



CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL

PUBLICACION DE LA
ASOCIACION ARGENTINA
DE SALUD MENTAL

Año 1 N° 3 Diciembre de 2005

**Delirio de parasitosis:
"Algo camina debajo
de mi piel."**

**La Terminalidad,
los Médicos,
a la Institución y los
Cuidados Paliativos**

**La musicoterapia en una
encrucijada histórica**

**El acto analítico
y la tetradimensión
Heideggeriana**

**La asistencia a pacientes
con patología mamaria
por parte del equipo de
psicoprofilaxis quirúrgica**

**Marihuana:
mito y realidad**



CONTENIDO

3

Federico Pavlovsky
Delirio de parasitosis:
"Algo camina debajo de mi piel."

7

Ana I. Marquis - Marina Bramado
La Terminalidad, los Médicos,
la Institución y los
Cuidados Paliativos

11

Rubén Gallardo
La musicoterapia en una
encrucijada histórica

16

Oswaldo Delgado
El acto analítico y la
tetradimensión Heideggeriana

19

Irma Zurita - Gustavo Nahmod
La asistencia a pacientes con
patología mamaria por parte
del equipo de psicoprofilaxis
quirúrgica

22

Guillermo Dorado
Marihuana: mito y realidad

Imagen de tapa:
*Las tres gorgonas:
la enfermedad,
la locura y la muerte.*
Gustav Klimt



Director:

Eduardo Grande

Director Asociado:

Carlos Marachlian

COMITE EDITORIAL

*Pablo Fridman
Juan Carlos Fantín
Alberto Trimboli
Silvia Raggi
Gustavo Bertran
Dario Galante*

COMITE CIENTIFICO

*Daniel Millas
Alberto Carli
Ruben Gallardo
Pedro Boschan*

CONEXIONES Revista Argentina de Salud Mental es una publicación científica editada por la Asociación Argentina de Salud Mental. ISSN en trámite, Registro de la Propiedad Intelectual en trámite. Editor Propietario: Asociación Argentina de Salud Mental. Se permite la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación siempre se cite el nombre de la fuente (Conexiones Revista Argentina de Salud Mental), el número del que ha sido tomado y el nombre del o los autores. Se ruega enviar 3 ejemplares de la publicación de dicho material. Ayacucho 234 (1025) Ciudad de Buenos Aires - Argentina Teléfono: (54 11) 4952-8930

diseño **carlos de pasquale** 4697-4934



AASM

Asociación Argentina de Salud Mental

COMISIÓN DIRECTIVA

PRESIDENTE: Dr. Eduardo Grande
 VICEPRESIDENTE: Dr. Pablo Fridman
 SECRETARIO GENERAL: Lic. Alberto Trimboli
 SECRETARIO CIENTÍFICO: Dr. Juan Carlos Fantin
 TESORERO: Lic. Belen Baudron
 SECRETARIO DE ACTAS: Dr. Nestor Saborido
 SECRETARIO DE ÉTICA: Dr. Ricardo Soriano
 SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES: Lic. Gustavo Bertrán
 SECRETARIA DERELACIONES INTERINSTITUCIONALES: Lic. Silvia Raggi
 SECRETARIO DE PRENSA: M. T. Ruben Gallardo
 SECRETARIO DE PUBLICACIONES: Dr. Carlos Marachlian
 SECRETARIO DE CULTURA: Dr. Roberto Bilotta
 SECRETARIO DE BIBLIOTECA: Lic. Dario Galante
 VOCALES TITULARES: Dra. Susana Calero, Lic. Irma Dominguez
 COMISION REVISORA DE CUENTAS:
 TITULARES: Dr. Horacio Rodriguez O'Connor, Dr. Ariel Falcoff
 SUPLENTE: Lic. Rosa Daniel

MIEMBROS FUNDADORES

Grande Eduardo, Soriano Ricardo, Fridman Pablo, Trimboli Alberto, Raggi Silvia, Fantin Juan Carlos, Calabrese Alberto E., Bertrán Gustavo, Arocha Jose, Barcan Amalia, Carrega Juan Miguel, Daniell Rosa, Marachlian Carlos Alberto, Galante Dario, Saborido Nestor, Coquet Carlos Alberto, Calero Susana Elena, Calónico Fabiana, Pardo Roberto, Schiavo Claudia, Baudron, Maria Belen, Bilotta Roberto, Busquets Macarena, Camigliano Andrea, Casal Hector, Castellano Teresa, Contreras Estela, Diaz Tolosa Pablo, Dokser Eduardo Mario, Domínguez Irma Teresa, Aguerre Ercilia, Falcoff Ariel Dario, Frechino Jorge, Gallardo Ruben Dario, Garcia M^a Fernanda, Gaspar Verónica E., Gutierrez Clarisa, Kahn Clara, Kennel Beatriz, Marquis Ana Ines, Morazzani Ivan Demian, Naddeo Silvana Edith, Nisembaun Adriana, Olivera Patricia Beatriz, Pontiggia Susana, Rodriguez O'Connor Horacio, Rago Carina, Reggiani Hector, Romanella Arturo, Sacerdote Máximo Bruno, Saucedo Rose Mary, Savignone Nicolas, Scannapieco Maria J., Stigliano Javier, Tenca Mabel Liliana, Torreiro Marcela Alicia, Treister Mario Luis, Ugarte Rene Raul, Villa Nora, Zirulnik Jorge

MIEMBROS DE HONOR DE LA AASM

Dr. Samuel Basz, Dr. Pedro Boschan, Dr. Juan Carrega
 Lic. Jorge Chamorro, Dr. Carlos Coquet, Dr. Horacio Etchegoyen,
 Lic. Osvaldo Delgado, Dr. Enio Linares, Dra. Andrea Lopez Mato
 Dr. Gabriel Lombardi, Dr. Roberto Mazzuca, Dr. Roger Montenegro
 Lic. Sara Slapak, Dr. Ricardo Soriano, Dr. Jaime Yospe

COMISIONES DIRECTIVAS DE LOS CAPITULOS

COORDINACION GENERAL: DR. JUAN CARLOS FANTIN

SALUD MENTAL DE LA MUJER

PRESIDENTE: *DRA. MARÍA DE LAS MERCEDES BACCARO*

PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *LIC. MARIO PUENTES*

INFORMÁTICA Y TECNOLOGÍA EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *DR. PABLO A. DÍAZ TOLOSA*

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

PRESIDENTE: *DR. ARIEL FALCOFF*

EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

PRESIDENTE: *LIC. BEATRIZ KENNEL*

PSICOTERAPIAS

PRESIDENTE: *DR. FABIO CELNIKIER*

PSICOSOMÁTICA

PRESIDENTE: *LIC. CLARA VICCHI*

PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *DR. PABLO FRIDMAN*

ADICCIONES

PRESIDENTE: *DRA. SUSANA CALERO*

PSICODIAGNÓSTICO E INFORME PSICOLÓGICO

PRESIDENTE: *LIC. OLGA SÁNCHEZ*

ANTROPOLOGÍA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *DR. ARTURO SMUD*

SALUD MENTAL Y LEY

PRESIDENTE: *DR. RENÉ UGARTE*

VIH - SIDA:

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

PRESIDENTE: *LIC. GRACIELA FERNÁNDEZ CABANILLAS*

MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *LIC. MT. PATRICIA CABRERA*

TERAPIA FAMILIAR:

ENFOQUE COGNITIVO SISTE-MICO

PRESIDENTE: *LIC. LILIANA CHAZENBALK*

REALIDAD URBANA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *DR. ALBERTO MENDES*

CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *LIC. ANA INÉS MARQUÉS*

URGENCIAS EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *DR. RICARDO MAURICIO DÍAZ*

SEXUALIDAD

PRESIDENTE: *SOL SANTAMARINA*

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

PRESIDENTE: *DRA. LILIANA MONETA*

PSICOONCOLOGÍA

PRESIDENTE: *LIC. INÉS BOUSO*

NEUROCIENCIAS

PRESIDENTE: *DR. GUSTAVO TAFET*

PSICOPROFILAXIS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA

PRESIDENTE: *LIC. IRMA ZURITA*

Delirio de parasitosis: “Algo camina debajo de mi piel.”

Federico Pavlovsky

RESUMEN:

Paciente de 60 años con un cuadro delirante de comienzo insidioso que consiste en padecer una infección en su piel. Comienza a ser atendida por un equipo conformado por un dermatólogo y un psiquiatra. En este trabajo se presentan los principales rasgos clínicos de esta afección, se hace una breve reseña nosográfica de la entidad y se informa respecto a la evolución del cuadro y las respuestas a la medicación psicofarmacológica empleada y al abordaje terapéutico utilizado.

La piel es sensual. La piel es barrera.

La piel es el órgano más grande del cuerpo. La piel pesa un promedio de 4kg.

La piel puede ser besada, penetrada, decorada.

Al igual que el cerebro la piel deriva del ectodermo, la más externa de las capas celulares del embrión. La piel puede ser invadida o convivir con una población inimaginable de microorganismos.

La piel habla. La piel, claro, puede enloquecerse.

DELIRIO DE DERMATOZOOS

La primera descripción del cuadro la realizó en 1894 el dermatólogo francés, Georges Thibiergeⁱⁱ, que describió bajo el término Acarofobia, las dolencias de un grupo de pacientes que tenían la convicción de estar infectados por ácaros. Dos años más tarde, Louis Perrinⁱⁱⁱ, reportó tres casos de lo que denominó Neurodermitis parasitofóbica, en la que observó como rasgo principal un delirio de infestación cutánea secundario a una experiencia cutánea táctil, como prurito, parestesias o alucinaciones.

Sin embargo, la descripción principal bajo el nombre “**Delirio Dermatozoico**” fue realizada por el psiquiatra sueco Karl Axel Ekbom^{iv} en el año 1938. El trabajo original de este autor fue recientemente traducido al español bajo la supervisión del Dr. Mario Oliva, probablemente el psiquiatra argentino con mayor experiencia en este tema.

Las principales características del **delirio dermatozoico** son:

- La aparición en la mujer de edad presenil de comezones o sensaciones en la piel explicadas por estar infectadas por un parásito exógeno.
- Múltiples y originales tentativas por destruirlos.
- Creencia delirante estable e irreductible establecida como un sistema delirante pobre y relativamente coherente.
- Conservación de una aceptable integridad intelectual.
- Los pacientes descuidan sus tareas cotidianas y pasan la mayor parte del tiempo rascándose, peinando con peines finos y supervisando los hallazgos con lupa.
- En el relato faltan los rasgos bizarros y fantásticos. No es una fobia.
- Personalidad Sintónica con el entorno en contraposición a un carácter esquizoide, típico de otros cuadros psicóticos.

Posteriormente a la descripción realizada por Ekbom fueron muchos los que trataron de ubicar esta entidad en la nosografía existente. El término “**Delirio de Parasitosis**” fue introducido por Wilson y Miller^v en 1946. El psiquiatra anglo canadiense Munro^{vi} ubicó este delirio en el grupo de las PHM (Psicosis Hipocondríacas Mo-

Miembro del Capítulo
de Psiquiatría y
Psicofarmacología
de la AASM

nosintomáticas), junto con la Dismorfofobia (creencia de estar desfigurado) y la Bromosis (creencia de oler mal), y le adjudicó un gran parentesco con la paranoia de Kraepelin. Tiempo después^{vii} este mismo autor se muestra de acuerdo con la idea de incluir este cuadro en los Trastornos Delirantes del DSM IV, variedad somático. La escuela francesa ha postulado la vinculación de este delirio y la psicosis alucinatoria crónica

EL CASO DE LA SEÑORA D

Mujer de sesenta años, sin hijos, convive con su marido de 85 años. Antes de llegar al hospital la paciente a consultado a diez médicos dermatólogos. Se queja de una infección en donde intervienen ácaros o algún tipo de parásitos. La infección fue transmitida por su hermana, que padece esquizofrenia, en el marco de un permiso de salida de la clínica donde esta internada. Siente en forma intermitente pinchazos y sensaciones de cosquilleo. La señora D teme propagar a otras personas su infección y esto la ha aislado progresivamente. Prácticamente no sale de su casa hace dos años. Su búsqueda de los microorganismos no se limita a la piel, trabaja en esta misión con un peine fino y una pequeña lupa rastrellando su piel, su ropa, sábanas y toallas. Una vez que termina con su parcela hace lo propio con su marido y el resto de la casa.. -Cuando la piel esta limpia, luego del baño, les encanta...-dice. Desinfectó su casa seis veces en el último año. Cada vez que lava una prenda de vestir luego la hierva inmediatamente en una olla y luego introduce las prendas en bolsas de consorcio. Sobre los parásitos ensaya alguna explicación sobre el ciclo reproductivo de los mismos y señala que ciertas circunstancias climáticas como la lluvia -"los vuelve locos". -Caminan debajo de mi piel- dice.

La señora D nunca vio a los microorganismos, sólo visualiza ciertos fragmentos que recolecta y clasifica según el día de hallazgo, o procedencia, o zona anatómica de extracción. Todas las consultas hasta aquí fueron efectuadas en distintos consultorios de dermatología.

La paciente comienza a recibir tratamiento con Pimozida, 2mg/día, y si bien le contraría el hecho que le recetemos un psicofármaco, la tranquiliza sobremedida la circunstancia que hayamos visto a otros pacientes con problemas parecidos. A las dos semanas de tratamiento la señora D manifiesta sobre la infección: "parece que ha disminuido, me siento algo mejor, un poco menos atacada". Trae nuevas muestras para ser "evaluadas" aunque en menor cantidad. - "El cuadro general ha cedido parcialmente" -.

Cinco semanas de tratamiento: Está claramente más tranquila, sin temor a propagar la infección, saluda (por primera vez) con un beso en la mejilla, tampoco trae muestras ("Me olvidé") ni sigue hirviendo sus prendas así como tampoco continúa con las tareas de auto y hetero examinación.

TRES MESES DESPUES

La cruzada de la señora D había concluido con la desaparición de la infección. Si bien recuerda que la pasó muy mal, ("Era torturante"), ahora, semanas después y libre de estos "parásitos" siente un malestar muy distinto, similar al que sintió cuando falleció su madre. La señora D comienza a desarrollar un síndrome depresivo que luego requerirá la suspensión de la Pimozida y la incorporación de un antidepresivo.

DOS AÑOS DESPUES

La señora D se sienta en el consultorio. Me habla de su hermana, de Emilio y el dolor por su pérdida, del clima, de los hijos que no tuvo, de la ropa que había quemado, de los precios del supermercado, de mis nuevos anteojos, de la Pimozida y de Kirchner. Dos años después no hay noticias de los parásitos.

COMENTARIO

Este caso, al igual que la descripción realizada por Ekblom, comprende la convicción delirante persistente de tener parásitos en la piel. También se presenta en una mujer en edad premenopáusia (60 años) sin tener antecedentes de tratamientos psiquiátricos previos. En un metaanálisis^{viii} se señaló una incidencia de 16,6 por millón. Este cuadro psicótico afecta de manera casi exclusiva a mujeres y en una franja etaria acotada y reducida: entre los 40 y los 60 años. Al igual que en los casos de Ekblom se trata de un delirio monotematático, pobre, circunscripto, coherente, apoyado en principio por sensaciones táctiles varias: picazón, pinchazos con predominio en los orificios anatómicos. El inicio es por lo general insidioso (92%)^{ix}, siempre en relación a un acontecimiento preciso. Suele haber relación entre el grado de molestia de los "parásitos" y circunstancias ambientales y climáticas, con la característica que la infección suele ser más intensa cuando está por llover y al instalarse la noche^x. Por lo general el acento está puesto en el carácter de extrema resistencia de los parásitos y de allí la amplitud de actividades para eliminarlos. He encontrado con frecuencia que las pacientes hierven su ropa y luego la colocan en bolsas de plástico por varios días antes de volver a utilizar (en el mejor de los casos) esas prendas. Estos pacientes, si consultan, lo hacen con una latencia como mínimo de un año^{xi} y se dirigen con mayor frecuencia a dermatólogos (60%), parasitólogos, entomólogos, a los cuales proveen de especímenes: pedacitos de piel encontrados o seleccionados en una cajita (**Signo de la caja**) e identificados por los pacientes como parásitos. Esta "evidencia" es presentada por más de la mitad de los pacientes. Acumulan exámenes complementarios y experimentan todo tipo de tratamientos locales y caseros^{xii}. Una especial característica de este delirio consiste en la capacidad de inducir la convicción delirante a otra persona (**folie a deux**). La prevalencia^{xiii} de esta comorbilidad oscila entre el 12 y el 15%. El temor a contaminar^{xiv}

a otras personas es un elemento constitutivo del cuadro clásico. Su coeficiente intelectual es normal o subnormal. -“No existe demencia”- sostenía Ekblom. La evaluación neuropsicológica que arrojó como resultado un deterioro cognitivo leve.

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

La mera mención de la derivación a un psiquiatra puede generar que el paciente pierda por completo la confianza en el médico y que no regrese a la consulta. Esto plantea la vigente polémica sobre quién debe tratar a estos pacientes: ¿Dermatólogos o Psiquiatras?. Algunos autores como Gould y Grag^{xv} (1976), Reilly^{xvi} (1976), Lyell^{xvii} (1983), Zomer y de Wit (1998), sostienen que la resistencia de estos pacientes a acudir a un psiquiatra obliga a que sean los dermatólogos los que lleven adelante el tratamiento. En contrapunto Novak^{xviii} y otros autores consideran que es esencial para atender a estos pacientes el entrenamiento psiquiátrico y el conocimiento de la psicofarmacología. Kolbenzer^{xix} propone que el tratamiento inicial sea llevado a cabo por un dermatólogo y que sean los síntomas subsidiarios del delirio (depresión, insomnio, ansiedad...) los utilizados para señalar la necesidad de acudir a un psiquiatra. Mas allá de las pertinencias profesionales, el solo hecho de escuchar atentamente el relato, de tomar apuntes, suele ser un paso imprescindible puesto que son pacientes que vienen buscando a alguien “que las tome en serio” luego de una agotadora y humillante peregrinación.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

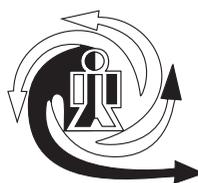
Cuestionamientos de este tipo son planteados por estas pacientes a la hora de la medicación: ¿Es una droga que los mata?, ¿Usted quiere sedarme para que no me moleste?, ¿Quiere sedarme para que no me queje?, ¿No pensará que estoy loca?. ¡Pero... son psicofármacos!

En el año 1975 Munro^{xx} utilizó por primera vez la Pimozida, un neuroléptico del grupo de las difenilbutilpiperidinas, con éxito en cinco pacientes con delirio parasitario. A partir de 1982 con la publicación del primer estudio cruzado a doble ciego, la Pimozida ha sido la droga de elección^{xxi} para estos cuadros. El mecanismo de acción al igual que en el caso de otras drogas antipsicóticas es el bloqueo de los receptores D2, pero lo que le otorga características únicas a esta molécula es su capacidad de bloquear los receptores del sistema opioide, en íntima relación con las sensaciones cutáneas. La hipótesis de un desorden a nivel del sistema opioide en los pacientes que sufren de delirio parasitario cutáneo fue sostenida por los resultados de un estudio llevado a cabo por Botschev^{xxii}. Antes del tratamiento con la Pimozida la tasa de remisión del delirio parasitario era del 30% y actualmente con esta medicación se obtiene tasas de respuesta de hasta el 90 %^{xxiii}. Por lo general la dosis óptima se ubica entre los 2 y 8 mg/día, con una dosis máxima de 20 mg/día, y la respuesta terapéutica suele evi-

denciarse entre la tercera y cuarta semana. La mejoría se evidencia como una disminución de los síntomas cutáneos, simplemente los parásitos comienzan a “aparecer” cada vez con menor frecuencia y esto se traduce en menor prurito, parestesias y ardor. La ideación delirante suele persistir aunque se observa cierta tendencia a la relativización. En el caso del delirio de parasitosis y a diferencia de otros cuadros psicóticos, son varios los autores que proponen instaurar un tratamiento de mantenimiento autolimitado, por un período de entre 3 a 5 meses para luego disminuir gradualmente la medicación. La paciente del caso aquí descrito lleva cerca de dos años sin síntomas y recibió Pimozida por el lapso de 6 meses. Los antipsicóticos atípicos Risperidona y Olanzapina en dosis bajas están comenzando a ser usados en estos cuadros^{xxiv}.

ASPECTOS PSICODINAMICOS

Son varios los autores que intentan brindar una explicación integral respecto a la predominancia de localización cutánea de este delirio. Sinzaret y Simon (1976)^{xxv} subrayan el concepto que la piel “puede ser el lugar privilegiado de proyecciones, de amenazas y de agresiones”. Este parásito difícil de combatir, pequeño, activo, prolífico, resistente, te-



Clínica Psiquiátrica Privada Modelo “DEL SOL”

ASISTENCIA • DOCENCIA INVESTIGACION

Psicología y Psiquiatría
Consultorios externos
Urgencias domiciliarias
Hospital de día
Internación institucional
Internación domiciliaria

COMUNIDAD TERAPEUTICA PSIQUIATRIA DINAMICA

GUARDIA LAS 24 HS. ATENCION OBRAS SOCIALES

CHACABUCO 770 • RAMOS MEJIA
TEL.:4654-5265 LINEAS ROTATIVAS

www.psiquiatriadelsol.com.ar
clinicapsidelsol@yahoo.com.ar

naz y peligroso para la integridad del cuerpo, posee todas las capacidades para materializar o personificar una amenaza difusa, imparable, de la cual el enfermo debe defenderse^{xvi}. La paciente cuyo historial describo comenzó un espacio de psicoterapia en el momento donde la convicción delirante relacionada con la infección había desaparecido. Para entonces, según la terapeuta, la infección solo era objeto de su recuerdo y hasta era relativizada. La paciente se quejaba de un estado de ánimo deprimido, caracterizado por la abulia, la indiferencia, el humor triste, la irritabilidad, que obligó a suspender la Pimozida y a indicar un antidepresivo (Citalopram). Gabbard^{xvii} (2002) señala que cuando los síntomas psicóticos remiten hay por lo general

un proceso penoso relacionado con lo que se ha perdido y una sensación desconcertante de no saber quién es uno con relación a su existencia. El alivio súbito de estos síntomas ha resultado en algunos casos tan doloroso como la propia psicosis. La psicoterapia es vital en el momento que el paciente comienza a vivenciar ese nuevo equilibrio que surge del apagamiento de su mundo delirante. El paciente se ha ocupado día y noche por meses, quizá años, en combatir y “sobrevivir” a su infestación la cual, tras la abrupta desaparición, deja un escenario colmado de interrogantes y angustia. Es el momento de ofrecer algo a cambio. Este es el desafío. Nuestro desafío.

Referencias Bibliográficas

- i *Encyclopedie Medico Chirurgicale-E- 37-670-B-10*
- ii Thibierge G. *Les Acarophobes, Revue Generale de clinique et de therapeutique*, 1894, 32: 373-376.
- iii Perrin L. *Des neurodermies parasitophobiques. Ann dermtol Syphiligr*, 1896, 7: 129-138.
- iv Ekbohm K. *Praeseniler Dermatooenhawn. Acta Psychiatrica Sacandinava*, 1938, 13: 227-259.
Traduccion al espanol llevada a cabo por el Dr. Mario Oliva.
- v Wilson JG, Miller HE. *Delusion of Parasitosis. Archives of Dermatology and Syphilology*, 1946, 54: 34-56.
- vi Munro A. *Monosymptomatic hypochondriacal psychosis manifesting as delusions of parasitosis. Arch Dermatol*. 114 (6): 940-943, 1978.
- vii Munro A. *Phenomenological aspects of monodelusional disorders. Br J Psychiatry*, 1991; 159: 62-64.
- viii Trabert W. *100 years of delusional parasitosis. Meta analysis of 1223 cases reports. Psychopathology*, 28:238-46, 1995.
- ix Bathia MS et al. *Delusional Parasitosis: a clinical profile. Internal J of Psychiatry in Medicine vol 30 (1) 83-91,2000.*
- x *Comunicación personal*
- xi Zomer y de Wit. *Delusion of parasitosis. A psychiatric disorder to be treated by dermatologist? An analysis of 33 patients. Br J of Dermatology 1998; 138:1030-1032.*
- xii Tennyson BS, Levine MD. *Neurotropic and psychotropic drugs in dermatology. Dermatologics Clinics. Volume 19, Number 1, January 2001.*
- xiii Trabert W. *Shared Psychotic Disorder in Delusional Parasitosis. Psychopathology 1999; 32:30-34.*
- xiv Giboin C, Mamtelet S. *Le Syndrome de Ekbohm. Annales Medico- Psychologiques, Volume 156, N 10.*
- xv Gould W, Gragg T. *Delusions of Parasitosis: A approach to the problem. Arch Dermatol. 112 (12): 1745-48,1976.*
- xvi Reilly TM, Yoplin GN. *Successful treatment with pimozide of delusional parasitosis. Br J Dermatol 98 (4):457-459, 1978.*
- xvii Lyell A. *Delusions of Parasitosis. Br J Dermatol. 108 (4): 485-99, 1983.*
- xviii Novak, M. *Psychocutaneous medicine: delusions of parasitosis. Cutis, 42:504.1988.*
- xix Koblenzer C. *Psychiatric syndromes of interest to dermatologist. Int J Dermatol. 32 (2): 82-88, 1993.*
- xx Munro, A. *Monosymptomatic Hypochondriacal Psychosis. Br J Hosp Med, 24:34-38,1980.*
- xxi Hamann K, Avnstorp C. *Delusions of infestation treated by pimozide: a double blind crossover clinical study. Acta Derm Venereal 62: 55-58, 1982.*
- xxii Botschev C, Muller N. *Opiate receptor antagonist for delusions of parasitosis. Biol Psychiatry, 1991 (30): 530-531.*
- xxiii Willem A. Von Vloten. *Pimozide: Use in Dermatology. Dermatology Online Journal 9 (2):3*
- xxiv Goldman. *Olanzapine proves useful in managing psychocutaneous disorders. Clinical Psychiatry News, May 2002, v30 i5 p17 (1)*
Weintraub E, Robinson C. *A case of Monosymptomatic Hypochondriacal Psychosis treated with olanzapine. Annals of Clinical Psychiatry, vol 12, N 4, 2000.*
Gupta M. *Olanzapine is effective in the management of some self induced dermatoses: Three cases reports. Cutis, Aug 2000, Vol 66, Iss 2; pg 143.*
- xxv Sinzaret P, Simon JP. *Les delires a ectoparasites de l age avance. L' Encephale, II: 167-175. 1976.*
- xxvi Gonzalez Seijo, Lastra Martinez et al. *Delirio Parasitario: Revision a proposito de 9 casos. Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr, 21, 2 (56-62), 1993.*
- xxvii Gabbard G. *Aspectos psicodinamicos de la practica psiquiatrica. Ed Panamericana, Bs.As, 2002.*

La Terminalidad, los Médicos, la Institución y los Cuidados Paliativos

Ana I. Marquis*
Marina Bramado**

*Presidenta del Capítulo
de Cuidados Paliativos
de la AASM

** Vicepresidenta del
Capítulo de Cuidados
Paliativos de la AASM

Con esta temática fue distribuida entre Octubre y Noviembre/04 una **Encuesta de opinión** entre Profesionales de distintos servicios del Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, con la colaboración del Equipo de Soporte en Cuidados Paliativos del mismo Hospital.

Las observaciones realizadas por los Profesionales de la Salud Mental que trabajamos en un Hospital General junto con Profesionales de la Salud, nos instaron a investigar *"las implicancias que ha tenido en la actividad y en la subjetividad de los Profesionales de la Medicina la atención de pacientes terminales en la institución hospitalaria"*. El interrogatorio ha sido orientado desde la perspectiva teórica del Psicoanálisis, con el fin de recabar información sobre las dificultades con que los Profesionales refieren encontrarse a diario en la tarea con estos pacientes y con sus familias en la institución. La elaboración de los resultados ha sido realizada por los integrantes del Capítulo de "Cuidados Paliativos y Salud Mental" de la AASM.

INTRODUCCION

A lo largo del siglo XX las causas de mortalidad han ido cambiando, disminuyendo las motivadas por enfermedades agudas, (gripe, neumonía, etc.), y aumentando la prevalencia de enfermedades crónicas (coronarias, renales, cáncer, afecciones cerebro-vasculares, etc.), para las cuales la mayor disponibilidad actual de tratamientos más efectivos permite mayor sobrevida y "en algunos casos" mejor calidad de vida.

A pesar de ello, un grupo importante de pacientes morirá durante el estadio terminal de su enfermedad sufriendo dolor no siempre bien controlado, una gran oferta (en ocasiones "imposición") de estudios y tratamientos que la tecnología ha desarrollado, y una escasa atención a los aspectos emocionales y a las particularidades de sus deseos y sus derechos.

La práctica clínica actual permite observar que las tomas de decisiones por parte de los Profesionales tratantes de estos pacientes, suelen pasar por criterios poco consensuados, a veces intuitivos y contradictorios con sus ideas y convicciones, en donde **se ven exigidos a actuar y expuestos en su subjetividad**, en ocasiones, más allá de lo que la tarea médica debiera implicar, con consecuencias en el deterioro de su estado de salud psico-físico.

Los Cuidados Paliativos surgen como un modo de **acotar el uso irracional de los avances tecnológicos en medicina**, dando respuesta específica a **pacientes y familias** que atraviesan situaciones de intenso sufrimiento por enfermedades avanzadas y terminales; pero también respondiendo a las dificultades que se les presentan a sus **Médicos tratantes**, ante la creciente cantidad de pacientes que necesitan "ser cuidados", al quedar "fuera de tratamiento curativo".

En la actualidad, en gran parte de los Hospitales Públicos, el desarrollo de la Especialidad se encuentra con **limitaciones de orden institucional**, en tanto no cuenta con los

recursos propios que requeriría para poder desplegarse con la eficacia que requiere.

Al elegir la temática de esta investigación, ha sido considerada la magnitud del problema que involucra a los Médicos tratantes. Se ha intentado avanzar más allá de las apreciaciones que revela la cotidiana actividad asistencial a los autores de este trabajo, **orientando el interrogatorio a recabar la información directa provista por los mismos Profesionales del Hospital.**

OBJETIVOS

Evaluar el **impacto de la temática de la muerte** en el Médico y los efectos de la realidad institucional **sobre la actividad y la subjetividad, de los Profesionales y sobre la comunidad Médica.**

POBLACION Y METODO

Estudio descriptivo de Corte Transversal.

Población: Médicos del Hospital Gral. de Agudos Dr. Teodoro Álvarez.

Instrumentos de Medición:

Encuesta semi-estructurada; preguntas abiertas y cerradas. Cantidad de encuestas distribuidas: 280, al azar, de las cuales sólo se recibieron 112 respondidas.

El programa para análisis de datos empleado fue EPI-INFO

EJES TEMATICOS INVESTIGADOS

A) El impacto de la temática de la muerte en el Médico.

- los **efectos del incremento de la internación** de pacientes crónicos y terminales, y el impacto de la proximidad de la muerte en la actividad laboral y en la subjetividad de los profesionales de la salud.
- su **atravesamiento y elaboración de la temática de la muerte propia:** sus representaciones y preferencias ante la posibilidad de encontrarse en un estado de terminalidad.

B) Los efectos de la realidad institucional sobre la actividad de los Profesionales y sobre la comunidad Médica.

- la existencia de **modos consensuados de abordaje de pacientes terminales.**
- la **formación y capacitación universitaria** específica recibida.
- las particularidades en la **comunicación y el suministro de información** a sus pacientes y familiares.
- la existencia de **espacios grupales e institucionales** para la elaboración psíquica de los efectos de su tarea.

RESULTADOS

- El 90% de los profesionales refiere ser afectado de distinto modo (impotencia, angustia, rechazo, etc.), por las internaciones en su servicios de pacientes terminales, que suelen ser frecuentes.

- El 58% refiere dificultades y falta de conocimiento y preparación para el suministro de información a los pacientes y sus familias sobre un diagnóstico terminal (bloqueo, necesidad de asesoramiento, temores, sentir que no le correspondía, etc.).
- La mitad de los médicos encuestados refiere no haber hablado nunca de la muerte propia con sus colegas y a menudo solo el 13%.
- 2/3 de los profesionales refieren que preferirían, en caso de encontrarse en una situación terminal, que su muerte fuera en su casa, rodeado de sus familiares.
- Más del 75% de los encuestados refieren que en la comunidad médica no suele hablarse rutinariamente con el objetivo de consensuar modos adecuados de abordaje de pacientes terminales.
- Un 90% refiere importante déficit en la formación pregrado en el abordaje y cuidado del paciente terminal, que los lleva a angustiarse, mecanizarse, alentar a los Pacientes, no saber si escuchar sus opiniones, continuar pensando en ellos en su tiempo libre, etc.
- El 32% recibe frecuentemente preguntas de sus pacientes que exceden la posibilidad de ser respondidas desde lo médico-científico, y el 36% algunas veces.
- Un 90% de los profesionales considera pertinente destinar un tiempo de su actividad profesional a reuniones grupales destinadas a tratar y elaborar el impacto emocional de su actividad asistencial.

CONCLUSIONES

El análisis de los resultados obtenidos en esta investigación, ha permitido corroborar con datos objetivos las apreciaciones con que fue diseñada esta Encuesta, tal como fueron desarrolladas en la introducción.

La **introducción de la subjetividad** que proponen ya las primeras preguntas de la Encuesta (excluida de la cotidianeidad médica por las mismas exigencias de la metodología científica) parece producir **cierto efecto disruptivo en los encuestados** (sorpresa, desconcierto, y hasta mayor reticencia a recibir el formulario en algunos servicios).

En tanto el interrogatorio no apunta a su saber intelectual, podría conjeturarse que el efecto es similar al que refieren tener cuando deben enfrentar los aspectos subjetivos de sus pacientes que exceden su capacitación académica.

Los resultados obtenidos nos han llevado a conclusiones categóricas en algunos puntos:

- La atención de un paciente (y su familia) con una enfermedad terminal evidentemente genera malestar en los Profesionales de diversas formas.
- El gran % de Profesionales que refieren la **falta de consenso** sobre cómo tratar a Pacientes terminales, sumada a la **falta de formación en el pre-grado, a las dificultades para informar diagnósticos terminales, y para responder preguntas que exceden a los conocimientos médico-científicos**, podría estar contribuyendo a que las particularidades de la relación médico paciente-terminal evidencien el **vacío de recursos** con el que deben

sobrellevar su trabajo. Vacío que **los Médicos tienden a llenar con su intervención subjetiva, intuitiva**, es decir, con los aspectos de su personalidad que exceden a lo profesional, y pertenecen al orden de las **"buenas voluntades individuales"** ya que no provienen de una respuesta desde lo institucional ni desde lo académico. Esta situación en la que quedan involucrados profesional y personalmente, podría llevarnos a comprender por qué un 90% de los Profesionales considera pertinente destinar tiempo de su actividad profesional a **reuniones grupales destinadas a tratar y elaborar el impacto emocional de su actividad asistencial**.

- La **falta de procesamiento simbólico** de los efectos emocionales provenientes de la implicación subjetiva en su tarea, suele generar el **deterioro Psico-físico en los profesionales conocido como Síndrome de Burnout**, de agotamiento emocional, que suele manifestarse sintomáticamente con pérdida de empatía con sus pacientes, distanciamiento e irritabilidad, reducción del sentido de realización personal, ansiedad, desconcentración, trastornos del sueño, taquicardia, etc
- Consideramos que estos aspectos, al no ser "trabajados y procesados en ámbitos especializados para ello" suelen llevar no solo a un **deterioro Psico-físico** en el profesional sino a **actuaciones** como abandono del paciente, obstinación terapéutica, altas apresuradas o demoradas, falta de explicaciones, etc., que revelan **dificultades en la tolerancia y acompañamiento del proceso de morir de sus pacientes**.
- La incidencia del discurso científico-tecnológico en la actualidad, deja al **Médico sometido**, en su acto, al ordenamiento y la normativización que le impone la Ciencia Médica, es decir, debiendo llevar a cabo todo lo que desde los procedimientos científicos esté a su alcance para restituir el estado de Salud.
- Se hace evidente la necesidad de proteger a los médicos de las consecuencias de la incidencia en su actividad laboral, de estos avances científicos, que al mismo tiempo que han facilitado enormemente su capacidad de diagnóstico y tratamiento de infinidad de enfermedades, han incrementado su potencia, junto con la exigencia socio-cultural que sobre ellos recae, de **CURAR**, ó reconocerse impotentes por **FRACASAR**.
- Se detecta la dificultad con que los Médicos se encuentran cuando los pacientes les hablan, se quejan, sufren, les hacen preguntas, se mueren. El Médico se ha formado para que le sea entregado el cuerpo, donde podrá intervenir para curar. No la palabra, que no puede ser ubicada dentro de su saber normatizado y generalizado.
- De allí surge la pertinencia de la **organización de espacios instituidos para el abordaje psicológico preventivo**, de modo de dar respuesta a estos aspectos. Lo que llamamos "cuidar al cuidador". Es decir que la tarea de los Profesionales de la Salud Mental no se limita a la asistencia de pacientes y familias, sino que incluye con el mismo nivel de importancia al **trabajo con los aspectos concernientes a la implicación subjetiva de los Pro-**

fesionales de la Salud en su actividad laboral.

- Se trata de que el equipo médico pueda contar con un **lugar para realizar un reordenamiento**, donde la **subjetividad pueda ser detectada en las dificultades del ejercicio de su función** y puesta en juego fuera de la relación con su Paciente, de manera que ambos consigan recuperar sus respectivos espacios, para que el Acto Médico pueda llevarse a cabo.
- La intervención "psi" propicia también el **cuestionamiento y revisión de aquellos Ideales** con el que muchos de los Profesionales se formaron, a la luz de la situación actual de la Medicina y la tecnología:

- **"curación" ó "fracaso"**,
- relación Médico-paciente desde el **"modelo paternalista" ó "de interlocución" (propuesto por la Bioética)** Y se propone estimular en la formación y en la práctica médica, la posibilidad de incorporación de un ideal médico humanístico-ético de "cuidado de la persona enferma en etapa terminal", de la misma categoría que el ideal de erradicación de las enfermedades, priorizando en extremo la dignidad humana.

Es nuestra intención que de la atención a estas realidades institucionales y su divulgación a la comunidad científica, se abra un debate compartido multidisciplinariamente, del que puedan surgir respuestas más esperanzadoras.

asappia

Asociación Argentina de Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia
Fundada en 1969

Psicoanálisis e Interdisciplina
 Presidente: Lic. Jorge Cantis Vicepresidenta: Lic. Mabel Belçaguy

**ESCUELAS DE POSGRADO
EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA DE LA
INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

C I C L O 2 0 0 6

*Dirigidas a Médicos, Psicólogos, Psicopedagogos
y otros Profesionales de la Salud Mental
Becas para Serv. Hospitalarios: Cupo limitado*

ESCUELA DE CAPITAL
 Directoras: Lic. Mabel Belçaguy – Lic. Silvia Angelo
 Duración: 2 años (Sábado 9 a 13,30 hs.)

ESCUELA PARA INTERIOR Y PAISES LIMITROFES
 Directoras: Lic. Lidia Orbe – Lic. Liliana Spadoni
 Duración: 2 años (Viernes 9 a 17 hs y Sábado de 9 a 13 y 30 hs cada 2 meses)
Objetivo: Articulación de la teoría sobre la constitución subjetiva y la psicopatología con la clínica de la infancia, la adolescencia y la familia.

EJERCICIOS CLINICOS - ENCUENTROS INTERDISCIPLINARIOS - SUPERVISIONES - CONFERENCIAS

Áreas de Asistencia e Investigación:
 Infancia, Adolescencia, Discapacidad,
 Familia, Orientación Vocacional y Psicopedagogía

INFORMES
 Avda. Rivadavia 2431 (Pje Colombo)
 Entrada 2 4to. piso dep "9" – Capital – 4833-3186
 www.asappia.com.ar asappia@intra.net

DIA MUNDIAL DE LA **SALUD MENTAL**



*Arriba: Dr. Pablo Fridman, Dr. Juan Carlos Fantin, Dr. Eduardo Grande, Lic. Alberto Trimboli, Lic. Gabriel Brener, Dr. Preston Garrison, Dra. Patt Franciosi, Dr. Rogger Montenegro, Dr. Ricardo Soriano y Dra. Susana Calero.
Abajo: Lic. Maria Belén Baudron, Dr. Carlos Marachlian y Lic. Silvia Raggi.*

El día 7 de octubre de 2005, la AASM - Asociación Argentina de Salud Mental - ha organizado, junto con la Fundación Contener y la División Salud Mental del Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez", una Mesa Redonda por el "Día mundial de la Salud Mental".

La mesa, además de integrantes de la AASM, estuvo conformada por los Dres. Patt Franciosi y Preston Garrison, Presidenta y Secretario General de la World Federation of Mental Health (WFMH) con sede en Virginia, Estados Unidos y el Dr. Roger Montenegro, Miembro de Honor de la AASM, Presidente de la Fundación Contener y Vicepresidente para Sudamérica de la WFMH.

Agradecemos la presencia de los socios y no socios de la AASM que posibilitaron que el Aula Magna del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, mostrara un lleno total durante el evento.

Dr. Eduardo Grande,
Presidente de la AASM

Lic. Alberto Trimboli,
Secretario General de la AASM



Dr. Juan Carlos Fantin, Lic. Gabriel Apter, Dr. Preston Garrison, Dra. Patt Franciosi, Dr. Roger Montenegro, Dr. Ricardo Soriano y Dr. Eduardo Grande.



La musicoterapia en una encrucijada histórica*

Un análisis crítico de la imagen del Musicoterapeuta y una propuesta de cambio en su Formación Profesional.

Rubén Gallardo

Colaborador aquí, complemento allá, auxiliar más acá, agente de salud, integrante del equipo interdisciplinario, coordinador de un taller, o confundido como profesor de música en el aula de una escuela diferencial, el Musicoterapeuta parece seguir siendo formado para intervenir siempre desde un lugar periférico respecto de las "terapias y tratamientos centrales".

Sólo así es posible entender por qué el Estudiante y el Musicoterapeuta recién recibido no tengan, en su mayoría, incorporada la necesidad de mantener una formación continua.

Es claro que si no tendrá que asumir un rol de responsabilidad terapéutica (pues esta función ya ha sido delegada "de hecho" en otros profesionales) no necesita teorizar demasiado acerca de su propia práctica ni preocuparse en extremo por los resultados de su empirismo.

Se comprende también por qué sólo un reducido número de Musicoterapeutas realizan alguna formación reconocida de posgrado, como es el caso de las Concurrencias Hospitalarias, espacios de formación que otros profesionales demandan en un número que triplica las vacantes disponibles (por ej. 400 vacantes para 1.500 psicólogos postulantes).

Resulta evidente entonces que ante una menor exigencia de responsabilidad en su ejercicio profesional (promovida por Musicoterapeutas que piensan una musicoterapia pequeña, restringida, dependiente y amparándose en programas que sostienen esta misma postura) no se toma conciencia de esta necesidad de formación continua, y es así como la inercia empobrecedora gana espacio entre los Musicoterapeutas.

Esta situación no puede resolverse, como ha sucedido en múltiples ocasiones, con más corporativismo expresado en forma de Carreras, Asociaciones o Eventos más poderosos, pues la dificultad principal que impide poder asumir la responsabilidad de un desempeño con autonomía, sigue siendo la misma de siempre: la falta de una profundización en la Conceptualización de la Práctica (actualizada y basada estrictamente en la experiencia clínica musicoterapéutica específica).

En consecuencia el problema aquí no es tanto una cuestión de forma sino de contenido. De nada vale que la asociación TAL, o el comité X, o la carrera Z armen estructuras cada vez más complejas y sofisticadas si, paralelamente, no hay suficien-

*Miembro Titular del
Capítulo Musicoterapia y
Salud mental de la AASM
Coordinador del Equipo de
Musicoterapia del Centro No. 1
de Salud Mental (GCBA)
Director de la Carrera de
Licenciatura en Musicoterapia
de la Universidad Maimónides*

* Extractado del libro "Musicoterapia. 100 Preguntas Fundamentales... y sus Respuestas". Ediciones del Estudio de Musicoterapia Clínica

te bibliografía razonable (en cantidad y calidad), o si los contenidos de las materias siguen haciendo hincapié en cuestiones no específicas como si pertenecieran a la Musicoterapia, o se busque mejorar la inserción institucional del Musicoterapeuta sólo desde el punto de vista técnico-administrativo y no científico.

Increíblemente en vez de cuestionarse e intentar fundamentar mejor el por qué de sus acciones una gran parte de los Musicoterapeutas sigue generando estructuras de transmisión en las que los participantes se debaten entre el silencio y la perplejidad ante la ausencia de contenidos musicoterapéuticos específicos por parte de los mismos expositores de siempre.

¡¡¡ Qué gran pérdida de tiempo y de energía !!!

Cuando los Estudiantes o los Musicoterapeutas no preguntan ni se preguntan no es porque ya saben, o porque están inhibidos o maravillados, sino porque no hay contenido teórico alguno que debatir. Y esto, a pesar de enfáticas e insistentes negaciones del hecho, es lo que sucede con mayor frecuencia en todas estas instancias.

Para ejemplificar mejor estos conceptos, quisiera compartir con ustedes la siguiente reflexión producto de la observación y el análisis y de más de 30 años de ejercer la Musicoterapia:

Parece existir cierto fenómeno, entre quienes, ya sea por ideas propias o por transmisión de otras adquiridas, han logrado obtener algunos desarrollos conceptuales.

Hay una tendencia a “desconocer” esta realidad de la Musicoterapia, como si la promoción de la conciencia acerca de ella pusiera “en peligro” la exclusividad de los limitados “saberes” alcanzados y desatará una cierta competencia entre los que aún “no saben” (pero pretender saber) y los que “ya saben” (y pretenden seguir siendo los únicos que saben. ¿suena conocido?).

Es aquí donde el interrogante ético hace su aparición: “Los que saben: ¿promueven que los demás piensen y puedan confrontar con ellos aún a riesgo de ser superados?, ¿o sólo piensan en transmitirles ese supuesto saber en pequeñas y controladas dosis como para que no se conviertan en potenciales competidores?”

Por otro lado, que los Musicoterapeutas continuemos haciéndonos eco de las ocurrencias que algunos profesionales de otras disciplinas tienen acerca de la nuestra, no es ninguna novedad y es uno de los factores principales que obstaculiza la autonomía y la especificidad de nuestra profesión.

Pero que de la misma manera insistan (con la complicidad de muchos colegas desde su función docente) en hacernos mirar y escuchar nuestra clínica a través de la misma ranura, ya constituye una situación intolerable para una cada vez mayor cantidad de estudiantes y recién egresados que no desean limitarse a observar e interpretar lo que sucede en el escenario acústico-relacional sólo por los reflejos que conforman los “fundamentos” de la mayoría de los “modelos y metodologías” corporativas que ultimamente se quiere imponer a los musicoterapeutas

Hay un ventanal que debemos abrir para poder llegar a un

conocimiento más auténtico de la problemática del paciente, que sustente y fundamente conceptualmente nuestra capacidad de intervención.

Claro que cuanto más entendamos más responsabilidades tendremos respecto del diagnóstico, del pronóstico y de los resultados que del proceso musicoterapéutico se deriven.

Esta es la razón por la que (por interés, comodidad o inconciencia) se desvía la atención de los estudiantes hacia el estudio de maniobras y manipulaciones experimentales (las llaman “consignas”) o hacia la observación minuciosa de las modalidades de las producciones e improvisaciones musicales con el aparente objetivo de “ganar especificidad musicoterapéutica”.

De esta forma seguimos sin advertir que se cierran nuestras posibilidades de entendimiento pues no se puede generalizar lo percibido por esta “ranura” pretendiéndole adjudicar una amplitud diagnóstica que no puede sostenerse desde una clínica que contemple todos los pasos de recepción, diagnóstico, tratamiento y alta que conforman un proceso musicoterapéutico completo y autónomo.

Que significa entonces para un musicoterapeuta en formación quedar atrapado entre estas resonancias que lo confunden y que nublan su entendimiento:

- Pérdida de tiempo
- Trivialidad en las interpretaciones
- Invasividad en las intervenciones
- Fragilidad en la presentación del trabajo ante otros profesionales
- Desviación del enfrentamiento con la problemática por parte del paciente y el musicoterapeuta (inducida por este último)
- Dificultad para asumir la conducción del tratamiento respetando a la vez la singularidad y subjetividad de cada persona.

Sigue la lista....

¿Como revertir esta situación?:

- No quedar limitado por las herramientas, ni atribuirles significación per sé a las mismas, sino a la calidad de la investidura que el paciente les adjudica y a las escenas que se conforman a través de ellas
- Ejercitarse con esas herramientas para despojarlas de las atribuciones que inconcientemente el musicoterapeuta les otorga.
- Realizar una experiencia intensa de análisis de las vivencias y de las escenas que se producen a partir de dichas herramientas para poder diferenciarlas de las del paciente y conocer las propias fortalezas y debilidades (modalidades relacionales del musicoterapeuta)
- Continuar dicha experiencia formándose en las concurrencias hospitalarias o formaciones equivalentes supervisadas y coordinadas por musicoterapeutas con actividad clínica específica, actual y comprobable.

Sigue la lista

La problemática principal de los Musicoterapeutas la tenemos dentro de nuestra propia comunidad y depende exclusivamente de nosotros que algunos de sus integrantes siguen desarrollando o no una sistemática transmisión de pre-

conceptos, maniobras inductoras y/o manipuladoras o posicionamientos que refuerzan la dependencia de otras disciplinas hegemónicas.

MUSICOTERAPIA

Un Escenario Acústico y Relacional

El compromiso permanente con la Clínica hace que desde el Equipo de Musicoterapia del Centro de Salud Mental y Acción Comunitaria N° 1 surjan instrumentos conceptuales como el del Escenario Acústico-Relacional. Tales diseños teóricos son desarrollados en función de definir cada vez más claramente nuestra función y nuestra posición como Musicoterapeutas.

Así fuimos ajustando la terminología, desmantelando los pre-conceptos incorporados en la formación, revisando la situación institucional, analizando las mejores estrategias de inserción y reconocimiento de la disciplina, retomando la conducción de los tratamientos, organizando los espacios de docencia para la transmisión de la experiencia, etc. Cada una de estas instancias y el posicionamiento asumido frente a ellas fue determinante en la construcción de este escenario, de los modos de observación implementados, de la interpretación y el sentido adjudicado a las escenas acústico-relacionales y garantía de la coherencia entre las conclusiones de lo observado e interpretado con las maniobras de intervención realizadas.

Aquí es importante señalar que la producción desarrollada en un equipo conformado por Musicoterapeutas ha significado un gran avance en cuanto a la autonomía de la disciplina y nos ha permitido afirmar nuestra identidad antes de salir a confrontar nuestras ideas con el resto de los profesionales.

Sabido es que, en general, los Musicoterapeutas y estudiantes están expuestos a un bombardeo de ideas que los dispersan y confunden acerca de su rol profesional. Estas ideas nacen frecuentemente de profesionales de otras disciplinas que, instalados en las carreras de musicoterapia, utilizan conceptos vagos para precarizar la fundamentación teórica del accionar del musicoterapeuta y así formar profesionales que lejos de competir con ellos se prestarán a secundarlos y avalarlos como terapeutas principales y conductores de los tratamientos.

Los deslizamientos hacia la estética, la expresión o la creatividad, en remplazo de los objetivos terapéuticos, son promovidos por los propios musicoterapeutas en un intento de encontrar especificidad a sus estrategias de atención y como resultado de una formación más orientada hacia el uso de los recursos y la experimentación que al entendimiento de la problemática del paciente (que obviamente es asumida por otros profesionales)

La tendencia a la dispersión por parte de un gran sector de nuestra comunidad nos ha mostrado la necesidad de promover los espacios de encuentro y transmisión y es así que la 2ª Conferencia Argentina de Musicoterapia Clínica estuvo totalmente dedicada a difundir la tarea de los equipos y grupos de trabajos de los musicoterapeutas que día a día

contribuyen a consolidar nuestra profesión (Red de Musicoterapia de los Hospitales del GCBA)

Sabemos que la insistencia para que los musicoterapeutas nos insertemos en los equipos así llamados "interdisciplinarios", y el sobredimensionamiento de la eficacia a ellos atribuido, no ha tenido buenos resultados en cuanto a la jerarquización de nuestra función. Siempre quedamos en una posición desde la que no podemos conducir los tratamientos y las decisiones quedan en manos de los coordinadores, cargo que, significativamente, muy rara vez está ocupado por alguno de nosotros.

Diferente es la situación cuando quién conduce es un musicoterapeuta y las discusiones y decisiones son tomadas en un equipo de musicoterapia y luego confrontadas institucionalmente (interconsultas, ateneos, etc.). Existe entonces un grupo de profesionales de su misma disciplina que sostiene y respalda cada determinación y marca un contraste muy evidente con la soledad y el aislamiento al que se ven sometidos muchos colegas en institutos y establecimientos pseudo-terapéuticos.

A partir de estos conceptos se va recreando entre nosotros un contenido que, hasta ahora, muy pocas veces se desarro-

AML

ACADEMIA DE MEDICINA LEGAL
Y CIENCIAS FORENSES DE LA
REPUBLICA ARGENTINA

PROPUESTA EDUCATIVA

Período Febrero/Marzo 2006

- 1** Peritación Psiquiátrico - Psicológica. Curso/Taller
Inicio 7 de FEBRERO - 8 clases - semanal
- 2** Psicopatología Forense - Criminología Aplicada
Inicio 9 de FEBRERO - 8 clases - semanal
- 3** Introducción al Rorschach
Inicio 8 de FEBRERO - 12 encuentros - semanal
- 4** Conflictos en Enfermería
administrativo, laboral, civil, penal.
Inicio FEBRERO - 8 clases - semanal
- 5** Tanatología y Criminalística Forense
Inicio 9 de FEBRERO - 8 clases - semanal

Sede: Riobamba 650 - Capital - Espacio Educativo LA SALLE
T.E.: 4373-6633 - e-mail: amlinsade@yahoo.com.ar

lló en los espacios corporativos de los musicoterapeutas. El Escenario Acústico-Relacional es uno de los resultados de esta definición de lo que hacemos. En él se juegan todos los atravesamientos del Musicoterapeuta, se despliegan las escenas que denotan la problemática de nuestros pacientes, se fundamentan y registran nuestras acciones y quedamos responsabilizados institucionalmente.

¿Donde debe poner entonces su atención el musicoterapeuta?

¿En su herramienta o en la problemática del paciente?

Históricamente, y aún en la actualidad, se sigue haciendo hincapié en que el Musicoterapeuta debe centrar su atención en la aplicación de sus herramientas (y en los efectos que éstas pueden producir a partir de su utilización) y en intervenciones fundamentadas sólo en la necesidad de sostener y justificar su función y su existencia como profesional. En las antípodas de esta posición está la idea de entender la problemática del paciente permitiendo especialmente que sea él quien dé sentido y significación a la música que produce, a los instrumentos musicales que utiliza, a los modos relacionales a los que apela y a todo aquello que permita una observación y una interpretación precisa acerca de lo que le pasa, antes de decidir una intervención.

Si es el paciente (y no el musicoterapeuta) quien configura el escenario, sin duda que esta circunstancia se convertirá en una vía apta para la manifestación de su padecimiento así como también una descripción de la modalidad de las respuestas de su entorno que ha provocado la expresión de los síntomas.

Entonces: ¿cuál puede ser el objetivo de quienes pretenden que nos ocupemos de nuestras herramientas como si fuéramos técnicos que realizan estudios que otros nos indican y evalúan?

Obvio es que si son profesionales de otras disciplinas esto evitaría que compitamos con ellos en igualdad de condiciones, pero: ¿y si los que proponen este posicionamiento son musicoterapeutas?

En ese caso deberemos diferenciar dos modalidades: si la supuesta metodología o técnica proviene de "musicoterapeutas posgraduados internacionales" (o sea logrados con "cursos de musicoterapia" realizados luego de obtener un título de grado de otra profesión) lo más probable es que "ejerzan" esa musicoterapia utilizando su disciplina de base como "habilitante" y los recursos musicoterapéuticos como accesorios de aquella.

Si en cambio estamos en presencia de musicoterapeutas de grado, la situación adquiere una inusitada gravedad: coloca al resto de los musicoterapeutas al margen de su función profesional, abriendo la puerta a las acciones experimentales invasivas impulsadas por este "hacer" aparentemente estimulante de las capacidades del paciente.

LA INCLUSION DE LA "FUNCION MUSICOTERAPEUTA"

La Inclusión de la Función Musicoterapeuta en la Carrera Profesional Hospitalaria de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires el 9 de Mayo de 1983, significó un hito en el reconocimiento legal de nuestra profesión y permitió los primeros nombramientos rentados en los Hospitales Públicos de nuestra ciudad

El Hospital Público siempre representó, para todos los Profesionales de la Salud, el ámbito natural para su práctica clínica, la investigación y la formación de posgrado necesaria para adquirir la experiencia desde la diversidad y la complejidad de las patologías de las personas que allí consultan.

El hecho de adquirir ese nivel de acceso para todos los Musicoterapeutas de la Ciudad de Buenos Aires también jerarquizó su accionar y el reconocimiento que, hasta ese momento, sólo era parcial y de poca responsabilidad.

Con justa razón uno podría preguntarse por qué existió (y existe aún) tan poca información dentro de la comunidad acerca de tan importante paso para el crecimiento de la disciplina.

Posibles respuestas:

- La tendencia de los Planes de Estudio hacia la formación de Musicoterapeutas/auxiliares/talleristas hace que difundir estas posibilidades de equiparación con los demás profesionales entre en colisión con sus propios objetivos limitativos de la autonomía del Musicoterapeuta.
- La proliferación de Musicoterapeutas preocupados sólo por utilizar los hospitales para sus momentáneos intereses personales produciendo una precarización y un engaño para los estudiantes o Musicoterapeutas recién egresados usados para estos fines.
- La incidencia que aún hoy tienen profesionales de otras disciplinas dentro de la formación de grado y que siempre apunta a no crear profesionales que luego puedan competir con ellos en un pie de igualdad.

**Para publicitar en esta revista comunicarse con
Anabella Romano (Representante Comercial)
Tel 4432-1746 / 15-4436-2154**

- La confusión de las asociaciones musicoterapéuticas que en vez de apoyar la salud pública siempre estuvieron ligadas al ámbito privado, más por la imposibilidad de acceder a cargos concursados por parte de sus directivos que por la necesidad de sus asociados.

Más allá de estos y otros problemas de comunicación ha llegado el momento de adjudicarle a esta situación la magnitud que tiene como, prácticamente, la primera y más importante acción legal de reconocimiento de nuestra profesión y antecedente indispensable para ser tomado en cuenta en la aprobación de la futura reglamentación de nuestro ejercicio profesional.

La práctica clínica en un hospital público, ya sea realizada por Musicoterapeutas rentados o concurrentes, implica ya

algunas experiencias, como la realizada en nuestro Centro 1, en las que el proceso de tratamiento de alguien que consulta en forma espontánea es encarado por el propio Musicoterapeuta desde la recepción, la admisión, la apertura de la historia clínica, el diagnóstico, el tratamiento propiamente dicho y la decisión del alta. Todo esto es lo que se constituye en el ejercicio de una profesión autónoma a través de lo cual tenemos a nuestro cargo y bajo nuestra responsabilidad la conducción del tratamiento y la dirección de las estrategias que apuntan a la curación.

Aunque esta autonomía no se registre en la totalidad de las experiencias, es importante tomar aquellas que marcan la vanguardia como referentes de la evolución y jerarquización de nuestra disciplina.

Escenario Acústico - Relacional

EL MUSICOTERAPEUTA Y SUS ATRAVESAMIENTOS

Fantasmática Personal
Formación Profesional
Posicionamiento Institucional
Análisis de la Tarea Clínica

LAS HERRAMIENTAS EL ABORDAJE CLÍNICO

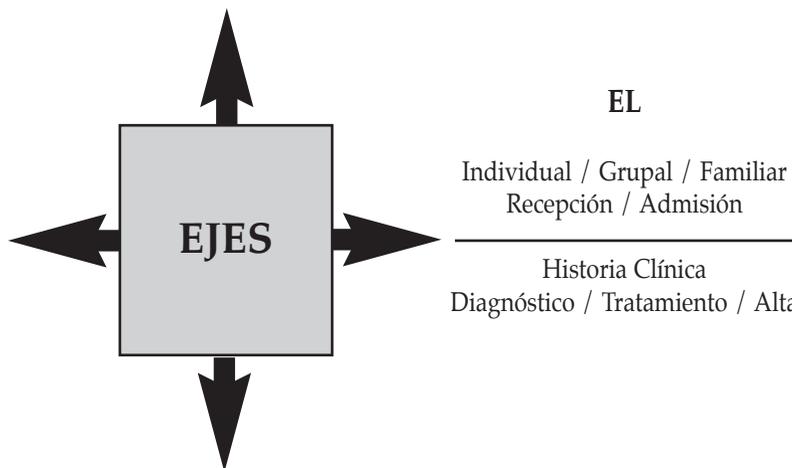
Observación / Interpretación
Intervención

Voz / Sonido / Música
Instrumentos Musicales

EL

Individual / Grupal / Familiar
Recepción / Admisión

Historia Clínica
Diagnóstico / Tratamiento / Alta



EL PACIENTE Y SUS PADECIMIENTOS

Motivo de Consulta
Problemática de Base
Entorno Socio/Familiar

El acto analítico y la tetradimensión Heideggeriana

Oswaldo Delgado

Doctor en Psicología UBA.
Titular de la Cátedra
Práctica Profesional
"Hospital de Día y
Problemáticas Clínicas
Contemporáneas"
Profesor Regular Adjunto
Cátedra "Psicoanálisis
Freud 1" de la Facultad de de
Psicología de la UBA

I- Eric Laurent en el Capítulo IX, de su texto "Posiciones Femeninas del Ser", aborda la cuestión de la lógica del tiempo en psicoanálisis. Introduce primeramente una referencia de Miller respecto a la oposición entre la serie (0, 1, 2) que aspira al todo; y la secuencia (0, 1, 0 1) que introduce un agujero.

La teoría de la secuencia la va articular a la lógica del tiempo tomando el texto homónimo de Jean Louis Gardies.

Si el pasado es lineal, la suposición del sujeto implicará "encarar el futuro sobre el modelo de la linealidad del pasado" "es una suposición lógica que admite que el eje del pasado y del futuro son homólogos, en espejo, como dicen los mismos lógicos" (Laurent).

Es una suposición que no admite que una contingencia haga posible algo distinto a lo que se impone como necesario.

Es desde aquí que se desprende la fórmula de que todo análisis debe hacerse en futuro anterior, en cuanto la modalización que éste implica permite que la clínica psicoanalítica se despliegue secuencialmente. Cuestión que pone en tensión el curso del tiempo y la dimensión del instante, tensión que introduciendo la contingencia futura hace caer la homologación pretendida.

II- El Futuro Anterior, es en castellano el Futuro Perfecto, tiempo verbal que enuncia una acción venidera anterior a otra que también se cumplirá en el futuro. Su rasgo fundamental es que incluye el valor modal de probabilidad y su peculiaridad es que puede funcionar con un valor temporal al del Pretérito Perfecto Compuesto, ya que el acontecimiento, anterior al otro acontecimiento futuro, puede ocurrir en el futuro, estar ocurriendo en el presente o haber ocurrido ya.

Aristóteles ya estaba preocupado por este problema bajo el principio del tercero excluido, tal como es formulado en el Capítulo nueve de "Sobre la Interpretación" en su Organon. Este principio dice que dada una proposición y su negación, una al menos es necesariamente verdadera; y esto vale para todos los acontecimientos futuros como un determinismo absoluto.

Si esto fuera así, dice Aristóteles, ya no habría nada que deliberar ni de qué inquietarse.

"La preocupación por conservar en su lugar la capacidad de decisión humana obligaría, así al Estagirita a limitar la validez del tercero excluido a los acontecimientos pasados o presentes, así

como a los acontecimientos futuros únicamente en el caso de que fuesen efecto de un determinismo conocido" (Gardies).

Esta decisión es posible en lógica tomista, en tanto pasaje de la potencia al acto, ya que se presupone el acto en el agente que causa este acto.

El acto analítico tiene su chance en lo posible de la caída de lo necesario, que se inscribió contingentemente, como una respuesta a lo imposible.

Lo necesario aspira a la serie, rechaza la secuencia, adora el determinismo, reprime el consentimiento.

El Futuro Anterior o nuestro Futuro Perfecto, introduce en la serie gramatical de los tiempos verbales, el agujero del valor modal de probabilidad, situando un futuro que puede valer como pretérito compuesto.

III-

Martín Heidegger en "*Ser y Tiempo*", en el párrafo 68, llamado "La temporalidad del estado de abierto en general"; va a abordar la temporalidad del habla: "Únicamente partiendo de la temporalidad del habla, es decir, del <ser ahí> en general, puede aclararse el origen de la significación y hacerse ontológicamente comprensible la posibilidad de la formación de conceptos" (M. H.)

Esta temporalidad del habla, se va a presentar en el párrafo 79, bajo la modalidad del curarse del tiempo.

Si el "entonces" marca el "ya no", el "luego" indica el "aún no", éstos dos (entonces y luego) se los comprende mirando simultáneamente a un "ahora". El "presentar" tiene un peso peculiar, porque este presente - presentar retiene el pasado y está a la expectativa del futuro, interpretándose a sí mismo: "lo interpretado que se expresa en el *ahora* es lo que llamamos *tiempo*" (M. H.)

Aquí Heidegger caracteriza dos posiciones llamadas: "estado de no resuelto y "estado de resuelto". El primero, que es de una existencia impropia, pierde el tiempo. El segundo, siempre tiene tiempo, no teniendo la dirección sino que es "tenido en el advenir que va siendo sido", no tiene noción del tiempo que hace suyo, sino que "curándose" utiliza el tiempo que hay, con que cuenta uno.

A este texto de 1927, Heidegger le va a responder en 1962, con la Conferencia "Tiempo y Ser".

"Tiempo" y "Ser", tienen una determinación recíproca, pero de tal modo que el "ser" no puede ser apelado como temporal, ni el "tiempo" como un ente, implican el desocultar, el "traer a lo abierto" en el "dejar - estar presente".

¿Por qué es esto? Porque "ser", sólo quiere decir estar presente "dejar estar presente".

Pero *presente* y *ahora* no son sinónimos sino por el contrario, remotamente distintos, y más aún el presente no es determinado por el "ahora".

El "presente" atañe sólo a los humanos: gegenwart (aguardarnos, a nosotros, los humanos) Gegenwart (presente).

Por lo tanto no todo estar presente es el tiempo Presente."Advenir como todavía no presente, extiende y aporta simultáneamente lo ya no presente, el pasado y a la inversa éste, el pasado, se extiende hasta alcanzar el futuro. La relación de cambio de ambos extiende y aporta simultáneamente al Presente".

Pero esto va a implicar una no tridimensionalidad (pasado - presente - futuro) del tiempo, sino el carácter tetradimensional del tiempo auténtico. Esta cuarta es en Heidegger, la primera, ya que determina todo, aporta el estar presente que le es propio al pasado, al presente y al futuro.

Esta cuarta dimensión "los mantiene esclarecedoramente separados y los mantiene también juntos en la cercanía".

El tiempo auténtico -tetradimensión- es la cercanía de la triple unidad del don de "se da el tiempo". Es lo cuádruple de lo abierto, donde se revela la recíproca copertenencia del tiempo y el ser. Copertenencia que es llama acaecimiento (*das ereignis*).

"En la medida en que <tiempo> y <ser> sólo se dan en el apropiar, a este último pertenece lo peculiar que trae al hombre a lo que el tiene de propio como aquel que se perca del ser, mientras persiste en el interior del tiempo auténtico. Así apropiado pertenece el hombre al acaecimiento apropiador"

IV-

"Digamos primero: el acto -a se cas- ha lugar de un decir, cuyo sujeto cambia. Es acto porque anda, pero no sólo por decir "eso anda" y ni siquiera "andemos", sino haciendo que "a ese llegué yo" se verifique en él (J. Lacan Reseñas de Enseñanza).

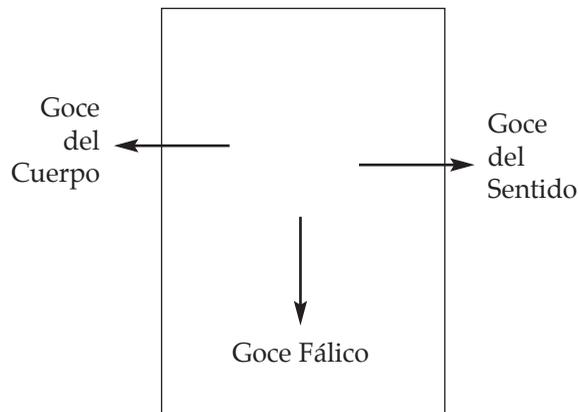
Este acto que ha lugar de un decir es sólo posible a partir de que el analista se haga producir de objeto a tal como es formulado por Lacan en la misma reseña sobre el Seminario del Acto Psicoanalítico.

Este a es el que da espesor al presente, espesor que proviene de la libido, produciendo una consistencia, que parafraseando a San Agustín, lo lleva a Miller en su "La Erótica del Tiempo", a decir: "El presente del futuro es la espera y el presente del pasado, el recuerdo ¿En qué lugar se desarrolla el presente? En el alma". "Misteriosa extensión del alma, que hace presente lo que le falta al futuro, en la espera; y lo que le falta al pasado en el recuerdo." (Miller)

Es por este sesgo, por donde entramos al modo en que Jorge Alemán aborda el a y la tetradimensionalidad.

En su elaboración el a no será la cuarta dimensión sino lo que marca lo que falta a las otras tres dimensiones. El a localizado en el centro del nudo "da" tiempo. Este "da" se refiere en su argumentación a la relación del "se da tiempo" con la donación heideggeriana, que permite la regalía esclarecedora. De este modo ese "hacerse presente", dejar estar presente, nombra los modos de semblar que tiene el a

como lo real que ex - siste al sentido, lo imaginario que ex - siste al goce fálico, y lo simbólico que ex - siste al goce del cuerpo).



Por su parte el tiempo auténtico como tetradimensionalidad, anuda a los tres tiempos, gracias a la operación de la llamada regalia esclarecedora - ocultadora.

Esta tetradimensión dice de un presente que no es un ahora, es tanto presencia como ausencia es el cuarto término que reúne a las tres dimensiones del tiempo en una estructura cuaternaria" (Aleman)

Efectivamente, al modo del Futuro Anterior o Perfecto, en donde la acción futura anterior, puede estar tanto en el pa-

sado, como en el presente, como en el futuro y con su carácter de probabilidad abrir a una continencia, que no se creía posible desde lo necesario.

"Al llevar al analizante al discurso analítico, el psicoanalista hace que el objeto a ocupe el lugar del semblante. Al semblar, el objeto a da tiempo al ser" (Aleman).

A su vez la tetradimensión heideggereana da cuenta de un tiempo no lineal, continuo, sino como el mismo dice: agujereado. No como serie, sino como secuencia. Secuencia que objeta al determinismo ya que no hay otro ser que el del decir, según Heidegger y en ese decir hay consentimiento.

"Lo que se realiza en mi historia no es el Pretérito definido (en el sentido de lo que fue), no es Perfecto, no es lo que ha sido en lo que yo soy, es Futuro Anterior, es lo que habré sido para lo que estoy llegando a ser; esta acción venidera que anticipa a otra acción venidera es la temporalidad que corresponde al sujeto psicoanalítico, en clara resonancia con la fórmula heideggeriana del adviniendo sido presentado" (J. Lacan "Función y Campo de la Palabra y del Lenguaje").

Este semblar el objeto "a", implica, como nos enseña Laurent, ocupar el lugar de lo traumático mismo, respecto a la última enseñanza de Lacan sobre el síntoma.

"Traumatizar el discurso común, para hacer posible el del Inconciente" (Laurent), es el verdadero estatuto de la Regla de Abstinencia, en tanto esta implica no satisfacer los subrogados. Operación contra el sentido, "para dejar subsistir las fuerzas pulsionantes" (Freud). Operación de "abstinencia" que marca el "Más allá del Principio de Placer", el más allá de la Neutralidad.

Bibliografía

Martin Heidegger. *Tiempo y ser*. Ed. Tecnos.

Martin Heidegger. *Ser y tiempo*. Fondo de Cultura Económica.

Jorge Aleman y Sergio Larriera. *El inconciente: existencia y diferencia sexual*. Ed. Síntesis.

Eric Laurent. *Posiciones femeninas del ser*. Ed. Tres haches.

J. A. Miller. *La Erótica del tiempo*. Ed. Tres haches.

Jean Louis Gardies. *Lógica del tiempo*. Ed. Paraninfo.

La asistencia a pacientes con patología mamaria por parte del equipo de psicoprofilaxis quirúrgica

Irma Zurita*

Gustavo Nahmod**
Caso clínico ilustrativo

El objetivo de este artículo es transmitir las observaciones realizadas en el curso de un trabajo interdisciplinario, conformado por el Equipo de Patología Mamaria y el Equipo de Psicoprofilaxis Quirúrgica, que se encuentra actualmente en desarrollo, iniciado en febrero del año 2005.

Brindamos asistencia psicológica a pacientes que se les ha detectado nódulos mamaros, y que por lo tanto deberían ser sometidas a una biopsia con eventual mastectomía.

LA INTERDISCIPLINA SE CONSTRUYE...

"...desde una posición abierta, sin fundamentalismos..."¹, con el respeto mutuo por el saber del otro, movilizados por un objetivo en común: deseando que nuestro trabajo redunde en beneficio del paciente.

"En tal sentido, dice Fernando Lolas Stepke (1997): "Las profesiones son además de un saber hacer, un saber estar. Un saber estar supone conocer los propios límites, tener un comportamiento acorde con la dignidad del oficio que se profesa"².

"...La experiencia proporciona, a nuestro entender, un modo privilegiado de repensar el trabajo interdisciplinario,(...) desde la especificidad de ambas ciencias, sus puntos de intersección, confluencias y divergencias"³.

Esta experiencia nueva nos enfrentó a un desafío diferente desde nuestra especialidad. Ya no es el paciente que solicita un tratamiento psicológico, sino que llega derivado por el médico. Es un punto de crucial importancia, porque la demanda inicial no es del paciente. La transferencia es pieza fundamental del tratamiento psicológico, el paciente nos adjudica un saber sobre su padecimiento, sin su establecimiento lo que intentemos trabajar puede caer en un espacio vacío.

Actuar en este ámbito que no es el psicológico, sino un área médica, implica considerar las características con respecto a la enfermedad y el tratamiento médico a seguir. Para ello se requieren conversaciones, discusiones e intercambios del Equipo Interdisciplinario. Los médicos brindan información sobre la enfermedad, tipos de operaciones, anestésicos y también comentan la relación entre los hallazgos anatomopatológicos intraoperatorios, la táctica quirúrgica y las complicaciones y secuelas que puedan ocurrir.

* *Presidente del Capítulo:
"Psicoprofilaxis Clínica y
Quirúrgica" de la Asociación
Argentina de Salud Mental.
Instrumentadora Quirúrgica.
Lic. en Psicología (UBA).
Psicóloga de Planta en
Consultorios Externos de
Adultos y Coordinadora del
Equipo de Psicoprofilaxis
Quirúrgica del Hospital
General de Agudos
Dr. "Teodoro Álvarez",*

** *Tesorero del Capítulo
"Psicoprofilaxis Clínica y
Quirúrgica" de la Asociación
Argentina de Salud Mental.
Lic. en Psicología
(U.A.J.F. Kennedy)
Profesor universitario
(U. Del Museo Social
Argentino)
Cursando Post-grado de
Especialidad en Psicología
Clínica UAJFK*

A su vez nosotros, adoptamos el rol de mediador, facilitando "al médico comprender sentimientos, reacciones, conductas y emociones del enfermo"*4 intentando que pueda ir estableciéndose, un vínculo de confianza entre ellos.

También, el psicólogo transmite al médico nuevos datos esenciales que pudieran surgir de las entrevistas. La entrevista de admisión psicológica, adquiere así suma importancia como instrumento de diagnóstico, para evaluar la estructura de personalidad de la paciente, sus recursos para afrontar la operación y tratamientos necesarios, así como los posibles conflictos psicológicos que pudieran obstaculizar el acto quirúrgico o tratamiento médico en general.

Hemos confeccionado para tal fin, un protocolo que anexamos a la historia clínica de la paciente, que contiene los datos registrados previamente por el médico. Con lo cual ambos, médico y psicólogo nos manejamos con una historia clínica unificada, que permite la integración de la historia de un sujeto, donde quedan registrados datos no solo de su enfermedad sino también de su vida, su estado emocional, angustias, ansiedades, temores, etc. Ya no se trata sólo de su patología, sino que hablamos de una persona, que sufre y siente.

Nuestro trabajo consistirá entonces, en proporcionar al paciente un dispositivo psicológico que dé lugar al cambio de posición subjetiva, permitiéndole asumir un rol activo ante la enfermedad.

Es preciso considerar que, si bien toda cirugía lleva implícita una acción reparadora, el solo hecho de comunicársela al paciente provoca cierto monto de ansiedad. Particularmente en estas pacientes en quienes el órgano a extirpar tiene especial importancia, por estar íntimamente vinculado con la femineidad e involucrado en la sexualidad, como en su función en la maternidad y la lactancia. Y también despierta, podríamos decir en el 99% de los casos, ansiedades relacionadas en forma directa o indirecta con el miedo a la muerte.

La situación paradójica por la cual tienen que atravesar, operarse para curarse, pero con la posibilidad de que la cirugía pueda derivar en una mastectomía decidida cuando la paciente está anestesiada, genera mayor ansiedad y miedos inconscientes, pudiendo hasta llegar a dificultar el despertar anestésico.

Tratamos de que la paciente pueda elaborar anticipadamente la difícil alternativa que tendrá que atravesar, ya que esto tiene implicancia directa con la alteración de su esquema corporal, pérdida que podría resignificar también otras pérdidas. Es un momento donde prevalece el funcionamiento de ansiedades y defensas primitivas.

Brindar escucha analítica, luego de recibir la noticia tan temida, permite que se abra un nuevo espacio, donde la paciente pueda decir lo que siente y nombrar lo que le angustia, dando lugar a partir de allí y durante el tiempo que trabajamos con ella, a favorecer preguntas y encontrar otro modo de respuesta diferente a aquel hasta ahora utilizado. Permitir la posibilidad de verbalizar sus miedos, ocupa el primer lugar el temor a la muerte, también a lo desconoci-

do, a la anestesia, al dolor y al futuro, permite en primera instancia reconocerlos, para después poder elaborarlos y procesarlos. Se trata de que puedan empezar a vislumbrar y trabajar con nosotros sobre algún proyecto que permita conectarlas con "lo vital", ya que luego en el curso del tratamiento es la propia recuperación la que formará parte de este proyecto.

Realizamos también una intervención citando a la paciente de ahí en más por Consultorios Externos en Salud Mental. Trabajamos con la paciente desde la enfermedad, en tanto síntoma corporal, para integrarlo a su vida, con la posibilidad en otra instancia de lograr una rehabilitación esperanzadora, que la reintegre nuevamente a su vida cotidiana.

Como Equipo Interdisciplinario pudimos obtener resultados beneficiosos en las pacientes. Los médicos por su parte, pudieron vislumbrar que la recuperación de las mismas depende de un más allá de lo orgánico, porque organismo y cuerpo no son idénticos...

El cuerpo pulsional al ser atravesado por el lenguaje, afecta al sujeto y a su imagen corporal.

Quisiéramos relatar un caso clínico. Se trata de una paciente con la que estamos trabajando actualmente. La llamaremos Ana, tiene 47 años de edad. La entrevistamos por primera vez en la sala de internación del Servicio de Ginecología del Hospital, un día antes de ser intervenida quirúrgicamente.

La derivación por parte de los médicos se sintetiza en la frase: "algo más debe haber", se le había realizado una mamografía en febrero de este año, sin registrarse ningún tipo de anomalía y en mayo, los médicos observan un nódulo palpable en su mama izquierda.

Cabe aclarar que previo a la intervención a la que debía ser sometida, existieron otras dos: una mastectomía de su mama derecha y una histerectomía.

Al momento de la entrevista, la paciente había sido informada por el médico, que en esta operación le realizarían la otra mastectomía.

Lo que prevalecía en esta paciente era una gran confusión: "Hace un año murió mi mamá, que no era mi mamá, que era mi tía".

De esta manera, la paciente expresa en forma desordenada, la síntesis de las pérdidas y duelos no elaborados a lo largo de su vida. Una cadena de angustia, muerte y enfermedades que no encontró en la palabra una vía de expresión, al no estar tramitado por la palabra, parecería que la vía privilegiada elegida es la del cuerpo.

De éste modo, lentamente van apareciendo aquellos pasajes traumáticos de su historia: "mi mamá se suicidó cuando yo tenía 7 años, se tiró al río... yo estoy remando"; "lo que me destruyó fue cuando falleció mi hijo, tenía 8 años". Ana comienza a ponerle palabra a su desorden interno. Este desorden que la habita comienza a ser mediado por el lenguaje, allí donde había solo un dolor profundo y silencioso que se trasladaba en forma directa a su cuerpo. La paciente va aprendiendo a dar significado, a encontrar otros modos de expresión.

Encontramos en la mayoría de las pacientes que hemos tratado, duelos sin elaborar de pérdidas significativas padecidas a lo largo de su historia.

Las conclusiones a las que hemos podido arribar son que esta experiencia terapéutica permite a las pacientes una descarga emocional directa, al tomar conciencia de una ansiedad por lo general negada, llegar a la cirugía en las mejores condiciones psicológicas para afrontarla, posibilitar la elaboración del proceso quirúrgico y médico de su enfermedad y la tendencia a una más pronta rehabilitación emocional y física.

Contar nuestra experiencia permitió tener un proyecto también como Equipo Interdisciplinario: realizar grupos coordinados por un médico y un psicólogo y con las pacientes que desean transmitir su nueva experiencia a otras que deberán pasar por instancias similares, desde una enfermedad que hoy puede tener tratamiento y /o curación. Por otro lado resultaron de esencial eficacia nuestras reuniones de Equipo, tanto las semanales del equipo psicológico, como las mensuales interdisciplinarias y las supervisiones que hemos implementado recientemente, donde la contención y el soporte recibidos fueron fundamentales, para la atención de algunos casos graves que estamos tratando y que no dejan de afectarnos íntimamente.

El trabajo propuesto está sostenido y no puede funcionar, sino es en Equipo.

TRABAJO distinguido con la "Mención Trabajo Libre" en las XL JORNADAS CIENTÍFICAS DEL HOSPITAL ALVAREZ Realizadas del 3 al 7 de octubre del 2005.

Bibliografía

- 1- Butler, D.J.; Turkal, N.W.; Seidl, J.J. "Amputation: preparative psychological preparation". *J. Am. Board. Fam. Pract. Jan.-Feb. 5 (1) 69-73, 1992.*
- 2- Calabrese, G. Y; Oneto, M. "Perfil psicológico de los miedos a la anestesia". *Rev. Soc. Anest. Ur. Vol. 12, N° 1:15-21, 1995.*
- 3- Fernández-Ballesteros R, y Ruiz, M. "Personalidad y Cáncer": Hans Eysenck, un rebelde con causa. *Revista de Psicología General y Aplicada. Vol. 50, N° 4, págs. 447-464, 1997.*
- 4- Freud, S. 23ª Conferencia: "Los caminos de la formación de síntomas", 1917, *Obras Completas, Editorial Amorrortu, Vol. 16, Buenos Aires, 1975.*
Freud, S. 28ª Conferencia: "La terapia analítica". 1917. *Op. Cit.*
Freud, S. 27ª Conferencia: "La transferencia". 1917. *Op. Cit.*
- 5- *1 García S.; Lado M.; Makler C. y Cols. "Estrategias de Intervención "Psi" en Situaciones Médicas: Psicoprofilaxis Quirúrgica", *Revista Argentina de Clínica Psicológica, Vol. IX N°1, Pág. 55, Publicación editada por Fundación AIGLE, Abril 2000.*
*2 *Op. Cit.*
*3 *Op. Cit.*
*4 *Op. Cit., Pág. 54.*
- 6- Glasserman, M.R., Sluzki, C. E. "Psicoprofilaxis quirúrgica. Investigación sobre su efectividad". *Area Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Vol. 15 (3). 261-264, 1969.*
- 7- Glocer, F. "Psicoprofilaxis quirúrgica y neurosis quirúrgica". *Revista Argentina de Psicología N° 9, 1979.*
- 8- Lolas Stepke, F. "Más allá del cuerpo", Edit. Paidós, Barcelona, España, 1997.
- 9- Lacan, J. "La identificación", *Seminario 9, 1961-62, Editorial Paidós, 1975.*
Lacan, J. "la angustia". *Seminario 10, 1962-63, Inédito.*
- 10- Mucci, M. "Psicoprofilaxis Quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria", Edit. Paidós, 2004.
- 11- Tizón García, J. L. "Componentes psicológicos de la práctica médica", Ediciones Doyma S.A. de C.V., Barcelona, España, 1988.



Guillermo Dorado

*Médico Psiquiatra
Secretario General del
Colegio Latinoamericano de
Neuropsicofarmacología
(CLANP)
Director Médico de Gens
Centro Terapéutico*

Marihuana: mito y realidad

INTRODUCCION

Existe actualmente una enorme presión para imponer la legalización de la marihuana desde distintos sectores de nuestra sociedad, a pesar del impacto creciente que tiene su uso en la población adolescente donde junto con el alcohol y el tabaco representan las drogas de inicio más frecuentes en el consumo de sustancias psicoactivas. Tal vez porque tanto el tabaco como el alcohol son drogas "legales" se pretende legalizar también la marihuana, tal vez porque se la siga considerando erróneamente en algunos sectores como una droga "blanda", tal vez por el formidable negocio en ciernes, tal vez porque la creciente masividad de su utilización pretenda imponer como "normal" a una conducta que, aunque estadísticamente frecuente resulta sumamente riesgosa para la salud individual y la pública: la tasa de accidentes aumenta notablemente con el uso del alcohol y la marihuana.

En los últimos diez años se ha investigado mucho sobre la acción de la marihuana y sus consecuencias sobre el cerebro, por lo que daré un resumido panorama de dicho conocimiento actual.

LA ENSEÑANZA DEL CANNABIS

El uso de marihuana en la actualidad tiene enormes diferencias con la modalidad utilizada a comienzos de la década del '60. Por aquellos años, representaba un estandar del movimiento pacifista que se oponía a guerras colonialistas como en Vietnam, asociado a los primeros megafestivales de rock como Woodstock y en clara relación con la rebeldía adolescente de esa época. Actualmente ha sido incorporada en muchos grupos como una "única y exclusiva forma" de "diversión, relajación y placer", ignorando que la manipulación y mejora de los cultivos de cannabis sativa han potenciado la concentración de los alcaloides responsables de sus efectos sobre el organismo, principalmente el Δ^9 -tetra hidro cannabinoil o Δ^9 THC. En efecto este alcaloide es el responsable de la capacidad adictiva de la marihuana pero también lo es de los efectos sobre el psiquismo y la conducta. Existen también otros alcaloides como cannabidiol, cannabinoil, cannabigerol, cannabichromene y cannabicyclol; el primero de ellos, ausente en una variedad sudafricana de cannabis conocida como dagga, tendría potencial acción antipsicótica y ansiolítica ya que se ha observado que con la utilización de dagga que no contiene dicho alcaloide aumenta notablemente la incidencia de cuadros psicóticos y de pánico. Del estudio y observación científica de la acción de estos alcaloide sobre el sistema nervioso central (SNC), y del mismo modo que ocurriera con el opio y sus derivados, se postuló la existencia de un sistema endógeno que funcionara con sustancias similares a las presentes en la marihuana, con acción de verdaderos neurotransmisores y actuando sobre receptores específicos. Si bien el origen de esta hipótesis se vio modificado como resultado de las investigaciones, dio origen a lo que conocemos hoy como sistema endocannabinoide (ECB).

EL SISTEMA ENDOCANNABINOIDE

Hasta la fecha han sido descritos cinco ligandos endógenos o endocannabinoides (ECB), que actúan sobre receptores específicos de membrana, conocidos como receptores cannabinoides (R-CB) de los que se han descrito dos variedades. Son sustancias endógenas con actividad lipofílica que actúan generando una modulación rápida de la neurotransmisión; es virtualmente un sistema de señalización retrógrado que puede influir sobre sinapsis en un radio de 40_μm de diámetro. Este sistema ECB incluye enzimas biosintéticas y de degradación, de las cuales la más importante es una hidrolasa (FAAH) encargada de su metabolización (Fig. 1 y 2). Además Los endocannabinoides intervienen en las transformaciones enzimáticas que conducen a prostaglandinas, tromboxanos y leucotrienos.

- * Anandamida (agonista mixto R-CB1 y R-CB 2)
- * 2-araquidonoil-glicerol ó 2-AG (agonista mixto R-CB1 y R-CB 2)
- * Noladin eter (agonista selectivo R-CB1)
- * N-araquidonoil-dopamina (NADA)
- * Virodhamina

Existen R-CB de localización predominantemente central (R-CB1) y receptores periféricos (R-CB2), de importante acción en el sistema inmunológico (Tabla 1 y 2).

Los RCB1 están localizados en axones y terminales nerviosas a nivel presináptico, y median los efectos inhibitorios del THC y otros cannabinoides sobre la liberación de acetilcolina, glutamato, GABA, NA, dopamina y serotonina. Son receptores acoplados a proteína Gi, y tienen un rol en la modulación de la liberación de NT.

Estos efectos, gatillados por influjo de Ca²⁺, generan los DSI (depolarization-induced suppression of inhibition) y DSE (depolarization-induced suppression of excitation), siendo con el mecanismo de inhibición de la recaptación de neurotransmisores el principal mecanismo fisiológico para la finalización de las señales químicas mediadas por éstos. Además, sabemos hoy que existe co-localización de R-CB1 con receptores opioides, que explican que tanto el THC como la morfina actúan sinérgicamente en los efectos analgésico y antiinflamatorio.

Del conocimiento científico sobre el funcionamiento fisiológico del sistema ECB surge claramente que la utilización de marihuana generará cambios en dichos circuitos. Estos cambios no difieren de los que se producen con la utilización de cualquier otra sustancia con capacidad adictiva, ya que utilizados con alguna periodicidad determinada y durante un tiempo suficiente, generarán los cambios neuroplásticos subyacentes a lo que definimos como "adicción". Este concepto resulta crucial para comprender las bases biológicas inherentes a los mecanismos adictivos, dando por tierra con ciertos mitos aún existentes sobre supuesta inocuidad de la marihuana; por el contrario, considero que la lenta progresión de la acción de la marihuana juntamente con la menor espectacularidad de sus efectos agudos en



Tabla 1. LOCALIZACIÓN DE R-CB₁

SNC	TEJIDOS PERIFÉRICOS
➤ Cerebelo (>[])	➤ Ojos
➤ Ganglios basales	➤ Testículos
➤ Hipocampo	➤ Vejiga urinaria
➤ Corteza	➤ Adipocitos
➤ Hipotálamo	➤ Tracto Gastrointestinal

Tabla 2. LOCALIZACIÓN DE R-CB₂

CÉLULAS DEL SIST. INMUNE
➤ Amígdalas faríngeas
➤ Timo
➤ Médula ósea
➤ Bazo
➤ Páncreas
➤ Terminales nerviosas periféricas
➤ Células de la microglia
➤ Gliomas y tumores de piel

comparación con otras sustancias, ha contribuido a minimizar peligrosamente los riesgos de su utilización.

MARIHUANA: COMPLICACIONES PSIQUIÁTRICAS

Por regla general siempre que existe el diagnóstico de Trastorno por dependencia de sustancias, sea la que sea, encontramos comorbilidades varias con otros trastornos psiquiátricos. Independientemente de la vieja discusión sobre la preexistencia o no de estos últimos, la misma acción de las sustancias adictivas sobre el SNC y los cambios neuroplásticos generados, conducirán invariablemente a la génesis de diferentes trastornos psiquiátricos. Aquí deben considerarse distintas variables que resultan muy difíciles de predecir, como frecuencia de consumo, concentración de alcaloides (mayor en las partes distales de la planta de cannabis), mayor o menor retención del aire inspirado durante su utilización, diferencias de vulnerabilidad entre distintos individuos. En función de estas variables, serán de aparición más temprana o no las complicaciones psiquiátricas, las que en el caso del uso de la marihuana son las siguientes:

- Síndrome amotivacional
- T. depresivo mayor
- T. de angustia
- T. psicótico inducido

A pesar de que aún se discute si el síndrome amotivacional por marihuana es una entidad clínica específica (Tabla 3),

no hay duda que su aparición es consecuencia de las acciones de la marihuana sobre el SNC. Algunos piensan que en realidad es una forma de enfermedad afectiva, con los elementos comunes a un trastorno depresivo mayor; otros postulan que en realidad son los pródromos de un trastorno psicótico con expresión predominante de sintomatología negativa y del área cognitiva. Pero independientemente de estas hipótesis, no debemos seguir considerando al uso de la marihuana como algo inocuo ya que el notable aumento de su utilización entre los adolescentes implica un enorme riesgo desde el punto de vista de la salud mental, que debe recibir nuestra mayor atención como profesionales.

Tabla 3. Síndrome amotivacional por marihuana

- Pérdida de interés hacia las cosas, asociado a apatía y pasividad.
- Pérdida del deseo de trabajar, con pérdida de noción de rendimiento laboral, que lleva a menor productividad.
- Pérdida de energía y fatigabilidad fácil.
- Indiferencia e irritabilidad.
- Dificultades de concentración.
- Desinterés por aspecto personal e higiene.
- Preocupación cotidiana por obtención de cannabis y su consumo.⁽¹⁾

(1) Schwartz RH. Marihuana: an overview. *Pediatr Clin North Am* 34: 305-317, 1987

REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN DE ARTICULOS

- Los trabajos deberán ser enviados al director de la Revista *Conexiones*, Dr. Eduardo Grande.
- El Comité Editorial de la revista se reserva el derecho de rechazar los originales que no considere apropiados o cuando no cumplan con los requisitos mínimos.
- Los trabajos serán evaluados por el comité científico de la revista.
- Los trabajos no deberán haber sido publicados anteriormente ni presentados simultáneamente a otra publicación. Si fue publicado anteriormente, y el artículo sea considerado de sumo interés, el autor deberá presentar la autorización del editor que lo haya publicado con anterioridad.
- Se presentará el trabajo original acompañado de tres copias (texto, gráficos e ilustraciones si las hubiere) en diskette o CD, aclarando el formato de los mismos.
- Deberá tener una extensión total de entre 4 y 7 páginas con letra arial N° 14.
- Deberá figurar: Título del artículo, nombre y apellido de los autores, institución a la que pertenecen, localidad y país. Dirección, teléfono, e-mail y fax de los autores.

Los autores son los responsables exclusivos de toda la información que se incluya en el artículo.

- Resumen del trabajo y palabras clave en castellano y en inglés y no excederá las 200 palabras.
- Si el artículo fuera resultado de un trabajo de investigación, deberá constar de las siguientes partes: Introducción, Material y Método, Resultados y Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: Bibliografía de Revistas: Apellidos e iniciales de todos los autores (a partir de tres autores se añadirá "y cols."), título del trabajo en su idioma original, nombre de la revista, número de volumen, primera página y año. Bibliografía de Libros: Apellidos e iniciales de todos los autores, título del libro en su idioma original, páginas, editorial, ciudad y año, en este orden.
- Las publicaciones presentadas para que sea considerada su publicación que no cumplan con los requisitos explicitados anteriormente serán remitidos al autor responsable para su modificación.