ médica internista y fundadora del Departamento de Humanidades Médicas y Ética de la Universidad de Columbia, insiste en la importancia del historial del paciente como herramienta diagnóstica, terapéutica y educativa. Si bien la bibliografía acerca de la medicina narrativa se ha explorado en algunos campos, como medicina interna, cardiología o cuidados paliativos, su aplicación directa y específica en dermatología permanece escasamente formalizada.³

Sin embargo, debido a la naturaleza visible y socialmente significativa de las enfermedades cutáneas, la dermatología constituye un campo especialmente fértil para integrar métodos narrativos que complementen los enfoques clínicos tradicionales. La dermatología narrativa aplica estos principios al ámbito cutáneo, integra la

dimensión subjetiva de la enfermedad con la evidencia clínica. Esta integración permite a los profesionales comprender no sólo la enfermedad, sino también la experiencia vivida por el paciente, incluida su percepción de la enfermedad, el apego a los tratamientos y sus expectativas respecto de la intervención médica.¹ En este modelo narrativo, Arthur Kleinman, antropólogo médico, distingue dos dimensiones en el proceso del enfermo: enfermedad (*disease*), como la condición fisiopatológica objetiva, diagnosticable, medible y tratable; y padecimiento (*illness*), como la experiencia subjetiva del paciente, incluido su sentir, interpretación y vivencias.⁴

Los objetivos de este artículo fueron analizar los fundamentos conceptuales de la medicina narrativa y proponer un modelo estructurado para integrar la experiencia del paciente en la consulta dermatológica.

METODOLOGÍA

Revisión narrativa de las bases de datos PubMed y Scopus, incluidos artículos publicados en inglés y español durante los últimos 15 años, con palabras clave: medicina narrativa, calidad de vida en dermatología y estigmatización en enfermedades cutáneas. Se incluyeron artículos originales, revisiones y textos teóricos relevantes para la construcción del marco conceptual.

RESULTADOS

Justificación del modelo narrativo en dermatología

La incorporación de un enfoque narrativo en dermatología puede comprenderse a través del concepto *Le Moi-peau* (1985) del psicoanalista francés Didier Anzieu, quien describió la piel como una envoltura primaria que opera simultáneamente como límite corporal y soporte estructural de la identidad. Desde esta pers-

pectiva, más allá de un órgano con funciones biológicas como barrera inmunitaria o termorregulación, es una membrana de inscripción simbólica y mediadora de la interacción social e identidad corporal.⁵

Por lo tanto, las alteraciones cutáneas visibles pueden percibirse como interrupciones de la continuidad del yo, independientemente de su extensión objetiva, que explica la frecuente discordancia entre índices de gravedad clínica y la carga subjetiva descrita por pacientes, particularmente cuando las lesiones afectan áreas de alta visibilidad o relevancia simbólica.⁶

En la práctica clínica, este efecto psicosocial se evalúa, habitualmente, mediante instrumentos validados, como el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI), cuestionario de 10 ítems que mide el efecto de la enfermedad en síntomas, actividades diarias, ocio, trabajo, relaciones y tratamiento;⁷ así como Skindex, que explora los dominios síntomas, funcionamiento y afección.⁸ Estas escalas han demostrado reproducibilidad, consistencia interna y sensibilidad a modificaciones terapéuticas, lo que ha permitido estandarizar la medición del efecto de las enfermedades cutáneas.⁹ Sin embargo, por la naturaleza estructurada y cuantitativa, estos instrumentos pueden no captar plenamente dimensiones subjetivas más complejas, como alteraciones en la identidad corporal, experiencias de estigmatización anticipatoria, reconfiguración de proyectos de vida o significados personales atribuidos a la enfermedad.¹⁰

Los resultados del metanálisis de Kowalewska en pacientes con psoriasis mostraron que algunas dimensiones, como la estigmatización, satisfacción con la vida y autoestima, no son completamente capturadas por el DLQI por sí solo.¹⁰ Por lo tanto, ambos enfoques no deben considerarse excluyentes: la incorporación del modelo narrativo como complemento a los instrumentos tradicionales de calidad de vida

permite contextualizar los resultados cuantitativos y ampliar la comprensión de la experiencia del paciente. De esta manera se fortalece la comunicación clínica y se favorece la atención verdaderamente centrada en la persona.

Fundamentos teóricos de la dermatología narrativa

El modelo de medicina narrativa desarrollado en la Universidad de Columbia desde 1996 constituye el fundamento conceptual de la dermatología narrativa.¹¹ En él, se propone el desarrollo de tres competencias centrales: atención, representación y afiliación.

1. **Atención o escucha atenta:** La atención tónica es, en el quehacer diario de la medicina, el hábito mental de apertura y disposición para integrar las fuentes de información distintas: los hallazgos físicos, imágenes diagnósticas y mediciones de laboratorio, el lenguaje explícito y, a veces, lógico del paciente, y el desorganizado, como la intención de las palabras, los silencios, gestos, expresiones faciales y posturas corporales. La escucha atenta implica seriedad y silencio, absorber el relato sin prejuicios captando los hechos médicos, a la vez que angustias, miedos y el contexto emocional del paciente.^{1,11} En dermatología, la atención narrativa implica escuchar la cronología emocional de la lesión: “desde que me divorcié, me aparecieron ronchas”, e identificar el lenguaje metafórico cutáneo: “como si quisiera arrancarme la piel”, “queman como agujas”. La práctica dermatológica requiere una doble lectura: clínica y simbólica.
2. **Representación:** Implica la capacidad para interpretar y estructurar el relato del paciente, identificando significados explícitos e implícitos, expresados me-

dante palabras, imágenes o símbolos. Este proceso permite validar la experiencia del paciente más allá de los síntomas físicos.^{1,11}

En dermatología, la representación narrativa no implica modificar la estructura del expediente clínico tradicional, sino incorporar significado a los signos clínicos. Por ejemplo, en la historia clínica convencional podría registrarse: “Paciente con diagnóstico de dermatitis atópica moderada, SCORAD 27. Prurito nocturno”. En contraste, una representación narrativa podría expresarse como: “Paciente con dermatitis atópica moderada, SCORAD 27. Refiere prurito nocturno que le impide dormir y evita usar ropa de manga corta en su trabajo debido a la vergüenza que le generan las placas de eccema”.

Charon propuso la elaboración de una historia clínica paralela, en la que los médicos registran representaciones reflexivas en breves anotaciones (de cinco a diez líneas) a modo de microdiario clínico. Este ejercicio favorece la reflexión acerca del encuentro médico-paciente y contribuye a prevenir la despersonalización médica, fortaleciendo la empatía hacia los pacientes.¹

3. **Afiliación o vinculación:** Es el objetivo final del modelo narrativo: establecer un vínculo de empatía genuina entre los interlocutores. Esta conexión puede disminuir la sensación de aislamiento y favorecer una colaboración terapéutica única, efectiva y humanizada.¹ En dermatología, donde muchas enfermedades son crónicas e intermitentes y ocasionan heridas sociales, se ha propuesto que este vínculo podría favorecer el apego terapéutico y disminuir la sensación de deslegitimación.

En este marco, la dermatología narrativa integra dimensiones biológicas, psicológicas y sociales dentro del acto clínico. En la práctica, implica ajustar estrategias terapéuticas considerando el contexto narrativo del paciente, identificar señales tempranas de sufrimiento psicosocial, integrar intervenciones complementarias cuando sea necesario y reconocer los límites del acto médico.

Aplicabilidad clínica

La incorporación del modelo narrativo en dermatología no pretende sustituir la evaluación clínica tradicional, sino complementarla mediante la integración sistemática de la experiencia subjetiva del paciente dentro del proceso diagnóstico y terapéutico. Con el fin de operacionalizar los principios de dermatología narrativa y basado en las propuestas operacionales de Charon,¹ se expone el siguiente modelo estructurado en seis fases complementarias para la consulta clínica:

Figura 1

Protocolo de integración narrativa en consulta dermatológica

Fase 1. Preparación (10- 15 segundos antes de comenzar a hablar)

Objetivo: activar la atención plena.

Antes de comenzar la anamnesis, el médico se formula algunas preguntas internas:

- ¿Qué actitud estoy observando en el paciente?
- ¿Qué actitud tengo ante el paciente: prisa o apertura?

Fase 2. Apertura narrativa estructurada (1 minuto)

Objetivo: abrir un espacio al diálogo: “Cuénteme cómo empezó esto”.

Se debe permitir hablar al paciente al menos 45 a 60 segundos sin interrumpir. Rhoades y



Figura 1. Protocolo de integración narrativa en la consulta dermatológica.

colaboradores, en un estudio observacional, demostraron que el médico tarda un promedio de 12 segundos en hacer la primera interrupción durante el discurso libre del paciente.¹²

Luego debe orientar al paciente en tres elementos narrativos:

- **Evento inicial:** ¿Cuándo inició el problema?
- **Punto de quiebre:** ¿Cuándo dejó de ser algo tolerable?
- **Significado personal:** ¿Qué es lo que más le preocupa?

Fase 3. Reconstrucción reflexiva (30 segundos)

Objetivo: generar conexión y validación, corrección de errores y organización diagnóstica.

El médico reformula la historia en voz alta, para dar coherencia a la información, por ejemplo: “Entonces empezó como una mancha pequeña hace seis meses, pero ahora que creció le preocupa que pueda ser algo más grave”.

Fase 4. Exploración dermatológica

Objetivo: prevenir la exploración automática.

Previo a comenzar la exploración clínica e instrumentada se plantea la pregunta interna:

- ¿Qué hipótesis estoy evaluando?
- ¿Qué estoy buscando exactamente?

Por ejemplo: red pigmentada de pigmento, vasos arborizantes, escamas pilares, etc.

Fase 5. Dimensión del impacto en vida diaria

Objetivo: identificar afección en esferas de la calidad de vida

Una sola pregunta dirigida:

- ¿En qué le afecta esto en su vida diaria?

La respuesta se clasifica en: funcional, emocional, social o identitaria. Esta repercusión referida puede orientar para la elección de instrumentos validados de calidad de vida. Por ejemplo, en las limitaciones prácticas, como en áreas de trabajo, sueño o actividades cotidianas, puede aplicarse el cuestionario DLQI; mientras que si el discurso se centra en vergüenza, estigma, angustia o autoimagen, será más adecuado aplicar el instrumento Skindex-16.

Fase 6. Integración clínica

Objetivo: integrar el enfoque técnico de la medicina basada en evidencias con la visión narrativa del paciente para crear un plan de tratamiento.

El dermatólogo resume el historial del paciente y organiza el plan médico de acuerdo con los hallazgos de ambos enfoques.

Aplicabilidad educativa

La dermatología narrativa constituye también un campo emergente para la formación académica en medicina. Los ejercicios de narrativa clínica, la revisión reflexiva de casos escritos y el análisis de interacciones médico-paciente permiten desarrollar competencias relacionadas con la empatía, la comunicación clínica y el pensamiento crítico.¹³ Asimismo, la exposición reflexiva a artes visuales y narrativas, como pintura, escultura, cine o literatura, podría contribuir a mejorar la capacidad de observación y la precisión descriptiva de las lesiones cutáneas.^{14,15}

Un ejemplo de estas estrategias es *The Art of Observation*, un programa optativo de la Escuela de Medicina de la Universidad de Texas que entrena habilidades de observación estética mediante sesiones en el Museo de Arte de

Dallas. Este programa ha demostrado mejorar la capacidad de observación clínica y el lenguaje descriptivo utilizado por los estudiantes para analizar patrones visuales, además de asociarse con una reducción del agotamiento durante la carga académica.¹⁶ Experiencias similares se han replicado en especialidades médicas de fuerte componente visual, como la oftalmología.¹⁷

La lectura reflexiva de métodos narrativos, como relatos de pacientes, fragmentos literarios o testimonios de enfermedad, también se ha incorporado en sesiones académicas orientadas al desarrollo de la capacidad narrativa y la empatía clínica.¹³ Estas intervenciones suelen estructurarse mediante una secuencia pedagógica que incluye lectura atenta, reflexión escrita y discusión grupal, que muestra un efecto positivo en el desarrollo del conocimiento clínico y en habilidades de comunicación y empatía.¹⁸

En el contexto universitario mexicano se han desarrollado experiencias docentes orientadas a integrar la narrativa con la enseñanza dermatológica, con el propósito de ampliar la comprensión de la enfermedad cutánea más allá de su dimensión exclusivamente morfológica. Entre estas iniciativas está la elaboración de textos literarios, como el Atlas de Enfermedades Raras y Fantásticas del Departamento Editorial de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, que articula la descripción semiológica rigurosa con una construcción literaria simbólica.¹⁹ Este recurso busca fortalecer la observación clínica, la memoria conceptual y la reflexión ética mediante el uso de dispositivos imaginativos aplicados a afecciones dermatológicas complejas. Estas aproximaciones se inscriben dentro del campo de las humanidades médicas, que propone el uso de herramientas artísticas y narrativas para fortalecer habilidades clínicas fundamentales, como la observación, la interpretación y la comunicación con el paciente.

Desafíos y limitaciones

A pesar de su potencial como marco integrador para la práctica clínica, la incorporación de la dermatología narrativa enfrenta diversas limitaciones conceptuales y operativas. En entornos hospitalarios, aproximadamente el 40% de los pacientes atendidos en consulta externa de dermatología requieren la práctica de algún procedimiento diagnóstico durante la consulta.²⁰ Sin embargo, el tiempo promedio de atención en centros institucionales suele ser inferior a 15.5 minutos,²¹ por lo que la elevada carga asistencial y el contexto de consultas breves pueden limitar la incorporación sistemática de estrategias narrativas extensas. Por ello, el modelo propuesto en este trabajo implicaría un incremento aproximado de 120 segundos en la consulta clínica habitual.

Del mismo modo, la medicina narrativa requiere un adiestramiento específico para reducir al mínimo la influencia de la interpretación hermenéutica subjetiva en la comprensión del relato del paciente.^{11,13} Esta dimensión interpretativa puede introducir variabilidad en su aplicación y plantea desafíos para su estandarización dentro de modelos asistenciales altamente protocolizados.

Por último, aunque la medicina narrativa ha documentado beneficios en ámbitos como la comunicación clínica, la empatía profesional y la formación médica, la evidencia empírica específica de su aplicación en medicina general, y particularmente en dermatología, aún es limitada.¹³ En consecuencia, los estudios futuros deberán explorar de manera sistemática la repercusión de intervenciones narrativas en variables clínicas relevantes, como el apego terapéutico, la calidad de vida y la percepción de estigmatización en pacientes con enfermedades cutáneas.

CONCLUSIONES

La dermatología narrativa propone integrar la medicina basada en evidencia con la comprensión

narrativa del padecimiento cutáneo. Debido a que la piel constituye simultáneamente un órgano biológico y un marcador visible de identidad social, la consulta dermatológica representa un espacio particularmente adecuado para incorporar estrategias narrativas que permitan comprender la experiencia del paciente más allá de la lesión observable. Algunas enfermedades, como la psoriasis, ejemplifican de manera clara esta interacción entre manifestaciones clínicas y experiencia subjetiva. La implementación de modelos estructurados de integración narrativa, como el propuesto en este trabajo, podría contribuir a fortalecer la comunicación clínica, mejorar la alianza terapéutica y ampliar la comprensión del efecto psicosocial de las enfermedades cutáneas.

DECLARACIONES

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses.

Financiamiento

El autor declara no tener relación comercial o financiera con algún patrocinador.

Uso de IA

Se usaron herramientas de apoyo para la revisión ortográfica y sintaxis del manuscrito, así como para la corrección de estilo y la traducción del resumen al inglés. El contenido científico es responsabilidad del autor.

Contribución de los autores

Al tratarse de un autor único, el diseño, recopilación de información, lectura, análisis, redacción y edición los realizó el mismo autor.

Declaración de derechos humanos y de los animales

No se hicieron experimentos con humanos ni animales.

Consentimiento informado

No existen datos personales ni imágenes de pacientes, por lo que no existe consentimiento informado para el uso de datos personales o imágenes de pacientes.

Referencias clave

1. Charon R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. 1st ed. Oxford: Oxford University Press, 2008.
2. Miller E, Balmer D, Hermann N, et al. Sounding narrative medicine: studying students' professional identity development at Columbia University College of Physicians and Surgeons. *Acad Med* 2014; 89 (2): 335-342. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000098>
3. Milota MM, van Thiel GJ, van Delden JJ. Narrative medicine as a medical education tool: a systematic review. *Med Teach* 2019; 41 (7): 802-810. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1584274>
4. Haidet P, Jarecke J, Adams NE, et al. A guiding framework to maximise the power of the arts in medical education: a systematic review and metasynthesis. *Med Educ* 2016; 50 (3): 320-331. <https://doi.org/10.1111/medu.12925>
5. He B, Prasad S, Higashi RT, Goff HW. The art of observation: a qualitative analysis of medical students' experiences. *BMC Med Educ* 2019; 19: 234. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1671-2>

Permisos

La imagen en este texto es original, diseñada por el autor.

REFERENCIAS

1. Charon R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. 1st ed. Oxford: Oxford University Press, 2008.
2. Ferreira IG, Weber MB, Bonamigo RR. History of dermatology: the study of skin diseases over the centuries. *An Bras Dermatol* 2021; 96 (3): 332-345. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.09.006>
3. Cunningham J. Narrative medicine: a clinical tool for the oncology advanced practitioner. *J Adv Pract Oncol* 2026; 17 (7): 1-5. <https://doi.org/10.6004/jadpro.2026.17.7.4>
4. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. 1st ed. New York: Basic Books, 1988.
5. Consoli SG. Le moi-peau. *Med Sci (Paris)* 2006; 22 (2): 197-200. <https://doi.org/10.1051/medsci/2006222197>
6. Nabieva K, Vender R. Quality of life and body region affected by psoriasis: a systematic review. *Actas Dermosifiliogr* 2023; 114 (1): 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.07.021>
7. Finlay AY, Khan GK. Dermatology life quality index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19 (3): 210-216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x>
8. Chren MM. The Skindex instruments to measure the effects of skin disease on quality of life. *Dermatol Clin* 2012; 30 (2): 231-236. <https://doi.org/10.1016/j.det.2011.11.003>

9. Restrepo C, Escobar Valencia C, Mejía Giraldo AM, et al. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en dermatología. *Iatreia* 2013; 26 (4): 467-475.
10. Kowalewska B, Jankowiak B, Krajewska-Kulak E, Milewski R, Sobolewski M. Skin-disease specific and generic psychometric measures in patients with psoriasis. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2021; 11 (6): 1999-2015. <https://doi.org/10.1007/s13555-021-00609-6>
11. Miller E, Balmer D, Hermann N, et al. Sounding narrative medicine: studying students' professional identity development at Columbia University College of Physicians and Surgeons. *Acad Med* 2014; 89 (2): 335-342. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000098>
12. Rhodes DR, McFarland KF, Finch WH, Johnson AO. Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med* 2001; 33 (7): 528-532.
13. Milota MM, van Thiel GJ, van Delden JJ. Narrative medicine as a medical education tool: a systematic review. *Med Teach* 2019; 41 (7): 802-810. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1584274>
14. Yu M. When I say... narrative competence. *Med Educ* 2017; 51 (12): 1203. <https://doi.org/10.1111/medu.13374>
15. Haidet P, Jarecke J, Adams NE, et al. A guiding framework to maximise the power of the arts in medical education: a systematic review and metasynthesis. *Med Educ* 2016; 50 (3): 320-331. <https://doi.org/10.1111/medu.12925>
16. He B, Prasad S, Higashi RT, Goff HW. The art of observation: a qualitative analysis of medical students' experiences. *BMC Med Educ* 2019; 19: 234. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1671-2>
17. Gurwin J, Revere KE, Niepold S, et al. A randomized controlled study of art observation training to improve medical student ophthalmology skills. *Ophthalmology* 2018; 125 (1): 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2017.06.031>
18. Maurer MS, Costley AW, Miller PA, et al. The Columbia Cooperative Aging Program: an interdisciplinary and interdepartmental approach to geriatric education for medical interns. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54 (3): 520-526. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00616.x>
19. Hernández-Collazo AA, Aguayo-Vargas BA. Atlas de enfermedades raras y fantásticas de la piel. 1ª ed. México: Red de Editoriales Universitarias y Académicas de México, 2024.
20. Bauer J, Maroon M. Dermatology inpatient consultations: a retrospective study. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62 (3): 518-519. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2009.06.030>
21. Wong JLC, Vincent RC, Al-Sharqi A. Dermatology consultations: how long do they take? *Future Hosp J* 2017; 4 (1): 23-26. <https://doi.org/10.7861/futurehosp.4-1-23>

EVALUACIÓN

1. Según la fundamentación teórica planteada en el texto con base en el modelo del antropólogo médico Arthur Kleinman, ¿cuál es la distinción conceptual entre *disease* e *illness*?
 - a) *disease* se refiere a la experiencia social del estigma; *illness* se refiere al tratamiento farmacológico instituido
 - b) *disease* es la condición fisiopatológica objetiva; *illness* es la experiencia subjetiva del paciente
 - c) *disease* es la percepción psicológica individual; *illness* es la medición mediante escalas epidemiológicas
 - d) tanto *disease* como *illness* representan alteraciones puramente tisulares de la barrera cutánea
2. En el artículo, ¿cómo explica el concepto psicoanalítico de 'Le Moi-peau' (Didier Anzieu) la discordancia entre la gravedad clínica objetiva y la carga subjetiva experimentada por el paciente?
 - a) define la superficie cutánea como un trasmisor neurológico que regula la respuesta periférica al prurito
 - b) concibe la piel como un soporte de la identidad, donde la lesión vulnera la continuidad del yo
 - c) describe la piel exclusivamente como una barrera impermeable que aísla al paciente de las emociones del entorno
 - d) clasifica las lesiones dermatológicas según su nivel de infiltración en el tejido celular subcutáneo

3. Dentro del marco conceptual desarrollado por Charon en la Universidad de Columbia, ¿cuáles son las tres competencias nucleares que estructuran la medicina narrativa?
 - a) observación, diagnóstico formal y prescripción médica
 - b) atención, representación y afiliación
 - c) escucha activa, anamnesis semiológica y seguimiento clínico
 - d) empatía afectiva, exploración física y rehabilitación social
4. En la práctica clínica descrita en el artículo, ¿en qué consiste la 'historia clínica paralela' propuesta originalmente por Charon?
 - a) en elaborar una segunda ficha técnica abreviada para enviar al servicio de psicología o psiquiatría
 - b) en redactar anotaciones reflexivas breves a modo de microdiario para procesar el encuentro clínico
 - c) en registrar únicamente los datos sociodemográficos del paciente en una plataforma digital complementaria
 - d) en aplicar un cuestionario cuantitativo estandarizado sobre la empatía percibida por el profesional
5. De acuerdo con el metanálisis de Kowalewska en pacientes con psoriasis citado en el texto, ¿qué dimensiones psicosociales no quedan totalmente capturadas al usar únicamente el DLQI (*Dermatology Life Quality Index*)?
 - a) la estigmatización, la satisfacción con la vida y la autoestima
 - b) el dolor articular, la extensión de placas y la frecuencia de prurito nocturno
 - c) el apego terapéutico, los costos del tratamiento y los efectos adversos
 - d) la respuesta objetiva a la fototerapia y la afectación ungüeal
6. En la fase 2 (apertura narrativa estructurada) del protocolo de 6 fases propuesto en el artículo, ¿cuál es el tiempo recomendado de escucha ininterrumpida antes de hacer la primera intervención?
 - a) de 10 a 15 segundos
 - b) de 45 a 60 segundos
 - c) de 3 a 5 minutos
 - d) de 10 a 12 minutos
7. Según el protocolo de integración, si en la Fase 5 la narrativa del paciente revela que su principal afectación gira en torno a la vergüenza, el estigma y la alteración de la autoimagen, ¿qué instrumento está más indicado?
 - a) PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*)
 - b) DLQI (*Dermatology Life Quality Index*)
 - c) Skindex-16
 - d) SCORAD (*Scoring Atopic Dermatitis*)
8. En el ámbito educativo, ¿qué beneficio demostró el programa 'The Art of Observation' (Universidad de Texas) al realizar sesiones de apreciación estética en el Museo de Arte de Dallas?
 - a) reducción del tiempo de consulta clínica a menos de 5 minutos por paciente
 - b) mejora en la observación clínica y reducción del agotamiento profesional (*burnout*)
 - c) incremento directo en la tasa de prescripción de terapias biológicas complejas
 - d) sustitución de la exploración semiológica tradicional por el análisis de arte clásico
9. En cuanto a la factibilidad operativa del modelo en consultas institucionales breves, ¿cuánto tiempo adicional aproxima la implementación del protocolo estructurado de 6 fases?

- a) aproximadamente 30 segundos
 - b) aproximadamente 120 segundos
 - c) aproximadamente 10 minutos
 - d) aproximadamente 20 minutos
10. Respecto de los desafíos y limitaciones para implementar la medicina narrativa en la práctica dermatológica, ¿cuál de los siguientes aspectos representa un reto metodológico para su estandarización en modelos asistenciales protocolizados?
- a) la necesidad de adiestramiento específico para mitigar la variabilidad que introduce la interpretación hermenéutica subjetiva
 - b) la incompatibilidad intrínseca con el uso de tratamientos biológicos y terapias dirigidas
 - c) la imposibilidad de registrar datos cualitativos en la consulta de dermatología pediátrica
 - d) un incremento desmedido en la consulta de más de 45 minutos por cada paciente

El Consejo Mexicano de Dermatología, A.C. otorgará dos puntos con validez para la recertificación a quienes envíen correctamente contestadas las evaluaciones que aparecen en cada número de *Dermatología Revista Mexicana*.

El lector deberá enviar todas las evaluaciones de 2026 a la siguiente dirección electrónica: articulos@nietoeditores.com.mx

Cada evaluación debe ser personalizada y única.

Fecha límite de recepción de evaluaciones: 15 de enero de 2027