ISSN 3008-7627

Desde Acá.

CIMIENTOS PARA UNA SALUD SITUADA

Revista del Instituto de Ciencias de la Salud UNAJ.

VOLUMEN 2 | 2024

Universidad Nacional ARTURO JAURETCHE

AUTORIDADES

Universidad Nacional Arturo Jauretche

Rector Arnaldo Medina

Vicerector Miguel Binstock

Instituto de Ciencias de la Salud

Director Martín Silberman

Vicedirectora Claudia Congett

Cuerpo Editorial

Editores responsables Arnaldo Medina y Martín Silberman

Comité editorial

Directora María Cecilia Scaglia

Editores Adjuntos María Pozzio, Diego de Zavalía Dujovne, Agustina Vericat, Cristian Dorati, Marcelo Insaurralde, Ignacio Ezequiel Fernández, Lucas Agüero, Nadia Percovich

Coordinadora editorial del dossier Nadia Percovich y Silvia Oddo

Comité Asesor Académico

Fernando Vallone, Claudia Congett, Magalí Turkenich, Daniela Alvarez, Teresa Poccioni, Patricio Narodowski, Daniela Testa, Alicia Villalba, Adriana Petinelli, Natalia Deluca, Eduardo Prieto, Mariela Nievas, Eugenia Pollini, Gabriela Lemonnier, Zulma Ortiz, Jonatan Konfino, Mora Castro, Ignacio Fernández, Gabriel Sosa Hidalgo, José de Echave, Carolina Gilardi, Mariano San Martín, Liliam Sierra, Patricia Roussel.

Editora Ejecutiva

Lía Silberman

CONTENIDO

05 **PRESENTACIÓN DEL NÚMERO 2**

María Cecilia Scaglia

06 **DOSSIER SALUD MENTAL Y NEUROCIENCIAS**

07 **Presentación del dossier Salud Mental y Neurociencias**

Nadia Percovich y Silvia Oddo

16 **Mente y cerebro, un problema que excede la epistemología: un análisis desde la tarea docente en salud.**

Santiago A. Levín

36 **Adaptación socio cultural de una terapia de estimulación cognitiva.**

Nancy Medel, Patricia Solis, Ines Mintz, Ivana Soledad Villella, Aimee Spector, Silvia Kochen.

56 **Universidad y Salud Pública: La experiencia de trabajo de rehabilitación en el Hospital Esteves con estudiantes de la carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría de la UNAJ.**

Carla Rincón, Eugenia Pollini, María Isabel Hartfiel, María Rosa Riva Roure.

70 **Estudios genéticos asociados a la enfermedad de Alzheimer esporádica en Argentina: relevancia, estado actual y perspectivas.**

Maria Carolina Dalmasso, María Bárbara Postillone, Julieta Lisso, Zulma Sevillano, Nicolás Irureta, Ivana Vellilla, Inés Mintz, Nancy Medel, Juan Pablo Princich, Mariana Nahir Vallejo Azar, Patricia Solis, Silvia Kochen, Paula Gonzalez.

91 **Guías para la atención de casos de muerte perinatal: una experiencia de humanización del duelo- Del HZGA Mi Pueblo a la Licenciatura en Obstetricia.**

Verónica Analía Ojeda, Mara Ponce

109 **Análisis de los aspectos psiquiátricos y de las funciones cognitivas antes y después del tratamiento con aceite de cannabidiol en pacientes con epilepsia focal resistente al tratamiento**

Julián A Lamonarca, Manuela Villanueva, Liliana Bayarres, Anilu Daza-Restrepo, Silvia González Martínez, Inés Mintz, Silvia Oddo, Brenda Giagante, Silvia Kochen.

139 **Recepción de personas con padecimiento mental en el primer nivel de atención: Experiencia de capacitación y vinculación territorial.**

Nadia Percovich, De Battista Julieta, Zanatta Analía, Levin Santiago, Martín Julia

156 **Estrategias quirúrgicas para la epilepsia temporal farmacoresistente en países en desarrollo: experiencia con stereo-electroncefalograma en un hospital público de alta complejidad.**

Silvia Oddo, Brenda Giagante, Silvia Kochen.

184 **El concepto de trauma desde los Derechos Humanos.**

Florencia Calcagno

204 **Una mirada antropológica sobre los estudios poblacionales en neuroimágenes. Presentación de una base de datos de resonancias magnéticas de cerebro de la población local.**

Mariana N. Vallejo Azar, Bárbara, Postillone, Jennifer Nicole, Echeverria Buezo, Juan Pablo, Princich y Paula N. Gonzalez

227 **ESPACIO DE RESUMENES AMPLIADOS**

228 **Prematuridad y Desarrollo, cuidados de enfermería centrados en el neurodesarrollo.**

Brenda Pacheco, Raul Ariel Llano.

230 **Uso de las tecnologías móviles en niños con trastornos del neurodesarrollo en la primera infancia.**

Erica Cammarota, Nahuel Pérez Belmonte, Luciana Reynal Machado.

233 **Las estrategias de enfermería que favorecen la adhesión al tratamiento del paciente con trastornos mentales severos.**

Melany López, Ariel Moreira, Barboza Martha.

236 **Trastornos Mentales: Una revisión sobre la aplicación de la Actividad Física Aeróbica desde un abordaje kinésico para disminuir los síntomas de depresión y ansiedad.**

Mariana G. Mochales, Ramiro Ocampo

241 **Entrevista en salud mental. Trabajo sobre la experiencia de simulación en estudiantes de medicina.**

Claudio Marcelo Rubbo, Romina Suyay Carrizo Kopel, Abril Marianella Contreras, Angeles Abril Velez

245 **ESPACIO DE DIVULGACIÓN**

246 **Entrevista Andrew Lakoff**

María Pozzio.

DE TRADUCCIONES Y DIÁLOGOS POSIBLES

MARÍA CECILIA SCAGLIA

Llegar a la publicación del segundo número de esta revista constituyó, creo que para todos nosotros y nosotras, un desafío insospechado. Un número dos es compromiso de continuidad, es renovar los esfuerzos y sostenerlos. Un número dos todavía no cuenta con el grado de institucionalidad necesario para que su publicación sea parte de las rutinas de trabajo, ni tampoco trae las expectativas que sostienen la publicación de un primer número. La publicación de un número dos expresa entonces voluntad.

Comenzamos a pensar este número en un país, en una realizad social y política, en una situacionalidad determinada, y terminamos publicándolo en otra. La realidad social, económica y cultural del país cambió muchísimo a partir de la asunción del nuevo gobierno, y ello no es un dato menor si queremos construir una salud situada. Muchas cosas cambiaron en estos más de seis meses, pero nuestra voluntad de construir esta revista sigue intacta, es más, creo que se ha fortalecido. Esta nueva realidad, nos encuentra con todo el sistema universitario amenazado, ya que se pretende imponer la lógica de mercado al derecho a los estudios superiores. Pero también nos encuentra resistiendo en las calles, junto con todo un pueblo que defiende ese derecho, enarbolando nuestros libros. Y esas experiencias colectivas fortalecen y reafirman nuestra voluntad de seguir adelante con todos los proyectos

En agosto del 2023 imaginamos este número con un dossier en que se pusieran en diálogo dos campos disciplinarios que son sumamente fecundos en nuestra universidad: el campo de la salud mental y el de las neurociencias. Uno de ellos atravesado por la producción de las ciencias sociales y las humanidades, y el otro por el de las ciencias naturales y exactas. Pero si de construir una perspectiva integral de la salud se trata, entendemos que es preciso producir esos diálogos. Una revista puede ser un espacio que aloje esos diálogos, y el lenguaje seguramente su más preciada herramienta. El desafío es entonces construir un lenguaje común.

Ya nos decía Byron Good que la medicina construye sus objetos también a partir del lenguaje, nominar es dar entidad y existencia a las cosas, el lenguaje nos ayuda a ver; por el contrario, aquellas cosas que no nombramos son a veces las omisiones más imperdonables.

La construcción de un lenguaje común, en este caso supuso un constante trabajo de "traducción", dos campos del conocimiento que no se hablaban entre sí, debían hallar el modo de hablarse, leerse, encontrarse. La práctica de la traducción implicó una serie de decisiones editoriales que resultaron un aprendizaje para todas y todos los que formamos parte del Comité Editorial. Las revisiones de los artículos se hicieron intentando asegurar que pudieran ser comprendidos por especialistas del "otro" campo del conocimiento. Esta práctica de la traducción implicó además hacer caso omiso de relaciones de hegemonía y sulbalternidad que existen entre los campos del conocimiento, poniéndolos en un pie de igualdad.

En síntesis, el principal aprendizaje que nos deja la publicación de este número es que la construcción de otra perspectiva, otra mirada, más integral e interdisciplinaria del campo de la salud supone también la construcción de un lenguaje común que haga inteligible nuestras producciones y posibilite una interacción, un diálogo entre campos del conocimiento que, por sus propias prácticas profesionales e investigativas, no lo hacen. Esperamos que su lectura habilite nuevas posibilidades de abordaje de estos padecimientos.

DOSSIER
SALUD MENTAL Y NEUROCIENCIAS

PRESENTACIÓN DEL DOSSIER SALUD MENTAL Y NEUROCIENCIAS

NADIA PERCOVICH Y SILVIA ODDO

La invitación de seleccionar artículos para un dossier sobre salud mental y neurociencias, realizada por el comité editorial de la revista Desde Acá, nos llegó como un desafío. ¿Cómo hacer puentes entre estos dos campos? Entendíamos por qué la propuesta se había pensado sobre ambos: hay ciertas convergencias, el tipo de comportamientos o síntomas que tienen las personas afectadas por problemas de salud mental se puede asemejar, en algunos casos a los de aquellas que tienen algún problema neurológico. Grandes maestros de la psiquiatría, como Emil Kraepelin[1] fueron también neurólogos e intentaron buscar las causas biológicas de los que hoy llamamos trastornos mentales1. La farmacología psiquiátrica ha avanzado mucho en los últimos años y los aportes de las neurociencias allí han sido claves. La práctica en salud mental hoy incluye el diagnóstico diferencial con problemas neurológicos. Ahora bien, ¿cómo se orientan las intervenciones una vez que se detecta que ese problema con síntomas compatibles a un trastorno mental tiene base en un déficit de funciones neurológicas? Por lo general, ocurre una derivación y el tratamiento queda en manos de las neurociencias. ¿Tiene sentido, entonces, unir aquello que en la práctica cotidiana buscamos diferenciar? ¿Se puede pensar en construir puentes en estas disciplinas? La respuesta es que sí, o que al menos se hará un intento aportando al propósito de esta publicación: construir conocimiento situado en los territorios que rodean y en los que se interviene desde la UNAJ, abordar problemas relevantes para la salud pública desde una perspectiva integral, pensar en intervenciones interprofesionales en el campo de la salud y proponer reflexiones para nuestra comunidad educativa.

1.. Emil Kraepelin fue un neurólogo y psiquiatra alemán que escribió en 1883 su Manual de Psiquiatría Clínica.

Para definir a la salud mental recurrimos a la Ley Nacional de Salud Mental nº26657, que la reconoce como "un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona"[2]. Esta definición amplia, nos obliga a no pensar sólo en el trastorno mental[3], definido desde un modelo médico como patrones comportamentales que se asocian a un dolor, a una discapacidad o deterioro en algún área de funcionamiento, o a un riesgo, sino también sumarle la perspectiva de la subjetividad de quien padece. Para ello sirven los términos ingleses de *desease*, entendida como el término objetivo de la enfermedad que hacen los médicos, y el de *illness*[4], que refiere a la experiencia directa del enfermo. Desde esta perspectiva se toma al padecimiento subjetivo o sufrimiento psíquico[3], que da la posibilidad de intervenir con el malestar que sienten las personas e incluir las condiciones de vida en las que se desarrollan, comprendiendo a la salud mental como un proceso, tal como lo define la Ley Nacional de Salud Mental.

La neurociencia, por su parte, es una disciplina científica que estudia el sistema nervioso y todos sus aspectos: por ejemplo, estructura, función, desarrollo ontogenético y filogenético, bioquímica, farmacología y patología, y cómo sus diferentes elementos interactúan, dando lugar a las bases biológicas de la cognición y la conducta.

La neurociencia engloba una amplia gama de interrogantes acerca de cómo se organizan los sistemas nerviosos de los seres humanos y de otros animales, cómo se desarrollan y cómo funcionan para generar la conducta. Estas preguntas pueden explorarse usando las herramientas analíticas de la genética y la genómica, la biología molecular y la biología celular, la anatomía y la fisiología de los aparatos y sistemas, la filosofía, la biología conductual y la psicología.

El estudio biológico del cerebro es un área multidisciplinaria que abarca muchos niveles de estudio, desde el puramente molecu-

lar hasta el específicamente conductual y cognitivo, pasando por el nivel celular (neuronas individuales), redes pequeñas de neuronas y sistemas más complejos como las funciones cerebrales superiores: memoria, lenguaje y percepción.

En el nivel más alto, las neurociencias se combinan con la psicología para crear la neurociencia cognitiva que proporciona una nueva manera de entender el cerebro y la conciencia, une disciplinas tales como la neurobiología, la psicobiología o la propia psicología cognitiva.

En una lectura simple pareciera que para las neurociencias el foco está puesto en comprender causas, la comprensión de los fenómenos neurológicos es la que guía a las intervenciones, en el campo de la salud mental e incluso en la psiquiatría la mirada está puesta de afuera hacia adentro, el síntoma es el que guía, el punto de partida no es la búsqueda de la etiología de los trastornos, es el alivio de los síntomas, la posibilidad de que las personas puedan hacer algo con sus vidas, que se refleja en la famosa frase de Freud que dice que la salud es amar y trabajar.

Galende[1] nos acerca los debates de la naciente psiquiatría en el siglo XIX y la idea de causalidad en pleno auge del positivismo: Griesinge[2] plantea un debate entre psicogénesis y organogénesis, es decir, entre una causalidad psíquica, y por lo tanto con responsabilidad de cada sujeto y los aconteceres de su vida, versus una causalidad orgánica, biológica, situada en el cuerpo y principalmente en el cerebro, que deja de lado la historia y la vida social de la persona afectada. Este debate continúa en nuestros días y este dossier lo intenta retomar: ¿Cómo influye el llamado contexto? ¿Es sólo lo que rodea o atraviesa los cuerpos y las subjetividades? ¿Cómo se toma en cuenta para hacer intervenciones? ¿Cómo las formas de vida se plasman en los cuerpos biológicos?

2. Médico alemán formado como neuropsiquiatra

Para el armado de este dossier tuvimos varias reuniones en las que inicialmente, reconocíamos problemas de salud similares que tratamos desde los dos campos de conocimiento, esa fue una primera orientación para pensar la selección de trabajos realizados por alumnos, docentes e investigadores de nuestra Universidad. Los puntos en común tienen que ver con identificar las problemáticas importantes para la salud pública y pensar intervenciones de acuerdo a la realidad institucional y el lugar de residencia de las personas. Otra coincidencia es que las intervenciones a las que hacen mención la mayoría de los trabajos son interprofesionales. Sin embargo, encontramos que el modo de orientar la metodología y escritura de los trabajos es muy diferente: metodologías cuantitativas abundaban en la selección de trabajos de neurociencias, mientras que en salud mental contábamos con trabajos cualitativos y relatos de experiencia. El lenguaje que maneja cada uno de los textos también era diverso, nos encontramos con un lenguaje biológico en los textos de neurociencias, con algunas siglas que hubo que traducir para quienes veníamos del campo de la salud mental, esto fue un desafío también a la hora de realizar las evaluaciones de los trabajos.

Para la selección de los textos se realizó una convocatoria a docentes investigadores de la UNAJ. Los trabajos sobre salud mental provienen de diferentes docentes investigadores, que desde diversas disciplinas aportan a este campo. Los de neurociencias se centran en el trabajo de la Unidad Ejecutora Estudios en Neurociencia y Sistemas Complejos (ENyS), dependiente del CONICET/UNAJ/HEC, donde un grupo multidisciplinario de investigadores en neurociencias realizan trabajos en diferentes áreas: genética, epilepsia, demencias.

Además, se realizó una búsqueda de trabajos finales de grado y posgrado que se dictan en la universidad. Fue una grata sorpresa encontrar varios trabajos en tesinas de grado, que se incorporaron en el segmento de resúmenes ampliados, lo que da cuenta del interés creciente y de la relevancia de esta temática para jóvenes profesionales.

La evaluación de los textos fue realizada por expertos de los dos campos, de modo tal de complementar miradas y no dar nada por sentado y pedir aclaraciones en caso de que fueran necesarias, también para facilitar la lectura de personas provenientes de diversas disciplinas, con el propósito de aportar en la construcción de una perspectiva integral e interdisciplinaria de la salud, y con el objetivo pedagógico de que todes les estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud puedan acceder fácilmente.

El objetivo fundamental fue iniciar un camino de conocimiento en este apasionante mundo y aprovechar para difundir nuestro trabajo.

Breve presentación de los trabajos que contiene este dossier

El dossier comienza con un texto de Santiago Levin que pretende hacer puente entre la salud mental y las neurociencias, buscando el origen del dualismo y la dicotomía mente y cerebro, y las consecuencias que tiene actualmente desde la enseñanza en ciencias de la salud.

Luego continúa con un trabajo de investigación en población de adultos mayores con deterioro cognitivo que se viene realizando en un centro de atención en Florencio Varela[3], desde hace varios años. En este Centro se realiza el diagnóstico y tratamiento de la población de adultos mayores con diferentes patologías, especialmente, Enfermedad de Alzheimer (EA). El objetivo del trabajo publicado fue implementar una técnica de estimulación cognitiva adaptada a la población de la región, considerando su entorno y respetando su cultura. Los autores concluyen que la adaptación cultural implementada en el método no sólo es bien aceptada por los pacientes, sino que mejora significativamente las funciones cognitivas y su calidad de vida.

Posteriormente, se incluye un relato de una experiencia llevada a cabo por docentes y estudiantes de la carrera de kinesiología

3. AMI (Asistencia Medica Integral)

de la universidad en sus prácticas en el Hospital Esteves. Allí se reseña el trabajo de esa institución monovalente de salud mental en proceso de transformación y adecuación a la normativa vigente, y cómo la presencia de futuros profesionales de kinesiología acompaña este proceso.

El siguiente trabajo es la publicación del marco teórico de un trabajo poblacional que implica el reclutamiento de pacientes con EA y casos controles para detectar factores de riesgo genéticos para este padecimiento. Este trabajo se realiza en colaboración con otros investigadores de latinoamérica, ya sea para aumentar la cantidad de casos, como para determinar los ancestros de nuestra población (nativa, europea, etc).

A continuación, encontramos el relato sobre la tarea de un equipo interprofesional del hospital general Mi pueblo de Florencio Varela, sobre sus guías de intervención para casos de muerte perinatal. El equipo, que también forma parte de la flamante carrera de obstetricia de la UNAJ, plantea necesario acompañar un trabajo de duelo humanizado, en un proceso culturalmente invisibilizado.

Luego incluimos otro trabajo que desarrolla una investigación sobre cannabis medicinal (CBD) en el tratamiento de la epilepsia. Desde el año 2017, nuestra región es pionera en la utilización CBD para investigación y tratamiento en epilepsia. El Hospital El Cruce (HEC) cuenta con un equipo multidisciplinario especializado en el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia resistente, por lo que la investigación con CBD ha tomado un impulso relevante. Se ha publicado recientemente una investigación con CBD, donde se obtuvieron resultados alentadores y en este número, se publican los resultados obtenidos del análisis de las comorbilidades psiquiátricas y cognitivas de esta población.

Continuamos con un trabajo sobre una experiencia de vinculación realizada desde la Universidad en dos municipios vecinos, a partir de una demanda concreta de los mismos: cómo capacitar y orientar a trabajadores de los centros de salud en el manejo y

la recepción de personas con padecimiento mental en el primer nivel de atención. A partir de este pedido, un equipo interdisciplinario que viene trabajando en temas de salud mental comunitaria, presentó un curso de vinculación para esa población. Este texto aborda la problemática del estigma que sufren las personas con padecimiento mental, relata la experiencia de esa capacitación, incluyendo las inquietudes y comentarios de la población destinataria y, finalmente, delinea las otras propuestas que tiene el equipo tanto de vinculación como de investigación en relación con este tema.

Con relación al equipo del ENyS especializado en epilepsia refractaria, publicamos su experiencia con un método de alta complejidad, orientado al diagnóstico de epilepsia en candidatos a cirugía que presentan epilepsia de difícil caracterización. Se enfatiza la posibilidad de realizar este procedimiento en un hospital público y se alienta a otros grupos de la región.

Luego, incluimos el ensayo realizado sobre trauma y derechos humanos, en el que la autora desarrolla el concepto de trauma desde la psiquiatría clásica y se detiene en la perspectiva de derechos humanos, relatando el trabajo que en el marco del psicoanálisis, realiza el Centro Ulloa, acompañando a testimoniar a víctimas de la última dictadura cívico militar en nuestro país.

Finalmente, se incluye otra investigación del ENyS a partir de la creación de una base de neuroimágenes de la población local. El trabajo plantea, desde una mirada antropológica, la importancia de la disponibilidad de esta información de diversidad poblacional en neurociencias como referencia disponible para la comunidad científica.

Los **resúmenes ampliados** corresponden a tres trabajos finales de la Licenciatura en Enfermería, uno de ellos es sobre cuidados en bebés prematuros que estimulan el neurodesarrollo, el segundo trata sobre el uso de tecnologías móviles en niños con trastornos de neurodesarrollo y el tercero es sobre estrategias de en-

fermería para favorecer la adhesión al tratamiento de personas con trastornos mentales severos. Luego hay un trabajo final de la Licenciatura en Kinesiología que consiste en una revisión bibliográfica acerca de la aplicación de la actividad física para disminuir síntomas de ansiedad y depresión. Y finalmente, un trabajo de la carrera de Medicina, que desarrolla la experiencia de junto al Hospital de Simulación de la UNAJ, realizando entrevistas para la asignatura Salud Mental y su importancia en la formación.

Por último, en el **espacio de divulgación** se incluyó una entrevista realizada por María Pozzio, miembro de nuestro comité editorial, a Andrew Lakoff, profesor de Antropología y Sociología en la Universidad de Southern California. La misma incluye un repaso sobre su trabajo realizado en 2001 en nuestro país sobre venta de antidepresivos en ese contexto de crisis económica, temática que vincula tanto a salud mental como a neurociencias; además de abordar cuestiones generales en relación a la construcción de conocimientos y su circulación en procesos de globalización, temas a los que se dedica este investigador en la actualidad.

Referencias bibliográficas:

1. Galende E. *Breve historia de la crueldad disciplinaria*. En: Kraut A y Galende E. El sufrimiento mental, El Poder, la Ley y los Derechos. Buenos Aires: Ed. Lugar Bs. As; 2014.
2. Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Honorable Congreso de la Nación. Promulgada el 2 de diciembre de 2010.
3. Ausburger, AC. *De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave*. Cuad. méd. soc.[Ros.]. 2002; 61-75.
4. Illich I. *Limits to medicine: medical nemesis—the expropriation of health.* London: Marion Boyars, 1976.

MENTE Y CEREBRO, UN PROBLEMA QUE EXCEDE LA EPISTEMOLOGÍA. UN ANÁLISIS DESDE LA TAREA DOCENTE EN SALUD

MIND AND BRAIN, A PROBLEM THAT EXCEEDS EPISTEMOLOGY. *AN ANALYSIS FROM THE POINT OF VIEW OF THE TEACHING TASK IN THE MENTAL HEALTH FIELD)*

MENTE E CÉREBRO, UM PROBLEMA QUE ULTRAPASSA A EPISTEMOLOGIA. *UMA ANÁLISE A PARTIR DA TAREFA DOCENTE EM SAÚDE*

SANTIAGO A. LEVÍN[1, 2]

Contacto: Santiago A. Levín - **Email:** slevin@unaj.edu.ar

FILIACIONES: 1. Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche 2. Hospital El Cruce.

Citar como: Levín SA. Mente y cerebro, un problema que excede la epistemología. *Un análisis desde la tarea docente en salud.* Desde Acá. 2024; 2: p-p. 16-35

Resumen

En este escrito se aborda el clásico pero jamás resuelto problema del dualismo mente cuerpo, analizado en esta ocasión desde el punto de vista de la formación de profesionales de la salud. Intenta ser un aporte al desarrollo del indispensable pensamiento crítico que la labor asistencial en salud requiere, más aún en un contexto crecientemente complejo y diverso.

Palabras clave: Mente, cerebro, dualismo, complejidad

Abstract

This paper addresses the classical but never solved problem of dualism (mind and body) analyzed in this opportunity from the point of view of the training of Health professionals. Its intention is to be a contribution to critical thinking —an essential component of the assistance activity in a context increasingly complex and diverse.

Key Words: Mind, brain, dualism, complexity

Resumo

Neste escrito, aborda-se o clássico, porém jamais resolvido, problema do dualismo mente-corpo, analisado desta vez do ponto de vista da formação de profissionais de saúde. Busca-se contribuir para o desenvolvimento do indispensável pensamento crítico exigido pelo trabalho assistencial em saúde, ainda mais em um contexto crescentemente complexo e diversificado.

Palavras-chave: Mente, cérebro, dualismo, complexidade.

MENTE Y CEREBRO, UN PROBLEMA QUE EXCEDE LA EPISTEMOLOGÍA. UN ANÁLISIS DESDE LA TAREA DOCENTE EN SALUD

SANTIAGO A. LEVÍN

Introducción

Intentaré desplegar, en pocas páginas, un problema que el pensamiento occidental viene arrastrando desde hace demasiado tiempo, procurando llevarlo al terreno que más nos interesa aquí: el terreno de la salud. Escribo como médico psiquiatra, es decir, como profesional de la salud que trabaja día a día en la atención de personas, y también como docente en una de las llamadas universidades del bicentenario, en el extenso conurbano bonaerense, concebida para cuestionar lo instituido desde un ángulo diferente: el ángulo de la periferia. Periferia entendida no solo como geografía sino también como un espacio marginal y marginado en lo intelectual, lo material y lo vivencial, y que precisa —lo mismo que el gran país que la contiene, que también habita en la periferia del mundo— desarrollar modos propios de mirarse a sí misma, evitando la repetición de fórmulas canónicas que apenas hacen ya sentido en las latitudes desde las que emana su hegemonía.

El problema mente cerebro, que definiré enseguida, tiene profundas consecuencias en los modos de comprender el acaecer humano y por lo tanto en las formas de concebir el fenómeno de la salud y de la enfermedad. Digámoslo de una vez: la medicina no es una ciencia sino una profesión y una práctica social científicamente informada; quien ejerce la clínica no *hace* ciencia sino que utiliza conocimientos derivados de ella —y de otras disciplinas no científicas, como la matemática y la filosofía, pero también la tradición cultural popular y los saberes folclóricos y de los pueblos originarios— para un mejor cuidado de la salud de los asistidos y de la población toda. Pero que la medicina no sea una ciencia no nos exime a quienes la ejercemos de la reflexión crítica

sobre las ideas y conceptos puestos en juego en nuestra práctica diaria. No deberíamos ser aplicadores automáticos de conceptos construidos en otros contextos y latitudes sino hacedores, también, de la teoría que orienta nuestra práctica. Y esta mirada crítica es indispensable, consustancial, en una práctica comprometida e implicada.

La afirmación de que la medicina no es una ciencia puede sonar provocativa para un número importante de colegas que se conciben a sí mismos como científicos, no tanto por la cientificidad de su tarea sino más bien por el prestigio que el discurso de la ciencia ha adquirido en nuestra época. Junto con Georges Canguilhem[1], Germán Berrios[2] y tantos otros, entre ellos Lanteri-Laura[3], [4] sostengo que la medicina no es una ciencia en sí misma sino una práctica asistencial, práctica informada por varias ciencias que convergen en su auxilio (física, química, biología, psicología, antropología, historia, etc.). Pero presentarla como una ciencia no es una operación casual, sino la marca en el orillo de la corriente biologicista, que tira de la soga hacia donde le conviene, es decir, hacia el polo biológico. Esta pretensión de cientificidad —marca indeleble del origen político de quienes la detentan— es también uno de los elementos centrales de la propaganda de la industria farmacéutica y biotecnológica: al vivir en una sociedad en la que el discurso científico, como afirma Knorr Cetina ha sido ascendido a la categoría social de máxima aceptación y respeto[5], y hasta de creencia lisa y llana, su manipulación adecuada incrementa las ventas, y por lo tanto las ganancias de los vendedores de salud. Cada vez que se pronuncia el vocablo "ciencia", en este contexto, es necesario desentrañar la maniobra ideológica que se gesta por detrás[6].

No pretendo hacer aquí una discusión completa del problema (que ya he abordado[7, 8]) sino dejar planteado que quien se forma en alguna de las disciplinas de la salud —medicina, psicología, enfermería y otras— debe contar con los elementos críticos indispensables para distinguir entre conocimiento sólido y propaganda, entre ciencia y *doxa*, y valorar también los conocimientos populares, las creencias de los usuarios y los modos sociales a

individuales de concebir y percibir la propia salud. Por otro lado, el discurso médico se transforma con frecuencia en validador (en el nivel social) del conocimiento proveniente de las ciencias. El análisis de ciertos aspectos de la medicina desde el punto de vista de la epistemología ha resultado ser fecundo y revelador, constituyéndose en una de las fuentes del mencionado pensamiento crítico que pretendemos en nuestros estudiantes, futuros trabajadores de la salud, que tarde o temprano se hallarán en ese terreno complejo que llamamos clínica, terreno multideterminado para el cual las formaciones académicas parciales y simplistas son éticamente inaceptables y además poco eficaces en la práctica. La clínica necesita ser regada con el agua de la teoría (vecina de la reflexión crítica) para mantenerse viva y seguir dando frutos. Y los clínicos, es decir quienes trabajamos asistiendo personas, somos seres dobles —tomo prestada la idea del historiador Paul Veyne[a 9] —. Cuando hacemos clínica necesitamos algunas certezas: desde el escepticismo extremo la clínica se torna imposible, y peor aún, inútil, porque deja de ayudar al que consulta. Pero antes y después del momento clínico viene el de la reflexión —esta idea es de Lía Ricón (comunicación personal) —. Y allí sí, bienvenida la incertidumbre, madre de las nuevas ideas. Dicho con otras palabras, la práctica clínica se sustancia en dos momentos: el propiamente clínico y el posterior, en el que se reflexiona hacia atrás y hacia adelante. Éste texto pertenece, por supuesto, a este segundo tiempo, necesario para volver al primero con más y mejores herramientas conceptuales.

El problema mente cerebro

El problema mente cerebro —o mente cuerpo, que es lo mismo— viene de lejos. Básicamente consiste en concebir al ser humano como formado por dos sustancias distintas pero coyunturalmente coincidentes: mente y cuerpo. Este dualismo —tal el nombre

a. "El escéptico es a la vez un observador, fuera de la pecera, a la que pone en duda, y uno de los pececillos rojos. Un desdoblamiento que en modo alguno ha de considerarse trágico"[9].

que toma esta concepción en la filosofía— viene tiñendo nuestro modo de concebir lo humano desde hace siglos.

El ingreso a la cultura —hace doscientos o trescientos mil años— coloca al *homo sapiens*, en adelante *ser humano*, en una nueva dimensión existencial alejada definitivamente del pasado instintivo, y desde entonces nuestra captación de aquello que llamamos "realidad" está irremediablemente mediada por sistemas complejos que denominamos teorías. Las teorías son tan imprescindibles como transitorias; se las conciba como se las conciba, son prótesis que nuestra existencia simbólica precisa para armar una concepción del mundo y de nosotros mismos como seres de este mundo. Hay varios modelos que explican cómo se construyen las teorías y cómo se las va, llegado el momento crítico, reemplazando por otras que *en ese momento* explican mejor. Un interesante análisis crítico acerca del fenómeno de la construcción de teorías puede hallarse en los textos de Pablo Kreimer[6] y de Esther Díaz[10].

Es importante en este punto abandonar la idea positivista de verdad definitiva y comprender que los modelos explicativos que los humanos nos vamos dando a lo largo del tiempo son aproximaciones históricamente situadas y determinadas, y que cada período dado tiene sus limitaciones a la hora de construirlos —Thomas Kuhn, por mencionar solo un autor, concebía este proceso como una sucesión de *paradigmas* inconmensurables entre sí, mediando entre cada uno de ellos etapas de ruptura que denominó "crisis paradigmáticas"[11] —. El análisis de las ideas del pasado desde la cosmovisión del presente constituye lo que los historiadores llaman "anacronismo", y constituye un equívoco que debe evitarse si se desea comprender el proceso complejo de construcción y reformulación de las teorías y de los conceptos. Un mayor desarrollo en el terreno de la epistemología y sus corrientes, camino que no forma parte del plano de ruta de este breve texto, puede hallarse en la obra de varios de los autores citados[1, 4, 6, 7, 12, 13, 14].

Es muy importante tener presente que cuando se sostenía que la Tierra era plana, la Tierra *era* plana: los cálculos matemáticos da-

ban bien y el modelo general servía. Sería una insalvable necedad llamar "ignorantes" a nuestros antepasados, del mismo modo que sería incorrecto creer que hoy contamos con herramientas conceptuales definitivas. Conviene tener presente el concepto de paradigma científico de Thomas Kuhn[11]: un paradigma científico es el conjunto de preguntas y de respuestas que una comunidad científica se da a sí misma en un momento histórico dado. El paradigma así concebido está sujeto a crisis y reformulaciones[b].

Y aquí entra el problema mente cerebro, que no podemos sino considerar como un artefacto teórico —*artefacto* en el sentido de barrera que distorsiona, del mismo modo que se utiliza en radiología—, un obstáculo epistemológico, una deuda filosófica en nuestro modo de concebirnos. Querríamos ser *monistas* y contar con una teoría que explicara *lo humano* sin divisiones forzadas, y por ello solemos decir que somos monistas ontológicos (el ser se debe explicar de un modo unívoco) pero (provisoriamente) dualistas metodológicos a la hora de la clínica y de la investigación.

Pero el punto al que deseo llegar es el siguiente: el dualismo no es solo un problema filosófico sino que determina y condiciona nuestro modo de concebir la clínica, tanto en su versión diagnóstica como en la terapéutica. Es decir, la medicina moderna tal como la conocemos se apoya en una concepción disociada del ser humano, y esto tiene consecuencias que analizaremos enseguida.

Hagamos aquí una breve pausa para sumar otro problema: el de los reduccionismos—otro término que pertenece a la epistemología, también llamada filosofía de la ciencia—. Reduccionismo es el intento de explicar un fenómeno complejo recurriendo a uno solo de sus componentes. En el área de la salud solemos escuchar hablar de modo crítico del reduccionismo biológico —biologicismo—, pero podríamos describir varios otros tipos de reduccio-

b. Para un desarrollo de este concepto y una comprensión de sus alcances en epistemología y en el terreno de la salud se recomienda la lectura del imprescindible libro de Lanteri-Laura *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*[3].

nismo que operan como obstáculo para una concepción integral, holística de lo humano: el reduccionismo psicológico (*todo* se origina en el psiquismo), el sociológico (las enfermedades no existen sino que son construcciones sociales), etc. El reduccionismo es esperable y aceptable, en cantidades variables, en el terreno experimental: el experimento es, precisamente, el modelado —en condiciones controladas— de *una parte* de un problema mayor. El experimentador lo sabe: no está mirando el problema completo sino solo una porción (a veces mínima pero crucial) de un problema complejo. Por último, el problema de los reduccionismos no es su falsedad sino su parcialidad; no suelen ser enunciados falsos sino insuficientes, parciales. El profesional de la salud que atiende personas debe ser lo más conciente posible no solo de sus prejuicios (abordaremos este problema en otro texto) sino también de los reduccionismos que operan en su sistema de pensamiento. Y las especialidades médicas —necesarias y arbitrarias al mismo tiempo— promueven diversos grados de reduccionismo ya que forman al profesional en un tipo particular de "mirada" que resalta y oculta por partes iguales. No es necesario, ni siquiera posible, saberlo todo, pero es indispensable saber que no se sabe todo ni se puede "ver" todo ni comprenderlo todo.

Entonces, cuando hablamos de la atención de la salud y de la tarea del médico, estos artefactos teóricos (el dualismo y los reduccionismos) hacen obstáculo, y peor, lo hacen de modos que no siempre advertimos. Y ello por dos motivos: uno, porque esos obstáculos operan de un modo silencioso, como verdaderos escotomas epistemológicos; y dos, porque la formación del médico excluye sistemáticamente la reflexión sobre el origen de los conocimientos que pone en juego, al menos en la planificación académica tradicional que aún predomina. El paradigma biomédico imperante funciona como el piso y el techo de lo pensable para cada profesional. Así, un médico promedio, a pesar de todo el esfuerzo dedicado al aprendizaje que se le ofrece —que por cierto no es poco, ni el esfuerzo ni el aprendizaje— obtiene su diploma de grado y comienza a ejercer su labor asistencial sin las herramientas intelectuales que le permitirían hacer un análisis crítico del cono-

cimiento que posee y utiliza. La biomedicina convierte a los médicos en aplicadores de protocolos, en razonadores estadísticos y en operadores técnicos. Una sólida formación humanística —con todo lo que ello implica— es indispensable para comenzar a superar este verdadero problema sanitario que aleja a la medicina asistencial de la realidad humana total de los asistidos.

Analizaremos brevemente a continuación, sin intenciones exhaustivas, algunas consecuencias de esta combinación problemática de dualismo y reduccionismos varios.

La concepción de la tarea asistencial como dividida en parcelas.

La división de la medicina en especialidades constituye claramente una arbitrariedad. Podría hacerse del modo que conocemos o de otro diferente, pero toda clasificación admitiría reproches. En cualquier caso podríamos afirmar que la especialización es necesaria, pero lo que no puede sostenerse es que cada operador, por más especializado que esté, desconozca que su trabajo se realiza desde su persona total en contacto con otra persona total que llamamos paciente o usuario. Ya lo dijimos: no es necesario saberlo todo, y de hecho es imposible. Lo indispensable es que cada médico o médica *sepa* que aunque su tarea se concentre en un detalle, la persona asistida es un sujeto completo. Parece sencillo de enunciar pero resulta complejo —y contracultural— favorecerlo desde el punto de vista académico y formativo. Es este uno de los mayores desafíos de la universidad desde la que se escribe este texto. De lo contrario estaríamos frente a una persona disociada, que maneja un modelo teórico disociado y pretende asistir a un sujeto fraccionado: un desencuentro sin regreso.

La concepción de los órganos y sistemas como entidades separadas

La planificación académica tradicional está armada de este modo, por lo tanto es esperable que la mente del egresado también

quede troquelada siguiendo este modelo. ¿Somos un conjunto de sistemas operando simultáneamente con mayores o menores grados de comunicación entre sí? La respuesta es sí, pero no solo eso. Una vez más: cierto grado de reduccionismo controlado, consciente y metodológicamente explicitado es aceptable —y hasta imprescindible— en el enfoque experimental, pero siempre es un obstáculo en el terreno asistencial. Un principio básico del Derecho es el "principio de inexcusabilidad": no se admite la ignorancia de la ley como justificación para no cumplirla. De un modo similar, en salud deberíamos hablar de la inaceptabilidad del argumento "no sabía que estaba tratando a un ser humano total" por parte de un agente sanitario en ningún caso ni circunstancia. Este principio de inexcusabilidad epistemológica debería ser nuestra divisa. Todo lo demás está en la *web*.

La medicina basada en la enfermedad y en el hospital, en lugar de estar pensada para la prevención y el enfoque comunitarios

La división del ser humano en parcelas discretas tiene una rica historia, en la cual hacen su parte las religiones, la filosofía en general y el Iluminismo en particular, la Revolución Francesa, el positivismo lógico y el sistema capitalista que culmina el proceso mercantilizando la salud, es decir, convirtiéndola en un fabuloso negocio para unos pocos. Y aquí es importante comprender que gran parte del negocio de la salud se apoya, precisamente, en esta subdivisión en parcelas favorecida por el dualismo y los reduccionismos mencionados. Durante el siglo XX, y de la mano de la llamada revolución terapéutica, se completa esta tendencia hasta desembocar en una medicina basada en la enfermedad en lugar de hacerlo en la salud. Se comprende: el paciente sano no *consume* medicina, en cambio el enfermo sí lo hace. La moderna industria farmacéutica y la biotecnológica hacen su parte, y los "colegios invisibles" académicos del centro hegemónico la suya. El resultado: planes de estudio de grado basados en la enfermedad y programas de congreso en la terapéutica.

Desarrollemos un poco estas ideas, recordando que nuestro propósito en este escrito no es exhaustivo sino heurístico (la intención es abrir ventanas de pensamiento, no cerrarlas). En particular, quisiera presentar el concepto de colegios invisibles y hacer un comentario preliminar sobre la enorme influencia (que llega a nuestros días) del Informe Flexner en la formación de profesionales de la salud.

Stagnaro ubica a la socióloga de la ciencia Diana Crane como la introductora del término "colegios invisibles" en el terreno de la epistemología[15, 16]. La noción hace referencia a "un grupo de especialistas que, sin estar unidos orgánicamente en una asociación, una sociedad científica, coinciden en torno a una serie de ideas y principios que empiezan a publicar y a comentar en sus conferencias, congresos y jornadas. Son personalidades importantes: profesores universitarios, jefes de servicios asistenciales, investigadores, etc., y así van modelando, paulatinamente, en un campo disciplinar o una ciencia, una nueva propuesta paradigmática"15. La noción de colegio invisible resulta sumamente interesante porque permite avanzar en la comprensión de cómo es que funciona esta coordinación entre cientos de individuos que no se conocen en forma personal, pero que contribuyen a la difusión de una particular forma de ver las cosas — a través de programas de congresos, publicaciones en *journals* y libros, programas de formación y de actualización, etc. —. Es particularmente poderoso en el terreno de la salud el colegio invisible que podríamos llamar biorreduccionista. Este verdadero grupo de influencia es en parte responsable del sostenimiento de un paradigma parcializado hacia el polo biológico y patológico en la concepción de la salud —concepción centrada en la enfermedad más que en la salud, en el diagnóstico más que en la prevención, en la medicalización y aplicación crónica de tratamientos por lo menos discutibles más que en la comprensión del ser humano como una totalidad— que hunde sus raíces en el surgimiento del positivismo lógico a mitad del siglo XIX y el posterior florecimiento de la medicina de base biológica, parcelada y volcada a la terapéutica del siglo XX. No podríamos comprender cómo es que se llega a un modelo hege-

mónico biorreduccionista en salud sin estudiar los modos en los que un tipo de pensamiento se va cristalizando y esparciendo, siguiendo un gradiente de poder cuyo origen se encuentra en algunos centros académicos y de investigación del hemisferio norte (Estados Unidos de América y Europa, principalmente).

Veamos brevemente la influencia que el Informe Flexner ha tenido en este proceso. Abraham Flexner fue un educador norteamericano de principios del siglo XX a quien la influyente Fundación Carnegie Para el Avance de la Enseñanza (fundada en 1905) encargó realizar y redactar un informe acerca de la educación médica en los Estados Unidos de Norteamérica, por entonces compuesta por diversas e inconexas iniciativas. El llamado Informe Flexner fue publicado en 1910[17, 18] y sus ejes principales pueden ser resumidos en estos puntos: a) la medicina es una disciplina basada en la ciencia, por lo tanto su plan formativo debe apoyarse en la biología; b) la medicina debe ser enseñada únicamente en universidades, con estrictas normas de admisión; c) la medicina debe estar dividida en especialidades según los diversos territorios biológicos de incumbencia y la terapéutica debe estar guiada también por criterios médico-biológicos.

El Informe Flexner tuvo un enorme impacto, que aún puede observarse en nuestros días en el plan de estudios de casi todas las escuelas de medicina de Occidente. Podemos considerarlo como uno de los manifiestos iniciales del colegio invisible del biorreduccionismo en medicina. Aún hoy se siguen estudiando sus consecuencias: cierre de numerosas escuelas de medicina que no cumplían con el nuevo estándar planteado por Flexner, consolidación del paradigma biologicista en la formación médica, parcelamiento de la salud en áreas discretas de especialización y subespecialización creciente. En pocas palabras, el informe entregado por Abraham Flexner en 1910 funcionó como el molde que se utilizó en adelante para la formación de los médicos occidentales, que se alejan de la comprensión del fenómeno humano como totalidad y se entregan predominantemente al estudio y tratamiento de las disfunciones biológicas basándose en parámetros “objetivos”

y en el uso constante y creciente del método estadístico. Todo conocimiento por fuera del señalado (saberes originarios, tradiciones antiguas, fitoterapias, homeopatía, psicoanálisis, acupuntura, etc.) quedan definitivamente por fuera de la enseñanza oficial.

Deseo aquí mencionar la experiencia que se desarrolla en la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ) en Florencio Varela, Argentina. Su Instituto de Ciencias de la Salud tiene una carrera de medicina que no responde al mandato flexneriano sino que propone un recorrido original para quien desee formarse como médico, recorrido que no carece de los contenidos clásicos de las carreras tradicionales pero que aporta otros nuevos. Desafiar la formación canónica implica un esfuerzo múltiple: académico, técnico, epistemológico y político. Y requiere, además, de una permanente evaluación con correcciones y reformulaciones. Salir del canon —que tiene la tranquilidad de lo igual a sí mismo— es aceptar el desafío de un modelo en constante reformulación, modelo que creemos se adapta mejor a la época presente en la que las viejas certezas van cayendo una a una.

La construcción de nosografías y el negocio de la enfermedad

Retomo una frase pronunciada por Juan Carlos Stagnaro en una conferencia en Montevideo en el año 2002 y reiterada en varias oportunidades pero nunca publicada: “la nosografía es la llave de la terapéutica”.

La nosografía es la descripción y clasificación de enfermedades. ¿Por qué dice Stagnaro que es la llave de la terapéutica? Porque antes de instaurar un tratamiento se precisa de un diagnóstico, y ese diagnóstico se basa en una determinada clasificación, y esa clasificación condiciona (entre otras cosas) que el negocio de la enfermedad sea mayor o sea menor. Por este motivo, la presión por definir nuevas “enfermedades” ha sido y sigue siendo enorme desde mediados del siglo pasado. ¿Cuándo habría que medicar un síntoma? *Lo antes posible*. ¿Cuál es el umbral a partir del cual se considera problemático el colesterol en sangre? *Cada vez*

más bajo, si se compara el descenso progresivo, década a década, del colesterol plasmático máximo recomendado por los sucesivos "comités de expertos" desde los países centrales.

Está claro que no todas las enfermedades son constructos sólidos en lo teórico y en lo concreto observable; no puede compararse, por ejemplo, en psiquiatría, la esquizofrenia con el "trastorno explosivo intermitente". Hay descripciones sólidas que se sostienen en la práctica clínica y hay otras que son insostenibles, producto de la medicalización o del simple y muy extendido *desease mongering* (promoción de enfermedades), que busca aumentar las ventas de determinado fármaco o de una intervención biotécnica. Este último recurso se extiende tanto a fármacos que se venden sin receta (complejos multivitamínicos, por ejemplo, muy consumidos y raramente necesitados) como a la medicación de venta bajo receta —en este último caso la presión no es vía publicidad para el consumidor sino a través de "estímulos" al prescriptor—.

En un trabajo de la médica argentina María Noble[19], que forma parte de un *dossier* sobre prevención cuaternaria, puede leerse una definición de este fenómeno: consiste en la recategorización como enfermedades de los procesos vitales, que nada tienen en sí de patológicos. El *desease mongering* forma parte de un fenómeno mayor: la patologización de la vida cotidiana, que a su vez incluye, también, la transformación de "factores de riesgo" en enfermedades, la ampliación del concepto de enfermedad con el objeto de "reclutar" mayor cantidad de pacientes —y ampliar, así, la base del negocio—, y toda la serie de medidas, gestos e intervenciones tendientes a vender más: más fármacos, más estudios complementarios "preventivos", etc.

María Noble cita al australiano Ray Moynihan, periodista especializado en temas de salud, pionero en la denuncia del daño que la sobreprestación de "salud" ocasiona en el usuario. Este autor analiza los vínculos entre profesionales de la salud que participan de comités de modificación de definiciones de enfermedades, y la industria farmacéutica.

> Del mismo surgió que, entre 2000-2013, de 16 publicaciones acerca de 14 problemas de salud, 10 cambios propuestos ampliaron las definiciones de enfermedad, ninguna incluía evaluaciones rigurosas de daños potenciales, y de 14 paneles que aclaraban conflictos de interés, 12 estaban presididos por expertos que tenían relación con la industria y el 75% de miembros de los mismos también tenían lazos con la industria.[20]

Un médico con nula formación humanística y escasas herramientas para analizar su práctica, formado en el caldo tradicional del dualismo y el reduccionismo biológico, pasará por alto estos "detalles" y tomará por verdadero todo aquello que venga afirmado con formato *paper* o en cualquier charla con *Power Point* en los congresos de la especialidad.

Somos personas totales al servicio de personas totales

El dualismo consiste en una disociación. No en el sentido freudiano del término, pero una disociación al fin. El reduccionismo, en cualquiera de sus formas, también puede ser concebido como una operación disociativa sobre un fenómeno complejo. Podemos agregar una tercera disociación, típico producto de la academia médica tradicional: los médicos no somos mortales, no sufrimos, no nos enfermamos. Pacientes son ellos; nosotros somos médicos. Este último malentendido es una de las calles que conducen al *burn out*, esa caverna oscura de cinismo y soledad para el operador, y de maltrato para al asistido. Ya lo dijimos pero conviene repetirlo: el modelo académico tradicional fabrica médicos disociados, que manejan un modelo teórico disociado y pretenden asistir a un sujeto fraccionado por su propia teoría.

Vamos ahora al problema planteado en el inicio: el "problema" mente y cerebro, o mente y cuerpo. Era necesario hacer el rodeo anterior para llegar hasta aquí.

No es un tópico menor: es un verdadero problema filosófico, científico y también, en lo que nos toca a nosotros, sanitario. Nos interesa, aquí, muy especialmente este último. ¿Por qué un problema sanitario? Porque la triple disociación mencionada más arriba opera como obstáculo en la atención integral de la salud, y opera también como productora permanente de malos entendidos y pérdidas de oportunidades.

Desde cierto psicoanálisis se desdeña las narrativas de la neurociencia por su reduccionismo; desde cierta neurociencia se desvaloriza la narrativa psicoanalítica por ser especulativa y dudosamente científica. Muchos hemos sido educados en el terreno de la Salud Mental con esta disociación, la cuarta disociación mencionada hasta el momento.

No somos —únicamente— nuestro cerebro, ni exclusivamente nuestro aparato psíquico freudiano; no somos solo nuestro cuerpo ni únicamente un conjunto de vínculos sociales.

El cerebro es un órgano maravilloso y fascinante y su estudio y conocimiento continuará produciendo oleadas revolucionarias que seguirán cambiando, modelando y complejizando nuestro conocimiento de lo humano. Su estudio está en manos de investigadores que precisan parcelar sus experimentos para obtener resultados controlados y confiables. Sus operaciones de tabicamiento conceptual no nos deberían preocupar; nuestra tarea, como agentes asistenciales, es no confundir la parte por el todo (falacia de composición).

Los pensadores de la ciencia y de la filosofía estudiarán esos resultados y los ponderarán en el contexto general del conocimiento científico, para otorgarles el lugar justo en el rompecabezas conceptual según el momento histórico y el estado general del

arte. Junto a ellos, quienes diseñan planes de formación universitaria de los profesionales de la salud introducirán de modo orgánico y balanceado estos nuevos contenidos teniendo siempre presente el valor sanitario local y regional del perfil del egresado.

La investigación médica (tanto la académica como la industrial) hará lo suyo, con diferencias importantes según la investigación sea de base académica y estatal o de base privada con fines primarios de lucro.

El Estado, a través de sus instituciones, intervendrá con reglas de juego que equilibren y balanceen el escenario de modo que todo lo novedoso se evalúe correctamente y se generalice para todos y todas desde la Salud Pública, brazo sanitario de la equidad social.

Por último, los médicos y médicas tenemos la trascendente tarea de no confundir el cielo con el mar (como la paloma del poema de Rafael Alberti) y de mantener siempre en marcha el motor de la vigilancia epistemológica para no cegarnos con lo más novedoso ni quedar adheridos a lo escolástico tradicional. El término utilizado por Bordieu[21] hace referencia a la capacidad de reflexionar epistemológicamente respecto del lugar que el operador —en este caso profesional de la salud— ocupa en el campo científico y en la sociedad en general. A pesar de ser un concepto proveniente de la sociología, podemos aprovecharlo desde el área de la salud para echar algo de luz sobre la compleja tarea del profesional asistencial que debe balancear, como el malabarista que mantiene en equilibrio platos giratorios sobre delgadas varillas, una cantidad importante de conceptos, nociones, saberes, información científica, perspectivas individuales y comunitarias, las demandas del asistido, sus propias convicciones y visión del mundo, su propia formación académica, su propia psicología y bienestar, y un largo —muy largo — etcétera. Somos personas totales y trabajamos al servicio de personas totales.

Esta tarea de síntesis balanceada entre diferentes saberes, orientada por una ética del cuidado y por la vocación de servicio co-

munitaria, es la faceta más sofisticada de la labor asistencial y al mismo tiempo la más alta aspiración en cualquier programa de formación de profesionales de la salud.

Partiendo de uno de los problemas epistemológicos clásicos del modelo médico imperante —el dualismo mente cuerpo—, quisimos en este texto hacer una propuesta de reflexión, con intenciones de apertura, sobre algunos de los aspectos críticos en la formación de nuevos profesionales de la salud que se convierten, así, en objetivos académicos a lograr: a) un pensamiento crítico con acceso a la complejidad, que permita navegar por las aguas agitadas en la frontera entre conocimiento y asistencia; b) una actitud de constante vigilancia epistemológica con el objeto de balancear *inputs* mentales de muy diverso origen y naturaleza; c) una concepción holística de la persona humana como superación del dualismo cartesiano clásico que incluya no solo a la persona asistida sino también a la persona que asiste, y d) una formación ética que le permita al futuro profesional comprender a la salud como un derecho, y a la Salud Pública como la estrategia colectiva para lograr la justicia sanitaria, integrante esencial del proyecto de equidad social.

Referencias bibliográficas

1. Canguilhem G. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 2009.
2. Berrios G. *Hacia una nueva epistemología de la Psiquiatría*. Buenos Aires: Pólemos; 2011.
3. Lanteri-Laura G. *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Triacastela; 2000.
4. Lantéri-Laura G. *La noción de epistemología regional en psiquiatría*. Vértex, Revista Argentina de Psiquiatría. 2004: XV (55): 34-39.

5. Knorr Cetina K. *La fabricación del conocimiento: un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia.* Bernal: Universidad Nacional de Quilmes editorial; 2005.

6. Kreimer P. *Estudio preliminar: el conocimiento se fabrica. ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Cómo?* En: Knorr Cetina, K. La fabricación del conocimiento: un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes editorial; 2005.

7. Levin S. *Apuntes para un análisis epistemológico de algunos problemas de la psiquiatría contemporánea.* Vértex, Revista Argentina de Psiquiatría. 2010; 21: 263-273.

8. Levin S. *La psiquiatría en la encrucijada*. Buenos Aires: Eudeba; 2017.

9. Veyne P. *Foucault, pensamiento y vida.* Buenos Aires: Editorial Paidós; 2009.

10. Díaz, E. *La posciencia: el conocimiento científico en las postrimerías de la modernidad.* Buenos Aires: editorial Biblios; 2000.

11. Kuhn T. *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica; 1971.

12. Conti N. *¿Qué es la ciencia hoy? Una aproximación a la epistemología contemporánea*. Clepios. 1998; 14.

13. Conti N. *Análisis histórico y epistemológico de la psiquiatría moderna: terreno social y producción discursiva en los siglos XIX y XX*. Sinopsis 2005; 20: 11-13.

14. Stagnaro JC. *Biomedicina o medicina antropológica*. Vértex, Revista Argentina de Psiquiatría. 2002; 13: 19-26.

15. Stagnaro JC. *Nosografías psiquiátricas contemporáneas: descripción y perspectivas críticas*. En: Vaschetto, E. Epistemología y Psiquiatría, relaciones peligrosas. Buenos Aires: Pólemos; 2012.

16. Crane D. *Invisible colleges. Diffusion of knowledge in scientific communities*. Chicago: The University of Chicago Press; 1972.

17. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.

18. Kandel E. *Biology and the future of Psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited*. Am J Psychiatry. 1999; 156:505-524.

19. Noble M. *Prevención cuaternaria: un intento de evitar los excesos de la medicina*. Vértex, Revista Argentina de Psiquiatría. 2015; 26: 343-349.

20. Moynihan R. *Expanding desease definitions in guidelines and expert panel ties to industry: a cross-sectional study of common conditions in the United States*. PLoS One. 2013; 41 (3): 461-6.

21. Bourdieu P., Chamboredon JC. y Passeron JC. *El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2004.

ADAPTACION SOCIO CULTURAL DE UNA TERAPIA DE ESTIMULACION COGNITIVA (CST)

SOCIO-CULTURAL ADAPTATION OF A COGNITIVE STIMULATION THERAPY (CST)

ADAPTAÇÃO SOCIOCULTURAL DE UMA TERAPIA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA (CST)

NANCY MEDE[1,3], PATRICIA SOLIS [2,3], INES MINTZ[2,3], IVANA SOLEDAD VILLELLA [2,3], AIMEE SPECTOR[3], SILVIA KOCHEN [2,3], SILVIA KOCHEN

Contacto: Nancy Medel - **Email:** nmedel@unaj.edu.ar

FILIACIONES: 1. Atención Medica Integral – Hospital El Cruce Néstor Carlos Kirchner Florencio Varela. Argentina; -2. Unidad de Estudios en Neurociencias y Sistemas Complejos (ENyS-CONICET-HEC-UNAJ).-3. International Cognitive Stimulation Therapy (CST) Centre. University College London

Citar como: Medel N, Solis P, Mintz I, Villella I, Spector A, Kochen S. Adaptación socio cultural de una Terapia de Estimulación Cognitiva (CST). Desde Acá. 2024; 2: p-p. 36-55

Resumen

La Terapia de Estimulación Cognitiva (CST) se originó en el Reino Unido y ha demostrado beneficios en la cognición y la calidad de vida de los pacientes con demencia (PcD). Se trata de un programa de 14 sesiones grupales, de 5 a 7 participantes, dos veces por semana. El objetivo de nuestro trabajo fue la adaptación al

castellano de la CST (Aguirre, E., Spector, A., & Orrell, M. 2014) la adecuación socio cultural y valorar la factibilidad para su implementación en un grupo de pacientes atendidos en la Clínica de la Memoria en Florencio Varela.

Los resultados indicaron que la CST es apropiada para su uso en nuestra población. Fueron necesarias adaptaciones socio culturales que se llevaron a cabo a partir de entrevistar a los interesados. Pudimos identificar problemas prácticos que podrian afectar la realización del programa y recolectar datos sobre la calidad y adecuación de las actividades presentadas en el manual traducido.

Palabras Clave: Adaptación socio cultural. Memoria. Terapia de Estimulación Cognitiva.

Abstract

Cognitive Stimulation Therapy (CST) originated in the United Kingdom and has demonstrated benefits on the cognition and quality of life of patients with dementia (PwD). It is a program of 14 group sessions, for 5 to 7 participants, twice a week. The objective of our work was the adaptation to Spanish of the CST (Aguirre, E., Spector, A., & Orrell, M. 2014), the cultural adaptation and to assess the feasibility for its implementation in a group of patients treated at the Clinic of Memory in Florencio Varela.

The results indicated that the CST is appropriate for use in our population. Cultural adaptations were necessary and were carried out by interviewing those interested. We were able to identify practical problems that could affect the delivery of the program and collect data on the quality and appropriateness of the activities presented in the translated manual.

Keywords: Mild cognitive impairment, Cognitive Stimulation Therapy.

Resumo

A Terapia de Estimulação Cognitiva (CST) teve origem no Reino Unido e tem demonstrado benefícios na cognição e na qualida-

de de vida de pacientes com demência (PcD). É um programa de 14 sessões de grupo, para 5 a 7 participantes, duas vezes por semana. O objetivo do nosso trabalho foi a adaptação para o espanhol do CST (Aguirre, E., Spector, A., & Orrell, M. 2014), a adaptação cultural e avaliar a viabilidade de sua implementação em um grupo de pacientes tratados em a Clínica da Memória de Florencio Varela.

Os resultados indicaram que o CST é apropriado para uso em nossa população. As adaptações culturais foram necessárias e foram realizadas por meio de entrevistas com os interessados. Conseguimos identificar problemas práticos que poderiam afectar a execução do programa e recolher dados sobre a qualidade e adequação das actividades apresentadas no manual traduzido.

Palavras Chave: Adaptação cultural. Memória. Terapia de estimulação cognitiva.

ADAPTACION SOCIO CULTURAL DE UNA TERAPIA DE ESTIMULACION COGNITIVA (CST)

SOCIO-CULTURAL ADAPTATION OF A COGNITIVE STIMULATION THERAPY (CST)

ADAPTAÇÃO SOCIOCULTURAL DE UMA TERAPIA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA (CST)

NANCY MEDE, PATRICIA SOLIS, INES MINTZ, IVANA SOLEDAD VILLELLA, AIMEE SPECTOR, SILVIA KOCHEN, SILVIA KOCHEN

Introducción

La Clínica de la Memoria (CM) es un dispositivo de atención integral a personas adultas mayores, afiliados al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), que presentan quejas de memoria u olvidos frecuentes. Forma parte del Centro de Atencion Medica Integral (AMI), depende del ENyS del Hospital El Cruce Nestor Carlos Kirchner en Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires, Argentina

El Proyecto fundante de la Clínica de la Memoria, se basa en la atención integral del deterioro cognitivo leve y demencias. Asistencia en la detección temprana, evaluación diagnostica y seguimiento e investigación.

La prevalencia de demencia en América Latina es similar a la reportada en países desarrollados, siendo más alta entre la población analfabeta y más elevada en sujetos relativamente jóvenes en comparación con los países desarrollados[1]

Variables socio-economicas, como el bajo nivel educativo y el analfabetismo, influyen en el diagnóstico de demencia en la región. La mayoría de las pruebas de detección adaptadas y validadas en Latinoamérica han sido realizadas en individuos con niveles educativos medios y altos. Estas pruebas no están adaptadas para evaluar poblaciones analfabetas y de bajo nivel educativo, que presentan mayores tasas de prevalencia de demencia[2].

Algunas características de nuestra población de estudio es que el 80% vive en domicilios multifamiliares y el 20% viven solos, el promedio de años de escolaridad en las mujeres es de 5,7 años y el de los hombres de 4,7. La edad promedio es de 71 años, y con trayectorias laborales de baja calificación[3].

En el marco de la asistencia a esta población en la CM se realiza el abordaje terapéutico centrado en el tratamiento farmacológico, como se aconseja en las guias de tratamiento, utilizando básicamente sustancias pro colinérgicas, como donepezilo y galantamina[4], sin embargo se considera que a largo plazo, presenta limitaciones en su eficacia terapéutica a nivel cognoscitivo, emocional y conductual[5].

Entre las terapias no farmacológicas que se han ido proponiendo en los últimos años, la estimulación cognitiva es la que recibe el mayor apoyo empírico, especialmente en el envejecimiento normal, el deterioro cognitivo leve y las demencias, llegando a proponerse como la primera intervención a realizar cuando se realizan estos diagnósticos.

La estimulación cognitiva para la demencia se ha definido como la participación de los individuos (generalmente en un grupo) en una variedad de actividades y debates dirigidos a la mejora general del funcionamiento cognitivo y social. La versión con mayor evidencia de eficacia, y más ampliamente utilizada de la estimulación cognitiva para la demencia es la Terapia de Estimulación Cognitiva (CST)[6].

Esta breve intervención grupal con evidencia probada, se desarrolló en el Reino Unido y está basada originalmente en una revisión bibliográfica y sistemática sobre intervenciones psicosociales disponibles. La CST fue recomendada por la UK NICE (Guidelines of National Institute for Health and Clinical Excellence and the Social Care Institute for Excellence), 2007 y avalada por Alzheimer 's Disease International, usada en 30 países y traducida, a 8 lenguas.

Los principios fundamentales aplicados en cada sesión se centran en dar opinión, mediante el uso de nuevas ideas, pensamientos y asociaciones. Brinda orientación para que los participantes se sientan seguros de si mismos, estimulando la cognición a través de la activación sensorial múltiple y el uso de la reminiscencia como ayuda para el aquí y ahora[7].

Un estudio con un diseño controlado, randomizado y multicéntrico demostró la eficacia del programa CST en 14 sesiones grupales dos veces por semana para grupos de 5 a 7 participantes[8]. También otros estudios mostraron que los costos y beneficios de la CST son más rentables que las intervenciones farmacológicas[9].

CST ha sido traducida y adaptada a diferentes culturas[10], numerosos estudios multicentricos ampliaron la evidencia que confirma la eficacia de la CST para retrasar el deterioro cognitivo[11]. También se han observado efectos positivos reportados para calidad de vida, percepción de soledad social y emocional, y habilidades en la comunicación[12].

A partir de las experiencias mencionadas, el equipo de profesionales de la CM de los consultorios AMI, decidió realizar la traducción, adaptación socio cultural y prueba de factibilidad de la CST teniendo en cuenta las características de la población.

Adaptación Socio Cultural: implica una modificación sistemática de la terapia considerando el lenguaje, las prácticas culturales y el contexto de una manera que sea compatible con los significados, valores, estilos culturales de los participantes13. Tomando

de base a la comunidad, de abajo hacia arriba, Hwang propuso el método formativo de adaptación a la psicoterapia (FMAP) que Aguirre et al. (2014) adoptaron en el desarrollo de una guía para la Adaptación de la CST.

El método FMAP, "de abajo hacia arriba" consiste en cinco fases: 1) dar información sobre el proyecto y relevar opiniones de actores involucrados en el mismo; 2) integrar la información generada con conocimiento clínico y teórico; 3) re-veer y revisar; 4) testeo piloto; 5) sintetizar el feedback de las partes interesadas y finalizar.

En nuestro Centro, el proceso de adaptación incluyó consultas a pacientes, familiares, cuidadores, profesionales de la salud y se aplicó en un estudio piloto que involucró a dos grupos de pacientes.

El impulso para comenzar el proceso de adaptación cultural fue la necesidad de tratar la demencia en la CM, la ausencia de intervenciones no farmacológicas recomendadas para tratar la cognición y las particularidades de nuestra población.

El presente estudio tiene como objetivo presentar el proceso de adaptación cultural del manual CST, "Making a Difference" segunda edición revisada14, para la población argentina.

Método

Entrevistas para la adaptación

Se convocaron pacientes con demencia (PcD) (n = 11); familiares cuidadores (n = 6); profesionales de la salud (n= 6) y personal trabajador de CM (n = 2)

Estudio piloto

Se seleccionaron pacientes con demencia leve y deterioro cognitivo leve que asisten a CM en forma ambulatoria. Para ser incluidos, los participantes debían tener un diagnóstico clínico de demencia leve [15] un ACE-R (Addenbrooke's Cognitive Examination Revised)

con puntuación igual o menor a 75, la habilidad para participar en actividades de grupo; no tener significativo impedimento visual o auditivo que no puede ser corregido con anteojos o audífonos y ni enfermedad física importante, discapacidad de aprendizaje u otra discapacidad que pueda afectar la participación.

Se seleccionaron 16 pacientes (10 mujeres y 6 hombres). La edad de la población fue de 61 a 83 años con escolaridad de 2 a 9 años.

Todos fueron evaluados con el siguiente Protocolo de screening de la CM:

-ACE-R (Addenbrooke's Cognitive Examination Revised) Evaluacion cognitiva global (atencion, orientacion, memoria, lenguaje, habilidades visoespaciales)

-Calidad de Vida QoL-AD (Quality of Life-Alzheimer Disease Scale; Logsdon, Gibbons, McCurry & Teri, 1999). Percepcion subjetiva de la calidad de vida de pacientes y familiars.

-Funcionalidad Cuestionario de Actividades Funcionales (FAQ) de Pfeffer (Pfeffer et al, 1982). Desempeño del paciente en actividades de la vida diaria.

-Clinical Dementia Rating (CDR) Evaluacion del impacto que las difiucultades de memoria tiene en la vida diaria.

Procedimiento de adaptación

Fase uno: Generar conocimiento y colaborar

Dentro de esta etapa se consultó mediante formulario Google, a 6 profesionales del Centro de Salud en el que funciona la CM, que atienden a la misma población en otras especialidades como Traumatologia, Fonoaudiología, Cardiología, Neumonología, Enfermería y Clínica Médica. Se dieron parámetros de orientación, tales como interés, innovación, principios clave, simplicidad e idoneidad de la CST. Se les pidió que analizaran críticamente el programa y su relevancia cultural. Sus aportes permitieron conocer sus perspectivas profesionales teniendo en cuenta sus conoci-

mientos de la población destinataria de CST. Un integrante del equipo de investigación, registro las contribuciones en un acta.

Seleccionamos aleatoriamente a 6 familiares directos, adultos, que acompañan a los pacientes a la consulta, para consultarlos en entrevistas individuales. Se los informó sobre la CST y sus principios claves y posteriormente se los consultó sobre la factibilidad de asistir y sostener la presencia durante 14 sesiones. Se consultó sobre la frecuencia posible, cuáles serían los obstáculos para asistir. Se indagó sobre la disposición al acompañamiento de pacientes, cuáles serían los recursos humanos y materiales necesarios para que su familiar pueda asistir a un espacio de CST. También se indago en como imaginan su realización, en qué momento del día y que tareas les gustaría realizar.

Tabla 1

Qué opina acerca de implementar una terapia de estimulación cognitiva con la persona que está a su cuidado?
Cree que es factible acompañar al paciente en una terapia como la descripta?
Considerando que la totalidad de las sesiones son 14, que cosas tendría en cuenta para poder cumplir el compromiso de acompañar durante la totalidad de las sesiones?
Le solicitamos que sugiera la frecuencia de las sesiones, teniendo en cuenta la disponibilidad que tendría en caso de acompañar al paciente.
Le solicitamos que sugiera la frecuencia de las sesiones considerando la disponibilidad de tiempo y motivación del paciente.
Como cuidador y acompañante del paciente, que le interesaría realizar durante la sesión de la terapia?
Cuenta con los recursos y tiempo para acompañar al paciente a realizar la terapia de estimulación cognitiva?

Preguntas Fase 1

Se consultó a integrantes del equipo de coordinación y administración de CM como participantes claves en las decisiones de factibilidad de las sesiones. El diálogo fue registrado en el sistema virtual de Gestión de Pacientes de HEC

Fase dos

Consultamos a 8 PcD de CM y los invitamos a reflexionar sobre las actividades, sugerir materiales y contenidos culturales para simplificar y mejorar la adaptación de CST a PcD de Florencio Varela. Se consultó sobre preferencias de géneros musicales, figuras famosas conocidas, comidas y golosinas de la infancia, lugares y actividades recreativas que frecuentaban. También se testeo sobre preferencias de actividades creativas para la sesión 8. Las sugerencias fueron recopiladas por escrito por parte de una investigadora del equipo.

Fase tres

Se integró la información obtenida en fase uno y dos generada con conocimiento empírico y clínico. Hubo consenso en la necesidad de cambiar estímulos relevantes utilizados en varias actividades como por ejemplo las golosinas de la infancia, las preferencias musicales, los refranes mas frecuentemente utilizados. Los cambios sugeridos se incorporaron en una primera versión del manual traducido y permitió una definición y descripción detalladas de las actividades de 14 sesiones utilizando estímulos adaptados a los consumos culturales de nuestra población

Se delineó el encuadre de la terapia, y se integró la nueva información a la modalidad de trabajo durante las sesiones, para ello se realizó un ensayo con el equipo de investigacion, integrado por tres neuropsicológas para familiarizarse con el material y modelar las intervenciones a llevar a cabo en el marco de la CST.

Fase cuatro: Probar la intervención culturalmente adaptada

Se organizaron dos grupos pilotos de CST con el objetivo de asegurarnos una cantidad de pacientes significativa ante la posible baja, limitaciones de espacio de trabajo y ofrecer accesibilidad horaria.

Se consideró la autonomía del paciente: si se traslada en la vía pública de modo autónomo o si cuenta con un acompañante que pueda sostener el acompañamiento durante las 14 sesiones.

Fase cinco: Sintetizar los comentarios de las partes interesadas del studio piloto y finalizar la intervención culturalmente adaptada.

Al finalizar cada sesión, se entregó a cada paciente una planilla breve que pedía comentarios a los participantes sobre su percepción de las sesiones.

Frente a la pregunta sobre cuánto disfrutaron la sesión: Asignamos el valor de nada=0; poco=3; mucho=8 y superior a mucho= 10.

También se les preguntó directamente en la última sesión para medir la experiencia general; en esta etapa también se analizó el contenido

Se realizaron dos entrevistas individuales a cuidadores y se consultó a líderes de grupo para identificar posibles facilitadores y barreras en el estudio piloto y la adecuación cultural del CST. También se discutieron los posibles problemas para su implementación en el futuro. Cada entrevista duró aproximadamente 15 minutos y con los integrantes del grupo piloto, fue realizado en forma grupal por dos miembros del equipo de investigación.

Análisis de contenidos.

Los temas identificados fueron compilados y sistematizados. El proceso fue discutido entre integrantes del equipo de la CM. Finalmente, se llevó a cabo un análisis e interpretación integral para identificar los factores que podrían afectar la implementación del programa CST en Argentina, como la estructura de la sesión, las actividades, materiales concretos y las variables demográficas de la población como nivel de alfabetización.

Resultados

Los resultados se presentan en las cinco fases del Método Formativo de Adaptación a la Psicoterapia (FMAP) aplicado a CST.

Las contribuciones y el contenido de entrevistas fueron analizados y se proporcionaron citas ilustrativas de retroalimentación de PcD, cuidadores y líder de grupo del estudio piloto.

En las fases 1 y 2, el programa fue considerado adecuado por profesionales de la salud y cuidadores para la población argentina. No se sugirieron cambios en la estructura del CST.

Se enfatizó la necesidad de cambiar los estímulos culturalmente relevantes para la población del Reino Unido, utilizados en varias actividades, adaptar materiales para representar juegos, personas, lugares o expresiones locales populares y familiares. De las entrevistas iniciales con las partes interesadas como pacientes y familiares y profesionales de la salud, surgió la necesidad de organizar dos grupos en horarios de mañana y de tarde por cuestiones de trabajo de los familiares. El lugar de realización para la CST grupal quedó establecido en el mismo espacio físico que funciona la CM, por ser el espacio que cuenta con los servicios e instalaciones sanitarias adecuadas para la recepción de los grupos.

La frecuencia de una vez por semana se vio determinada por diferentes causas, la dificultad de los traslados, tanto en pacientes que asistían solos como los que eran acompañados por familiares. Otra causa, fue el costo económico de los que se trasladan en taxi y la necesidad de disponer de tiempo necesario en la semana para los cuidados de familiars, en general los cónyuges o nietos.

Respecto al análisis de contenido de las entrevistas con profesionales, 5 de 6 profesionales encuestados, refirieron que la primera opción para un estudio piloto, era una vez por semana, para asegurar el sostenimiento de las 14 sesiones debido a que la mayoría de los pacientes asisten a CM sin compañía.

Los cambios consultados a pacientes y familiares en el contenido de cada sesión fueron sintetizados y se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2.

SESION	ACTIVIDAD	Motivos de la adaptación cultural
1- Juegos físicos	Se optó por el juego de la pelota	Espacio disponible reducido. Primer encuentro del grupo
2- Sonidos	Aparejamiento de imágenes con sonidos exteriores e interiores. Ej. Puerta, viento, llaves, lluvia, teléfono, secador de pelo, pato, etc.	Heterogeneidad en los gustos musicales
3- Infancia	Uso de juguetes y golosinas	Se presentaron imágenes de golosinas del pasado como “gallinitas” “galletitas Manon”® “caramelos media hora” “corazoncitos”. Se incluyeron postres como “arroz con leche” que se consumían y azúcar en forma de “terrones”
4- Comida	Imágenes individuales, intercambiables y plastificadas de alimentos dulces y salados	Se eligen distintos cortes de carne, frutas, verduras, v variedad de tubérculos. Se incluyen harinas de trigo y mandioca. Condimentos, lácteos y bebidas.
5- Actualidad	La pregunta, “¿Qué piensas de la familia real?” fue reemplazado por, “¿Qué piensas sobre el ejercicio ciudadano del voto?	Argentina no tiene familia real
6- Caras/escenas	Se eligieron rostros de artistas populares, políticos y lugares antiguos.	Personas y lugares fácilmente reconocibles
7- Asociación de palabras	Se sugieren parejas como “Olmedo y Porcel” “El gordo y el flaco” Cantidades “barril de petróleo” Similitudes “fresco como una lechuga” “seco como lengua de loro” Lugares “Cataratas del Iguazú”	Algunas asociaciones sugeridas del manual son desconocidas para nuestra población
8- Ser creativo	Se optó por dibujo y collage. Se propuso destinar la tarea para alguien querido. Integrar una imagen que traen ellos	La ausencia de cocina y espacio adecuado para maniobrar con tierra determino la elección de las opciones. Para estimular la iniciativa proponemos destinatario y una imagen propia
9- Categorización de objetos	Sin modificación	Las sugerencias del manual se adaptan culturalmente a nuestra población
10- Orientación	Utilizar mapa impreso de Argentina con las provincias delimitadas y plano local con delimitación de barrios (Partido de Florencio Varela)	La impresión grafica de varios mapas permite brindar tiempo de ubicación espacial a cada integrante
11- Uso de dinero	Sin modificación	Las sugerencias del manual se adaptan culturalmente a nuestra población
12- Juego de Números	De las actividades sugeridas para esta sesión, el sudoku es la menos conocida. Se sugiere cambiar por juego de cartas “chin- chon”	Incorporar un Juego de números con mayor popularidad
13- Juego de palabras	Sin modificación	Las actividades sugeridas son factibles de realización
14- Juego en equipo	Sin necesidad de modificación por motivos culturales	

Adaptación cultural por sesiones

Durante la Fase 4, todas las sesiones comenzaron a tiempo, una vez por semana durante 14 semanas, con dos neuropsicólogas disponibles como coordinadoras de grupo. Todas las sesiones mantuvieron la estructura de CST, comenzaron con una introducción y finalizó con despedidas.

Abandonaron el programa dos integrantes hombres por discusión en la actividad de noticias actuales en la sesión 2. En las primeras dos sesiones se produjo una tensión en el grupo durante las charlas de las noticias del día, producto de las diferencias políticas. Asumimos que esta situación motivó el abandono. Es interesante reflexionar cómo el clima de tensión política que viene atravesando nuestra sociedad desde hace mucho tiempo, puede incidir en la adherencia a un tratamiento de salud.

Tres integrantes mujeres en la sesión 3 y 4 dejaron de asistir por falta de acompañamiento. Una participante fue hospitalizada (en la sesión 14). Finalmente concluyeron todas las sesiones 11 participantes.

Estos abandonos a la terapia dejan en evidencia como los niveles de autonomía funcional de estos pacientes incide en el tratamiento.

Detalles de actividades y funcionamiento de todas las sesiones se presentan en Tabla 3.

Las opiniones de los participantes, cuidadores y coordinadores de grupo sobre las sesiones se consideraron en Fase 5, a saber, lo que encontraron más satisfactorio y lo que menos les ha gustado, así como recomendaciones/sugerencias de mejora.

La percepción de los pacientes sobre cuánto disfrutaron las sesiones, expresadas en nada=0 poco=3 mucho=8 y superior a mucho= 10, presentaron un promedio de 8. Esto confirma la percepción de los facilitadores que observaron el aumento del interés, disfrute y comunicación, como también las expresiones de buen humor

Tabla 3.

SESION	GRUPO	ACTIVIDAD PRINCIPAL	CONSIDERACIONES DE ACEPTACION Y FACTIBILIDAD
4- Comida	1 y 2	Imágenes individuales, intercambiables y plastificadas de alimentos dulces y salados	Se dividieron en dos subgrupos y organizaron un menú para dos personas con entrada y postre. El ajuste al presupuesto presento variabilidad en la resolución por desconocimiento de precios de algunos integrantes
5- Actualidad	1 y 2	Presentación de una nota de diario sobre la comparación de un programa de tv donde se buscaba pareja "yo me quiero casar y ud?" y las aplicaciones y redes de la web para el amor	La actividad viabilizo la reflexión e intercambio sobre las parejas actuales y las de antes, como también las diferencias de los géneros para la sociedad actual
6- Caras/ escenas	1 y 2	Se eligieron rostros de artistas populares, políticos y lugares antiguos.	La actividad promovió la conversación y la opinión sobre gustos y comparaciones en el tiempo
7- Asociación de palabras	1 y 2	Completamiento de cantidades, refranes y similitudes	Los participantes tomaron la actividad en forma lúdica y añadieron refranes como "A cada chancho le llega su San Martin" o "el zorro pierde el pelo pero no las mañas"
8- Ser creativo	1 y 2	Se optó por dibujo y collage optativo o combinado. Les solicitamos previamente, una foto de quisieran integrar	Solo una integrante dibujo. Los demás combinaron las técnicas y sumaron fotos de nietos o hijas. Se observó gran satisfacción por la tarea concluida y expresión de alegría.
9- Categorización de objetos	1 y 2	Se utilizaron tarjetas con categorías, para elegir la letra se uso el método de comenzar el abecedario y otro interrumpe. Se nombran objetos con esa letra	En letras menos frecuentes se observaba más dificultad para nominar. Se observó dificultad para completar el abecedario. Se alterno con elección directa de letras como p, m, l y r.
10- Orientación	1 y 2	Se utilizó un mapa de mayor escala para el país y dos más pequeños, del Partido de Florencio Varela	La ubicación de sus provincias de origen y sus domicilios actuales fueron ubicados en los mapas. Concientizaron las distancias de sus respectivos barrios entre si. La dificultad se presentó en la búsqueda en el mapa de menor dimensión
11- Uso de dinero	1 y 2	Cuánto cuesta? Aparear objetos con precios en la pizarra. Sumar un grupo de objetos para comprar. Opciones de billetes para pagar.Billetes vigentes y en desuso	Los integrantes participaron activamente, la dificultad de presento en el cálculo de precios, considerando la variabilidad de precios que produce la inflación que tiene la economía argentina
12- Juego de Números		Juego de cartas donde gana el que tira la más alta.	Algunos integrantes presentaron demora para comprender la dinámica del juego pero finalmente, todos lograron ganar una vez, lo que festejaron.
13- Juego de palabras		Juego del "ahorcado" cada uno paso a la pizarra y propuso una palabra para ser adivinada	La actividad mantuvo en alerta a los participantes al punto de mantenerse parados durante el juego. Algunos fallaron en el deletreo de base.
14- Juego en equipo		Mito o verdad	El grupo mostró gran entusiasmo. Al final de la sesión, los participantes se expresaron sobre lo que sentían y lo que más les gustaba y disgustaba en la experiencia general.

Grupo piloto 1 y 2

En general, sus apreciaciones fueron muy positivas, y las sesiones fueron consideradas momentos agradables de sociabilidad. Los participantes también expresaron su satisfacción y disfrute a lo largo de las sesiones y especialmente al final, informando el deseo de continuar.

Expresiones como “Muy interesante la charla” “Mi nieta me dijo: Abuelo, hiciste la tarea” (por regalo de sesión 8). “Los viernes ya sé que me encuentro con Uds.” “No recordaba que dibujaba tan bien” confirman lo expuesto.

Feedback Cuidadores – Coordinadores

Al ser interrogados tanto los cuidadores como el personal de CM expresaron cambios significativos en la actitud y humor de los participantes al final de cada sesión. Expresaban claramente su satisfacción por participar con frases como “me divertí mucho” o “muy interesante”. Algunos miembros del personal de CM compartieron sus comentarios: “Escuchábamos como cantaban y se reían”.

Al finalizar el estudio, todos los cuidadores entrevistados refirieron la alta motivación de los participantes en asistir a los encuentros semanales. Esta actitud de los participantes significó un cambio positivo no sólo en la relación con sus cuidadores/familiares sino también pensamos, favoreció una nueva percepción ante la enfermedad.

Los coordinadores de los grupos informaron sobre las crecientes expectativas de los participantes con respecto a la siguiente sesión, de qué manera disfrutaban la conversación y el interés creciente por opinar. Las relaciones entre los participantes del grupo, se fueron afianzando con el tiempo a medida que se hicieron más comunicativos y familiares entre sí.

Feedback en el proceso de Fases

Se identificaron modificaciones a las sesiones.

- Reemplazar el espacio de temas de actualidad o noticias actuales dentro de cada Sesión, por un espacio de conversación con temas que traen los participantes del grupo, sin perder el objetivo de relacionarlo con la actualidad y distanciarlo de las experiencias individuales. Se brindó un tiempo inicial de las sesiones, a elaborar en forma conjunta, los diversos temas que aportaron los participantes.

- Observamos que los coordinadores debían orientar los temas propuestos hacia la generalización y anonimato trascendiendo las coyunturas políticas locales, pues interfieren en la cohesión grupal.

- En la sesión Ser Creativo, se observó muy buena recepción y un clima festivo durante la actividad. Se incluyó música, sugerida por el grupo, realizaron collage y dibujo elegidos por los participantes. Observamos que dar una entidad al producto a realizar, como elegir un destinatario, alentó al grupo y la adherencia a la terapia. En la sesión siguiente comentaron el impacto que la tarea y el producto, tuvo en sus hogares y familiares.

- Observamos mayor preferencia y adherencia a estímulos y materiales de modalidad auditiva y visual que a tareas que demandan lectura y escritura, lo que nos requiere plantear una versión final del manual atendiendo estas características.

- Se incluyó un encuentro más para compartir impresiones. Motivado por la adhesión a los encuentros expresado por todos, se brindó información sobre recursos sociales en la comunidad de Florencio Varela, como talleres varios donde puedan asistir y dar continuidad a la actividad social y recreativa.

Conclusiones

Se llevó a cabo la traducción al español y la adaptación socio cultural de CST siguiendo las pautas propuestas y se encontró que

es una intervención factible de realizar en nuestra población para un contexto ambulatorio, dado los comentarios alentadores posteriores a la intervención de los participantes, cuidadores y coordinadores de grupo.

Estos datos nos permitieron concluir que la estructura, los principios subyacentes y la mayoría de las actividades propuestas en el manual son adecuadas y apropiadas para nuestra población. El manual adaptado culturalmente está listo para ser utilizado en unaimplementación posterior a mayor escala.

Limitaciones

Los hallazgos del estudio deben ser interpretados teniendo en cuenta que se trata de un estudio de factibilidad. La muestra analizada fue pequeña y se llevó a cabo en un centro de atención ambulatoria en Florencio Varela. En un futuro inmediato cuando se escale esta experiencia a un número mayor de pacientes, podremos contar con mayor evidencia para valorar el instrumento.

La CST ha sido traducido y adaptado en varias lenguas de diferentes países (Adapting Cognitive Stimulation Therapy for Dementia to the Spanish Culture, 2021; Yamanaka et al., 2013; Wong et al. 2017, Bertrand et al., 2018; Mkenda et al., 2018; Capotosto et al.

2011) al momento no contábamos con esta herramienta traducida y adaptada culturalmente, para nuestro país.

La implementación de terapias no farmacológicas en la atención tanto del envejecimiento normal como patológico han demostrado gran utilidad clínica.

Esperamos que el proceso de adaptación del Programa de CST, iniciado como primera experiencia, sirva de guía para robustecer una herramienta probadamente útil y que organismos provinciales y nacionales lo adopten como parte de sus políticas públicas de salud para población adulta mayor en Argentina.

Referencias bibliográficas

1. Nitrini R, Bottino CM, Albala C, Custodio Capuñay NS, Ketzoian C, Llibre Rodriguez JJ, et al. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. Int Psychogeriatr. 2009; 21(4):622-30.

2. Noroozian M, Shakiba A, Iran-nejad S. The impact of illiteracy on the assessment of cognition and dementia: a critical issue in the developing countries. Int Psychogeriatrics. 2014; 26(2), 2051–60.

3. Silvia K, Zulma S, Julieta L, Medel N, Patricia S. Screening of Cognitive Impairment: Undiagnosed or Over Diagnosis in a Vulnerable Population. J Neurosci Cogn Stud. 2018; 2(1): 1009

4. Fuentes P, Slachevsky A. Enfermedad de Alzheimer: actualización en terapia farmacológica [An update on the pharmacological treatment of Alzheimer disease]. Rev Med Chil. 2005; 133(2):224-30.

5. Miranda-Castillo C, Mascayano Tapia F, Roa Herrera A, Maray Ghigliotto F, Serraino Guerra L. Implementación de un programa de estimulación cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer: un estudio piloto en chilenos de la tercera edad. Universitas psychological 2013; 12(2), 445-455.

6. Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B. Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. Neuropsychological Rehabilitation 2001; 11:377–397.

7. Spector A, Orrell M, Woods B. Cognitive Stimulation Therapy (TEC): Effects on different areas of cognitive function for people with dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry 2010; 25(12): 1253-1258.

8. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, et al. Efficacy of an evidencebased cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry 2003; 183: 248–254.

9. Knapp M, Thorgrimsen L, Patel A, Spector A, Hallam A, Woods B, et al. Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis. Br J Psychiatry. 2006; 188:574-80.

10. Aguirre E, Spector A, Orrell M. Guidelines for adapting cognitive stimulation therapy to other cultures. Clin Interv Aging. 2014; 9:1003-7.

11. Lobbia A, Carbone E, Faggian S, Gardini S, Piras F, Spector A, et al. The efficacy of cognitive stimulation therapy (CST) for people with mild to moderate dementia: A review. European Psychologist 2018, 23: 43–61.

12. McDermott O, Charlesworth G, Hogervorst E, Stoner C, Moniz-Cook E, Spector A, et al. Psychosocial interventions for people with dementia: a synthesis of systematic reviews. Aging Ment Health. 2019; 23(4):393-403.

13. Hwang WC. The Formative Method for Adapting Psychotherapy (FMAP): A community-based developmental approach to culturally adapting therapy. Prof Psychol Res Pr. 2009; 40(4):369-377.

14. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Orrell M. Making a difference: An evidence-based group programme to offer Cognitive Stimulation Therapy (CST) to people with dementia. Manual for group leaders. United Kingdom: Hawker Publications. 2006.

15. Allegri RF, Russo MJ, Kremer J, Taragano FE, Brusco I, Ollari JA, et al. Review of recommendations and new diagnosis criteria for mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease. Vertex. 2012; 23(101):5-15.

UNIVERSIDAD Y SALUD PÚBLICA: LA EXPERIENCIA DE TRABAJO DE REHABILITACIÓN EN EL HOSPITAL ESTEVES CON ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA DE LA UNAJ

UNIVERSITY AND PUBLIC HEALTH: THE EXPERIENCE OF REHABILITATION WORK AT THE ESTEVES HOSPITAL WITH STUDENTS OF THE KINESIOLOGY AND PHYSIATRY DEGREE AT THE UNAJ

UNIVERSIDADE E SAÚDE PÚBLICA: A EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DE REABILITAÇÃO NO HOSPITAL ESTEVES COM ALUNOS DO CURSO DE BACHARELADO EM CINESIOLOGIA E FISIATRIA DA UNAJ

CARLA RINCÓN[1, 2,] MARÍA ISABEL HARTFIEL [1, 2,]
MARÍA ROSA RIVA ROURE 1, EUGENIA POLLINI [2]

Contacto: Carla Rincón **-Email:** rpg.carlarincon@gmail.com

FILIACIONES: 1. Hospital Interzonal José A. Esteves. 2. Universidad Nacional Arturo Jauretche

Citar como: Rincón C, Hartfiel MI, Riva Roure MR, Pollini E. *Universidad y Salud Pública: La experiencia de trabajo de rehabilitación en el Hospital Esteves con estudiantes de la carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría de la UNAJ.* Desde Acá. 2024; 2: p-p. 56-69

Resumen

El propósito de este trabajo es realizar un relato de la vinculación entre el Hospital Esteves y estudiantes de 4to año de la carrera de Lic. en Kinesiología y Fisiatría de la Unaj.

Para entender el impacto del resultado, primero describiremos las características del Hospital, que está en proceso de transformación acorde a la Ley Nacional de Salud Mental vigente, luego las particularidades de la universidad y del perfil profesional que se espera de su estudiantado, y haremos un relato del paso de los estudiantes por kinesiología del Hospital.

Como conclusión de esta experiencia resaltamos el efecto positivo para ambas instituciones, en especial para las usuarias del servicio de salud mental. Consideramos un desafío sostener y ampliar estas experiencias donde la salud y la educación pública se potencian y enriquecen mutuamente.

Palabras clave: Salud Mental, Universidad pública, Kinesiología.

Abstract

The purpose of this paper is to make a report of the link between the Esteves Hospital and 4th year students of the Kinesiology and Physiatry degree at UNAJ.

To understand the impact of the result, we will first describe the characteristics of the Hospital, which is in the process of transformation according to the current National Mental Health Law, then we will describe the particularities of the university and the professional profile expected of its students, and we will give an account of the passage of the students through the kinesiology service of the Hospital.

As a conclusion of this experience, we highlight the positive effect for both institutions, especially for the users of the mental health service. We consider it a challenge to sustain and expand these

experiences where health and public education enhance and enrich each other.

Keywords: Mental Health, Public University, Kinesiology.

Resumo

O objetivo deste trabalho é fazer um relato da relação entre o Hospital Esteves e os alunos do 4º ano do curso de Licenciatura em Cinesiologia e Fisiatria da Unaj.

Para entender o impacto do resultado, primeiro descreveremos as características do Hospital, que está em processo de transformação de acordo com a atual Lei Nacional de Saúde Mental, em seguida descreveremos as particularidades da universidade e do perfil profissional esperado de seus alunos e contaremos uma história sobre a passagem dos alunos no serviço de cinesiologia do Hospital.

Como conclusão desta experiência, destacamos o efeito positivo para ambas as instituições, especialmente para os usuários do serviço de saúde mental. Consideramos um desafio sustentar e expandir estas experiências onde a saúde e a educação pública se aprimoram e enriquecem mutuamente.

UNIVERSIDAD Y SALUD PÚBLICA: LA EXPERIENCIA DE TRABAJO DE REHABILITACIÓN EN EL HOSPITAL ESTEVES CON ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA DE LA UNAJ

CARLA RINCÓN, MARÍA ISABEL HARTFIEL, MARÍA ROSA RIVA ROURE Y EUGENIA POLLINI

Introducción

El presente trabajo relata la experiencia realizada desde dos instituciones públicas abocadas a la recuperación de la salud de la población y la formación de profesionales en la Provincia de Buenos Aires: el Hospital neuropsiquiátrico José Esteves de Temperley y la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ) en Florencio Varela.

La Unaj, es una universidad joven, entre sus características se destaca el compromiso territorial y el trabajo comunitario. El hospital es una institución centenaria en pleno proceso de transformación y adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657[1]. En estos años se han realizado diversos proyectos conjuntos, que incluyen visitas, capacitaciones, y prácticas, especialmente de estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud (ICS) de la Universidad. Cada una de esas participaciones ha contribuido con la apertura del hospital al proyecto de vinculación con la Universidad, y a su vez cada estudiante y docente se han enriquecido con la experiencia. La firma de un convenio específico de cooperación técnica y fortalecimiento entre el Hospital y la Universidad, establecido desde abril del año 2023, formalizó estos vínculos y permitió que se consoliden los proyectos.

En este trabajo desarrollamos la experiencia realizada en el Hospital con la carrera de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría,

Universidad y Salud Pública: La experiencia de trabajo de rehabilitación en el Hospital Esteves con estudiantes de la carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría de la UNAJ

Carla Rincón, María Isabel Hartfiel, María Rosa Riva Roure, Eugenia Pollini.

proyecto que comenzó en el año 2021 y se fue consolidando hasta la actualidad, facilitandoaprendizajes y plasmando mejoras notorias en la vida de mujeres internadas en el hospital y externadas en casas convivenciales[a].

La irrupción del COVID 19 en el año 2020, significó entre otras cosas un reordenamiento de los espacios de trabajo en función de las necesidades que se consideraron prioritarias por la emergencia. El gimnasio de kinesiología que era de por sí pequeño, fue trasladado a un espacio aún más reducido. Superado el primer año de la pandemia, tras una reunión con la coordinación de la carrera y viendo la necesidad de las mujeres usuarias del Servicio de Salud Mental de recibir distintos tratamientos y prácticas kinésicas y la de estudiantes que adeudaban prácticas para alcanzar su título, se comienza a trabajar en el armado de un nuevo gimnasio de kinesiología, más amplio que el anterior y con la incorporación de equipamiento necesario para la atención de la población usuaria del servicio, como espaldar, poleas, caminador elíptico, y grúa de traslado y bipedestación de pacientes. En poco tiempo el hospital y la universidad lograron que se abran las puertas para que estudiantes de la asignatura prácticas kinésicas II correspondiente al 4to año de la carrera realicen su práctica preprofesional supervisada en el Hospital.

1- El hospital neuropsiquiátrico en transformación

El Hospital Esteves es una institución que fue pensada hace más de un siglo como lugar de aislamiento de mujeres categorizadas como “alienadas”. Estas personas quedaban marginadas de la vida social y sin ninguna perspectiva de regreso a la comunidad.

Los procesos históricos críticos de revisión de estas prácticas en el mundo entero favorecieron cambios que se han visto plasmados en proyectos alternativos y experiencias novedosas, que han

Carla Rincón, María Isabel Hartfiel, María Rosa Riva Roure, Eugenia Pollini.

a. ¿Qué son las casas convivenciales? https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-06/dispositivos-habitacionales.pdf

ido modificando las intervenciones y la vida institucional. La forma que adoptan las instituciones se va modificando en función de las necesidades sociales asignadas y los discursos dominantes que las sostienen[2]. Los grandes neuropsiquiátricos como lugares de aislamiento no dieron cuenta de lograr objetivos de recuperación de las personas, los discursos que sostenían esas prácticas fueron cuestionados por el mundo académico y profesional y dieron lugar a la conformación de nuevos dispositivos comunitarios con perspectiva de derechos.

En los años 2000 el Hospital Esteves alojaba a unas 1200 mujeres internadas distribuidas en diez pabellones. Así, en cada uno convivían 120 mujeres. Desde ese año el descenso en la cantidad de internadas ha sido constante. Algunos hitos permitieron que esos descensos sean más pronunciados. Queremos destacar en primer lugar la creación en el año 1999 del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) a nivel provincial, que posibilitó el acompañamiento efectivo de mujeres que no tenían recursos sociales y materiales para la externación y requerían apoyos para la vida en comunidad. Mediante este tipo de dispositivos, estas mujeres institucionalizadas recuperan el ejercicio de sus derechos ciudadanos, con lo cual

> la inclusión social de personas que han permanecido durante años internadas en instituciones neuropsiquiátricas, es un desafío que comparten los dispositivos de acompañamiento comunitario.[3]

También la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en 20101, dio impulso y respaldo a las prácticas alternativas en los modos de atención y limitó las internaciones a causas estrictamente ligadas al riesgo de salud y no como respuesta a problemas sociales y habitacionales.

En los últimos años la Provincia de Buenos Aires dio un fuerte impulso a la transformación del sistema de atención de la salud y a

la adecuación a la ley del funcionamiento de los cuatro hospitales monovalentes provinciales, logrando que se reduzca la cantidad de personas internadas y se incremente el acompañamiento en la vida en la comunidad y la atención de salud mental en hospitales generales y en centros comunitarios. En el Hospital Esteves las salas de larga estancia tienen actualmente unas 318 mujeres internadas, lo que implica un descenso de 41% en los últimos tres años a lo que se suma el cierre de 4 pabellones de internación prolongada. En tal sentido se abrieron dos centros de día focalizados en problemáticas específicas (tercera edad y discapacidad) y se incrementó el acompañamiento en la comunidad con casas asistidas por niveles de apoyo, integrado por un equipo interdisciplinario que realiza su trabajo en el territorio, y trabajo con familias. Se consolidaron empresas sociales que permiten incentivar a las mujeres aún internadas, a participar de espacios de estimulación a la actividad física, a las salidas, paseos y a actividades culturales y artísticas. El objetivo último de todas las propuestas, esla recuperación del derecho a vivir en la comunidad de cada una de las mujeres internadas.

De la misma forma al área de internación aguda ingresan actualmente unas 220 mujeres por año y es en ese servicio donde se intenta encontrar una respuesta para un rápido regreso a la vida en la comunidad. Desde hace 3 años a ningún hospital monovalente de la provincia ingresan pacientes a pabellones de internación prolongada. El desafío de este sector hoy es externar a todas las mujeres que ingresan en el menor tiempo posible, y de manera sustentable, evitando las puertas giratorias que repercuten negativamente en las personas, en su red afectiva y en los trabajadores.

En tal sentido más de 1000 usuarias/os por mes asisten a realizarse tratamiento ambulatorio en consultorios externos y en hospitales de día de adultos/as o niñas/niños. Se trabaja en todos los casos evitando internaciones innecesarias y reforzando la atención ambulatoria. Este proceso está acompañado por un paulatino fortalecimiento de la red de servicios tanto en el primer nivel de atención como en el segundo, para dar respuesta a cada

necesidad desde los múltiples efectores de salud. El sistema de atención sin duda se ha fortalecido, pero también se ha visto sobre exigido después de la pandemia.

2-La universidad en la comunidad

La UNAJ comienza a escribir las primeras líneas de su historia el 29 de diciembre del año 2009 cuando el Congreso de la Nación Argentina promulga la Ley 26.576 para la creación de la Universidad Nacional Arturo Jauretche con sede en Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires[4].

La carrera de kinesiología comenzó a dictarse en el año 2012 y la primera cohorte de graduados y graduadas fue en el año 2017.

El perfil profesional que se espera del estudiantado de la Universidad emplazada en el conurbano bonaerense implica que quienes allí estudian tomen responsabilidad y compromiso social por la atención de las demandas de la zona, postergadas durante tanto tiempo. Considerando una de las funciones sustantivas de la educación superior como es la extensión o vinculación territorial (que caracteriza a la UNAJ desde su creación), reconociendo ese espacio como productor de conocimiento, estimulando el diálogo entre saberes académicos y populares.

La carrera de kinesiología, desde su inicio, ha tomado responsabilidad por la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). En este aspecto, la práctica de ejercicio regular ofrece una protección contra todas las causas de morbi-mortalidad por las ECNT. A modo de ejemplo, algunas intervenciones en este sentido fueron: presencia en maratones de los municipios aledaños a la UNAJ, se han realizado jornadas en centros de salud o clubes de barrio, se realizan constantemente salidas a la comunidad en las diferentes asignaturas del ICS procurando prevenir patologías y que la mirada de los estudiantes respecto de la zona que habitan sea crítica y con una perspectiva de salud.

Universidad y Salud Pública: La experiencia de trabajo de rehabilitación en el Hospital Esteves con estudiantes de la carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría de la UNAJ

Carla Rincón, María Isabel Hartfiel, María Rosa Riva Roure, Eugenia Pollini.

La experiencia en el Hospital Esteves, emplazado en la cercanía de la UNAJ implica para la formación integral de estudiantes una importante experiencia en el campo de la salud mental, que además le permite contribuir como universidad en los procesos de reforma y apertura de estas instituciones.

3-Análisis de la experiencia de trabajo de la carrera de kinesiología UNAJ en el hospital

La transformación institucional, acorde a la Ley Nacional de Salud Mental del año 2010[1], implica que la atención esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente.

La participación de la kinesiología en el área de la salud mental ha venido siendo reconocida en varios países del mundo, la evidencia muestra un impacto positivo en la participación en el primer nivel de atención, en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud mental individual y colectiva, así como en el tratamiento y rehabilitación de diferentes patologías que afectan la salud mental[5]. Según la Organización Internacional de Fisioterapia en Salud Mental[6], el objetivo de la kinesiología en este área es optimizar el bienestar y el empoderamiento de la persona, promoviendo la actividad física, el ejercicio, la conciencia de movimiento y las actividades funcionales conectando los aspectos físicos y mentales, basado en la mejor evidencia científica y clínica disponible.

El Hospital cuenta con un gimnasio de rehabilitación en kinesiología, donde se admiten mujeres actualmente internadas, o externadas por el PREA. También se encuentra en proyecto la apertura del servicio a la comunidad, sujeto a reformas edilicias, y a la incorporación de otro/a profesional.

Carla Rincón, María Isabel Hartfiel, María Rosa Riva Roure, Eugenia Pollini.

En el periodo desde agosto del 2022 hasta agosto del 2023 fueron realizadas 1872 sesiones de kinesiología a 104 usuarias.

Las derivaciones médicas más frecuentes fueron las fracturas (32%), seguidas por artrosis/algias (24%), alteraciones de la marcha de causa neurológica (21 %) y accidente cerebro vascular (ACV) (9%).

Así mismo en relación a la edad de las mujeres asistidas, el promedio es de 62 años, con mayor prevalencia en la franja etaria de 58 a 68 años. El 57% de ellas viven en las salas de residencia para la tercera edad del Hospital, y el 16 % viven en casas convivenciales del PREA. Esta información nos permite comprender la importancia de recuperar o mantener la mayor autonomía posible para las actividades de la vida diaria. En estas mujeres, la edad avanzada, las características propias de las afecciones psiquiátricas y los efectos secundarios que producen los esquemas farmacológicos, suelen provocar diversas alteraciones motoras, que producen un riesgo alto de caídas, lo que a su vez genera mayores limitaciones en las actividades, con la consecuente pérdida de la participación en actividades sociales de la vida diaria.

A nivel cualitativo, el objetivo de los tratamientos kinésicos fue el mantenimiento de las habilidades existentes, la readquisición de habilidades perdidas y el aprendizaje de nuevas destrezas[7].

Es necesario que el abordaje kinésico sea un proceso dinámico, basado en el modelo de atención bio-psico-social. Utilizamos como herramienta la psicomotricidad, cuyo objetivo según lo expresa Probst, es conseguir resultados terapéuticos positivos mediante el uso sistemático de experiencias corporales y actividades físicas adaptadas, el movimiento, la conciencia sensorial y las actividades derivadas del deporte. En este sentido, la psicomotricidad es algo más que “hacer ejercicio” o “realizar actividades recreativas”. La terapia psicomotriz integra los aspectos físicos, cognitivos y emocionales del funcionamiento en relación con la capacidad de ser y actuar en un contexto psicosocial con el fin de alcanzar objetivos claramente definidos en consulta con los/las pacientes[8].

La actividad física adaptada tiene mucho valor en la atención integral de la salud de estas mujeres, en relación con su beneficio sobre la salud cardiovascular, metabólica y mental[9].

En el mes de septiembre del año 2021 se incorporaron estudiantes de 4° año de la Lic. en kinesiología y Fisiatría de la UNAJ, para la realización de su rotación práctica en nuestra institución. A partir de su incorporación y hasta la actualidad han rotado por el Hospital 27 estudiantes, a partir de ello pudimos realizar en este periodo 22 talleres grupales con una asistencia promedio de 10 mujeres en cada uno, con distintas temáticas: la movilidad de miembros superiores e inferiores para aquellas que permanecen postradas en sillas de ruedas; marcha, equilibrio, coordinación y respiración consciente. Se trabajaron los factores que influyen en los procesos de aprendizaje motor como las instrucciones verbales, las características y la variabilidad de la práctica, la participación activa y la motivación del individuo, la posibilidad de cometer errores, el control postural, la memoria y la retroalimentación[7]. Consideramos que el efecto de esta actividad grupal fue positivo, no solo en las habilidades físicas, sino también en las cognitivas y socio-afectivas. Un ejercicio usado en los talleres y que las participantes refieren disfrutar es el de colocar cuatro mujeres en una ronda y que cada una tome una porción de sabana donde se colocan globos, luego entre todas tienen que empujar la sabana hacia arriba hasta desalojar los globos. Las habilidades físicas trabajadas son la movilidad de miembros superiores y el control de tronco, las cognitivas son la comprensión y ejecución correcta del ejercicio, a nivel socio-afectivo se necesita la cooperación entre ellas para lograr el objetivo del ejercicio.

Por otra parte, en el mes de marzo del año 2023 comenzó a cursar una comisión de la asignatura Técnicas Kinésicas II, integrada por quince estudiantes también del 4° año de la carrera, fuera del horario asistencial en el servicio de kinesiología del Hospital. Esto nos permitió generar interacciones en el espacio hospitalario, en las que el /la estudiante puede realizar distintas actividades de vinculación con la comunidad dentro de este ámbito, por ejemplo, a

través de talleres de educación y promoción de la salud. En el ciclo lectivo 2023 incorporamos en el módulo rehabilitación una clase específica de abordaje kinésico en Salud Mental y los/las alumnos/as realizaron talleres prácticos con mujeres que asisten al hospital de día para adultos mayores. También ese año se abordó el tema de Salud Mental en la Semana de la Salud de la UNAJ, la cual se realiza todos los años y consta de actividades con diferentes modalidades (como talleres, conferencias, juegos de rol, stands, presentación de posters, etc.) con la finalidad de promover la reflexión y el abordaje interdisciplinario en el ámbito de salud.

La vinculación con la Universidad nos aporta un gran beneficio, a partir de las intervenciones supervisadas que realiza el estudiantado y también para divulgar y fortalecer el rol del kinesiólogo/a como miembro del equipo interdisciplinario de atención en Salud Mental.

Conclusiones

Los proyectos conjuntos entre el hospital y la carrera de kinesiología de la universidad comenzaron en el año 2021, posteriormente fueron enriqueciéndose y consolidándose.

El resultado de la experiencia fue altamente positivo para ambas instituciones y en especial para la población beneficiaria. Por un lado, significó un aporte sustancial para la formación de futuros profesionales en un área kinésica en pleno desarrollo, los que no solo aprendieron en este proceso la implementación de evaluaciones y técnicas kinésicas, sino que se comprometieron con demandas de salud pública de la región y en particular el trabajo con sectores poblacionales postergados, como es el caso de las personas internadas por motivos de salud mental en forma prolongada. En tal sentido pudieron atravesar diferentes experiencias de aprendizaje situado, contextualizado y dando respuesta a la necesidad de personas que no han recibido por años esa necesaria atención. El contacto con mujeres con padecimiento mental, la vivencia de trabajar en una institución psiquiátrica en pleno

proceso de transformación, el intercambio con otras disciplinas, le brindó a los estudiantes sin duda un enriquecimiento profesional y humano sumamente valioso.

Es de destacar el aporte del estudiantado para la rehabilitación de las mujeres internadas y la atención integral de la salud de las mujeres externadas que actualmente viven en casas convivenciales significó que muchas de ellas recuperen la posibilidad de deambular, en otros casos les dio seguridad en la marcha o en el uso de brazos y otras partes del cuerpo. Las mujeres que asistieron en este periodo al gimnasio de kinesiología potenciaron su autonomía, proceso central para poder pensarse viviendo una vida mejor y proyectándose hacia una vida en la comunidad.

La experiencia por último favorece la divulgación por un lado del trabajo de la kinesiología en un área en pleno desarrollo y también la del proceso de transformación del hospital.

Consideramos importante sostener y ampliar estas experiencias donde la salud y la educación pública se potencian y enriquecen mutuamente, devolviendo a la comunidad respuestas adecuadas e integrales para sus problemas de salud.

Referencias bibliográficas

1. República Argentina (2010) Ley 26.657 (B.O: 03/12/2010). Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto

2. Pierri, C. *Historias locas: internaciones psiquiátricas durante el siglo XX*. Buenos Aires: Editorial Teseo; 2020.

3. Ardila Gomez, S., Hartfiel M. *Significaciones y prácticas en torno al trabajo de mujeres externadas de un neuropsiquiátrico de la provincia de Buenos Aires*. Vertex Rev Arg

Psiquiatr. 2023; 34(159); 29-39. Disponible en https://www.revistavertex.com.ar/descargas/primeroonline/vertex%20159_articulo%203%20ARDILA_ok.pdf

4. Universidad Nacional Arturo Jauretche. Historia (n.d.). Recuperado el 9 de octubre de 2023 de: https://www.unaj.edu.ar/institucional/la-universidad/historia/

5. Guarín Espinosa, C y Montoya Hurtado, O (Ed.). *Fisioterapia en Salud Mental*. Editorial Universidad del Rosario; 2020.

6. Organización Internacional de Fisioterapia en Salud Mental (IOPTMH). Disponible en: https:// world.physio/es/subgroups/mental-health.

7. Cano de la Cuerda, R, Molero Sánchez, A, Carratalá Tejada, M, Alguacil Diego, IM, Molina Rueda, F, Miangolarra Page, JC, Torricelli, D. *Teorías y modelos de control y aprendizaje motor. Aplicaciones clínicas en neurorrehabilitación*. Neurología. 2015; 30(1); 32-41. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2011.12.010

8. Probst, M. *Psychomotor Therapy for Patients with Severe Mental Health Disorders*. Occupational Therapy - Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation. 2017. Disponible en: DOI: 10.5772/intechopen.68315

9. Vargas Pacheco, A., Correa López L. *El ejercicio como protagonista en la plasticidad muscular y en el músculo como un órgano endocrino: implicaciones en las enfermedades crónicas*. Rev. Facultad de Medicina Humana. 2022; 22(1); 181-192. Disponible en: DOI: 10.25176/RFMH.v22i1.4129

ESTUDIOS GENÉTICOS ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ESPORÁDICA EN ARGENTINA: RELEVANCIA, ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVAS

GENETIC STUDIES ASSOCIATED WITH SPORADIC ALZHEIMER'S DISEASE IN ARGENTINA: *RELEVANCE, STATE OF THE ART AND PERSPECTIVES.*

ESTUDOS GENÉTICOS ASSOCIADOS À DOENÇA DE ALZHEIMER ESPORÁDICA NA ARGENTINA: *RELEVÂNCIA, SITUAÇÃO ATUAL E PERSPECTIVAS.*

MARIA CAROLINA DALMASSO[1], MARÍA BÁRBARA POSTILLONE[1], JULIETA LISSO[1], ZULMA SEVILLANO[1], NICOLÁS IRURETA[1], IVANA VELLILLA[1], INÉS MINTZ[1], NANCY MEDEL1, JUAN PABLO PRINCICH[1], MARIANA NAHIR VALLEJO AZAR[1], PATRICIA SOLIS[1], SILVIA KOCHEN[1], PAULA GONZALEZ[1].

Contacto: Maria Carolina Dalmasso - **Email:** mcdalmasso@unaj.edu.ar

FILIACIONES: 1 Unidad de Estudios en Neurociencias y Sistemas Complejos (ENyS-CONICET-HEC-UNAJ).

Citar como: Dalmasso MC, Postillone MB, Lisso J, Sevillano Z, Irureta N, Vellilla I, Mintz I, Medel N, Princich JP, Vallejo Azar MN, Solis P, Kochen S, Gonzalez P. Estudios genéticos asociados a la enfermedad de Alzheimer esporádica en Argentina: relevancia, estado actual y perspectivas. Desde Acá. 2024; 2: p-p. 70-90

Resumen

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la principal causa de demencia en personas mayores. Existen dos formas de esta enfermedad, una es hereditaria, denominada Familiar (EAF), que representa el 3% de los casos de EA y la otra, denominada Esporádica (EAE) que es la forma mas común y está determinada por múltiples factores genéticos y ambientales. En la última década, los estudios de asociación genética del genoma completo (GWAS, del inglés Genome Wide Association Study) en enfermedad de Alzheimer esporádica (EAE) posibilitó la identificación de 83 variantes de riesgo y de nuevas vías involucradas en la patogenia de la enfermedad, como también la obtención de un índice de riesgo genético capaz de detectar a la población de mayor riesgo. Lamentablemente, estos estudios fueron realizados en población europea. Dado que las frecuencias de las variantes genéticas son diferentes entre poblaciones, es imperativa la necesidad de realizar este tipo de estudios en personas de otras regiones para validar estos resultados. Recientemente publicamos el primer estudio de GWAS en EAE realizado en Sudamérica, incluyendo 1018 argentinos. En este trabajo analizaremos el impacto de los resultados obtenidos, cómo continuamos con este estudio y cuáles son las perspectivas a futuro.

Palabras Clave: Enfermedad de Alzheimer, Genética, índice de riesgo genético, Latinoamérica.

Abstract

Alzheimer's disease (AD) is the leading cause of dementia in the elderly. There are two forms of this disease, one is hereditary, called Familial (EAF), which represents 3% of cases of AD and the other, called Sporadic (EAE) which is the most common form and is determined by multiple genetic and environmental factors. In the last decade, genome-wide association studies (GWAS) in sporadic Alzheimer's disease (SAD) successfully identified 83 risk variants and new pathways involved in the pathogenesis of the disease, and leaded the generation of a genetic risk score capable

of detecting the population at greatest risk. Unfortunately, these studies were performed in a Caucasian population. Given that the frequencies of genetic variants are different among populations, it is imperative to perform this type of study in other ethnic groups to validate these results. We recently published the first GWAS study in EAE performed in South America, including 1018 Argentines. In this paper we will analyze the impact of the results obtained, how we continue with this study and what are the perspectives for the future.

Keywords: Alzheimer's disease, Genetics, Genetic Risk Score, Latin America.

Resumo

A doença de Alzheimer (DA) é a principal causa de demência em pessoas idosas. Há duas formas dessa doença: uma é hereditária, chamada Familiar (EAF), que representa 3% dos casos de DA, e a outra, chamada Esporádica (EAE), que é a forma mais comum e é determinada por vários fatores genéticos e ambientais. Na última década, os estudos de associação de todo o genoma (GWAS) na doença de Alzheimer esporádica (DAE) possibilitaram a identificação de 83 variantes de risco e novas vias envolvidas na patogênese da doença, bem como a obtenção de um índice de risco genético capaz de detectar a população de maior risco. Infelizmente, esses estudos foram realizados em uma população caucasiana. Considerando que as frequências das variantes genéticas diferem entre as populações, é imperativo que esses estudos sejam realizados em outros grupos étnicos para validar esses resultados. Recentemente, publicamos o primeiro estudo GWAS sobre DAE realizado na América do Sul, incluindo 1018 argentinos. Neste artigo, analisaremos o impacto dos resultados obtidos, como continuamos com esse estudo e quais são as perspectivas futuras.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer, genética, escore de risco genético, América Latina.

ESTUDIOS GENÉTICOS ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ESPORÁDICA EN ARGENTINA: RELEVANCIA, ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVAS

MARIA CAROLINA DALMASSO, MARÍA BÁRBARA POSTILLONE, JULIETA LISSO, ZULMA SEVILLANO, NICOLÁS IRURETA, IVANA VELLILLA, INÉS MINTZ, NANCY MEDEL, JUAN PABLO PRINCICH, MARIANA NAHIR VALLEJO AZAR, PATRICIA SOLIS, SILVIA KOCHEN, PAULA GONZALEZ

Generalidades de la enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad neurodegenerativa y progresiva, cuya incidencia aumenta con la edad. Se caracteriza por la acumulación anormal en el cerebro de un péptido que forma ovillos neurofibrilares por lo cual, afecta el funcionamiento y la actividad neuronal. Esto, a su vez, provoca una pérdida progresiva de la función cerebral. Tanto Abeta como Tau son proteínas funcionales que, por algún motivo aún no bien definido y asociado a la edad, se empiezan a acumular. Las neuronas que se dañan primero son las de las partes del cerebro responsables de la memoria, el lenguaje y el pensamiento. Por ello, los primeros síntomas suelen estar relacionados con estas funciones. Sin embargo, éstos aparecen entre 15 a 20 años después que comienzan los primeras alteraciones en el cerebro, las cuales no son detectadas por ninguna metodología disponible actualmente en la práctica clínica. (1). Las personas con síntomas leves a menudo pueden seguir trabajando, conduciendo y participando en sus actividades favoritas, con la ayuda ocasional de familiares y amigos. Sin embargo, la EA es una enfermedad progresiva, lo que significa que empeora con el tiempo. La rapidez con que progresa y las capacidades que se ven afectadas varían de una persona a otra (2). A medida que pasa el tiempo, se dañan más neuronas y se ven afectadas más zonas del cerebro, viéndose afectadas también las actividades de la vida diaria, como vestirse y bañarse; pueden observarse cambios en el estado de ánimo, en la personalidad o el comportamiento. Con

Estudios genéticos asociados a la enfermedad de Alzheimer esporádica en Argentina: relevancia, estado actual y perspectivas

Maria Carolina Dalmasso, María Bárbara Postillone, Julieta Lisso, Zulma Sevillano, Nicolás Irureta, Ivana Vellilla, Inés Mintz, Nancy Medel, Juan Pablo Princich, Mariana Nahir Vallejo Azar, Patricia Solis, Silvia Kochen, Paula Gonzalez.

el tiempo, el daño neuronal se extiende a partes del cerebro que permiten funciones corporales básicas como caminar y deglutir, lo que impide a las personas ser autónomas para moverse y alimentarse. Los estudios indican que las personas mayores de 65 años sobreviven una media de cuatro a ocho años después de un diagnóstico de demencia de Alzheimer, aunque algunos pueden llegar a vivir hasta 20 años (2), probablemente, debido a el diagnóstico precoz, cuidados paliativos y tratamientos adecuados.

¿Enfermedad de Alzheimer o demencia senil?

Demencia senil es un término que se utilizaba antes para definir a todas las demencias asociadas a la edad. “Demencia” es un término general para un grupo concreto de síntomas, que alude a las dificultades con la memoria, el lenguaje, la resolución de problemas y otras habilidades del pensamiento (3). La EA es una de las causas de la demencia y la más común, caracterizada por la acumulación anormal de las proteínas Abeta y Tau, así como la degeneración de las neuronas. Las otras demencias asociadas a la edad son la demencia frontotemporal, la demencia vascular, la demencia mixta, la esclerosis hipocampal, la demencia de cuerpos de Lewi y la demencia asociada a Parkinson (4).

Progresión de la enfermedad de Alzheimer

Se define como el continuo de la EA a la progresión de la enfermedad desde cambios cerebrales imperceptibles para la persona hasta cambios cerebrales que causan problemas de memoria y, finalmente, discapacidad física. En este continuo, existen tres grandes fases: el estadio preclínico, el deterioro cognitivo leve (DCL) y la demencia tipo Alzheimer (5). Esta última,la fase de demencia tipo Alzheimer, puede dividirse en demencia leve, moderada y grave (Figura 1). La duración de cada parte del continuo depende de la edad, la genética y el sexo biológico. (6).

En la **fase preclínica,** es decir, aquella donde no se detectan cambios conductuales, al ser estudiados por evaluaciones neu-

ropsicológicas, ni estructurales, al realizarse un estudio de imágenes del cerebro; sin embargo, ya comienzan los primeros cambios cerebrales asociados a la EA. Las determinaciones que miden estos cambios se denominan biomarcadores. Los que se conocen hasta el momento y definen este estadio son los niveles anormales de Abeta observados por tomografía por emisión de positrones (PET) y por determinación de sus niveles en líquido cefalorraquídeo (LCR); disminución de la proteína tau en el LCR, y la disminución del metabolismo de la glucosa en cerebro por PET (Figura 1). El cerebro es capaz de compensar estos primeros cambios, lo que permite a las personas no presentar ningún síntoma. Como vemos, si bien los cambios que ocurren en esta etapa pueden ser captados por medio de estudios, las metodologías que se necesitan son muy caras (como PET) o muy invasivas (como análisis de LCR) para ser realizadas como métodos de pesquisa en personas que no presentan ninguna alteración. Es por esto que en los últimos años las investigaciones se han focalizado en identificar biomarcadores plasmáticos que permitan ver estos cambios de una manera más accesible y menos invasiva para mejorar el diagnóstico temprano. Si bien aún se encuentran en etapas de investigación y desarrollo, la determinación de biomarcadores específicos de Alzhiemer (Abeta40/Abeta42, Tau total y Tau fosforilada), indicadores de lesión axonal (NfL, GAP-43) y marcadores de inflamación (GFAP, TREM2) mostraron resultados prometedores, con un gran potencial clínico futuro (7)

La **fase de DCL** se caracteriza por la aparición de síntomas sutiles, como problemas de memoria, lenguaje y pensamiento (Figura 1). Estos problemas cognitivos pueden ser imperceptibles para el paciente y sus familiares, pero pueden ser detectados en estudios de evaluación neuropsicológica y se evidencian en imágenes de cerebro por resonancia magnética nuclear o tomografía computarizada. Estos síntomas no interfieren en la capacidad de la persona para llevar a cabo sus actividades cotidianas. Todas las personas que desarrollan demencia tipo Alzheimer experimentan primero un DCL. Sin embargo, algunas personas con DCL no sufren un deterioro cognitivo adicional y hasta pueden

recuperar una una cognición normal. Entre los estudios basados en la población, una revisión sistemática y meta-análisis informó de una tasa de reversión del 26%, lo cual, si bien no es muy alta, indica la importancia del diagnóstico precoz(7,8). Es por eso que identificar qué individuos con DCL tienen más probabilidades de desarrollar demencia es uno de los principales objetivos de la investigación actual.

La **demencia tipo Alzheimer** se caracteriza por síntomas perceptibles de memoria, lenguaje, pensamiento o comportamiento que merman la capacidad de la persona para desenvolverse en la vida cotidiana (4). A medida que la enfermedad progresa, las personas suelen experimentar múltiples tipos de síntomas que cambian con el tiempo. Estos síntomas reflejan el grado de daño de las neuronas en distintas partes del cerebro. En la fase *leve* es posible que aún puedan conducir, trabajar y participar en sus actividades favoritas. Sin embargo, manejar las finanzas y pagar las facturas puede ser especialmente difícil y pueden necesitar más tiempo para completar las tareas diarias. En la fase *moderada*, que suele ser la más larga, las personas experimentan más problemas con la memoria y el lenguaje, son más propensas a confundirse y les resulta más difícil realizar tareas de varios pasos, como bañarse y vestirse. A veces, pueden llegar a sufrir incontinencia y pueden empezar a tener cambios de personalidad y comportamiento, como desconfianza y agitación. En la fase *grave* la capacidad de comunicación verbal de las personas se ve muy afectada y es probable que necesiten cuidados las 24 horas del día. Se ve afectado el movimiento, lo que lleva a complicaciones físicas como coágulos sanguíneos, infecciones cutáneas y sepsis, que pueden desencadenar un fallo orgánico. Otro de los mecanismos comúnmente afectados es la deglución, lo que puede hacer que los alimentos vayan hacia la tráquea, las partículas de comida se depositen en los pulmones y cause una neumonía por aspiración, la cual es una de las causas de muerte común en enfermos de Alzheimer (4).

Figura 1. Representación esquemática del Continuo de la enfermedad de Alzheimer. DCL, Deterioro Cognitivo Leve

Herencia de la enfermedad de Alzheimer

Existen dos formas de la EA, la que se denominan *Familiar* y la *Esporádica* (9). La EA familiar comprende aproximadamente el 3-5% de los casos, generalmente los primeros síntomas se observan a edades más tempranas (30-60 años), es hereditaria y está causada por mutaciones autosómicas dominantes en tres genes involucrados en la generación de Abeta: la proteína precursora de amiloide y las presenilinas 1 y 2.

Sin embargo, la mayoría de los casos de la EA pueden ser englobados en la forma esporádica (EAE). Ésta se observa en personas mayores de 65 años, por lo que también se la denomina de inicio tardío. Es una enfermedad compleja y multifactorial, donde la genética se asocia con el riesgo de desarrollar la enfermedad, pero no la determina, sino que depende de la suma de factores ambientales para que la enfermedad aparezca o no (9). Podemos decir que la aparición de la enfermedad depende de factores no modificables y factores modificables que pueden prevenir el desarrollo y/o la progresión de la EA. Las recomendaciones para reducir el riesgo de deterioro cognitivo y demencia se encuentran desarrolladas en el informe de la Organización Mundial de la Salud, un artículo de la Alzheimer's Association y un informe de la Academia Nacional de Medicina norteamericana (10-12). Entre estas recomendaciones, podemos destacar el ejercicio físico y el desarrollo de una actividad artística, los cuales se ha demostrado que llevan a una estimulación neuronal que ayuda a proteger el cerebro.

Factores no modificables

La edad, la genética y la historia familiar son los factores de riesgo no modificables. La edad es el principal de los tres. El porcentaje de personas con enfermedad de Alzheimer aumenta drásticamente con la edad. Sin embargo, es importante resaltar que esta demencia no es una parte *necesaria* del envejecimiento; o sea, que la edad avanzada por sí sola no es suficiente para causar demencia de Alzheimer (13).

Tampoco es necesario tener antecedentes familiares de Alzheimer para que una persona desarrolle la enfermedad. Sin embargo, las personas que tienen o han tenido un familiar de primer grado con EAE tienen más probabilidades de desarrollar la enfermedad. Un amplio estudio poblacional (14) descubrió que tener un progenitor con demencia aumenta el riesgo independientemente de los factores de riesgo genéticos, probablemente debido a los factores ambientales compartidos (por ej. alimentación saludable y hábitos de actividad física).

En 1993 se descubrió el primer factor genético de riesgo para la EAE: el alelo ε4 del gen de la apolipoproteína E (*APOE4*). Un alelo es una de las formas alternativas en las que un gen puede existir en una región específica de un cromosoma. Los alelos pueden ser diferentes versiones de un mismo gen que codifican diferentes características físicas o funciones bioquímicas. Este alelo aumenta el riesgo de EAE de 3 a 4 veces (15). Un año más tarde, se observó que otro alelo, el ε2 de APOE (*APOE2*) disminuye significativamente el riesgo de EAE (16), lo que confirmaba el importante papel del gen *APOE* en esta enfermedad. La *APOE4* es el factor genético de mayor riesgo asociado a la EAE observado hasta el día de hoy. Es importante resaltar que, si bien ha sido validado en diversas poblaciones, el tamaño del efecto y su frecuencia varían. Por ejemplo, en población de ascendencia africana (AFR), *APOE4* es más frecuente y confiere un riesgo menor (17), mientras que en población de ascendencia nativa americana (NAM) *APOE4* presenta el mismo efecto, pero su frecuencia es menor (18). Fue gracias a la llegada de la técnica de GWAS, en inglés Genome Wide Association Study y al uso de un número de muestras cada vez mayor, que pudieron detectarse otros factores de riesgo genético de EAE. En el año 2023, se publicó el estudio de GWAS más grande hasta el momento (111.326 casos y 677.663 controles) realizado por el consorcio europeo de genética de Alzheimer EADB (European Alzheimer Data Bank) (19). Este trabajo permitió identificar 83 variantes genéticas asociadas a la EAE, más allá de las variantes en *APOE*, confirmando la complejidad poligénica de la enfermedad. A su vez, permitió detectar nuevos mecanismos involucrados en la fisiopatología de la EA. El

éxito más notable fue sin duda la identificación de un rol importante de la microglía. La microglía es un tipo de célula glial del sistema nervioso central que se encuentra principalmente en el cerebro y la médula espinal. La función principal de la microglía es actuar como la principal célula inmune, desempeñando un papel crucial en la respuesta inmune y la protección del sistema nervioso contra agentes patógenos, lesiones y enfermedades. El GWAS identifico variantes no-sinónimas y muy poco frecuentes en los genes *TREM2*, *PLCG2* y *ABI3* (20). Es decir, de este modo, ha cambiado la concepción de la enfermedad evidenciando que es un fenómeno complejo resultante de procesos fisiopatológicos con muchos puntos de entrada que pueden desencadenar la enfermedad o interactuar para acelerar o ralentizar su progresión. Estos descubrimientos, además de haber repercutido en nuestro conocimiento, están empezando a utilizarse en la investigación traslacional, que es un enfoque que busca aplicar los hallazgos científicos básicos en la práctica clínica y en la mejora de la salud pública. Implica el movimiento bidireccional de conocimientos entre la investigación básica (o de laboratorio) y la investigación clínica (o aplicada), con el objetivo de acelerar el desarrollo de nuevas terapias, diagnósticos y enfoques preventivos para enfermedades. La herramienta diagnostica más desarrollada hasta el momento es el denominado Genetic Risk Score, que podríamos traducir como índice de riesgo genético (IRG).

Este índice proporciona una puntuación determinada por el efecto acumulativo de las variantes genéticas de riesgo presentes en cada individuo. Esto permite definir la población con mayor riesgo de desarrollar EAE, pero no funciona como predictor de la demencia por sí solo. En parte, porque aún quedan variantes por descubrir y validarlas en diversas poblaciones, pero además, porque no contempla los factores de riesgo ambiental que son igualmente determinantes de la aparición de la EA. Se han publicado diversas formas de obtener el IRGs, el más reciente utiliza sólo las 83 variantes de riesgo descriptas al momento (19). Se observó que el 37.5% de los pacientes con DCL y los valores más altos de este IGR, desarrollan demencia en los siguientes 3 años (19), fortaleciendo su potencial uso en la práctica clínica.

La función del IRG es contribuir en el diagnóstico temprano de la enfermedad, dado que el riesgo genético es el mismo desde que nacemos. Las ventajas de identificar personas con mayor riesgo (IRG muy alto), podrían ser: el desarrollo de un protocolo de intervención temprana de optimización de los riesgos ambientales modificables y un análisis de biomarcadores cuando la persona aún no presenta síntomas (fase preclínica de la EA). Al mismo tiempo, en combinación con otros biomarcadores, permitiría redefinir los límites y las relaciones entre las enfermedades neurodegenerativas, para mejorar el diagnóstico.

Finalmente, dentro del grupo de personas ya diagnosticadas con EA, podría ayudar a integrar la heterogeneidad en los procesos fisiopatológicos y conocer mejor la evolución de cada caso. Estas potenciales aplicaciones cobran importancia a la hora de desarrollar fármacos potencialmente dirigidos a genes/vías compartidos y el desarrollo de una medicina de precisión eficiente (21).

Importancia de realizar estudios genéticos de EAE en nuestro país

Los estudios genéticos y la identificación de las variantes asociadas a la enfermedad son la base de la medicina de precisión. La medicina de precisión, también conocida como medicina personalizada o medicina individualizada, es un enfoque médico que se centra en la personalización del tratamiento y la atención médica para cada individuo, teniendo en cuenta las características únicas de su genética, su estilo de vida y su entorno. Si bien, ésta se encuentra aún en desarrollo y en etapas de investigación, es importante hacer avances en nuestra población para no quedarnos afuera. Entre diferentes poblaciones existen lo que se denomina variación genética, dado que las variantes genéticas se encuentran con más frecuencia en determinadas regiones geográficas o en personas con ascendencia de esas regiones (22), que en otras. El estudio de la variación genética humana tiene importancia evolutiva ya que permite reconstruir y comprender los patrones de migración humana en el pasado. Pero a su vez, tiene gran apli-

cación médica, ya que las variantes causantes de enfermedades pueden darse con más frecuencia en determinados grupos de población. Por lo tanto, observaciones realizadas en una población no necesariamente se aplican a otra. El mayor ejemplo es la diversidad observada para *APOE4*, el factor de riesgo más importante y conocido de la EAE, tanto en efecto como en frecuencia. La población que habita en Argentina , dada su historia, es una mezcla o admixture genético principalmente de europeos (EUR) y NAM (23,24); en consecuencia, lo observado en europeos podría no aplicarse a nuestra población. Además, las variantes de riesgo de EAE identificadas hasta el momento, a excepción de *APOE4,* presentan un efecto muy pequeño. Esto significa que para poder hacer descubrimiento de nuevas variantes es necesario tener un número de muestras extremadamente grande, lo cual va a llevar tiempo, esfuerzo y recursos. Actualmente nos encontramos colaborando con laboratorios de Brasil, Colombia y México para incrementar el número de muestras y así mejorar nuestro conocimiento acerca de la genética de la EAE en población latina.

¿Qué sabemos de genética de la EAE en Argentina?

En el contexto del consorcio argentino de genética de Alzheimer (AGA-ALZAR), reclutamos más de mil participantes de nuestro país para realizar el primer estudio genético de EAE de Latinoamerica (23 – 25). Lo primero que realizamos fue un estudio de ancestría, para evaluar la composición de la población. Confirmamos que nuestra población es un admixture genético de las poblaciones ancestrales EUR y NAM, sin un gran aporte de ascendencia AFR (5 ± 0.03%) (25). En promedio, las muestras presentaron un 71% de ancestría EUR y un 25% de ancestría NAM (25).

Estudiamos el riesgo conferido por *APOE4* en esta población. Observamos que poseer un alelo 4 confiere un riesgo de EAE de 3,14 ($p < 0.0001$) veces más que no tenerlo. Es decir, que en nuestra población esta variante presenta un efecto similar al observado EUR, pero una frecuencia ligeramente menor (23,24). Además, evaluamos la presencia y efecto de las variantes raras en los ge-

nes *TREM2*, *PLCG2* y *ABI3* (20). Encontramos que estas variantes presentan una frecuencia y riesgo asociado a la EAE similar al observado en EUR en nuestra población y proponemos que podrían haber llegado a nuestro país con los europeos (23). Recientemente completamos el primer estudio de GWAS en nuestra población (24), validando la presencia de numerosas variantes de riesgo genético previamente descriptas (19). Además, observamos que el IRG desarrollado por el consorcio EADB (19) funciona bien en la población argentina, con un efecto similar al observado en población española (24). Cabe resaltar, que si bien el IRG presenta la misma capacidad de diferenciar entre casos y controles independientemente de la ancestría, la puntuación obtenida es mayor en personas con mayor proporción de ascendencia EUR, que en personas con mayor proporción de ascendencia NAM (24). Esto nos estaría diciendo que las variantes utilizadas para generar el IRG no presentan la misma frecuencia en población EUR y NAM y que es probable que haya otras variantes representen mejor el riesgo en nuestra población. En resumidas cuentas, es importante destacar la necesidad de seguir desarrollando este tipo de estudios en poblaciones mas grandes, para obtener mejor diversidad y conocer más sobre nuestra población.

La propuesta actual para afrontar estos desafíos

Este proyecto propone el estudio de biomarcadores plasmáticos y de neuroimágenes, asociados con los hallazgos genéticos. Esto nos permite mejorar el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes.

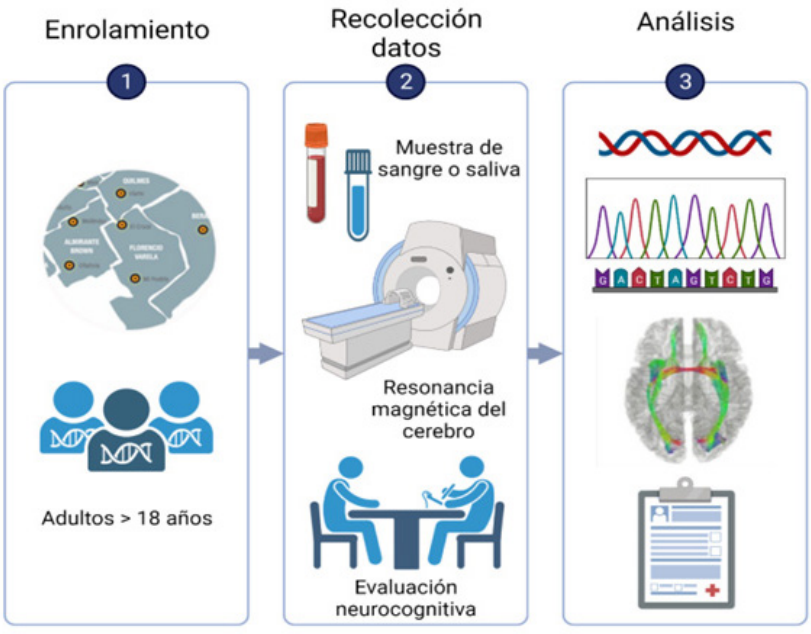
En esta línea, en el año 2023 comenzamos con un proyecto de investigación que propone continuar con los estudios genéticos realizados hasta el momento, pero con mayor énfasis en la población de Florencio Varela y aledañas. Nuestro equipo de trabajo está integrado por personal científico de CONICET, personal especializado del Servicio de Imágenes del Hospital El Cruce (HEC) y profesionales de los consultorios AMI (Asistencia Médica Integral), que también pertenecen al HEC, se encuentran en el centro de Florencio Varela y son exclusivos para afiliados de PAMI.

El protocolo propuesto consiste en el reclutamiento y enrolamiento de participantes, la recolección de muestras de sangre e información clínica y el análisis de los mismos, con una posterior traslación de los resultados al sector clínico.

La metodología propuesta

Reclutamiento y población de estudio: Se seleccionaron pacientes que asisten a los consultorios AMI, sin problemas cognitivos, con deterioro cognitivo leve (DCL) o Enfermedad de Alzheimer (EA). Como es un centro de atención de PAMI, todos los participantes son mayores de 60 años. Por otro lado, enrolamos a cualquier persona mayor de 18 años interesada en participar del proyecto. Los criterios de exclusión son la presencia de otra patología neurodegenerativa, trastorno psiquiátrico, accidentes cerebrovasculares, cáncer y/o cualquier contraindicación para ingresar al resonador. Todos los participantes y/o familiares son informados respecto al proyecto y dan su consentimiento informado.

Figura 2. **Etapas del proyecto de investigación actual en la enfermedad de Alzheimer.**



De todos los participantes se obtiene:

(i) una muestra de sangre, de la cual se purifica el ácido deoxiribonucleico (ADN) para los análisis genéticos de GWAS y plasma para los análisis de biomarcadores plasmáticos.

(ii) imágenes de resonancia magnética (IRM) de cerebro de alto campo, obtenidas en el HEC con un resonador de alto campo (3 Teslas).

(iii) información demográfica, obtenida a través de una encuesta socio-ambiental.

Análisis: De las muestras de ADN se obtendrán los resultados de GWAS , lo que nos permitirá continuar con el estudio realizado hasta el momento, conocer la ancestría y estimar el IRG de la población de esta región. En las muestras de plasma se determinarán los niveles de Abeta40/Abeta42, Tau total, Tau fosforilada en la serina 217, NfL y GFAP

Los resultados obtenidos hasta el momento

Hasta el momento no contamos con resultados definitivos porque nos encontramos en etapa de reclutamiento. Al tratarse de un estudio poblacional con gran número de pacientes, esta etapa puede extenderse durante años.

Actualmente contamos con 107 personas enroladas. (Tabla 1). De éstas, 82 participantes son cognitivamente sanos (CS), 20 presentan DCL y 5 tienen diagnóstico de EAE. El porcentaje de sexo femenino es mayor en casi todos los grupos, excepto en EA donde el número de muestras es muy pequeño para poder obtener un resultado confiable. Esto refleja que, en general, las mujeres se encuentran más dispuestas a participar de estudios que los hombres. Por último, podemos observar que los participantes sanos presentan más años de escolaridad que los que presentan problemas cognitivos.

Tabla 1. Población de Florencio Varela reclutada hasta el momento

	CS	DCL	EA
ADN	82	20	5
Plasma	73	20	5
IRM	69	9	4
Femenino (%)*	74.4	65	40
Edad (años)**	64 [24-85]	74 [66-91]	75 [59-83]
Escolaridad (años)***	12 ± 4	6 ± 4	3 ± 2

CS, cognitivamente sano; DCL, Deterioro Cognitivo Leve; EAE, Enfermedad de Alzheimer; ADN, número de muestras de ácido deoxiribonucleico purificado; IRM, número de imagenes de resonancia magnética de cerebro; *sexo biológico expresado en porcentaje; **años de edad expresada como media [rango]; ***añosde escolaridad formal expresada como media ± desviación estándar.

Por un lado, este resultado se correlaciona con que la educación es un factor de riesgo ambiental modificable y menos años de escolaridad se asocian con un mayor riesgo de desarrollar EAE. Sin embargo, en nuestro caso, la mayoría de los participantes CS provienen de la población general, la cual se enteró del proyecto mediante lectura e investigación sobre el tema en internet y redes sociales, como en participación de charlas de divulgación científica, que en general se asocian con actividades que realizan personas con mayor educación y/o ansias de conocimiento.

Nuestra perspectiva a futuro

Nuestro principal objetivo es continuar con este estudio a lo largo de los años. Esta colección de muestras y datos, junto con los resultados obtenidos de los análisis que vayamos realizando nos permitirá conocer cada vez más sobre la EA en nuestra población. Así mismo, como estamos dentro de una institución hospitalaria y en contacto directo con el personal médico, nuestros hallazgos podrán ser fácilmente trasladados a la práctica clínica. Nuestro objetivo a largo plazo es construir de este modo un centro de referencia para el estudio, tratamiento y seguimiento de la EA en nuestro país.

Referencias bibliográficas

1. Villemagne VL, Burnham S, Bourgeat P, *et al*. Amyloid's deposition, neurodegeneration, and cognitive decline in sporadic Alzheimer's disease: a prospective cohort study. *Lancet Neurol*. 2013; 12(4):357-367.

2. Todd S, Barr S, Roberts M, Passmore AP. Survival in dementia and predictors of mortality: a review. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2013; 28(11):1109-1124.

3. WHO. Dementia. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia

4. 2023 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's Dement*. 2023; 19:1598–1695.

5. Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA, *et al*. Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011; 7(3):280-292.

6. Vermunt L, Sikkes SAM, van den Hout A, *et al*. Duration of preclinical, prodromal, and dementia stages of Alzheimer's disease in relation to age, sex, and APOE genotype. *Alzheimers Dement*. 2019; 15:888-898.

7. Canevelli M, Grande G, Lacorte E, et al. Spontaneous reversion of mild cognitive impairment to normal cognition: a systematic review of literature and meta-analysis. *J AmMed Dir Assoc*. 2016; 17(10):943-948

8. Andrews JS, Beach TG, Buracchio T, *et al*. NIA-AA Revised Criteria for Diagnosis and Staging of Alzheimer's Disease. DRAFT as of October 9, 2023. Disponible en:https://aaic.alz.org/nia-aa.asp

9. Piaceri I, Nacmias B, and Sorbi S. Genetics of familial and sporadic Alzheimer's disease. *Front. Biosci.* (Elite Ed) 2013; 5(1):167–177.

10. World Health Organization. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Accessed December 16, 2022. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/risk-reduction-ofcognitive-decline-anddementia

11. Baumgart M, Snyder HM, Carrillo MC, Fazio S, Kim H, Johns H. Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: a population-based perspective. *Alzheimers Dement*. 2015;11(6):718-726.

12. Institute of Medicine. *Cognitive Aging: Progress in Understanding and Opportunity for Action*. The National Academies Press; 2015.

13. Nelson PT, Head E, Schmitt FA, *et al*. Alzheimer's disease is not "brain aging": neuropathological, genetic, and epidemiological human studies. *Acta Neuropathol*. 2011;121:571-587.

14. Wolters FJ, van der Lee SJ, Koudstaal PJ, et al. Parental family history of dementia in relation to subclinical brain disease and dementia risk. *Neurology*. 2017; 88:1642-1649.

15. Strittmatter WJ, Saunders AM, Schmechel D, *et al*. Apolipoprotein E: high-avidity binding to beta-amyloid and increased frequency of type 4 allele in late-onset familial Alzheimer disease. *Proc Natl Acad Sci*. 1993; 90:1977-81.

16. Corder EH, Saunders AM, Risch NJ, *et al*. Protective effect of apolipoprotein E type 2 allele for late onset Alzheimer disease. *Nat Genet*. 1994; 7:180-4.

17. Rajan KB, Barnes LL, Wilson RS, *et al*. Racial differences in the association between apolipoprotein E risk alleles and overall and total cardiovascular mortality over 18 years. *JAGS*. 2017; 65:2425- 2430.

18. Kataoka S, Robbins DC, Cowan LD, *et al*. Apolipoprotein E polymorphism in American Indians and its relation to plasma lipoproteins and diabetes. The Strong Heart Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 1996; 16:918-925.

19. Bellenguez C, Küçükali F, Jansen IE, *et al*. New insights into the genetic etiology of Alzheimer's disease and related dementias. *Nat Genet*. 2022; 54:412–36.

20. Sims R, van der Lee SJ, Naj AC, *et al*. Rare coding variants in PLCG2, ABI3, and TREM2 implicate microglial-mediated innate immunity in Alzheimer's disease. *Nat Genet*. 2017; 49:1373–84.

21. Lambert J, Ramirez A, Grenier-Boley B, *et al*. Step by step: towards a better understanding of the genetic architecture of Alzheimer's disease *Molecular Psychiatry* 2023; doi: 10.1038/s41380-023-02076-1. Online ahead of print.

22. Bergström A, McCarthy SA, Hui R, *et al*. Insights into human genetic variation and population history from 929 diverse genomes. *Science* 2020; 367(6484):1339

23. Dalmasso MC, Brusco LI, Olivar N, *et al*. Transethnic meta-analysis of rare coding variants in PLCG2, ABI3, and TREM2 supports their general contribution to Alzheimer's disease. *Transl Psychiatry* 2019; 9:55-61

24. Dalmasso MC, de Rojas I, Olivar N, *et al*. First GWAS on Alzheimer's Disease in Argentina and Chile populations. *medRxiv* 2023.01.16.23284609.

25. Horimoto ARVR, Boyken LA, Blue EE, *et al*. Admixture mapping implicates 13q33.3 as ancestry-of-origin locus for Alzheimer disease in Hispanic and Latino populations. *HGG Adv* 2023; 4(3):100207.

GUÍAS PARA LA ATENCIÓN DE CASOS DE MUERTE PERINATAL: UNA EXPERIENCIA DE HUMANIZACIÓN DEL DUELO. DEL HZGA MI PUEBLO A LA LICENCIATURA EN OBSTETRICIA

GUIDES FOR THE CARE OF CASES OF PERINATAL DEATH: *AN EXPERIENCE OF HUMANIZING GRIEF. FROM ACUTE CARE GENERAL HOSPITAL "MI PUEBLO" TO THE BACHELOR'S DEGREE IN OBSTETRICS*

DIRETRIZES PARA O ATENDIMENTO DE CASOS DE MORTE PERINATAL: *UMA EXPERIÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO LUTO. DO HOSPITAL GERAL ZONAL DE AGUDOS MI PUEBLO AO LICENCIATURA EM OBSTETRÍCIA*

VERÓNICA OJEDA[1] Y MARA PONCE[2]

Contacto: Verónica Ojeda - **Email:** veroojeda1978@gmail.com

FILIACIONES: 1. Universidad Nacional Arturo Jauretche 2. Universidad de Buenos Aires

Citar como: Ojeda V., Ponce M. *Guías para la atención de casos de muerte perinatal: una experiencia de humanización del duelo. Del HZGA Mi Pueblo a la Licenciatura en Obstetricia*. Desde Acá. 2024; 2: p-p. 91-108

Resumen

El presente artículo intenta mostrar uno de los pilares en los que se funda la nueva Licenciatura en Obstetricia UNAJ, basada en la vasta experiencia acumulada tanto en el primer nivel de atención de Florencio Varela como en la evolución que ha experimentado

la asistencia a personas gestantes en el hospital zonal general del distrito. Desde allí parte el relato del trabajo desarrollado en el Servicio de Obstetricia y Neonatología del Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo (HZGA Mi Pueblo) basado en la creación de guías para la atención de casos de muerte perinatal, y su posterior implementación. Esta intervención enfocada en el cuidado de la salud mental perinatal, poco considerada en la práctica habitual, se incorpora al plan de estudio de la carrera tanto en las asignaturas Psicología Perinatal y Obstetricia Legal, como en la Práctica Final Obligatoria

Palabras clave: Salud mental, salud materna, duelo perinatal

Abstract

This article attempts to show one of the pillars on which the new UNAJ Obstetrics Degree is based, based on the vast experience accumulated both in the first level of care of Florencio Varela and in the evolution that care for pregnant people has experienced in the district general zonal hospital. From there begins the story of the work carried out in the Obstetrics and Neonatology Service of the Zonal General Hospital of Agudos Mi Pueblo (HZGA Mi Pueblo) based on the creation of guides for the care of cases of perinatal death, and their subsequent implementation. This intervention focused on perinatal mental health care, little considered in the usual practice, is incorporated into the degree's study plan both in the subjects of Perinatal Psychology and Legal Obstetrics, as well as in the Obligatory Final Practice.

Keywords: Mental health, maternal health, perinatal mourning.

Resumo

Este artigo procura mostrar um dos pilares em que se baseia a nova Licenciatura em Obstetrícia da UNAJ, com base na vasta experiência acumulada tanto no primeiro nível de atendimento de Florencio Varela como na evolução que tem vivido o atendimento

às grávidas no distrito geral. hospital zonal. A partir daí começa a história do trabalho realizado no Serviço de Obstetrícia e Neonatologia do Hospital Geral Zonal de Agudos Mi Pueblo (HZGA Mi Pueblo) a partir da criação de guias para o atendimento de casos de morte perinatal, e sua posterior implementação. Esta intervenção centrada nos cuidados de saúde mental perinatal, pouco considerada na prática habitual, está incorporada no plano de estudos da licenciatura tanto nas disciplinas de Psicologia Perinatal e Obstetrícia Legal, como na Prática Final Obrigatória.

Palavras-chave: Saúde mental, saúde materna, duelo perinatal.

GUÍAS PARA LA ATENCIÓN DE CASOS DE MUERTE PERINATAL: UNA EXPERIENCIA DE HUMANIZACIÓN DEL DUELO- DEL HZGA MI PUEBLO A LA LICENCIATURA EN OBSTETRICIA[1]

VERÓNICA OJEDA Y MARA PONCE

En nuestro quehacer cotidiano perinatal la sabiduría consiste en el verdadero intercambio entre paciente y profesional, que no puede transmitirse más que a viva voz. En el ir y venir de las palabras que vuelan entre paciente y el psicólogo perinatal.

Alicia Oiberman[1]

Introducción

Según la OMS en la 11.ª edición revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades el período perinatal abarca desde las 22 semanas después de la fecundación hasta el día 7 después del parto[2].

La Mortalidad Perinatal comprendería entonces la muerte a partir de las 22 semanas de gestación hasta los 7 días de vida pos natal.

1 Nota de las autoras:

- Este dispositivo fue presentado en la Segunda Jornada Materno Infanto Juvenil 2019 de la UNAJ ya que surge como parte de un proyecto de investigación del programa.
- En noviembre del 2020 se presentó esta experiencia en la Universidad Nacional de Lomas de Zamora, Facultad de Derecho, en el marco del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.
- En abril del 2021 UNAJ publica https://www.unaj.edu.ar/docentes-de-la-unaj-impulsaron-la-creacion-de-un-consultorio-de-acompanamiento-al-duelo-perinatal-en-el-hospital-mi-pueblo/
- En diciembre del 2022 esta experiencia recibe el 2° premio en la presentación de trabajos de la "XIII JORNADA CIENTÍFICA 30° ANIVERSARIO DEL HOSPITAL MI PUEBLO".

La Muerte Perinatal (en adelante MP) es un evento disruptivo tanto para las personas gestantes y sus familias como así también para el equipo de salud. Las primeras intervenciones que se llevan adelante cuando se diagnostica un evento de estas características y la continuidad de cuidados posteriores se vuelven acciones fundamentales para la elaboración del duelo y la prevención de complicaciones en la salud mental. El trabajo desarrollado en el Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo de Florencio Varela es un ejemplo de cómo la creación de guías de trabajo internas puede contribuir a mejorar la atención de los casos de muerte perinatal. Estas guías ofrecen un marco de referencia para el equipo de salud y permiten brindar un apoyo integral y humanizado a las familias en duelo. Se trabaja desde un enfoque que toma en cuenta el paradigma que piensa a la salud en términos integrales y complejos, privilegiando el abordaje comunitario, así como también la cultura y los saberes que cada persona aporta desde lo subjetivo. El trabajo apunta también a señalar la necesidad de un abordaje desde una concepción de clínica ampliada donde los problemas complejos que actualmente se presentan demandan de respuestas interdisciplinarias e intersectoriales.

En este trabajo aportaremos los resultados de las encuestas que se aplicaron durante el proceso de elaboración de una de las guías como parte del proceso de recabar información. Finalmente, compartir nuestra experiencia busca contribuir a mejorar las acciones en el quehacer diario de los equipos de salud desde una perspectiva de derechos y humanización del duelo.

Relato de experiencia

El HZGA Mi Pueblo se encuentra en el Partido de Florencio Varela. Es un efector de segundo nivel, con dependencia provincial y es el único hospital de referencia de la ciudad. Florencio Varela es uno de los municipios que componen la Región Sanitaria VI.[2] El

2. La Provincia de Buenos Aires tiene un Sistema de Salud Regionalizado desde la década de los 60. La primera Ley Provincial de Regionalización Sanitaria fue la N° 6.647, sancionada en 1961, durante el gobierno de Oscar Alende, la que fue reglamentada a través del Decreto 2587, promulgado el 31/5/1962. Por otra

Área Materno - Infantil de este hospital cuenta con capacidad resolutiva de alta complejidad tanto en el Servicio de Obstetricia como del Servicio de Neonatología. El servicio de neonatología está preparado para recibir nacimientos de niños y niñas prematuros y con peso al nacer menor de 1500 Kilogramos, es decir los casos más complejos dentro de esta región sanitaria. De igual manera el servicio de obstetricia cuenta con capacidad de respuesta para los embarazos de alto riesgo.

En el año 2018, el Servicio de Obstetricia comenzó a trabajar en un dispositivo de atención al duelo perinatal. La iniciativa fue impulsada por la Lic. Verónica Rodal, actualmente directora asociada del nosocomio y ex jefa de unidad de obstétricas. El equipo de profesionales de la salud se reunió para diseñar un proyecto que garantizara un acompañamiento integral a estas familias en un momento tan difícil. Fue así como surgió una "Guía de abordaje". En esta se planificaron las acciones a seguir desde el momento en el cual se diagnostica una muerte perinatal hasta el momento del alta de la persona, la contra referencia con el centro de salud y la continuidad de cuidados a nivel comunitario.

Por aquel entonces el hospital se encontraba en un proceso de ampliación construyéndose un tercer piso lo que suponía una oportunidad única para mejorar la atención a las gestantes en general y de aquellas que habían sufrido una MP en particular.

parte, la Ley 7016 de 1965 se sancionó durante el gobierno de Anselmo Marini en la provincia de Buenos Aires, derogando a la ley anterior, y con distintos decretos reglamentarios aún está en vigencia. En la actualidad, la Provincia de Buenos Aires está dividida en 12 regiones sanitarias (RS). En el Conurbano Bonaerense funcionan cuatro regiones sanitarias: RS V zona norte, RS VI zona sur, RS VII zona oeste y RS XII La Matanza (la última región en agregarse, y la única que abarca solo un municipio); las cuales, junto a la RSXI con cabecera en La Plata, conforman las regiones sanitarias del AMBA Área Metropolitana de Buenos Aires. La Región Sanitaria VI es una estructura técnico-administrativa que depende del Ministerio de Salud, y actúa localmente en el Conurbano Sur de la Provincia de Buenos Aires. La RSVI está integrada por dos municipios del primer cordón del conurbano bonaerense que limitan con Capital Federal, Avellaneda y Lanús, y siete municipios del segundo cordón del conurbano: Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lomas de Zamora y Quilmes.

El primer paso fue revisar la arquitectura hospitalaria para identificar los espacios que podrían ser adaptados. Se decidió utilizar la antigua sala de internación conjunta, que quedaría descomprimida gracias a la ampliación para facilitar una habitación exclusiva para la estadía de la persona gestante y su familia. Desde entonces la internación pre y posparto de un evento de MP se lleva adelante en una habitación donde sólo estará la persona y quien elija para estar acompañada. Otra acción a destacar fue la de señalizar la habitación de la internación con la imagen de una mariposa como símbolo de duelo, esperanza y renacimiento. Si bien no hay un consenso estipulado acerca del uso de una imagen, suele ser de ayuda y se encuentra dentro de las recomendaciones de buenas prácticas[3]. El uso de esta imagen, para la familia tiene el sentido de representar un recordatorio de que la vida continúa, incluso después de una pérdida tan dolorosa. Para el equipo de salud es una forma de anticipar que en esa habitación hay una familia en duelo, evitando así preguntas incómodas o reiterativas en torno al nacimiento. Cabe señalar que se avisa a la familia del significado de esta imagen y se acuerda previamente su uso. La internación en una habitación privada por fuera de la internación conjunta en la maternidad permite afrontar las primeras etapas del duelo[4].

En marzo de 2019, se realizó una capacitación para el servicio de obstetricia y personal del hospital en la que también participaron obstétricas/os del primer nivel de atención del Municipio de Florencio Varela. Se abordaron las recomendaciones de atención a la MP como por ejemplo tomar una huella del pie o realizar una fotografía.[3]

La posibilidad de crear recuerdos en ese momento tiene efectos terapéuticos para la elaboración del duelo.

Este proyecto cuenta además con un consultorio externo de psicología perinatal el cual es un espacio terapéutico voluntario y al

3. En Argentina se encuentra un proyecto sin fines de lucro para la toma de fotografía conmemorativa cuya perfil de Instagram es @recordisfoto

que se puede asistir de forma individual o en compañía de quien la persona que sufrió una MP elija. Se trabaja en articulación principalmente con los Servicios de Obstetricia, de Neonatología, Servicio social y con el Primer Nivel de Atención contemplando que también se está atravesando un puerperio con las todas las características que implica este proceso.

Por último, dentro de las acciones que se vienen implementando se comenzó a entregar hacia fines del 2022 “cajas de recuerdos” a las familias que así lo acepten. Estas cajas son una herramienta que puede ayudar a elaborar el duelo[5]. Funcionan como un objeto tangible y concreto. La caja que se les entrega contiene folletería con información sobre duelo y lactancia para compartir en familia, la libreta de embarazo con las huellitas y los datos del recién nacido y ropa (si ellos desean, será una muda de ropa que ellos elijan). En esta caja se puede recomendar colocar los estudios realizados durante el embarazo y todo aquello que la familia desee.

En 2022, desde el Servicio de Neonatología, el equipo de psicología perinatal con el apoyo de la Dra. Cecilia Iraira, Jefa del Servicio de Neonatología,se le da continuidad a este proyecto para lo cual se realiza una encuesta al personal de la unidad para evaluar la información que poseían para acompañar situaciones de fallecimiento de pacientes prematuros internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Los resultados mostraron que parte del personal tenía un conocimiento limitado sobre el tema, lo que generaba inseguridad y dificultad para brindar un acompañamiento adecuado a las familias.

A continuación, se presentan los resultados de la encuesta realizada en septiembre del 2022 para un total de 37 participantes del equipo de salud del Servicio de Neonatología del Hospital Mi Pueblo.

Las preguntas realizadas con sus respectivas respuestas fueron las siguientes: ¿Realizó anteriormente algún curso en acompañamiento en Duelo? Respondieron SI un 5,4% y NO un 94,6% ¿En

su labor debe comunicar o acompañar fallecimientos neonatales? Respondieron SI un 86,5% y NO un 13,5%. Frente a la consulta sobre cuáles son las dificultades que se presentan al equipo de salud se presentaron las siguientes respuestas:

- No saber que palabras utilizar con la familia (32,4%)
- La angustia (llanto) de la madre o el padre (27%)
- Como hacer el cierre de despedida (8%)
- Informar los trámites administrativos a realizar por la familia (5%)
- Dolor por el fallecimiento del niño / a (13,5%)
- Tener un espacio con otro para compartir / conversar sobre lo sucedido (13,5%)

A partir de estos resultados, se desarrolló una guía para el acompañamiento de fallecimiento en Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

La guía aborda los siguientes aspectos:

- Abordaje comunicacional: lineamientos para otorgar información a aquellas personas que atraviesan una situación de muerte perinatal en neonatología.
- Cuidar a quien cuida: contemplar el cuidado del personal de salud frente a situaciones de muerte debido a que también se ven afectados teniendo en cuenta que el equipo de salud interactúa con el recién nacido y su familia durante la internación de manera contigua conociendo al paciente y su historia.

Para la implementación de la guía, se realizó una capacitación por el equipo de psicología perinatal para el personal del servicio. La

puesta en práctica fue evaluada desde el equipo como positiva luego del acompañamiento de las familias que atravesaron una situación de muerte perinatal en la UTIN. El personal del servicio dijo haberse sentido más preparado y capacitado para brindar un acompañamiento adecuado. En conclusión, las guías son herramientas valiosas que pueden ayudar a mejorar el cuidado de las familias que atraviesan esta difícil situación, pero también ayudan a reducir distintas formas de presentación del padecimiento en el personal de salud.

El paradigma de la complejidad en salud: un aporte a la mirada del duelo perinatal.

La muerte y el duelo perinatal se abordan desde nuestra institución desde una perspectiva que reconoce los derechos de las mujeres y de las personas gestantes, en particular el derecho a la soberanía de sus cuerpos. La especificidad del duelo en los casos de muerte perinatal se describe en la bibliografía por el carácter de lo inesperado de la muerte: allí donde se espera la vida sobreviene la muerte. También por la proximidad entre el nacimiento y la muerte lo que impide a los progenitores crear recuerdos significativos. Además, los duelos por las muertes perinatales a veces no son públicamente reconocidos ni socialmente expresados. Es lo que se suele conocer como duelo desautorizado:

> La pareja se siente desautorizada para hablarlo porque no ha habido nacimiento, bautismo o entierro; el niño/a a veces no llega a tener un nombre, no quedan fotos ni recuerdos, nada que pudiera avalar su existencia. Sin embargo, el niño/a es su hijo/a desde la concepción, en la imaginación, en las expectativas y esperanzas de los padres y de la familia.[6]

Siguiendo los lineamientos de la Ley de Parto Respetado[7] se trabaja garantizando los puntos de la ley. También se procura reducir el tecnicismo abusivo en el momento de la muerte cuando se trata de un evento ocurrido en UTIN, respetando el derecho a morir con dignidad y serenidad y en un entorno de afecto. Promover la

participación de las familias incluye, por ejemplo, la autonomía en el proceso de toma de decisiones sobre el tratamiento médico, el cuidado y disposición del cuerpo en el momento de la muerte y el proceso de elaboración del duelo. En la actualidad asistimos a un escenario donde las problemáticas perinatales se caracterizan por su complejidad ya que intervienen múltiples factores determinantes que interactúan de tal manera que no son aislables ni tampoco abordables desde la relación causa-efecto. En este contexto, el paradigma de la complejidad se plantea como una alternativa para introducir un pensamiento que permita pensar acciones superadoras al modelo biomédico[8]. La aplicación del paradigma de la complejidad al análisis de la muerte y del dueloperinatal demanda a los profesionales de salud el desafío de trascender las propias disciplinas y trabajar de manera colaborativa para abordar la problemática desde una perspectiva integral tomando en cuenta la emergencia, la incertidumbre y el azar entre muchos otros elementos teóricos. El abordaje desde un modelo de atención integral y humanizado encuentra su forma de materializarse en propuestas conocidas como la clínica ampliada desde donde la forma de abordar la salud contempla, además los saberes profesionales, un saber propio que es el saber de la comunidad y de la persona en cuestión poniendo el acento en la promoción salud[9]. Este modelo de abordaje busca la singularidad de cada situación y la resolución con recursos disponibles en el sistema de salud, pero también con los de las personas y la comunidad. El énfasis puesto en la persona promoviendo la salud antes que haciendo énfasis en la enfermedad. Entendemos que el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados se comprende mejor desde una perspectiva colectiva la cual es más potente para interpelarnos ante las realidades cotidianas con las que trabajamos.

El aporte desde la psicología perinatal: un hacer contrahegemónico.

Quisiéramos dejar asentada la postura desde donde intentamos abordar nuestro trabajo ya que la confección de guías, algoritmos, o protocolos podría confundirse con un modelo de aten-

ción asimétrico o con un plan curricular tradicional de carreras de salud. Si bien es cierto que la guía como instrumento de trabajo existe en los servicios involucrados, esta es un recurso más dentro del abordaje. Ante la irrupción de la muerte en un lugar donde se trabaja para recibir la vida, curarla o "salvarla" desde el equipo de salud se generó la necesidad de hablar, poner en palabra el malestar. La inserción de la psicología perinatal en las maternidades permitió la inclusión de *la palabra* en el embarazo, parto y puerperio1. La palabra emerge a partir de que el psicólogo/a pone el cuerpo junto al de la madre al del niño/a y al del equipo médico. El dispositivo de la psicología perinatal tiene lugar especial en situaciones de urgencia médica en embarazos de alto riesgo, gestaciones incompatibles con la vida, muerte perinatal o internaciones en UTIN. Las y los psicólogos perinatales desempeñan un papel fundamental en la promoción de la salud mental y el bienestar de las familias durante la etapa perinatal. La flexibilidad en cuanto al encuadre de trabajo difiere del modelo tradicional hospitalario de pedido de interconsulta ya que el trabajo ocurre en simultáneo con las guardias de obstetricia y de neonatología.

En ocasiones el inicio de la vida coincide con su final. En esta irrupción de la muerte absurda e imprevista si no está implementado un sistema de acompañamiento eficaz, las familias pueden quedarse sin referentes en la institución. Como se mencionó antes los nuevos enfoques de duelo reemplazan las intervenciones orientadas a "cortar los lazos" por aquellas orientadas al sostén emocional respetando ritos o religiones.

Las guías orientan el comportamiento del equipo de salud siempre que las mismas no sean tomadas como normas fijas. Un equipo de psicólogas de la UBA ha sistematizado una serie de recomendaciones (Vega, E.; Chardon, E.; Gómez, F.; Mercado, A; Elizondo, C., 2018) presentando cuatro posibles riesgos de la práctica hospitalaria a tener en cuenta con el uso de guías:

1. La institucionalización del duelo, cuando en lugar de ofrecer a los padres una comprensión empática de las dimensiones únicas

de su pérdida, los cuidadores interactúan de acuerdo a los protocolos de comportamiento detallados.

2. La idealización de contacto con el bebé muerto, si se equipara el contacto físico con el niño muerto con la facilitación inmediata del complejo proceso de duelo.

3. La homogeneización de la pena, cuando los consejeros tienden a denigrar a las diferentes respuestas al duelo, centrándose en una reacción preconcebida, confundiendo con reacciones patológicas aquellas que se desvían de la prescripta como normal.

4. La indicación a los padres de aquello que deberían hacer o la manera de conducirse ante esta circunstancia, privándolos de un aspecto crucial del proceso que es tomar sus propias decisiones.

Es decir, es necesario que al establecer pautas generales de atención sean consideradas y respetadas las características idiosincráticas del proceso de duelo.

Con el avance del paradigma positivista en el campo de las ciencias de la salud observamos que tanto el parto como la muerte fueron absorbidos por el modelo biomédico. Tanto el cambio de actitud hacia la muerte como el pasaje del parto en domicilio al parto en el hospital son fenómenos complejos que han tenido un impacto significativo en la sociedad desde fines del siglo XIX. En ambos casos, se ha producido un pasaje de la visión de estos eventos como procesos naturales y familiares a su consideración como fenómenos médicos que requieren atención especializada.

La muerte y el parto son dos eventos naturales que comparten la característica de haber sido cada vez más medicalizados en los últimos siglos. En el pasado la muerte se consideraba un proceso natural y familiar que se producía en las casas y en compañía de los seres queridos. Sin embargo, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, la muerte se empezó a ver como algo negativo y a evitarse[11].

Este cambio de actitud hacia la muerte ha tenido un impacto significativo en la forma en que las personas afrontan la pérdida de un ser querido. El duelo se transforma en un proceso solitario y retraído. Estos hechos coinciden con el proceso de cambio en la formación (y la forma de atención en salud) ocurrido en ese período. De ello se ocupa el Informe Flexner en el cual se observa un antes y un después en la medicina del mundo occidental[12]. La visión de la educación médica descrita en el Informe Flexner redujo los intereses de las escuelas de medicina a la enfermedad, y no al sistema de atención médica o la salud de la sociedad más allá de la enfermedad. La medicina preventiva y la salud de la población no se consideraban una responsabilidad de los médicos, dividiendo la "salud" en dos campos separados: la medicina científica y la salud pública.

En el siglo XX, el parto también se institucionalizó[13], y el nacimiento en elámbito domiciliario se convirtió en una opción menos común. Esto se debió entre otras cosas a la mejora de las condiciones sanitarias en los hospitales, al desarrollo de nuevas técnicas y medicamentos para el parto, y al aumento de la urbanización. La mujer aparece desde el discurso médico como un ser débil a proteger, pero también a controlar.

Podemos decir que en estos ejemplos los actos humanos han pasado a ser propiedad del poder médico hegemónico. Nacer y morir son supervisados desde el criterio biomédico. Y han tenido un impacto significativo en la forma en que las personas (y el equipo de salud) afrontan el parto y la muerte en nuestros días. En el caso de la muerte, el cambio de actitud llevó a una pérdida de ritual y significado en torno a ella. La ceremonia del funeral se ha simplificado y se ha hecho más breve. En el caso del parto, el cambio de actitud ha llevado auna menor participación de la mujer/persona gestante y los padres o familiares en el proceso del nacimiento y a un aumento de la tasa de cesáreasy una mayor intervención sobre los cuerpos desde el equipo de salud.

Recuperar la palabra en las maternidades es el objetivo de la psicología perinatal que busca a través del trabajo de las y los

psicólogos posibilitar que las primeras interacciones sean una expresión de salubridad cambiando así el paradigma asistencial: sumando lo humanístico a la tecnología. Por ello acompañar y cuidar desde lo laboral supone una actitud de disponibilidad: acción que no es mensurable en términos de eficacia o rentabilidad en una sociedad que tiende al individualismo.

Palabras finales:

Aquí nos gustaría dejar planteada la necesidad de formar profesionales capaces de integrar equipos de salud con disponibilidad para aceptar decisiones del paciente. En lo que al tema de este relato respecta: los cuidados paliativos con participación de la familia o modalidades que apuntan a permitir (y permitirse) terminar la vida con conciencia, decidiendo cómo transitar la partida, controlando el dolor sin agobios.

Morir, el segundo acto más trascendente de nuestra vida luego de nacer, no es propiedad de la medicina sino de cada ser. Es importante reflexionar sobre los cambios en la legislación y en los tiempos actuales que nos toca vivir para poder desarrollar estrategias que ayuden a las personas involucradas a afrontar la muerte -y el parto- de una forma más saludable y significativa. Necesitamos generar formas nuevas de trabajo: con prácticas activas, de solidaridad y comunitarias.

Retomando los lineamientos que desde el Instituto de Ciencias de la Salud fundamentan todas las carreras de salud adherimos al principio rector: la salud es comunitaria o no será. Por ello la perspectiva colectiva hace posible un mejor análisis de las situaciones presentadas. Incorporar las voces de los diferentes actores territoriales en mesas de trabajo conformadas por profesionales, especialistas, personal no profesional, con la comunidad y con el colectivo de mujeres son opciones a tener en cuenta a la hora de desarrollar estrategias de trabajo.

El día 21 de septiembre del corriente año, se realizo la 1ª Ronda de debate para la elaboración de la Guía Provincial para el cuidado y

la atención del duelo gestacional y perinatal impulsada por la Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud del Ministerio de Salud de la PBA, en el Hospital Narciso López del Municipio de Lanús. Formaron parte del encuentro equipos perinatales hospitalarios, activistas y colectivos de familias que vivieron muertes perinatales. Consideramos que siguiendo los lineamientos de la Ley de Salud Mental[14] las acciones de promoción de la salud mental comunitaria son aquellas que propician la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades, generando condiciones propicias para la toma de decisiones autónoma y conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad-atención- cuidados.

Referencias bibliográficas

1. Oiberman A. *Nacer y Acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2013.

2. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet]. [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#914150644

3. Santos Redondo P, Yáñez Otero A, Al-Adib Mendiri M. *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*. Extremadura: Servicio Extremeño de Salud; 2015.

4. Kubler-Ross, E. *La Rueda de la vida*. Barcelona: Ediciones B; 1994.

5. Cassidy J. et al. *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal*. el parto es nuestro y UMAMANITA; 2009.

6. Payás Puigarnau A. *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2010.

7. Ley 25.929. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/98805/texto

8. Salazar JC. *El paradigma de la complejidad como alternativa al abordaje del proceso salud-enfermedad desde una concepción social*. Acta odontológica venezolana. 2017; 55 (1): 9-10.

9. Sousa Campos de, G.W. *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.

10. Vega E, Chardon E, Gomez F, Mercado A, Elizondo C. *Diseño de algoritmo de duelo perinatal:* 2018. Disponible en: https://apra.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/Diseno-de-Algoritmo-Interdisciplinario-de-Intervencion-e.pdf

11. Philippe A. *La muerte domesticada y la muerte vedada.* En: Historia de la muerte en occidente. Barcelona: Acantilado; 2017.

12. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.

13. Lois I. *Discurso médico, parto y nacimiento. Buenos Aires, inicios del Siglo XX*. Buenos Aires: Editorial Biblios; 2021.

14. Ley 26657. Disponible en: https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm

- De la Aldea E. *Cuidados en tiempos de descuido.* Santiago de Chile: Lom Ediciones; 2019

- De la Aldea E (comp.) *Lo común, la comuna, lo comunitario*. Buenos Aires: La Runfla libros; 2014.

- López S. *Duelo perinatal: Un análisis de las competencias de los profesionales de la salud de un hospital del Gran Buenos Aires en la actualidad* (2019-2020). Trabajo final de grado. Disponible en: https://biblio.unaj.edu.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=6724

- Silberman, M. Lois, I. *La salud comunitaria en debate*. Florencio Varela: Editorial UNAJ; 2021.

ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS Y DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON ACEITE DE CANNABIDIOL EN PACIENTES CON EPILEPSIA FOCAL RESISTENTE AL TRATAMIENTO

ANALYSIS OF PSYCHIATRIC ASPECTS AND COGNITIVE FUNCTIONS BEFORE AND AFTER TREATMENT WITH CANNABIDIOL OIL IN PATIENTS WITH TREATMENT-RESISTANT FOCAL EPILEPSY

ANÁLISE DOS ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS E FUNÇÕES COGNITIVAS ANTES E APÓS TRATAMENTO COM ÓLEO DE CANABIDIOL EM PACIENTES COM EPILEPSIA FOCAL RESISTENTE AO TRATAMENTO.

JULIÁN A LAMONARCA[1], MANUELA VILLANUEVA[1], LILIANA BAYARRES[1], ANILU DAZA-RESTREPO, SILVIA GONZÁLEZ MARTÍNEZ, INÉS MINTZ[1], SILVIA ODDO[1], BRENDA GIAGANTE[1], SILVIA KOCHEN[1].

Contacto: Inés Mintz – **Email:** inesmintz@gmail.com

FILIACIONES: 1. Unidad de Neurociencias y Sistemas Complejos (ENyS), Unidad de Epilepsia, CONICET, Hosp. El cruce “N. Kirchner”, Univ. Nat. A. Jauretche (UNAJ), F. Varela, Prov. Buenos Aires. Argentina.

Citar como: Lamonarca JA, Villanueva M, Bayarres L, Daza-Restrepo A, González Martínez S, Mintz I, Oddo S, Giagante B, Kochen S. *Análisis de los aspectos psiquiátricos y de las funciones cognitivas antes y después del tratamiento con aceite de can-nabidiol en pacientes con epilepsia focal resistente al trata-miento.* Desde Acá. 2024, 2: p-p. 109-138

Resumen:

El aceite de cannabidiol (CBD) ha sido aprobado como fármaco antiepiléptico para el tratamiento de la epilepsia resistente al tratamiento en pacientes pediátricos con síndrome de Dravet, síndrome de Lennox-Gastaut y complejo de esclerosis tuberosa.

Nuestro objetivo fue evaluar la calidad de vida, el estado cognitivo, los síntomas depresivos/ansiosos y la somnolencia diurna, antes y después del tratamiento con CBD.

Se realizó un estudio de cohorte prospectivo, observacional, abierto, evaluado mediante un diseño antes-después no controlado (serie temporal). El período de seguimiento fue de 6-9 meses.

Evaluación neurocognitiva: se realizó una comparación por dominio específico: memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, atención, habilidades visuoespaciales. Se utilizó para muestra estadística la prueba T de Student para muestras relacionadas.

Psiquiatría: el 95,5% (21) respondieron favorablemente al tratamiento con CBD, y el 71,5% (15) cumplieron los criterios de depresión mínima o nula. El 54,5% tenían síntomas de ansiedad y depresión. Después del tratamiento con CBD, 17 pacientes (71%) tuvieron mejoras en sus síntomas ansiosos/depresivos y 11 (65 %) terminaron sin comorbilidad ansiosa/depresiva. El 68% (30) mejoraron su calidad de vida. No encontramos cambios en las puntuaciones de la escala de somnolencia diurna.

Palabras clave: Cannabis, epilepsia focal farmacorresistente, psiquiatría, neuropsicología, calidad de vida, depresión

Análisis de los aspectos psiquiátricos y de las funciones cognitivas antes y después del tratamiento con aceite de cannabidiol en pacientes con epilepsia focal resistente al tratamiento

Julián A Lamonarca, Manuela Villanueva, Liliana Bayarres, Anilu Daza-Restrepo, Silvia González Martínez, Inés Mintz, Silvia Oddo, Brenda Giagante, Silvia Kochen.

Abstract

Cannabidiol (CBD) oil has been approved as an antiepileptic drug for the treatment of treatment-resistant epilepsy in paediatric patients with Dravet syndrome, Lennox-Gastaut syndrome and tuberous sclerosis complex.

Our aim was to assess quality of life, cognitive status, depressive/anxious symptoms and daytime sleepiness before and after CBD treatment.

We conducted a prospective, observational, open-label, prospective cohort study evaluated using an uncontrolled before-after design (time series). The follow-up period was 6-9 months.

Neurocognitive assessment: a comparison was made by specific domain: memory, language, executive functions, attention, visuospatial skills. Student's t-test for related samples was used for statistical sampling.

Psychiatry: 95.5% (21) responded favourably to CBD treatment, and 71.5% (15) met the criteria for minimal or no depression. 54.5% had symptoms of anxiety and depression. After CBD treatment, 17 patients (71%) had improvements in their anxious/depressive symptoms and 11 (65%) ended up with no anxious/depressive comorbidity. 68% (30) improved their quality of life. We found no change in daytime sleepiness scale scores.

Keywords: Cannabis, drug-resistant focal epilepsy, Psychiatry, Neuropsychology, depression, quality of life.

Resumo

O óleo de canabidiol (CBD) foi aprovado como fármaco antiepiléptico para o tratamento da epilepsia resistente ao tratamento em pacientes pediátricos com síndrome de Dravet, síndrome de Lennox-Gastaut e complexo de esclerose tuberosa. Nosso objetivo foi avaliar a qualidade de vida, o estado cognitivo, os sintomas depressivos/ansiosos e a sonolência diurna, antes e depois do tratamento com CBD. Realizamos um estudo de coorte prospectivo, observacional, aberto, avaliado por meio de um desenho antes-depois não controlado (série temporal). O período de acompanhamento foi de 6-9 meses.

Análisis de los aspectos psiquiátricos y de las funciones cognitivas antes y después del tratamiento con aceite de cannabidiol en pacientes con epilepsia focal resistente al tratamiento

Julián A Lamonarca, Manuela Villanueva, Liliana Bayarres, Anilu Daza-Restrepo, Silvia González Martínez, Inés Mintz, Silvia Oddo, Brenda Giagante, Silvia Kochen.

Avaliação neurocognitiva: fizemos uma comparação por domínio específico: memória, linguagem, funções executivas, atenção, habilidades visuoespaciais. Utilizamos o teste T de Student para amostras relacionadas como medida estatística. Psiquiatria: 95,5% (21) responderam favoravelmente ao tratamento com CBD, e 71,5% (15) atenderam aos critérios de depressão mínima ou nula. 54,5% tinham sintomas de ansiedade e depressão. Após o tratamento com CBD, 17 pacientes (71%) apresentaram melhora em seus sintomas ansiosos/depressivos e 11 (65%) terminaram sem comorbidade ansiosa/depressiva. 68% (30) melhoraram sua qualidade de vida. Não encontramos mudanças nas pontuações da escala de sonolência diurna.

Palavras-chave: Cannabis, epilepsia focal farmacorresistente, psiquiatria, neuropsicologia, qualidade de vida, depressão.

Análisis de los aspectos psiquiátricos y de las funciones cognitivas antes y después del tratamiento con aceite de cannabidiol en pacientes con epilepsia focal resistente al tratamiento

Julián A Lamonarca, Manuela Villanueva, Liliana Bayarres, Anilu Daza-Restrepo, Silvia González Martínez, Inés Mintz, Silvia Oddo, Brenda Giagante, Silvia Kochen.

ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS Y DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON ACEITE DE CANNABIDIOL EN PACIENTES CON EPILEPSIA FOCAL RESISTENTE AL TRATAMIENTO

JULIÁN A LAMONARCA, MANUELA VILLANUEVA, LILIANA BAYARRES, ANILU DAZA-RESTREPO, SILVIA GONZÁLEZ MARTÍNEZ, INÉS MINTZ, SILVIA ODDO, BRENDA GIAGANTE, SILVIA KOCHEN.

1. Introducción:

El cannabis se ha utilizado para tratar diversas enfermedades ya desde la antigüedad. Algunos de sus productos se han utilizado como "remedio natural a base de hierbas" para tratar, por ejemplo, trastornos convulsivos. Pero no fue hasta hace algunos años que profesionales de la salud e investigadores/as aceptaron el uso del cannabis como una opción terapéutica, debido a los aportes científicos relacionados con la planta de cannabis, con el descubrimiento del sistema endocannabinoide (SEC) y su eficacia clínica. Así, tenemos al Δ(9) -tetrahidrocannabinol (Δ(9) -THC) que es el principal ingrediente psicoactivo, y el CBD el principal ingrediente no psicoactivo del cannabis.

En el ámbito de la neurología, el aceite de cannabidiol (CBD) fue aprobado en 2018 por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) como medicamento anticonvulsivo para el tratamiento del síndrome de Dravet y el síndrome de Lennox-Gastaut. Un año después fue aprobado por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) con las mismas indicaciones. La FDA incluyó el Complejo de Esclerosis Tuberosa entre las enfermedades aprobadas para el tratamiento con CBD en 2022.

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas crónicas más prevalentes en Argentina1, que afecta de 4 a 10 personas por cada 1000 habitantes. El diagnóstico de epilepsia es fundamentalmente clínico y se establece por la presencia de al menos dos crisis epilépticas no provocadas (o reflejas) con más de 24 horas de diferencia, o una crisis en un paciente con un alto riesgo (mayor al 60%) de presentar recurrencia del episodio, o en presencia de un síndrome epiléptico. El 70% de estos pacientes se controla adecuadamente con la medicación anticrisis. El 30% restante presenta epilepsia resistente al tratamiento farmacológico2. En esta población de pacientes las comorbilidades psiquiátricas son muy frecuentes (se estima que los trastornos psiquiátricos pueden afectar alrededor del 30 al 50% de los pacientes con epilepsia farmacorresistente)3, 4, 5. Los trastornos reportados con mayor frecuencia son depresión, ansiedad y psicosis. Por otra parte, la esfera cognitiva también puede verse comprometida. Los dominios cognitivos que se reportan frecuentemente afectados a causa de las crisis no controladas son: memoria, atención (sostenida y alternante), lenguaje, funciones ejecutivas y habilidades visuoespaciales. La conducta y la cognición en pacientes con epilepsia pueden ser afectadas por diversos factores, tales como la etiología de la enfermedad, edad de la primera crisis, factores hereditarios, características de las crisis (tipo, frecuencia, duración y severidad de las mismas) condiciones psicosociales, y efectos adversos de los fármacos antiepilépticos. Por tanto, la presencia de crisis recurrentes y no controladas, conlleva a un impacto en la esfera neurológica, psicológica, social y cognitiva35, 58.

A la fecha, existen escasas publicaciones sobre el uso de CBD en pacientes adultos con epilepsia (general y focales resistente a los tratamientos), y su relación con comorbilidades psiquiátricas y al rendimiento cognitivo. Recientemente nuestro equipo ha publicado resultados sobre el uso de CBD como medicación adyuvante en adultos con epilepsia focal resistente a fármacos, con entusiastas conclusiones [6,7,8].

El **objetivo general** es evaluar la calidad de vida, depresión y rendimiento cognitivo de pacientes con *epilepsia farmacorresistente* residentes de Argentina antes y después del uso de cannabidiol (CBD).

2. Materiales y métodos:

Se realizó un estudio de cohorte prospectivo, observacional, abierto, evaluado mediante un diseño antes-después no controlado (serie temporal). Fueron considerados elegibles para el estudio pacientes de 18 a 60 años, reclutados en la Sección de Neurociencias, Epilepsia, del Hospital El Cruce Néstor Kirchner (HEC) de Florencio Varela. El período de seguimiento para cada sujeto fue de 6 a 9 meses, entre el 2021 y 2022 y posterior análisis de los datos recolectados.

La cohorte está formada por 44 pacientes adultos entre 18 y 60 años, con diagnóstico de epilepsia focal farmacorresistente. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital El Cruce. El cannabidiol utilizado fue donado por Hemp Meds (RS-HO-X), 5000 mg de CBD, 236 ml (21 mg/ml).

- Criterios de Inclusión:

- Pacientes adultos de 16 a 60 años, con epilepsias farmacorresistentes definidas como aquellos que no respondieron a las drogas antiepilépticas tradicionales y nuevas, y/o a la dieta cetogénica, y/o estimulador del nervio vago, y que no son candidatos para la cirugía o no respondieron a la cirugía, en los cuales se indique agregar aceite de cannabis (CBD), a su tratamiento de base, que se asistan en el HEC. Todos los pacientes se evaluarán con el protocolo del Servicio de Neurociencias (video-EEG, Resonancia magnética cerebral, evaluación neuropsicológica, evaluación psiquiátrica), según los criterios vigentes establecidos por la ILAE (Liga Internacional contra la Epilepsia).
- Firma del consentimiento informado.

- Frecuencia de crisis mayor o igual a 2 crisis por mes en los últimos 4 meses, definidos por el paciente según su diario de crisis.
- Niveles funcionales de escritura y lectura comprensiva.

- Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico no confirmado, que reciben corticoides, que no pasaron por las alternativas terapéuticas previas o no se adhirieron correctamente a las drogas antiepilépticas.
- Crisis epilépticas secundarias a desórdenes metabólicos, tóxicos, infecciosos, psicogénicos, abuso de drogas, relacionadas con una enfermedad aguda.
- Pacientes embarazadas y en período de lactancia.
- Paciente con Insuficiencia cardíaca, renal, hepática, pancreática, o disfunción hematológica con valores sobre los límites normales de creatinina y urea; valores 2 veces del límite normal de transaminasas, lipasa y amilasa sérica; plaquetas < 80000/mm3, y recuento de glóbulos blancos <3000/mm3.
- Condición médica severa no controlada como: enfermedad hepática, cirrosis, hepatitis crónica (hepatitis B o C), diabetes no controlada (definida como glucosa sérica >150 mg%), infecciones activas (crónicas o agudas) o infecciones severas no controladas, sangrados activos.
- Pacientes cuyas familias no accedan a cumplir con los requerimientos y visitas del estudio, o a criterio del médico tratante presenten alto riesgo de incumplimiento del protocolo.
- Alergia a alguno de los componentes del aceite de cannabis.
- Antecedentes psiquiátricos de ideación suicida
- Antecedentes de status/cluster de crisis último año
- Haber presentado status epiléptico clínico en el último año
- Encefalopatía/Retraso en adquisición de pautas madurativas.
- Paciente que por criterio clínico del investigador se evidencian dificultades que impedirían el correcto entendimiento del presente estudio.
- Pacientes que no accedan a firmar el consentimiento informado

En las historias clínicas se detallaron: datos demográficos, tipo de crisis, frecuencia de crisis, tratamiento actual, historia farmacológica de drogas antiepilépticas recibidas, informes neuropsicológicos e informes adicionales (RNM por ejemplo).

- EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA:

Se realizó la evaluación neuropsicológica según el protocolo del Servicio de Neurociencias del Hospital el Cruce. Se administró una entrevista semi-estructurada sobre su historia clínica y un protocolo de valoración neuropsicológica general de evaluación de pacientes con epilepsia farmacorresistente45. Se implementó el protocolo detallado a continuación. Las evaluaciones tuvieron una duración de dos horas aproximadamente, con un descanso entre tareas.

Coeficiente Intelectual: WASI (Weschler, 1999). Es una escala de estimación del rendimiento cognitivo global que incluye dos subtest del WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) para la Escala Ejecutiva: Diseño con Bloques y Test de Matrices Progresivas, y dos subtest para la Escala Verbal: Vocabulario y Analogías.

- **Atención:** El Trail Making Test (Reitan, 1958; Tombaugh, 2004)
- **Memoria de Trabajo:** Span Dígitos inversos, WAIS III (Weschler, 2006.) para evaluar memoria de trabajo verbal. Para evaluar memoria de trabajo visual, se realiza la prueba de cubos de Corsi (Torralva et al, 2009).
- **Percepción visual:** Copia de la Figura Compleja de Rey (Rey, 2003).
- **Lenguaje:** Test de Denominación de Boston (abreviado) (Allegri et al., 1997), Fluidez verbal: Fluencia verbal fonológica y Fluencia verbal semántica (FVS) (Butman, Allegri, Harris, & Drake, 2000).

- **Memoria:** Test de aprendizaje auditivo verbal de Rey (Burin, Ramenzoni, & Arizaga, 2003), Test de la Figura Compleja de Rey (Rey, 2003).
- **Funciones ejecutivas:** Ineco Frontal Screening (IFS) (Torralva et al, 2009), Trail Making Test parte B.

Tabla 1: Protocolo de evaluación cognitiva estandarizado y publicado, utilizado en el Servicio de Neurociencias-Epilepsia en el Hospital El Cruce (Oddo et al., 2023)

Dominio cognitivo	Tarea
Memoria material verbal	Test de aprendizaje auditivo verbal de Rey
Memoria material visual	Test de la Figura Compleja de Rey
Lenguaje	Test de Denominación Visual de Boston (abreviado); Fluencia verbal semántica (FVS)
Funciones Ejecutivas	Ineco Frontal Screening (IFS); Trail Making Test parte B; Fluencia verbal fonológica (FVF)
Atención	Trail Making Test; Span Dígitos directos
Coeficiente Intelectual	WASI: Escala Ejecutiva: Diseño con Bloques y Test de Matrices Progresivas Escala Verbal: Vocabulario y Analogías

- EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA:

Se realizó la evaluación psiquiátrica administrando cuestionarios autoadministrados, de relevancia y validación en Argentina, y en habla hispana, para conocer el estado previo y basal de la calidad de vida y síntomas depresivos de los pacientes a estudiar.

- **Calidad de vida:** QOLIE-1020.
- **Depresión:** Inventario de Depresión de Beck - Segunda Versión (BDI-II)18.

La evaluación por salud mental se llevó a cabo previamente al inicio del tratamiento con CBD, y luego, a los 6 meses posteriores al mismo.

3. Resultados:

5.1 Evolución:

Datos demográficos:

Cuarenta y cuatro (80 %) pacientes finalizaron el ensayo clínico. La edad de inicio de las convulsiones fue entre 19 y 60 años (media 35, DE 10), mujeres 66%.

La frecuencia inicial media de crisis por mes en la primera visita fue 51 (DE: 63), mediana 33.Veintitrés (52%) tuvieron crisis focales que evolucionaron a bilaterales, media 3,5 (DE: 6). La Zona Epileptógena (EZ) fue lóbulo temporal mesial en 10 pacientes, temporal lateral en 6 pacientes y lóbulo extratemporal en 28 pacientes (14 pacientes con EZ frontal y 14 pacientes con EZ posterior.

El tiempo medio con epilepsia fue de 21 años (DE): 14) Los pacientes recibieron una media de 3 (DE: 0,8) medicamentos anticonvulsivos (MAS) como tratamiento coadyuvante, siendo el fármaco más utilizado levetiracetam (29 pacientes, 66%), carbamazepina y clonazepam (16, 36%), ácido valproico (15 pacientes, 34%), lamotrigina (14, 32%) y lacosamida (11, 25%).

En nuestra muestra, 9 pacientes (21%) estaban en tratamiento con clobazam (dosis inferior a 30 mg/día). Seis (14%) pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico y un paciente (2%) recibió estimulación del nervio vago (ENV), ninguno de los pacientes había recibido dieta cetogénica.

Para el análisis de la eficacia, se separaron los pacientes según control de Crisis: *Respondedores*: 38 pacientes (86%), No Respondedores: 5 pacientes (11%) y Empeoramiento: 1 paciente (2%).

Dentro del Grupo respondedores, 2 pacientes (5%) permanecieron libres de crisis, 14 pacientes (32%) redujeron entre un 80% y un 99%, 22 pacientes (50%) redujeron entre un 50% y un 79% su frecuencia de crisis mensuales.

Grupo de empeoramiento: un paciente presentó un aumento en la frecuencia de las convulsiones incluso hasta una dosis de 500 mg/día. Este paciente presenta una epilepsia no lesional, con EZ temporal derecha definida por estereo electroencefalografía (SEEG), actualmente tratada con lamotrigina y ácido valproico.

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos (respondedores, no respondedores y empeoramiento) cuando se analizaron las siguientes variables: dosis al inicio y al final del ensayo, número de convulsiones al inicio, tiempo con epilepsia, cantidad de medicamento anticonvulsivo, tratamiento con clobazam, edad, uso de VNS, cirugía y lesión por resonancia magnética.

En cuanto a los eventos adversos, 15 pacientes (34%) no presentaron. Los 29 pacientes restantes (66%) presentaron síntomas leves.

Tabla 2: Características demográficas de los pacientes que fueron incluidos en el ensayo clínico

Características demográficas	Valor
Individuos (n)	44
Edad (años) Media (DE)	19-60 35 (10)
Coeficiente intelectual. Media (DE)	29 (64)
Tiempo con epilepsia (años). Media (DE)	21 (14)
Frecuencia basal de crisis/mes. Media (DE)	51 (63)
Frecuencia de crisis que evolucionan a bilateral. Media (DE)	35 (6)
Medicaciones anticrisis al inicio. Media (DE)	3 (0.8)

5.2 Evaluación Neuropsicológica:

En análisis preliminar (N=44) encontramos cambios estadísticamente significativos en el rendimiento de memoria episódica verbal en la Lista Auditiva Verbal de Rey (RAVLT, listas 1-6) (P< .000).

Antes del tratamiento con CBD, de los 44 pacientes que finalizaron el trial, 17 de ellos (36.96%) obtuvieron un puntaje deficitario en el primer ensayo de la Lista Auditiva Verbal de Rey (RAVLT). A su vez, 5 (10.87%) obtuvieron también un puntaje deficitario en la lista 5 de esa misma prueba. Al evaluar el recuerdo inmediato, 17 (39.96%) tuvieron una evocación deficitaria, y 15 (32.61%) mostraron también una deficitaria evocación diferida. Al finalizar el trial, en la lista 1 fueron 9 pacientes (19.57%) los que presentaron un rendimiento por debajo de lo esperado. En el ensayo 5, 42 pacientes (91.30%) presentaron un rendimiento dentro de lo esperable. Respecto al recuerdo inmediato (lista 6) y recuerdo diferido, fueron 4 (8.70%) los pacientes que presentaron un rendimiento deficitario en ambas instancias. En la etapa de reconocimiento, al comenzar el tratamiento fueron 4 (8.70%) los pacientes con un rendimiento deficitario, mientras que, al finalizar, luego de los 6 meses, 2 pacientes (4.35%) obtuvieron un puntaje deficitario.

En la memoria episódica no verbal encontramos cambios estadísticamente significativos en el test de la Figura Compleja de Rey, específicamente en tareas de recuerdo inmediato (P< .000) y diferido (P< .000).

Previo al inicio del tratamiento, en el recuerdo inmediato de la Figura Compleja de Rey (FCR), 31 pacientes (67.39%) obtuvieron un puntaje deficitario, y luego de 6 meses en tratamiento con CBD, fueron 16 (35.56%) quienes alcanzaron un puntaje por debajo de lo esperado. En la evocación diferida, en la etapa pretratamiento, 30 pacientes (65.22%) obtuvieron un puntaje deficitario, y al finalizar el trial eran 17 (36.96%) los que fallaron en esta etapa. Respecto al reconocimiento en la etapa basal, 23 pacientes (52.27%) fallaron en esta etapa, y al finalizar, en el control, fueron 17 (36.96%) los pacientes que obtuvieron un puntaje deficitario.

Encontramos cambios estadísticamente significativos en el rendimiento para la alternancia atencional, la capacidad de rastreo visuo-motor, velocidad de respuesta y memoria de trabajo de en el Trail Making Test B (TMT B).

En el TMT B pre-tratamiento, 31 pacientes (72.09%) obtuvieron un puntaje deficitario, mientras que al finalizar, fueron 26 (59.09%) los pacientes con un puntaje por debajo de lo esperado.

Tabla 3: Resultados pre-post tratamiento con CBD.

Dominio cognitivo	Tarea		Pre-tratamiento		Post-tratamiento			
			Mean	SD	Mean	SD	t	p
Memoria Verbal	RAVLT inmediato		-0.90	1.18	0.20	0.96	-6.89	<0.05*
	RAVLT diferido		-0.94	1.04	-0.06	0.14	-6.23	<0.05*
	RAVLT reconocimiento		-0.02	1.11	0.50	0.62	-3.46	<0.05*
Memoria visual	RCF inmediato		-2.10	1.68	-0.89	1.45	-6.04	<0.05*
	RCF diferido		-2.35	1.61	-1.03	1.26	-7.07	<0.05*
	RCF reconocimiento		-1.82	1.89	-1.41	1.58	-1.36	0.19
Lenguaje	Boston Test		-2.99	2.94	-2.77	3.96	-0.72	0.47
	Fluencia semántica		-1.15	0.98	-1.09	1.01	-0.43	0.67
Funciones Ejecutivas	IFS		-1.34	1.60	-1.61	1.23	1.37	0.18
	TMT B		-4.61	3.92	-3.09	2.89	-3.20	<0.05*
	Fluencia fonológica		-0.99	0.75	-0.89	0.80	-0.67	0.51
	Dígitos inversos		-1.24	0.77	-1.19	0.65	-0.42	0.68
Atención	TMT A		-2.88	3.11	-1.93	2.30	-2.03	0.50
	Dígitos directos		-1.26	0.80	-1.02	0.70	-1.78	0.08

RAVLT: Lista Auditiva Verbal de Rey; RCF: Figura Compleja de Rey; IFS: INECO Frontal Screening; TMT: Trail Making Test

5.3 Comorbilidades psiquiátricas:

- BDI-II:

Antes del tratamiento con CBD, de un total de 44 pacientes, 22 (50%) presentaban criterios de depresión mayor por BDI-II. Para el análisis, esta población se dividió en dos grupos: el grupo de pacientes con síntomas de depresión (n=22) y el grupo de pacientes sin síntomas de depresión (n= 22).

Después del tratamiento, el grupo de con depresión presentó una mejoría significativa (P=0,001. Grafico 1) en 21 pacientes (95,4%), y 15 de ellos (71,5%) se normalizaron a "mínima o nula". El paciente restante (4,5%) permaneció sin cambios.

En el grupo de pacientes sin depresión, después del tratamiento 1 de ellos incrementó sus síntomas depresivos. El resto no presentó cambios.

Cuando comparamos los resultados del BDI-II en relación al control de crisis, encontramos los siguientes resultados:

En el grupo que respondió (n=38), 18 pacientes (47,3%) mejoraron sus síntomas depresivos, 19 pacientes (50%) se mantuvieron sin cambios y 1 paciente (2,6%) presentó depresión "de novo".

En el grupo que no respondió (n=5), 2 pacientes mejoraron sus síntomas depresivos (40%) y 3 pacientes (60%) permanecieron sin cambios. (Tabla 1)

En el grupo que empeoró (n=1), los pacientes mejoraron sus síntomas depresivos.

Gráfico 1: Resultados del BDI-II pre-post tratamiento

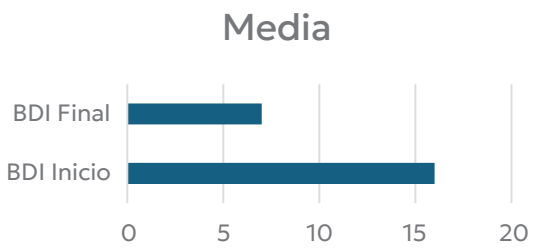


Tabla 3: Resultados del BDI-II pre-post tratamiento

	BDI-II antes						BDI-II despues					
	Mínimo	leve	Moderado	Grave			Mínimo	Leve	Moderado	Grave		
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)			N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
Control de crisis = N	19 (50%)	6 (15%)	9 (24%)	4 (11%)			32 (84%)	2 (5%)	4 (11%)	-		
Respondedores = 38	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)	-			4 (80%)	1 (20%)	-	-		
No respondedores = 5	-	-	-	1			-	-	1	-		
Empeoraron = 1												

- QOLIE 10:

Antes del tratamiento con CBD, la mediana de calidad de vida en la población general era de 24,5 puntos (calidad de vida reglar). Luego del tratamiento con CBD la mediana fue de 20 puntos (calidad de vida buena) (grafico 2), donde 30 pacientes (68%) mejoraron su calidad de vida, 4 pacientes no presentaron cambios (9%) y 10 pacientes (22,7%) empeoraron.

Cuando comparamos los resultados de la escala QOLIE-10 con los grupos de frecuencia de crisis encontramos los siguientes resultados: (tabla 2)

En el grupo que respondió (n=38), 28 pacientes (74%) mejoraron su calidad de vida, 3 pacientes (8%) se mantuvieron sin cambios y 7 pacientes (18%) empeoraron su calidad de vida.

En el grupo que no respondió (n=5), 2 pacientes mejoraron su calidad de vida (40%) y 3 pacientes (60%) empeoraron su calidad de vida.

El paciente cuyas convulsiones empeoraron, después del tratamiento con CBD, no presentó cambios en la escala de calidad de vida. (ver gráfico 3).

Cuando comparamos los resultados del BDI-II y QOLIE 10 en la visita 1 ($p < 0,036$) y la visita 7 ($p < 0,001$), encontramos una relación directa significativa, cuando a mejores síntomas depresivos, mejor calidad de vida.

Gráfico 2: Resultados del QOLIE 10 pre-post tratamiento

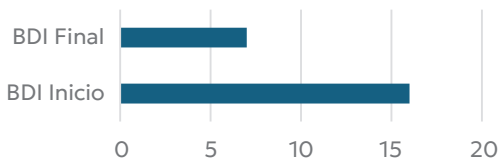


Tabla 4: Resultados del QOLIE 10 pre-post tratamiento

	Qolie 10 Antes						Qolie 10 Despues					
	Control de crisis = N	Media	Buena	Regular	Mala		Media	Buena	Regular	Mala		
			N (%)	N (%)	N (%) /M			N (%) /M	N (%) /M	N (%) /M		
Respondedores = 38		24,5	13 (34%)	23 (60%)	2 (6%) / 38		19	25 (66%)	11 (29%)	2(5%)		
No respondedores = 5		23	1 (20%)	4 (80%)	-		24,5	1 (20%)	4 (80%)	-		
Empeoraron = 1		26	-	26	-		26	-	26	-		

Discusión

El objetivo de este artículo fue analizar la calidad de vida, los síntomas de depresión/ansiedad, somnolencia diurna y posibles cambios cognitivos antes y después del tratamiento con CBD, en pacientes adultos con epilepsia focal farmacorresistente.

En la evaluación basal encontramos que el 50% de los pacientes presentó síntomas de depresión mayor y el 53% presentó síntomas de ansiedad, coincidiendo con estudios presentados por nuestro grupo y por otros autores en esta población con epilepsia.

De manera similar, encontramos una correlación entre depresión y calidad de vida similar a la reportada en otras regiones, con una relación significativa y lineal entre las puntuaciones del BDI-II y la Calidad de Vida.

En cuanto a los síntomas depresivos, observamos una mejora significativa después del tratamiento con CBD. Este hallazgo podría corresponder a la mejora general en la frecuencia de las crisis. Sin embargo, en el grupo de pacientes que respondieron, sólo el 47,3% mejoró significativamente.

El resto de pacientes de este grupo (50%) se mantuvo sin cambios. Además, hubo una mejoría en los síntomas depresivos en el grupo que no respondió, lo que no pudo explicarse mediante esta hipótesis. Algunos autores describen el efecto antidepresivo y ansiolítico del cannabidiol directamente relacionado con el SEC.

Algunos autores demuestran que la principal actividad de señalización y comunicación dentro del SEC se debe a la acción sobre los dos receptores cannabinoides conocidos: CB1 y CB2, y el efecto antidepresivo agudo del CBD parece depender de la facilitación de la neurotransmisión mediada por el SEC. Receptor 5HT1A, tanto directamente como mediante la interacción del receptor CB1

En modelos animales, el mecanismo anterior también puede estar asociado con niveles extracelulares elevados de 5-HT y glutamato en la corteza prefrontal ventromedial, lo que se ha considerado una posible explicación para los efectos antidepresivos agudos inducidos por el CBD. Además, el CBD puede estar asociado con una acción indirecta sobre las vías de la serotonina mediante una elevación de los niveles de triptófano.

Un hallazgo similar ocurre al analizar los síntomas de ansiedad/depresión. Después del tratamiento con CBD, el 71% de la población total había mejorado sus síntomas. Sin embargo, sólo el 37% de los pacientes del grupo que respondieron mejoraron sus síntomas ansiosos/depresivos, el 55,2% permanecieron sin cambios y el 8% empeoraron sin que se observara una causa específica.

En cuanto al análisis de la calidad de vida, observamos que tras el tratamiento con CBD el 70,5% de los pacientes mejoró su calidad de vida, lo que podría estar asociado a una mejora en la frecuencia de las crisis. Este hallazgo se confirma cuando encontramos una relación inversa significativa entre los síntomas depresivos y la calidad de vida, antes y después del tratamiento con CBD.

Los pacientes que utilizaron CBD mostraron una mejora significativa en la curva de aprendizaje de la Lista Auditiva Verbal de Rey (RAVLT), así como en el recuerdo inmediato y diferido de la Figura Compleja de Rey. Además, el tiempo de ejecución del Trail Making Test B (TMT B) se redujo significativamente.

Estos resultados sugieren que el CBD puede tener un efecto beneficioso sobre las funciones cognitivas de pacientes con epilepsia resistente al tratamiento.

Creemos que estos resultados son importantes porque podrían ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con epilepsia. En particular, la mejora en la atención sostenida y alternante podría facilitar las actividades cotidianas, como el trabajo, el estudio y las relaciones sociales.

Análisis de los aspectos psiquiátricos y de las funciones cognitivas antes y después del tratamiento con aceite de cannabidiol en pacientes con epilepsia focal resistente al tratamiento

Julián A Lamonarca, Manuela Villanueva, Liliana Bayarres, Anilu Daza-Restrepo, Silvia González Martínez, Inés Mintz, Silvia Oddo, Brenda Giagante, Silvia Kochen.

Los cambios ocurridos en la disminución en la frecuencia de crisis así como en la calidad de vida de los pacientes, favorecieron significativamente la atención sostenida, condición necesaria para la recuperación inmediata de los ítems de memoria hallados; así como la mejora en la atención alternante, evidenciada en los resultados del TMT B.

Los resultados de este estudio sugieren que el CBD puede ser una terapia eficaz para disminuir la frecuencia de crisis en pacientes con epilepsia resistente al tratamiento. Esto tendría un impacto positivo tanto en las funciones cognitivas de los pacientes, así como en su calidad de vida. Estos hallazgos son consistentes con los resultados de otros estudios que han demostrado que el CBD tiene propiedades neuroprotectoras y neuromoduladoras.

Se necesitan más estudios para confirmar estos hallazgos. Sin embargo, nuestros resultados son prometedores y sugieren que el CBD podría ser una nueva opción terapéutica para pacientes con epilepsia resistente al tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. Kochen S**.** *Atencion primaria de la salud***.** Boletín Proaps-remediar. 2005; 3 (16).

2. Janmohamed M, Brodie MJ, Kwan P, et al. *Farmacorresistencia: epidemiología, mecanismos e impacto en el tratamiento de la epilepsia***.** Neurofarmacología. 2020; 168: 107790.

3. Lombardi, N., Scévola , L., Sarudiansky , M., Giagante , B., Gargiulo , A., Alonso, N., D'Alessio , L. *Differential semiology based on VEEG monitoring between psychogenic non-epileptic seizures and temporal lobe epileptic seizures***.** Psychosomatics. 2020. doi:10.1016/j.psym.2020.07.003 10.1016/j.psym.2020.07.003.

4. Scévola L, Teitelbaum J, Oddo S, Centurión E, Loidl CF, Kochen S. and D'Alessio L. *Psychiatric disorders in patients with psychogenic nonepileptic seizures and drug- resistant epilepsy: a study in an Argentine population***.** Epilepsia y comportamiento. 2013; 29(1): 155-160. doi:10.1016/ j.yebeh. 2013.07.012.

5. Scévola L, Sarudiansky M, Lanzillotti A, Oddo S, Kochen S, and D'Alessio L. *To what extent does depression influence the quality of life of people with drug-resistant epilepsy in Argentina?***.** Epilepsy Behav. 2017; 69: 133-138. doi:10.1016/j.yebeh.2017.01.007.

6. Kochen, S. *Medical Cannabis***.** Collective Health. 2022; 18, e3991. https://dx.doi.org/10.18294/sc.2022.3991.

7. Kochen S, Manin A, Montiel R. *Artisanal Cannabis in Young and Adults Patients with Treatment Resistant Epilepsy: Prospective, Observational, Open-Label Study*. Journal of Neurology and Neurological Disorders. 2018; 4(2): 202. doi: 10.15744/2454-4981.4.202.

8. Kochen, S, Villanueva M, Bayarres L, Daza-Restrepo A, González Martínez S, Oddo S. *Cannabidiol as adjuvant treatment in adults with drug- resistant focal epilepsy*. Epilepsy & Behavior. 2023; 144.

9. Jansen C, Francomme L, Vignal J.-P, Jacquot C, Schwan R, Tyvaert L, Maillard L and Hingray C. Interictal psychiatric comorbidities of drug-resistant focal epilepsy: prevalence and influence of epilepsy location. Epilepsy and Behavior: E&B. 2019; 94: 288-296. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.06.046.

10. Lombardi N, Scévola L, Sarudiansky M, Giagante B, Gargiulo A, Alonso N, D'Alessio L. *Differential semiology based on VEEG monitoring between psychogenic non-epileptic seizures and temporal lobe epileptic seizures*. Psychosomatics. 2020. doi:10.1016/j.psym.2020.07.00310.1016/j.psym.2020.07.003.

11. Scévola L, Teitelbaum J, Oddo S, Centurión E, Loidl CF, Kochen S and D'Alessio L. *Psychiatric disorders in patients with psychogenic nonepileptic seizures and drug- resistant epilepsy: a study in an Argentine*

population. Epilepsia y comportamiento, 2013; 29(1): 155-160. doi:10.1016/ j.yebeh. 2013.07.012.

12. Gonzalez S et al. *Epilepsy & Behavioral Impulsivity comorbid after one year of epilepsy surgery*. Epilepsy and Behavior. 2021; 124. doi : 0.1016/j. yebeh.2021.108331.

13. D'Alessio L, Scévola L, Fernández Lima M, Oddo, S, Solís P, Seoane E & Kochen S. *Psychiatric outcome of epilepsy surgery in patients with psychosis and pharmacoresistant temporal lobe epilepsy: a prospective case series*. Epilepsy and Behavior. 2014; 37: 165-170. doi:10.1016/ yebeh.2014.06.002.

14. VanDolah HJ, Bauer BA and Mauck KF. *Physicians' guide to cannabidiol and hemp oils*. Mayo Clinic Proceedings. 2019. doi:10.1016/ j.mayocp.2019. 01.003.

15. Bonaccorso S, Ricciardi A, Zangani C, Chiappini S and Schifano F. *Cannabidiol (CBD) use in psychiatric disorders: a systematic*. NeuroToxicology 1019. doi:10.1016/ jneuro.2019.08.002.

16. Beck AT and Steer RA. *BAI: Beck Anxiety Inventory*. 2011.

17. Beck AT, Steer RA and Brown GK. *Beck Depression Inventory (BDI-II) (Vol. 10, No. 3)*. London, UK: Pearson; 1996.

18. Beck AT, Rard CH, Mendelson C, Mock J, and Erbaugh J. *An inventory to measure depression*. Archives of general psychiatry. 1961; 4: 1961-1971 54.

19. Beck AT, Steer RA and Garbin MG. *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation*. Review of Clinical Psychology. 1988; 8: 77-100.

20. Cramer JA, Perrine K, Devinsky O and Meador, K. *A brief questionnaire to screen for quality of life in epilepsy*. The QOLIE-10. Epilepsia. 1996; 37(6): 577-582. doi:10.1111/j.1528- 1157.1996.tb 00612.

21. Viteri C, Codina M, Cobaleda S, Lahuerta J, Barriga J, Barrera S, Morales MD. *Group of investigators of the validation study of the QOLIE-10 questionnaire*. Neurología. 2008; 23:3-157. Spanish. PMID.

22. Stern A F. *Hospital Anxiety and Depression Scale*. Occupational Medicine. 2014; 64 (5): 393-394, https://doi.org/10.1093/occmed/kqu024.

23. Smarr KL and Keefer AL. *Measures of depression and symptoms Depressive disorders: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire*. Arthritis Research and Care. 2011; 63 (S11): S454-S466. doi:10.1002/acr.20556.

24. Johns MW. *A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale*. Sleep. 1991; 14(6): 540-5. doi: 10.1093/sleep/14.6.540. PMID: 1798888.

25. IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, version 25.0. Armonk, New York: IBM Corp.

26. Mula M, Kanner AM, Jette N and Sander JW. *Psychiatric comorbidities in patients with epilepsy*. Neurology: Clinical Practice. 2020. 10.1212/CPJ.0000000000000874. doi:10.1212/cpj.0000000000000874.

27. Kanner AM, Schachter SC, Barry JC, Hersdorffer DC, Mula M, Trimble M, Hermann B, Ettinger AE, Dunn D, Caplan R, Ryvlin P, Gilliam F. *Depression and epilepsy: epidemiological and neurobiological perspectives that may explain their high occurrence of comorbidities*. Epilepsy and Behavior. 2012; 24 (2): 156-168 https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2012.01.007.

28. Luoni C, Bisulli F, Canevini MP, De Sarro G, Fattore C, Galimberti CA, et al, SOPHIE Study Group. *Determinants of health-related quality of life in drug-resistant epilepsy: results of a large multicenter study of consecutively enrolled patients using validated quantitative assessments*. Epilepsia 2011; 52: 2181 -9.

29. Murillo- Rodriguez E, Pandi-Perumal SR and Monti, JM (Eds.). *Cannabinoids and neuropsychiatric disorders. Advances in Experimental Medicine and Biology*. 2021. doi:10.1007/978-3-030-57369-0.

30. Skelley JW, Deas CM, Curren Z. and Ennis J. *Cannabidiol use in anxiety and anxiety-related disorders*. Journal of the American Pharmacists Association. 2019. doi:10.1016/ j.japh.2019.11.008.

31. Sartim AG, Guimarães FS and Joca SRL. *Antidepressant effect of cannabidiol injection in the ventral medial medial prefrontal cortex: possible involvement of 5-HT1A and CB1 receptors*. Behavioral Brain Research. 2016; 303: 218-227. doi:10.1016/ j.bbr.2016.01.033 .

32. Gaston TE, Szaflarski M, Hansen B, Bebin EM, Szaflarski JP and UAB CBD Program. *Quality of life in adults enrolled in an open-label study of cannabidiol (CBD) for treatment-resistant epilepsy*. Epilepsy and Behavior: E&B. 2019; 95: 10-17. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.03.035.

33. Hao X, Chen Z, Yan B, Kwan P, Zhou D. *Impact of drug manipulation on seizure freedom in adults with uncontrolled epilepsy: a prospective controlled study in rural China*. CNS Drugs. 2017; 31: 237-243.

34. Tellez-Zenteno JF, Hernandez- Ronquillo L, Buckley S, Zahagun R, Rizvi S. *A validation of the new definition of drug-resistant epilepsy by the International League Against Epilepsy*. epilepsia. 2014; 55:829-834.

35. Brodie MJ, Barry SJE, Bamagous GA, Kwan P. *Effect of failed dose of first antiepileptic drug on subsequent outcome*. epilepsia. 2013; 54: 194-198.

36. Kemp S, Morley S, Anderson E. *Coping with epilepsy: do illness representations play a role?* Br J Clin Psychol. 1999; 38(1): 43-58. https://doi.org/10.1348/014466599162656.

37. Kleinman A, Wang WZ, Li SC, Cheng XM, Dai XY, Li KT. *The social course of epilepsy: chronic illness as social experience in inner China*. Social Science and Medicine. 1995; 40 (10): 1319-1330. doi:10.1016/0277-9536(94)00254- q10.1016/0277-9536(94)00254

38. Wang YP, Gorenstein C. *Assessment of depression in medical patients: a systematic review of the utility of the Beck Depression Inventory-II*. Clinicas (Sao Paulo). 2013; 68 (9): 1274-87. doi: 10.6061/clinics/2013(09)15. PMID: 24141845; PMCID:PMC3782729.

39. Chen Z, Brodie MJ, Liew D, Kwan P. *Treatment outcomes in patients with newly diagnosed epilepsy treated with new and established antiepileptic drugs-a 30-year longitudinal cohort study*. JAMA Neurol. 2018; 75 (3): 279-286. doi:10.1001/jamaneurol.2017.3949.

40. Martin RC, Gaston TE, Thompson M, Amah SB, Cutter G, Bebin EM and Szaflarski JP. *Cognitive functioning after prolonged cannabidiol use in adults with treatment-resistant epilepsy*. Epilepsy and Behavior: E&B. 2019; 97: 105-110. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.04.044.

41. McCormick C, Quraan M, Cohn M, Valiante TA, McAndrews MP. *Default mode network connectivity indicates episodic memory capacity in mesial temporal lobe epilepsy*. epilepsia. 2013; 54 (5): 809-18.43.

42. Melcon MO, Kochen S, Vergara RH. *Prevalence and clinical characteristics of epilepsy in Argentina: a community-based study*. Neuroepidemiology. 2007; 28 (1): 8-15. Doi:10.1159/000097850.

43. Soichiro Nakahara, Megumi Adachi, Hiroyuki Ito, Mitsuyuki Matsumoto, Katsunori Tajind Theo GM van Erp. *Pathophysiology of the hippocampus: shared community of temporal lobe epilepsy and psychiatric disorders*. Neuroscience Journal, 2018. https://doi.org/10.1155/2018/4852359.

44. Nabbout R, Thiele EA. *The role of cannabinoids in the treatment of epilepsy: a critical review of efficacy results from clinical trials*. Epileptic Disorder. 2020; 22 (S1): S23-S28. doi:10.1684/epd.2019.1124.

45. Oddo S, Solis P, Consalvo D, Giagante B, Silva W, D_ Alessio L, Centurion E, Saidon P, Kochen S. *Mesial temporal lobe epilepsy and hippocampal sclerosis: assessment of cognitive function in Hispanic patients*. Epilepsy and Behavior. 2003; 4: 717-722.

46. Princich et al. *Temporal dynamic connectivity profile of epilepsy patients with hippocampal sclerosis*. 34th International Epilepsy Virtual Poster (IEC), 2021, abstract.

47. Nitrini R, Bottino CM, Albala C, Custodio Capuñay NS, Ketzoian C, Llibre Rodriguez JJ, Maestre GE, Ramos-Cerqueira AT, Caramelli P. *Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts*. Int Psychogeriatr. 2009; 21 (4): 622-30. doi: 10.1017/S1041610209009430. Epub 2009 Jun 9. PMID: 19505354; PMCID: PMC8324310.

48. Prince M, Acosta D, Chiu H., Scazufca M, Varghese M and Dementia Research, G. *Dementia diagnosis in developing countries: a cross cultural validation study*. Lancet. 2003; 361(9361): 909-917. Doi: 10.1016/S0140-6736(03)12772-9.

49. Silvia K, Zulma S, Julieta L, Medel N, Patricia S. *Screening of Cognitive Impairment: Undiagnosed or Over Diagnosis in a Vulnerable Population*. J Neurosci Cogn Stud. 2018; 2(1): 1009.

50. Miranda-Castillo C, Mascayano Tapia F, Roa Herrera A, Maray Ghigliotto F, Serraino Guerra L. *Implementation of a cognitive stimulation program in people with Alzheimer's type dementia: a pilot study in elderly Chileans*. Universitas psychologica. 2013; 12 (2): 445-455.

51. Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B. *Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition- based therapies for people with dementia*. Neuropsychological Rehabilitation. 2001; 11: 377-397.

52. Clare L, Woods RT. *Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review*. Neuropsychological Rehabilitation. 2004: 385-401.

53. Spector A, Orrell M, Woods B. *Cognitive Stimulation Therapy (TEC): Effects on different areas of cognitive function for people with dementia*. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2010: 25 (12): 1253-1258.

54. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies, S, Butterworth, M, Orrell M. *Efficacy of an evidencebased cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial.* The British Journal of Psychiatry. 2003: 183; 248- 254.

55. Knapp M, Thorgrimsen L, Patel A, Spector A, Hallam, A, Woods B, Orrell M. *Cognitive stimulation therapy for dementia: Cost-effectiveness analysis*. The British Journal of Psychiatry. 2006; 188: 574-580.

56. Aguirre E, Spector A, Orrell M. *Guidelines for adapting cognitive stimulation therapy to other cultures*. Clinical Interventions in Aging. 2014; 9: 1003-1007.

57. Lobbia A, Carbone E, Faggian S, Gardini S, Piras F, Spector A, Borella E. *The efficacy of cognitive stimulation therapy (CST) for people with mild to moderate dementia: A review*. European Psychologist. 2018; 23: 43-61.

58. McDermott O, Charlesworth G, Hogervorst E, Stoner C, MonizCook E, Spector A, Csipke E, Orrell M. *Psychosocial interventions for people with dementia: A synthesis of systematic reviews*. Aging and Mental Health. 2019: 23: 393-403.

59. Hwang WC. *The formative method for adapting psychotherapy (FMAP): A community-based developmental approach to culturally adapting therapy*. Professional Psychology: Research and Practice. 2009; 40: 369-377.

60. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B Orrell M. *Making a difference: An evidence-based group programme to offer Cognitive Stimulation Therapy (CST) to people. with dementia*. Manual for group leaders. United Kingdom: Hawker Publications; 2006.

61. Allegri RF, Russo MJ, Kremer J, Taragano FE, Brusco I, Ollari JA, et al. *Review of recommendations and new diagnosis criteria for mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease*. Vertex. 2012; 23 (101): 5-15.

62. Lezak MD, Howieson DB, Bigler ED, Tranel D. *Neuropsychological assessment*, 5th edition 5th edition. Oxford University Press; 2012.

RECEPCIÓN DE PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: EXPERIENCIA DE CAPACITACIÓN Y VINCULACIÓN TERRITORIAL.

RECEPTION OF INDIVIDUALS WITH MENTAL ILLNESS IN PRIMARY CARE: TRAINING AND TERRITORIAL LINKAGE EXPERIENCE.

RECEPÇÃO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS NO PRIMEIRO NÍVEL DE ATENDIMENTO: EXPERIÊNCIA DE CAPACITAÇÃO E VINCULAÇÃO TERRITORIAL

NADIA MARINA PERCOVICH[1], JULIETA DE BATTISTA[2], ANALÍA ZANATTA[1], JULIA MARTIN[3], SANTIAGO LEVIN[1]

Contacto: Nadia Marina Percovich – **Email:** nadiapercovich@gmail.com

FILIACIONES: 1. - Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ)- 2- Comisión de Investigaciones Científicas (CIC) –UNAJ. 3-Universidad Nacional de La Plata (UNLP).

Citar como: Percovich NM, De Battista J, Zanatta A, Martin J, Levin S. Recepción de personas con padecimiento mental en el primer nivel de atención: Experiencia de capacitación y vinculación territorial. Desde Acá. 2024; 2: p-p. 139-155

Resumen

En el marco de las articulaciones intersectoriales de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ) se presenta el trabajo territorial realizado por el equipo de Salud Mental en los municipios de Berazategui y Florencio Varela.

En la experiencia desarrollada se realizaron encuentros con trabajadores administratives cuyo eje fue la práctica reflexiva sobre el trabajo de recepción de personas con padecimiento mental.

Se realiza un relato de la experiencia de los talleres realizados en dos de los tres municipios mencionados, siendo el trabajo grupal el dispositivo privilegiado para el trabajo de reflexión sobre las prácticas en salud mental. El propósito de los mismos es dar cuenta del recorrido, las necesidades y las propuestas que fueron surgiendo en los diferentes espacios.

Finalmente y como resultado de la experiencia resaltamos el interés y las inquietudes de los participantes en lo que respecta al abordaje de las problemáticas de salud mental, los interrogantes en torno a los mitos y prejuicios que gira en torno a las personas y trabajadores de este campo así como el rol de personal de salud en el alojamientos de las demandas. Se destaca la necesidad de fortalecer redes de salud y contar con espacios para reflexionar sobre el abordaje de las problemáticas de salud mental y para el cuidado de les trabajadores.

Palabras Clave: Salud comunitaria - Estigma- primer nivel de atención

Abstract

Within the framework of the intersectoral efforts of the Arturo Jauretche National University (UNAJ), the territorial work carried out by the Mental Health team in the municipalities of Berazategui and Florencio Varela is presented.

In the developed experience, meetings were held with administrative workers, focusing on reflective practice regarding the reception of individuals with mental illness.

A narrative of the workshops conducted in two of the three mentioned municipalities is provided, with group work being the

privileged method for reflecting on mental health practices. The purpose of these workshops is to account for the journey, needs, and proposals that emerged in the different spaces.

Finally, as a result of the experience, we highlight the participants' interest and concerns regarding the approach to mental health issues, the questions surrounding myths and prejudices about individuals and workers in this field, as well as the role of health personnel in addressing demands. The need to strengthen health networks and have spaces for reflecting on the approach to mental health issues and for the care of workers is emphasized.

Keywords: Community health - Stigma - first level of care.

Resumo

No âmbito das articulações intersectoriais da Universidade Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), é apresentado o trabalho territorial realizado pela equipe de Saúde Mental nos municípios de Berazategui e Florencio Varela.

Na experiência desenvolvida, foram realizados encontros com trabalhadores administrativos cujo foco foi a prática reflexiva sobre o trabalho de acolhimento de pessoas com sofrimento mental.

É feito um relato da experiência dos workshops realizados em dois dos três municípios mencionados, sendo o trabalho em grupo o dispositivo privilegiado para a reflexão sobre as práticas em saúde mental. O objetivo dos mesmos é relatar o percurso, as necessidades e as propostas que foram surgindo nos diferentes espaços.

Finalmente, como resultado da experiência, destacamos o interesse e as preocupações dos participantes no que diz respeito à abordagem das questões de saúde mental, as questões em torno dos mitos e preconceitos que cercam as pessoas e trabalhadores deste campo, bem como o papel do pessoal de saúde no

acolhimento das demandas. Destaca-se a necessidade de fortalecer redes de saúde e contar com espaços para refletir sobre a abordagem das questões de saúde mental e para o cuidado dos trabalhadores.

Palavras-chave: Saúde comunitária - Estigma - primeiro nível de atenção.

Recepción de personas con padecimiento mental en el primer nivel de atención: experiencia de capacitación y vinculación territorial.

Nadia Marina Percovich, Julieta De Battista, Analía Zanatta Julia Martin, Santiago Levin

RECEPCIÓN DE PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: EXPERIENCIA DE CAPACITACIÓN Y VINCULACIÓN TERRITORIAL

NADIA MARINA PERCOVICH, JULIETA DE BATTISTA, ANALÍA ZANATTA, JULIA MARTIN Y SANTIAGO LEVI}

Introducción

Un equipo de vinculación e investigación sobre salud comunitaria en la UNAJ

El proyecto institucional de la Universidad Nacional Arturo Jauretche plantea que su misión consiste en estar atenta a las demandas sociales y al desarrollo de la región, y a la vez, valora los saberes propios de la comunidad. Esto quiere decir que el intercambio y trabajo mancomunado con el territorio es parte de la identidad de nuestra universidad. Se trata de producir conocimiento situado para y con las organizaciones y los sujetos de la comunidad. De este modo, poder trabajar en conjunto acerca de cómo se piensa a la salud mental y qué necesidades aparecen respecto de este campo de la salud, es una preocupación que tenemos en tanto docentes, investigadores y extensionistas de la UNAJ.

En una investigación que se centró en un barrio popular de la región y al que se asoció un proyecto de vinculación[1], pudimos advertir que si bien en el barrio existían intervenciones que acompañaban a las personas con padecimiento subjetivo, desde les trabajadores y organizaciones que eran parte de esas estrategias, se planteaba fuertemente la falta de dispositivos para atender a la salud mental. Se reforzaba la idea de que los padecimientos subjetivos deben ser tratados desde la atención especializada. Más adelante profundizaremos acerca del estigma y la idea de peligrosidad asociada a las personas que tienen problemas de salud mental. En ese proyecto, pudimos constatar cómo estas

representaciones contribuyen a que quienes trabajan en los territorios piensen que si no cuentan con personal "psi" en un centro de salud no pueden responder adecuadamente y no tienen demasiado que aportar. A partir de este trabajo, surgió la preocupación por brindar herramientas al equipo de salud para los primeros contactos con estas personas y situaciones complejas.

A la vez, a fines de 2021, un grupo de docentes de diferentes asignaturas y disciplinas, nos nucleamos para pensar líneas de trabajo comunes en torno a la salud mental comunitaria y con perspectiva de derechos. Nos convocaba la defensa y el trabajo en favor de la plena implementación de la normativa vigente, fundamentalmente de la Ley Nacional de Salud Mental n°26657 que consolida la inclusión de los derechos humanos en materia de salud mental en nuestro país y plantea una transformación en la atención respetuosa de los derechos y la autonomía de las personas con padecimiento mental. Este cambio paradigmático implica una reforma en los servicios de salud, en los que las personas con padecimiento estén en el centro de la propuesta, con tratamientos e intervenciones que fomenten la autonomía y la inclusión.

Este grupo retomó el trabajo de investigación y vinculación antes mencionado, a la vez que recuperó un trabajo previo de organización de dos jornadas sobre Salud Mental y Derechos Humanos, realizadas en 2018 y 2019 con el apoyo de los Programas de Salud Comunitaria y Derechos Humanos de la universidad. En paralelo y en línea con la misión de la universidad, en junio de 2022, comenzó conversaciones con secretarios de salud y responsables de salud mental de los municipios de Berazategui, Quilmes y Florencio Varela.

La recepción de personas con padecimiento: El estigma como barrera

Durante la segunda mitad del 2022 surgió una propuesta concreta de uno de los municipios, Berazategui, que planteaba como una de las barreras de acceso a la atención de personas con pa-

decimiento mental, los temores y dificultades de las personas encargadas de la recepción de estos pacientes en los CAPS. Aparecía allí un desafío y un recorte posible para intervenir, dentro del universo de todo lo que se puede hacer y todo lo que se mencionaba que falta en el campo de la salud mental.

Creemos oportuno aquí rescatar los aportes de Saraceno[2] respecto de la organización de los servicios de salud. El autor plantea que una mirada común de les trabajadores de salud es plantear como problema la falta de recursos. Si bien el autor, al igual que este equipo docente, no niega que este puede ser un problema concreto, señala que muchas veces la dificultad consiste en que se toma como recursos a aquello que "viene de arriba", es decir, que es brindado por las autoridades. Esta mirada niega la existencia de otros recursos fundamentales para que los servicios de salud funcionen: las personas que requieren asistencia, la comunidad, les propies trabajadores. El municipio de Berazategui planteaba la existencia de un recurso y la necesidad de reflexionar con esos trabajadores para que se puedan pensar como tal. Esta experiencia se concretó en octubre y noviembre de 2022 en ese municipio y se replicó en Florencio Varela en marzo y abril de 2023.

Consideramos que atender a esta necesidad resulta fundamental en un – momento en que los padecimientos mentales son cada vez más prevalentes, según mencionan fuentes periodísticas a partir de la post pandemia por COVID 19, y, a su vez, muchas personas no cuentan con un tratamiento adecuado. Stagnaro y otros [3] en un estudio epidemiológico en población general en nuestro país señalan que 1 de cada 7 personas padeció algún trastorno mental en el año 2017 y menos del 30% recibió tratamiento.

Una de las hipótesis posibles para entender las dificultades que se presentan a la hora de recibir a personas con padecimiento mental es que pesa sobre esta forma de malestar un fuerte estigma. Las personas con padecimientos mentales, sufren no sólo de las discapacidades y dificultades propias de su problemática, sino, además, de reacciones sociales negativas que dificultan su

bienestar, adaptación e inclusión social, limitando su autonomía e interfiriendo en el acceso a los servicios de salud[4-6]. Ignorancia, prejuicio y discriminación acerca de la "enfermedad mental"[7] se articulan en un complejo proceso que construye barreras y levanta muros invisibles e invisibilizados que separan, excluyen, clasifican y aíslan a aquellos que portan esa "indeseable diferencia"[8].

Goffman [8] define el estigma como la identificación que un grupo social crea sobre una persona, o grupo de personas, a partir de algún rasgo físico, conductual o social que se percibe como divergente del grupo y de la subsiguiente descalificación por el hecho de ser miembro del grupo en cuestión. También se ha definido el estigma como una característica de las personas que resulta contraria a la norma de unidad social, considerando como "norma" una creencia compartida dirigida a comportarse de una forma determinada en un momento preciso[9]. Actualmente, el término "estigma" se emplea en el ámbito de la salud, para indicar que ciertos diagnósticos despiertan prejuicios contra las personas portadoras del mismo[10] y generan desaprobación social[11]. El estigma también se manifiesta en una serie de estereotipos (mitos o creencias no contrastados) negativos, que a su vez producen una serie de prejuicios (actitud emocional de distanciamiento social) sobre un determinado colectivo que comparte una característica personal, y que normalmente devienen en actitudes discriminatorias (conductas de rechazo). Diversos grupos poblacionales han sufrido el peso de la estigmatización social a lo largo de los siglos: las mujeres, el colectivo LGTB, las personas con padecimientos mentales, migrantes.

La experiencia de los talleres

La propuesta fue realizar un taller en el que las personas que trabajan en los centros de salud pudieran reflexionar sobre las prácticas. El taller constaba de dos encuentros, el primero incluía una presentación general de la propuesta, las palabras de las autoridades y el trabajo en grupos de alrededor de 30 personas coordinados por un referente del equipo UNAJ. El segundo encuentro

comenzaba por el trabajo en grupos y finalizaba con una puesta en común y las conclusiones del equipo.

La modalidad al interior de cada grupo fue pensada como una adaptación de los grupos Balint [12], creados por Michel Balint en los años 50 en Gran Bretaña y que consistían en grupos de reflexión en los cuales los participantes, ayudados por un psicoanalista o coordinador de grupos, reflexionaban críticamente sobre sus dificultades en la relación médico – paciente. El objetivo de esos grupos era mejorar las competencias comunicacionales y afrontar situaciones difíciles. En relación al encuadre de trabajo, una de las consignas que señalamos era que no hicieran "autoconfesiones", revelaciones que pudieran generar malestares en el encuentro cotidiano en el lugar de trabajo.

Consideramos que la capacidad de reflexionar sobre la práctica es fundamental para mejorar los servicios de salud. Respecto al trabajo, en este caso de recepción de personas en un servicio de salud, tomamos a Dejours[13], quien señala que el trabajo prescripto, lo que está indicado hacer, nunca es suficiente para atender a lo que ocurre concretamente en el encuentro con el trabajo real. Aquello que acontece en lo concreto, no coincide con la intervención que se piensa como ideal. Carballeda[14] plantea que a los servicios llegan "sujetos inesperados" aquelles que nos hacen tener que intervenir de otros modos, con nuevos padecimientos que ni siquiera imaginamos. Trabajar es fracasar, dice Dejours[13], este autor propone, en principio, dar cuenta de los fracasos, asumir el no saber y el no poder, para luego imaginar otros modos de intervenir. A esto último lo marca como la capacidad de invención. La invención sólo es posible si le trabajador está comprometido con su trabajo, es decir, la propuesta del espacio de práctica reflexiva no es la crítica estéril, sino la posibilidad de modificar los modos de trabajo. A partir de esta propuesta, pensar juntes acerca de cómo mejorar el trabajo de recepción de personas con padecimiento, y coincidir en que las dificultades en esa tarea incomodan no sólo a les pacientes sino fundamentalmente frustran a les trabajadores, encaramos nuestra tarea.

En los grupos, si bien fueron realizados en dos municipios que cuentan con diferentes propuestas para atender a la salud mental en los servicios municipales, pudimos encontrar algunas regularidades. Respecto de la conformación de los grupos, si bien la convocatoria específica fue a administratives, participaron otres trabajadores que son parte de los equipos de salud: promotores de salud, operadores de emergencias, psicólogues, médiques y enfermeres. En uno de los grupos participó personal de limpieza y pudieron relatar experiencias de mucha interacción con las personas que asisten a los centros de salud: “Las cosas que se pueden escuchar cuando una tiene una escoba en la mano”. Esta pequeña viñeta llevó a reflexionar sobre la importancia de todes les trabajadores de los CAPS.

Resultó interesante cómo caracterizan algunos participantes la demanda en salud mental, por un lado, marcan que muchas veces se solicita un turno con une profesional especializado, psicólogue o psiquiatra, y el problema es que no siempre hay disponibilidad, especialmente con psiquiatría, que se presenta como recurso crítico. En algunos casos, cuentan que, si el tratamiento no se logra sostener, por diferentes causas (la persona falta y pierde el turno o no se siente a gusto con el profesional), la persona responsabiliza a les administratives.

Algunes trabajadores que están en el territorio, promotores de salud y otres operadores, pueden dar cuenta de una necesidad que no se traduce en demanda: personas que necesitan atención en salud mental pero no se animan a pedirlo, no quieren hacer tratamiento. Señalan que los consumos problemáticos en general toman esta modalidad y la demanda aparece por parte de familiares y allegades. En este caso plantean la dificultad de recepcionar a estas personas que no quieren ser tratadas.

Con relación al rol de ejercer esa primera escucha, algunos plantean que es inevitable que al momento de pedir ayuda, les expliquen los motivos por los que la necesitan y que muchas veces se les hace difícil escuchar. “Se descargan con nosotres”, dicen.

Marcan que es difícil escuchar situaciones complejas, especialmente si incluyen violencias, algo que es bastante habitual.

Si tomamos lo enunciado respecto del estigma, es interesante ver cómo caracterizan a las personas en situación de padecimiento mental: “nervioso”, “te das cuenta de entrada que viene para salud mental”, “habla rápido”, “pide muchas cosas”, “es confuso”, “vienen a pedir algo concreto como tomar la presión pero lo que quieren es hablar”. En uno de los grupos aparece que una buena recepción depende de armar vínculo: saber el nombre de la persona es un modo de darle otro lugar de más cercanía. A la vez, en otros grupos marcan que la cercanía puede ser también un obstáculo. Se transcriben a continuación algunos dichos de participantes de los grupos:

> *“A mí me pasó que les di mi teléfono y al final lo tuve que cambiar porque me llamaban a cualquier hora o no podían dormir y me mandaban un mensaje a las dos de la mañana y yo no iba a contestar”*

> *“Ellos vienen y se descargan con nosotros y nosotros después, ¿qué hacemos?”*

> *“Yo llego a casa y no tengo ganas de hablar con nadie, estoy cansada, me quiero quedar en mi casa, ni tengo ganas de salir”*

Se advierte en estas frases que las dificultades para recibir a las personas con padecimiento no tienen que ver con no querer recibirlos, sino en su gran mayoría porque la manera en que los habían recibido les había implicado consecuencias a ellos que les resultaron difíciles de sobrellevar: cansancio, sobrecarga. A partir de esto, se trabajó respecto del cuidado del personal. Señalan que después de la pandemia hay mucha más demanda y que este evento fue un quiebre en los servicios, algo muy difícil de atravesar para elles por lo tanto, también se hace necesario un espacio

de escucha y contención para les trabajadores. En este sentido, se valora la iniciativa de poner en común y pensar en conjunto, y apuestan a construir un espacio para contener a los trabajadores.

De la mención a la carga laboral y al propio sufrimiento acontecido puntualmente en pandemia, pero ante las dificultades en el trabajo, surge que el padecimiento mental no es cuestión de otres, "los pacientes", sino que nos puede pasar a todes. Esto lleva a reforzar la importancia de poder hablarlo y de no estigmatizar a quien sufre. En algunos grupos además surgieron experiencias de familiares y allegades de les trabajadores que presentan algún tipo de diagnóstico en salud mental. Se menciona la necesidad de trabajar con las familias y comunidades para pensar en articular apoyos para estos casos.

A esto se le anuda otra dificultad que advierten y tiene que ver con el trabajo con otres, es decir, una vez escuchada la situación cómo articular con profesionales y otros efectores de salud. Advertimos que los vínculos interpersonales entre les trabajadores facilitan u obstaculizan las posibilidades de conseguir un espacio de escucha para las personas que se acercan. En algunos casos, se menciona que hay contacto telefónico entre le administrative y le psicólogue de un CAPS y eso vehiculiza los turnos, en otros, la falta de comunicación hace que les administratives no sepan si una persona continúa o no en tratamiento.

Por otra parte, algunas personas que se encargan de la recepción tienen un conocimiento parcial de los modos de intervenir en salud mental, cuáles son los lugares a derivar si no se cuenta con el recurso en el mismo CAPS y en qué circunstancias es necesario articular una derivación a otro efector de otro nivel y/o jurisdicción. En relación a este punto, se estableció en el cierre de los encuentros un momento para que las directoras de Salud Mental de cada municipio puedan explicar los mecanismos formales de intervención e informen sobre las actividades - grupos, talleres, jornadas - que realizan desde esas áreas.

Respecto de la articulación con otros niveles y jurisdicciones, se señala que en las crisis no siempre hay una adecuada recepción de las personas en las guardias de los hospitales generales. Lo mismo ocurre si se requiere de un turno de especialista en esos niveles. Al respecto, algunos señalan que cuando la respuesta tarda en llegar, las personas se frustran y no vuelven a pedir ayuda, por lo tanto, es clave mejorar estas articulaciones.

Pudimos ver que hay una tendencia y un esfuerzo dirigido a formalizar redes de trabajo intra e interinstitucionales. Sin embargo, con frecuencia, las autoridades del área se encargan de acompañar las derivaciones personalmente.

En relación al vínculo con otros sectores, algunos señalan que desde educación y justicia se piden turnos que se intentan vehiculizar pero no siempre las personas pueden sostenerlo. Se sugiere realizar jornadas similares a estos talleres para consolidar ese trabajo intersectorial, especialmente con relación a niñeces debido a que educación solicita evaluaciones diagnósticas o turnos sin que esa demanda sea percibida por la familia, lo que dificulta la continuidad de los tratamientos.

Además, se menciona que, aunque hay mucho trabajo comunitario, no todas las personas acceden a los CAPS, por lo tanto, es necesario estar en contacto con otras organizaciones del territorio. Esto surge a partir de pensar que las urgencias suceden en los barrios, con personas que a veces no quieren consultar y que son las familias, les vecines y les trabajadores de los CAPS que a veces viven cerca de su lugar de trabajo, quienes intervienen. Por lo tanto, pensar entre todes en estas situaciones ayuda a que, en lugar del temor y el rechazo, pueda surgir una intervención que aborde la singularidad de la situación, entendiendo que en salud mental no se establecen protocolos estrictos como puede haber en otras áreas de la salud.

Conclusiones: nuevas líneas en vinculación, extensión e investigación

En primer lugar, es de destacar la importante respuesta que hubo de parte del personal para participar de la convocatoria, es decir que nos encontramos con un interés acentuado en los asuntos relativos a la intervención en situaciones que involucran la salud mental.

En el trabajo realizado con los grupos en ambos municipios se puso de manifiesto la vigencia de ciertas representaciones o prejuicios asociados a la salud mental: el estigma de la peligrosidad, la idea de que faltan recursos especializados para atender a estas personas. Hay otro prejuicio que parece estar más enraizado: de los problemas de salud mental tienen que ocuparse les especialistas y atañen a personas diagnosticadas con algún trastorno.

Durante el trabajo en los grupos, algo de estos prejuicios pudo interrogarse. La idea de que la intervención sólo puede realizarla un especialista pudo cuestionarse y dio lugar al relato de diferentes intervenciones que los trabajadores habían realizado (más allá de otorgar un turno con el especialista): ofrecer una primera recepción de escucha de la situación, creación de un lazo con la persona, detección de situaciones que requerirían de una intervención pero que no se traducen en una demanda dirigida a salud mental (casos de situaciones de violencia o consumo problemático de sustancias en los que las personas no solicitaban un tratamiento, aunque se presentaban situaciones de violencia y/o riesgo). De esta manera, quedó de manifiesto en el trabajo grupal que el personal cuenta con cierto saber-hacer en estas situaciones y que hay un compromiso de su parte. Ahora bien, de este trabajo también se desprende como conclusión -a partir de lo dicho en los grupos- que estas intervenciones basadas en un saber-hacer más intuitivo producen en ocasiones una sobrecarga del personal, que engendra un malestar en su salud mental. Este efecto del trabajo grupal fue de suma importancia, dado que permitió hablar ya no sólo del padecimiento mental de las personas que consultan como una situación que atañe a otros (les estigmatizades), sino que ubicó al

propio personal en el lugar de quienes pueden presentar cierta afectación en su salud mental. Surgió entonces la importancia de contar con espacios de trabajo acerca de cómo cuidar la salud mental del personal y también con algunos lineamientos de intervención más precisos para recepcionar estas situaciones.

A partir de estas conclusiones preliminares, nos hemos propuesto avanzar en diferentes líneas de acción tanto en investigación, vinculación y extensión.

Con respecto a la investigación, se formuló un proyecto titulado "Problemas de implementación de la Ley de Salud Mental: evaluación de un protocolo de actuación para situaciones críticas recibidas en el primer nivel de atención"[15]. Este proyecto de investigación obtuvo el financiamiento del programa de becas Julieta Lanteri (otorgadas por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires). Se está llevando a cabo en la Dirección de Salud Mental del municipio de Berazategui. Se elaboró un protocolo de actuación para situaciones críticas en salud mental recibidas en el primer nivel de atención. Dicho protocolo consiste en ciertos lineamientos para la intervención, y no se constituye en un protocolo estricto de pasos a seguir, sino que explicita posibles intervenciones acordes a lo que estipula la Ley Nacional de Salud Mental. Se realizaron capacitaciones acerca de la Ley y del uso de estos lineamientos con el personal administrativo, personal de SAME, profesionales de la salud mental y demás trabajadores. En estas capacitaciones surgió que una dificultad mayor para la intervención era cierto desconocimiento de lo promulgado por la ley. La investigación tiene como objetivo producir conocimiento acerca de la posible efectividad del uso de este protocolo en la intervención de estas situaciones. Entendemos que la propuesta de la investigación ha sido una manera de dar curso al problema que les trabajadores ubicaron en los grupos acerca de no saber cómo intervenir en salud mental o la derivación de esas situaciones a los especialistas.

En lo que respecta a líneas de trabajo posibles en vinculación y extensión consideramos de importancia continuar con la pro-

puesta de coordinar espacios de prácticas reflexivas con operadores, administratives y profesionales que lo requieran. Un tema que resultó de interés en los grupos es el de cómo cuidar la salud mental de los trabajadores. Por otra parte, es de fundamental importancia avanzar en el trabajo con el territorio en pos de contribuir a la construcción de redes que faciliten la articulación entre actores. En este sentido, la opción de trabajar con las escuelas, los equipos de orientación escolar y recursos del primer nivel permitiría orientar la intervención hacia el cuidado de la niñez, como estrategia de atención primaria e integral de la salud.

Referencias bibliográficas

1. Baigorria N, Calcagno Collado F, Osella N, Percovich N. Representaciones, prácticas participativas, pandemia y padecimiento subjetivo en el Comité Operativo de Emergencia COE de Villa Itatí, Quilmes. 3° Jornada de Investigación de la UNAJ. 2022. Disponible en: https://biblio.unaj.edu.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=10233

2. Saraceno B. La ciudadanía como forma de tolerancia. Átopos 1999; 3: 5-14.

3. Stagnaro JC, Cía A, Vázquez NR, Vommaro H, Nemirovsky M, Sustas SE, et al. Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 2018; XXIX: 275-299.

4. Acuña C, Bolis M. La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América latina: amenazas y perspectivas. 2005. Disponible en: www.eutimia.com/ops/leg-stigmatization-eng.pdf.

5. Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. Epidemiol Psichiatr Soc. 2008; 17(1):14-9.

6. Mascayano F, Tapia W, Castro L, Mena Poblete C, Manchego Soza C. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. Salud Ment 2015; 38(1):53-58.

7. Thornicroft G. Elementos para combatir la discriminación de las personas con enfermedad mental. Norte de Salud Mental 2007; 28: 16–22.

8. Goffman, E. La identidad deteriorada. Editoral Amorrurtu. Buenos Aires. 1968

9. Stafford MC, Scott R. Stigma deviance and social control: some conceptual issues. The dilemma of difference. En: Ainlay SC, Becker LM, Coleman LM (Eds). 1986; pp.80-83.

10. Muñoz M, Pérez-Santos E, Crespo M, Guillén AI. El estigma de la enfermedad mental. Madrid: Ed. Complutense. 2009

11. Stuart H. Stigma and work. Healthc Pap. 2004;5(2):100-11.

12. Daurella N. La aportación de los grupos Balint: una perspectiva actualizada. Madrid, Semfyc. 2008

13. Dejours C. El sufrimiento en el trabajo. Editorial Topía. Buenos Aires. 2015

14. Carballeda AJ. La intervención en lo social. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2002

15. Martin J, De Battista JL, Maugeri N, Azcona M. Investigación evaluativa de un protocolo para urgencias de salud mental en el primer nivel de atención. Vertex Rev Arg Psiquiatr 2024; 35(163): 6-17.

ESTRATEGIAS QUIRÚRGICAS PARA LA EPILEPSIA TEMPORAL FARMACORESISTENTE EN PAÍSES EN DESARROLLO: EXPERIENCIA CON STEREO-ELECTRONCEFALOGRAMA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD.

SURGICAL STRATEGIES FOR DRUG-RESISTANT TEMPORAL EPILEPSY IN DEVELOPING COUNTRIES: *EXPERIENCE WITH STEREO-ELECTROENCEPHALOGRAM IN A HIGH-COMPLEXITY PUBLIC HOSPITAL.*

ESTRATÉGIAS CIRÚRGICAS PARA EPILEPSIA TEMPORAL RESISTENTE A MEDICAMENTOS EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO: *EXPERIÊNCIA COM ESTEREOELETRONCEFALOGRAMA EM HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEXIDADE.*

SILVIA ODDO1, BRENDA GIAGANTE1,
SILVIA KOCHEN1.

Contacto: Silvia Oddo **- Email:** silviaoddo4@gmail.com

FILIACIONES: 1. Servicio de Neurociencias, Hospital El Cruce" Nestor Kirchner", ENyS, UNAJ, CONICET, Florencio Varela, Aregentina**.**

Citar como: Oddo S, Giagante B, Kochen S. *Estrategias quirúrgicas para la epilepsia temporal farmacoresistente en países en desarrollo: experiencia con stereo-electroncefalograma en un hospital público de alta complejidad.* Desde Acá. 2024; 2: p-p. 156-183

Resumen

En este trabajo presentamos la evidencia de que en un país en vías de desarrollo es posible realizar el tratamiento quirúrgico de los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal resistente a fármacos, incluidos aquellos casos que requieren SEEG, con un resultado similar al de los países desarrollados.

Seleccionamos 19 pacientes consecutivos con epilepsia del lóbulo temporal resistente a fármacos, que fueron sometidos a evaluación con SEEG en el Hospital El Cruce entre 2014 y 2019. La SEEG se realiza en caso de fracaso en la localización de la Zona Epileptógena (ZE) con métodos no invasivos, cuando las hipótesis de ZE se localizan en áreas extratemporales, RM negativa, sospecha de inicio bilateral, lesión bilateral del hipocampo, o con discrepancias entre los hallazgos de la RM y el Video-EEG de superficie. El esquema de implantación de electrodos profundos se planificó a partir de la hipótesis de ZE, basada en el Video-EEG, especialmente la semiología clínica ictal, los datos de neuroimagen y los resultados neuropsicológicos. Se implantaron entre 6 y 12 electrodos por paciente, en áreas temporales y extratemporales.

En 13 pacientes (68,4%) con ZE unilateral se indico cirugía. Siete pacientes fueron sometidos a una resección de la región temporal mesial (izquierda N=3, derecha n=4). Un paciente fue sometido a una corticectomía frontotemporal y otro a una insulectomía. Seis pacientes fueron excluidos formalmente de la cirugía.

De acuerdo con los resultados obtenidos en este análisis de casos, consideramos que la SEEG es un método adecuado para definir la ZE en pacientes con epilepsia temporal farmacorresistente y la posterior indicación de cirugía. Esperamos incentivar la multiplicación de centros de cirugía de epilepsia en la región que cuenten con personal especializado y recursos financieros. A pesar de los elevados costos, es posible un desarrollo con la misma calidad que el realizado en los países desarrollados.

Palabras clave: Epilepsia del lóbulo temporal, stereo-electroncefalograma, cirugía de epilepsia, semiología clínica ictal, semiología eléctrica ictal

Abstract

Introduction: In this work we present the evidence that in a developing country, it is possible to perform surgical treatment for drug resistant temporal lobe epilepsy patients, including those cases that require SEEG, with a similar outcome than in developed countries.

Methods: We selected 19 consecutive drug resistant temporal lobe epilepsy patients, who underwent SEEG evaluation at El Cruce Hospital from 2014 to 2019. SEEG is performed due to failure to localize the Epileptogenic Zone (EZ) with non-invasive methods, when the hypothesis of EZ are suspected to involve extra temporal areas, negative MRI, suspected bilateral onset, bilateral hippocampal lesion, or with discrepancies between MRI findings and scalp Video-EEG monitoring. The implantation scheme was planned based on the EZ hypothesis, based on scalp Video-EEG, especially ictal clinical semiology, neuroimaging data and neuropsychological results. Between 6 and 12 multilead electrodes per patient were implanted, in temporal and extra temporal areas.

Results: Thirteen patients (68.4%) with unilateral EZ were found eligible for surgery after SEEG. Seven patients underwent a mesial temporal region resection (left N=3, right n=4). One patient underwent a frontotemporal corticectomy, one patient an insulectomy. Six patients were formally excluded from surgery because of the bilateral (seizures originating independently or concomitantly in both temporal lobes) or multifocal origin of their seizures.

Conclusion: According to the results obtained in this case analysis, we consider SEEG to be an appropriate method to define

EZ in patients with drug-resistant temporal epilepsy and the subsequent indication for surgery. We hope to encourage the multiplication of epilepsy surgery centers in the region that have specialist staff and financial resources. Despite the high costs, it is achievable development with the same quality as that carried out in developed countries.

Keywords: Temporal lobe epilepsy, Stereoelectroencephalography, Epilepsy surgery; Ictal clinical semiology, Ictal electrical semiology

Resumo

Introdução: Neste trabalho, apresentamos as evidências de que, em um país em desenvolvimento, é possível tratamento cirúrgico para pacientes com epilepsia do lobo temporal resistente a medicamentos, incluindo os casos que requerem SEEG, com um resultado semelhante ao dos países desenvolvidos.

Métodos: Selecionamos 19 pacientes consecutivos com epilepsia do lobo temporal resistente a medicamentos, que foram foram submetidos à avaliação com SEEG no Hospital El Cruce de 2014 a 2019. O SEEG é realizado devido a falha na localização da zona epileptogênica (ZE) com métodos não invasivos, quando há suspeita de que a hipótese de ZE envolva a região extra temporal.

EZ envolver áreas extra-temporais, ressonância magnética negativa, suspeita de início bilateral, lesão hipocampal bilateral lesão hipocampal bilateral, ou com discrepâncias entre os achados da RM e o monitoramento de vídeo-EEG do couro cabeludo. O esquema de implantação foi planejado com base na hipótese de EZ, com base no vídeo-EEG do couro cabeludo, especialmente a semiologia clínica ictal, dados de neuroimagem e resultados neuropsicológicos. Entre 6 a 12 eletrodos de múltiplos eletrodos por paciente foram implantados, em áreas temporais e extra-temporais.

Resultados: Treze pacientes (68,4%) com ZE unilateral foram considerados elegíveis para cirurgia após o SEEG. Sete pacientes foram submetidos a uma ressecção da região temporal mesial (esquerda N=3, direita n=4). Um paciente foi submetido a uma corticectomia frontotemporal e um paciente a uma insulectomia. Seis pacientes foram formalmente excluídos da cirurgia.

Conclusão: De acordo com os resultados obtidos nesta análise de caso, consideramos o SEEG como um método apropriado para definir a EZ em pacientes com epilepsia temporal resistente a medicamentos e a indicação subsequente de cirurgia. Esperamos incentivar a multiplicação de centros de cirurgia de epilepsia na região que tenham equipe especializada e recursos financeiros. Apesar dos altos custos, é possível desenvolver com a mesma qualidade que a realizada nos países desenvolvidos.

Palavras-chave: Epilepsia do lobo temporal, estereo-eletroencefalografia, cirurgia de epilepsia, semiologia clínica ictal, semiologia elétrica ictal

ESTRATEGIAS QUIRÚRGICAS PARA LA EPILEPSIA TEMPORAL FARMACORESISTENTE EN PAÍSES EN DESARROLLO: EXPERIENCIA CON STEREO-ELECTRONCEFALOGRAMA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD.

SILVIA ODDO1, BRENDA GIAGANTE1,
SILVIA KOCHEN1.

Introducción

La cirugía de la epilepsia es una opción de tratamiento para las personas con epilepsia del lóbulo temporal farmacoresistente[3]. Una revisión reciente ha demostrado la baja disponibilidad de la cirugía de la epilepsia en algunos países de ingresos bajos y medios, y mas aun si fuera necesario realizar un implante de electrodos profundos intracerebrales para la definición de la Zona Epileptógena (EZ) en candidatos quirúrgicos[2].

La estereoelectroencefalografía (SEEG) fue diseñada y desarrollada en la década de 1960 en París, Francia, por Talairach y Bancaud[4]. Es un método invasivo para explorar epilepsias focales farmacorresistentes por el cual podemos describir las redes epiléptogenicas en tres dimensiones. La identificación de ZE mediante SEEG ha ganado aceptación en la última década en contraste con la electrocorticografía[10].

En este estudio, presentamos nuestra experiencia en Argentina desde 2014.

En 1984, algunos miembros de nuestro grupo comenzaron a realizar SEEG intraoperatoria aguda (SEEG), y a partir de 1994, con registros extraoperatorios crónicos. Nuestro Centro de Cirugía de la Epilepsia se instaló en un hospital público desde 1984 hasta 2014. En 2014, el mismo equipo profesional se trasladó a otro hospital público, continuando su actividad en investigación y docencia.

Según el sistema de salud argentino, los pacientes que tienen cobertura estatal no tienen que pagar directamente por los servicios médicos. En el caso de otros pacientes con cobertura, el costo se subcontrata. En nuestra experiencia, la creación de centros locales especializados en epilepsia con capacidad para realizar evaluaciones prequirúrgicas y cirugías de epilepsia enfrentan varios desafíos, una visión crítica de los avances tecnológicos y la necesidad de apoyar a personas bien capacitadas que puedan evaluar y operar a pacientes con recursos relativamente limitados. La historia de la medicina moderna muestra que el uso de recursos tecnológicos, que inicialmente tienen un alto costo y por lo tanto se limitan exclusivamente a países con altos niveles de ingresos, a medida que comienzan a tener un uso más amplio, los costos disminuyen. Desde hace pocos años, esta tecnología ha comenzado a utilizarse en países subdesarrollados, sin embargo, el mayor reto es la formación de recursos humanos especializados.

En este trabajo se presenta la evidencia, mediante el análisis de una serie de casos, que en nuestro país es posible realizar tratamiento quirúrgico a pacientes con epilepsia farmacorresistente, especialmente aquellos casos que requieren SEEG, con un resultado similar al de los países desarrollados.

Material y métodos

Sujetos.

Para esta investigación, seleccionamos 19 pacientes consecutivos con epilepsia del lóbulo temporal farmacoresistente, que se sometieron a SEEG en el Hospital El Cruce de 2014 a 2019. Todos los pacientes fueron estudiados con un protocolo similar.

En el grupo seleccionado de pacientes se decidió realizar SEEG debido a la imposibilidad de localizar la EZ con métodos no invasivos, sospecha la hipótesis de zonas epileptógenas que afectan a áreas extratemporales, pacientes con RM negativa, sospecha de inicio bilateral, con esclerosis hipocampal bilateral, o con dis-

crepancias entre los hallazgos de la RM y el video-EEG de superficie. La ZE de los pacientes seleccionados se definió con base en la semiología ictal, los hallazgos eléctricos, la RM y las pruebas neuropsicológicas.

Fase no invasiva.

Fase I: Registro de video-EEG[11].

Datos funcionales interictales: Valoración neuropsicológica y neurológica, evaluación de salud mental, PET, si es necesario (no siempre disponible).

Resonancia magnética de 3 Tesla[12,13].

Fase invasiva.

Fase II: La planificacion anatómica de los electrodos se estableció individualmente, de acuerdo con la información disponible. Las hipótesis sobre la localización de la ZE se establecieron en una reunion prequirúrgica interdisciplinaria con epileptólogos, neurocirujanos, neurorradiólogos, neuropsicólogos y psiquiatras.

SEEG.

La SEEG se llevó a cabo durante el monitoreo a largo plazo (7 a 12 días/24 h). El tiempo de registro fue el necesario para registrar varias de las crisis habituales del paciente. Se utilizó un equipo Micromed de 64 a 128 canales, Brain Quick, SDLTM 64 express, a una frecuencia de muestreo de 256 Hz.

El protocolo durante el período ictal y post-ictal incluyo la evaluación sistemática del paciente, realizada por personal técnico calificado y, al mismo tiempo, se instruyó a los pacientes para que avisen rápidamente al personal cada vez que experimenten su primer síntoma.

Mediante la revisión del video-EEG fue posible identificar con precisión cada síntoma y su momento preciso de aparición, así como la actividad ictal asociada a la SEEG.

Adquisición, registro y análisis de SEEG.

Se implantaron entre 6 y 12 electrodos Ad Tech® por paciente, en áreas temporales y extratemporales dependiendo de la hipotesis de la ZE. Los electrodos se implantaron perpendicularmente al plano vertical de la línea media, con la cabeza del paciente fijada en el marco estereotáxico de Talairach . Para las estructuras del lóbulo temporal mesial, se insertaron electrodos de profundidad a través de orificios de perforación de 2,5 mm de diámetro, utilizando orientación ortogonal, generalmente dirigidos a la amígdala, la región anterior, media y posterior del hipocampo.

Los electrodos ingresan a través de la circunvolución temporal media o inferior y proporcionan información de la corteza insular, corteza lateral (los contactos superficiales) y de las estructuras mesiales (contactos más profundos.

Cuando la hipótesis de EZ involucraba áreas extratemporales, se implantaron otros electrodos explorando la región perisilviana extratemporal (corteza orbitofrontal, región opérculo-insular a través del opérculo frontal, opérculo temporal), otras áreas implantadas fueron: área parietal suprasilviana, cíngulo anterior o posterior con el fin de determinar la extensión de la ZE.

Las trayectorias oblicuas se utilizaron para llegar a la corteza orbitofrontal postero-medial. Cada electrodo contiene: 9 o 10 contactos de platino con una distancia entre contactos de 2,6 (Spencer) o 4,43 (Micro-Macro) mm, una longitud de contacto de 2,41 mm y un diámetro de 1,1 mm (Spencer), o 9 contactos de platino, una distancia de 1,43 mm entre el primer y el segundo contacto y una distancia entre electrodos de 4,43 mm entre el segundo y el último.

La longitud del contacto fue de 1,57 mm y el diámetro del electrodo fue de 1,28 mm.

La señal clínica de SEEG se filtró de paso bajo a 1000 Hz, se muestreó a 2000 Hz y se registró utilizando un sistema de EEG de 128 canales Micromed. Simultáneamente, se implantaron microelectrodos con dos propósitos, identificar la EZ e investigar sobre sistemas de memoria, pero aún sin aplicación clínica, y estos datos no serán analizados en este trabajo[14]. (Ad-Tech Medical Instrument Corporation, EE.UU. y Micromedicina).

La posición exacta de cada electrodo se verificó mediante el co-registro de tomografía computarizada y resonancia magnética postimplante. Los electrodos se dejaron colocados hasta 12 días.

La actividad del EEG se analizó mediante registros bipolares entre contactos contiguos y/o montajes referenciales, en un montaje global, agrupando regiones adyacentes y estrechamente conectadas y mostrándolas a lo largo de los ejes rostrocaudal y/o dorsoventral, para proporcionar una visión general adecuada para el análisis visual.

Se identifico la sincronía y la asincronía interictales de diversas áreas. El electrocardiograma se monitorizo sistemáticamente.

Para el propósito de este estudio, todos los registros de SEEG fueron revisados por 3 lectores calificados entrenados y experimentados en la interpretación de video EEG.

Patrones interictales: Se analizó la presencia de actividad lenta, ondas agudas, punta-onda y actividad rápida.

Patrones de inicio ictal: El primer signo claro de cambio en el EEG con respecto a la línea de base, se identificó como inicio de la crisis. La Zona de Inicio ictal (ZII) se identificó visualmente como 3 patrones: 1) Actividad rápida; 2) Descarga lenta de alta amplitud con actividad rápida superpuesta; 3) Ondas agudas repetitivas

u ondas agudas en la fase pre ictal, seguidos de una actividad rápida (Figuras 1a-1c).

Estimulación eléctrica cortical.

Las crisis desencadenadas por Estimulación Eléctrica cortical (EEC) tienen un importante valor diagnóstico cuando reproducen el patrón clínico habitual de las crisis del paciente.

Se realizo una EEC bipolar para mapear las áreas elocuentes y evaluar la ZE. Cuando fue necesario, la medicación antiepiléptica se redujo progresivamente durante la internación.

La EEC generalmente se realizó después del registro de crisis espontáneas y se realizó entre dos contactos contiguos del electrodo utilizando corriente bipolar y bifásica. Se utilizaron estímulos bipolares de pulso único. La presencia de post descargas (PD) ayudó a diferenciar las áreas no epileptógenas de las epileptógenas.

Utilizamos dos parámetros diferentes:

• Baja frecuencia (estimulación de choque) frecuencia de 1 Hz, duración de 0,3 a 3 milisegundos, intensidad de 0,5 a 5 miliamperios, duración de estimulación de 20 segundos a 60 segundos.

• Alta frecuencia (estimulación del tren): frecuencia de 50 Hz, duración de 0,5 a 1 milisegundos, intensidad de 0,5 a 5 miliamperios, duración de la estimulación de 5 segundos. Durante las estimulaciones, se utilizaron las siguientes tareas: denominación, discurso automático (contar), repetición, lectura en voz alta y fluencia verbal.

Adquisición de resonancia magnética y tomografía computarizada, localización de electrodos.

Todos los sujetos fueron escaneados en un resonador Philips Achieva 3T, con una resolución isotrópica final en el plano de 1

mm. (TR/TE/TI=9,2/4,2/450 ms, matriz 256 × 256, ancho de banda 31,2 kHz, campo de visión 256 mm × 256 mm y 180 cortes). Realizamos segmentación anatómica específica del sujeto, para su posterior análisis utilizando freesurfer (http://surfer.nmr.mgh.harvard.edu/). Se realizó tomografía computarizada (TC) sin contraste (LSVCT GE, 64 detectores) a cada paciente inmediatamente después de la colocación de los electrodos con el fin de visualizar los contactos de los IE y como parte de la evaluación clínica.

Registro de RM con TAC post-implantado y modelos 3D

Para cada paciente, registramos la imagen de RM T1 preoperatoria de alta resolución y la TC post-implantada, mediante el uso de la plataforma de análisis de imágenes médicas (http://www.slicer.org) de código abierto 3D Slicer. Este procedimiento aseguró que las imágenes de TC y las IE estuvieran alineadas con la resonancia magnética previa al implante, todas las segmentaciones y reconstrucciones cerebrales en 3D proporcionadas por freesurfer como se describe en detalle por Princich et al.[12].

PET

Nuestro Hospital no cuenta con equipos de Tomografía por Emisión de Positrones (PET). En algunos pacientes pudimos realizar PET interictal de F-fluorodesoxiglucosa (FDG).

Evaluación neuropsicológica.

El protocolo neuropsicológico utilizado en este estudio fue el mismo que fue publicado previamente por nuestro grupo, y demostró ser útil para localizar y lateralizar la ZE[17-21].

La evaluación neuropsicológica se realizó en tres etapas diferentes: antes de la cirugía, 6 meses después de la resección y un año después.

El protocolo incluyo: (i) Atención: dígitos hacia adelante y hacia atrás, WAIS, TMT Parte A; (ii) Memoria verbal: Prueba de Aprendizaje Verbal Auditivo de Rey (RAVLT) y Prueba de Aprendizaje de Lista; iii) Memoria visual: prueba de figuras complejas de Rey-Osterrieth (RCFT); (iv) Función ejecutiva: Prueba de Wisconsin (WCST), Prueba de TMT Parte B.

Fluencia verbal (FAS); lenguaje: Prueba de denominación de Boston (BNT), Prueba de Token (TT); (vi) Cociente intelectual (CI); vii) Lateralidad: Cuestionario de Edimburgo (EHQ); (viii) Habilidades visoespaciales: pruebas de Hooper; Test de líneas de Benton.

Evaluación psiquiátrica.

La evaluación psiquiátrica fue realizada por psiquiatras entrenados, durante el monitoreo de video-EEG (que suele durar cinco días), de acuerdo con un protocolo estandarizado, con dos objetivos principales: Diagnóstico de comorbilidades y psicoeducación para tratamiento quirúrgico o procedimientos invasivos[22-24].

La semiología psiquiátrica se realizó con entrevistas estructurales para la historia presente y pasada de los trastornos psiquiátricos y los trastornos de la personalidad utilizando evaluaciones psiquiátricas estandarizadas: la Entrevista Clínica Estructurada para los diagnósticos del Eje I del DSM-IV (Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del DSM [SCID]-I y -II, respectivamente)[25]. Además de estas entrevistas, se utilizaron escalas específicas: Global Assessment of Functionality (GAF)[26], Beck Depression Inventory (BDI II)[27]. Escala de impulsividad de Barratt, Además, la evaluación psicológica incluyó: McGill Disease Narrative Interview Schedule (MINI)[29], Brief Disease Perception Questionnaire[30], Quality of life in epilepsy-31 P inventory[31].

Cirugía, seguimiento y resultado

Una vez finalizada la SEEG, se realiza la extracción de los electrodos en el quirófano.

La cirugía fue realizada en la misma institución por los mismos cirujanos.

A todos los pacientes intervenidos se les realizo un examen histopatológico del tejido resecado. En el postoperatorio, los pacientes fueron seguidos por el cirujano, así como por epileptólogos, neuropsicólogos, psiquiatras y psicólogos.

Todos los pacientes incluidos en este estudio fueron seguidos durante al menos un año.

La evolución post quirúrgica se evaluó de acuerdo con el sistema de clasificación ILAE. Los resultados buenos y malos de las crisis se definieron como ILAE clase 1 a 3 y 4 a 6, respectivamente[32].

Análisis estadístico.

Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva. Las variables nominales se presentan como el número de sujetos. Las variables continuas se expresan como la mediana, el mínimo y el máximo. Los análisis se realizaron con el programa SPSS Statistics versión 20.0 (IBM). Este estudio se realizó con la aprobación del comité de etica de nuestro Hospital.

Aprobaciones de protocolos estándar y consentimientos de pacientes.

Los pacientes fueron plenamente informados sobre los objetivos y riesgos de la implantación de electrodos, los registros de SEEG y los procedimientos de estimulación cortical, y dieron su consentimiento por escrito.

Resultados

Entre 2014 y 2021 se realizaron 233 lobectomías temporales anteriores estándar más amigdalohipocampectomía (SATL+AH), y un total de 47 SEEG. Para este estudio se seleccionaron 19

pacientes con EZ localizada en el lóbulo temporal.

Se registraron 126 crisis espontáneas (promedio de 6,6 convulsiones/paciente) y 30 crisis provocadas durante la CE (promedio de 3,3).

La edad media fue de 29 años (rango de 18 a 43);

La duración media de la epilepsia fue de 14,3 años (rango de 5 a 44).

Once pacientes (58%) eran mujeres y ocho pacientes (42%) hombres.

Ninguno de los pacientes tenía antecedentes familiares positivos de epilepsia. Un paciente tenía antecedentes de crisis febriles en la infancia y dos pacientes presentaban antecedentes de meningoencefalitis. Se observaron crisis tónico-clónica focal a bilateral en 10 pacientes.

Evaluación pre-SEEG.

Para el análisis de los resultados, se dividió a la población en tres grupos según la hipótesis ZE, diagnosticada por métodos no invasivos: A) Temporal Bilateral; B) Temporal Unilateral más extratemporal; y C) Temporal lateral más extratemporal.

Grupo A: Nueve pacientes (47,3%) fueron implantados temporal bilateral. La actividad interictal fue la siguiente: cinco pacientes tuvieron ondas agudas temporales bilaterales asincrónicos, tres pacientes presentaron ondas agudas temporales y extratemporales bilaterales asincrónicos, tres pacientes presentaron ondas agudas temporales unilaterales y cuatro pacientes presentaron ondas agudas temporales y extratemporales unilaterales.

La resonancia magnética fue normal en cuatro pacientes, dos pacientes presentaron esclerosis bilateral del hipocampo (EBB), dos pacientes tenían cambios temporales leves en la región mesial

izquierda que no cumplían con los criterios diagnósticos de esclerosis del hipocampo (HS) y un paciente presentaba HS derecha asociada con agrandamiento de la amígdala izquierda.

Se realizó PET en siete pacientes, cinco de estos pacientes tenían hipometabolismo bilateral, un paciente tenía un PET normal y un paciente presentaba hipometabolismo temporal izquierdo.

La evaluación psiquiátrica fue normal en cinco pacientes y anormal en cuatro pacientes. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes observados fueron: Trastornos afectivos, depresión y trastornos de ansiedad. En la evaluación neuropsicológica, casi la mitad de los pacientes presentaron ambos déficits de memoria (Tabla 1).

Grupo B: Siete pacientes (36,8%) presentaron implante temporal unilateral y extratemporal. Seis pacientes tenian una actividad interictal con ondas agudas temporales y extratemporales unilaterales y un paciente presento ondas agudas temporales y extratemporales asíncronicas. Los hallazgos de la RM fueron una lesión insular, una heterotopía frontal, una displasia en la region cingular, una lesión occipital, un oligodendroglioma del lóbulo temporal, cambios bilaterales leves en el hipocampo y un paciente con una RM normal.

Se realizó PET en tres pacientes, dos de ellos presentaron hipometabolismo del lóbulo temporal derecho y un paciente tenía hipometabolismo temporal izquierdo y parieto-occipital. La evaluación psiquiátrica fue normal en cuatro pacientes y anormal en tres pacientes.

En la evaluación neuropsicológica, casi la mitad de los pacientes presentaron algún tipo de déficit de memoria (Tabla 1).

Grupo C: Tres pacientes (15,7%) tenian implante temporal y extratemporal bilateral.

La actividad interictal fue de ondas agudas bilaterales temporales y extratemporales asíncronicas. La resonancia magnética fue normal en todos los pacientes, el PET se realizó en dos pacientes, un paciente con hipometabolismo orbitofrontal derecho y parietotemporal bilateral y el otro paciente con hipometabolismo frontotemporal bilateral.

La evaluación psiquiátrica fue normal en dos pacientes, en un paciente fue anormal.

La evaluación neuropsicológica mostró déficits de memoria bilateral en dos pacientes, el paciente restante tiene un déficit de memoria no verbal (Tabla 1).

SEEG

Esquema de implantación: El esquema de implantación para la población seleccionada se planificó en base a métodos de fase I (Tabla 1).

Grupo A: Se indicó implante temporal bilateral en nueve pacientes, incluyendo amígdala, región anterior, media/posterior del hipocampo. La ZE definida fue mesial temporal en seis pacientes: izquierda (n=4), derecha (n=2) y bilateral (n=3). Se indicó tratamiento quirúrgico a los seis pacientes con ZE unilateral.

Grupo B: En siete pacientes la hipótesis ZE incluyó áreas temporales y extratemporales unilaterales. A los pacientes se les realizó un implante unilateral y extratemporal que incluyó el opérculo frontal, opérculo parietal; circunvolución del cingulo anterior y posterior circunvolución de Heschl, circunvolución lingual, área pericalcarina, área prefrontal.

Se propuso tratamiento quirúrgico a seis pacientes; en cinco pacientes la ZE incluyó la zona lesional (dos pacientes temporales, dos pacientes temporales y extratemporales, y en 1 paciente la región insular). En el paciente con lesión secuelar occipital, la ZE se

localizó en la región mesial temporal. En un paciente encontramos un origen multifocal de su ZE, por lo que se le excluyó de la cirugía.

Grupo C: En tres pacientes la hipótesis de ZE incluyó áreas temporales y extratemporales bilaterales. Se les realizo una implantación bitemporal y extratemporal, incluyendo dos o más de las siguientes áreas: corteza orbitofrontal, región opérculo-insular a través del opérculo frontal, opérculo temporal, opérculo parietal; la circunvolución del cingulo anterior y posterior En un paciente se definió la ZE en el lóbulo temporal lateral derecho, un paciente tenía una ZE temporal mesial bilateral y un paciente una ZE multifocal. Se propuso tratamiento quirúrgico al paciente con ZE unilateral.

Resultados de SEEG:

Semiología Electro clínica en relación con la EZ establecida

Pacientes con ZE temporal unilateral (n=10): cinco pacientes mesial derecho, cuatro pacientes mesial izquierdo y un paciente lateral derecho) presentaron auras: Deja vu/cognitivo cinco pacientes; sensación epigástrica cuatro pacientes; alucinación/ ilusión auditiva en tres pacientes; otros: sensación cefálica, sensación laríngea, visual, emocional (un paciente por aura). Todos los pacientes presentaron aura y pérdida de conciencia. Los síntomas más frecuentes observados fueron: inmovilidad (60%), automatismos manuales bilaterales (50%), síntomas autonómicos (50%) y automatismos orales (40%). El 40 por ciento había evolucionado a una convulsión tónico-clónica bilateral. Los dos únicos pacientes que presentaban incontinencia urinaria y lenguaje ictal presentaban una ZE temporal derecha.

Los patrones ictales asociados fueron: en cuatro pacientes, actividad rápida, cinco pacientes con ondas agudas repetitivas y ondas agudas seguidas de una actividad rápida y un paciente con una onda lenta de alta amplitud con actividad rápida superpuesta.

Pacientes con ZE temporal bilateral (n=4). Auras: dos pacientes presentaban aura cognitiva. Todos los pacientes presentaron pérdida de conciencia. Las manifestaciones más frecuentes fueron inmovilidad y automatismos orales.

Los patrones ictales asociados fueron: En tres pacientes se presentaron ondas agudas repetitivas, ondas agudas seguidas de una actividad rápida y en un paciente una onda lenta de gran amplitud con actividad rápida superpuesta.

Pacientes con ZE temporal/extratemporal unilateral (n=2): Un paciente izquierdo, un paciente derecho). Aura: Ilusión cognitiva y auditiva de un paciente; sin aura un paciente. Los dos pacientes presentaron pérdida de conciencia y evolucionaron a crisis tónico-clónica bilateral . Los patrones ictales asociados fueron: en un paciente ondas agudas repetitivas y ondas agudas seguidas de una actividad rápida, en el otro paciente una onda lenta de alta amplitud con actividad rápida superpuesta.

Pacientes con EZ multifocal (n=2). Auras: Sensación epigástrica y aura cognitiva. Los dos pacientes presentaron pérdida de conciencia, mirada fija, automatismos manuales bilaterales, automatismos orales y evolucionaron a crisis tónico-clónicas bilaterales. Los patrones ictales asociados fueron: Un paciente con actividad rápida, el otro paciente con ondas agudas repetitivas y ondas agudas seguidas de una actividad rápida.

El paciente con EZ insular anterior izquierda (n=1). Aura: Déjà vu, sensación de ansiedad, seguida de deterioro del lenguaje, pérdida de conciencia, síntomas autonómicos. El patrón ictal asociado fue una actividad rápida al inicio de las convulsiones.

Estimulación eléctrica cortical.

En nueve pacientes (47,3%) la EEC desencadeno crisis , mediante estimulación aplicada entre dos derivaciones adyacentes de la red EZ. Las crisis presentaron una semiología clínica y un patrón

eléctrico similar al de las crisis espontáneas, coincidiendo con la hipótesis de ZE. En dos pacientes (10,5%) se identificó corteza auditiva, y en ambos estaba fuera de la ZE.

Cirugía

Trece pacientes (13/19, 68,4%) fueron considerados aptos para cirugía. Siete pacientes se sometieron a una lobectomía temporal anterior estándar más amígdalo-hipocampectomía (SAT-L+AH), en el hemisferio dominante se resecó a 3 cm y 5 cm del polo temporal, en los casos no dominantes se resecó a 4 cm del polo temporal (izquierda N=3, derecha n=4).

Un paciente se sometió a una corticectomía frontotemporal. En un paciente se realizó una resección de la ínsula anterior. Seis pacientes fueron formalmente excluidos de la cirugía debido al origen bilateral o multifocal.

Ninguno de los pacientes presentó complicaciones postquirúrgicas.

Resultado postquirúrgico

Nueve pacientes fueron seguidos durante al menos 1 año, 7 pacientes mostraron una buena evolución, todos ellos después de SATL+AH, y 2 pacientes tuvieron una mala evolución de las crisis.

Anatomía patológica

Cinco pacientes tenían esclerosis del hipocampo tipo I (ILAE). Dos pacientes presentan displasia cortical tipo IC y dos pacientes presentan displasia cortical tipo IIB.

Discusión

La indicación de cirugía se realizó en el 68,4% de los casos analizados. Este hallazgo es similar al descrito en otros centros de epilepsia del mundo. El uso de la SEEG en pacientes con epilepsia

del lóbulo temporal tiene indicaciones específicas y es muy importante definir una estrategia para la colocación de electrodos. La integración de los resultados prequirúrgicos del Video-EEG, especialmente de la semiología clínica ictal, la neuroimagen y los datos neuropsicológicos, nos permite definir la hipótesis ZE y planificar el esquema de implantación de electrodos profundos.

Para esta instancia, un equipo multidisciplinario bien capacitado que incluye neurólogos, psiquiatras, neuropsicólogos, psicólogos, neurorradiólogos y neurocirujanos, constituye el pilar fundamental.

Nuestro protocolo de estudio es muy estricto y solo se sometieron a SEEG los pacientes que, en la evaluación psiquiátrica, refirieron su conformidad de recibir tratamiento quirúrgico.

Un artículo reciente de un centro de epilepsia en el Reino Unido[2], reportó que solo la mitad de los pacientes adultos con epilepsia focal resistente a los medicamentos que se someten a una evaluación prequirúrgica, proceden con la cirugía. Nuestros hallazgos electroclínicos en SEEG han sido similares a los descritos por otros autores[15,33-35].

La semiología clínica juega un papel fundamental para el esquema de implantación. Los patrones electroclínicos observados, contribuyen en la definición de la ZE, en el conocimiento de las redes del lóbulo temporal y sus correlatos anatómicos. La identificación de ciertas secuencias semiológicas indica su correlación anatómica, y asociado a la semiología eléctrica, indican la propagación de la red epileptogena temporal y extratemporal. Estas redes epiletogenicas fueron descritas en detalle por Chauvel et al.[15] y pudimos confirmar nuestros hallazgos. En 13 pacientes pudimos definir, siguiendo esta metodología, la hipótesis ZE, incluyendo un paciente con epilepsia insular que se analizó en este estudio debido a la hipótesis inicial de epilepsia temporal.

A pesar de la hipótesis unilateral de la ZE previa a la SEEG, algunas localizaciones de la epilepsia pueden estar asociadas con ZE

bilaterales. Existe controversia sobre el tratamiento quirúrgico en pacientes con epilepsia del lóbulo bitemporal.

Didato et al.[36] concluyeron "que el tratamiento quirúrgico debe descartarse en pacientes con Epilepsia Bilateral del Lóbulo Temporal (BTLE), identificada en el VEEG ictal ". En una revisión, Aghakhani et al. la principal conclusión fue

> que el EEG intracraneal (iEEG) reveló que la epilepsia temporal estaba lateralizada en el 73% de estos pacientes, y que el 67% de ellos tuvo una buena evolución (clase I y II de Engel) después de la lobectomía temporal. Por el contrario, cuando el iEEG confirmó la bilateralidad de las crisis ("BTLE verdadero"), al mostrar crisis derechas e izquierdas independientes, solo el 45% de los pacientes tuvieron un buen resultado después de la lobectomía temporal unilateral.[37]

Por otro lado, Di Vito et al.[38] demostraron que la SEEG después de la resección unilateral en pacientes con origen bilateral de crisis con buen resultado quirúrgico fue útil para identificar ZE independientes en uno de los lóbulos temporales. En nuestro grupo de pacientes con ZE bilateral e independiente descartamos el tratamiento quirúrgico, considerando la mala evolución reportada en estos casos. Además, otros dos pacientes fueron descartados de la cirugía debido al origen multifocal de sus crisis.

Un aspecto importante a considerar en países con recursos limitados como el nuestro, son los altos costos directos de la cirugía, y sobre todo cuando es necesario realizar SEEG, a la fecha no existe otra alternativa terapéutica para esta población, por lo que creemos que debe incluirse en los protocolos de diagnóstico y tratamiento de todos los centros de epilepsia del mundo.

En nuestro centro, realizamos un estudio de los costos directos de hospitalización en la Unidad de video-EEG, cirugía convencional y SEEG, resultando un aproximado entre 9000 y 12000 USD por paciente[39].

Estudios recientes realizados en países desarrollados, han demostrado la intervención quirúrgica en comparación con la no intervención y el costo-efectividad de la SEEG[38,40]. Otros autores han evaluado los costos directos de diferentes técnicas de SEEG y un análisis costo-efectividad donde concluyen un costo total de 8000 euros.

Sin embargo, los altos costos de estos procedimientos y tratamientos se compensan significativamente con la mejora en los resultados de los pacientes. A partir de los resultados presentados en este estudio, esperamos incentivar la multiplicación de centros de cirugía de epilepsia en la región, definir los requisitos técnicos y, a pesar de los altos costos de los electrodos y equipos técnicos, la posibilidad de su desarrollo con la misma calidad que la realizada en los países desarrollados[1]. Es importante enfatizar esta comparación, ya que el procedimiento descripto, fue posible realizarlo en un sistema de salud público, lo que permitió acortar la brecha de acceso a la población, independientemente de su nivel socioeconómico. Se espera que, al igual que ha ocurrido con otros recursos tecnológicos, el incremento en su uso fomente el desarrollo de recursos propios, con el mismo nivel y seguridad técnica, pero con una reducción significativa de costos, aspecto crucial en nuestra región.

Referencias bibliográficas

1. Palmini A. *Medical and surgical strategies for epilepsy care in developing countries*. Epilepsia. 2000;41(4):10-7.

2. Singh G, Sander JW. *The global burden of epilepsy report: Implications for low- and middle-income countries*. Epilepsy Behav. 2020; 105: 106949.

3. Wiebe S, Blume WT, Girvin JP, Eliasziw M. *Effectiveness and efficiency of surgery for temporal lobe epilepsy study group. A randomized, controlled trial of surgery for temporal-lobe epilepsy*. N Engl J Med. 2001; 345 (5): 311.8.

4. Isnard J, Taussig D, Bartolomei F, Bourdillon P, Catenoix H, Chassoux F, et al. *French guidelines on Stereoelectroencephalography (SEEG)*. Neurophysiol Clin. 2018; 48 (1): 5-13.

5. Talairach J, Bancaud J, Szikla G, Bonis A, Geier S, Vedrenne C. *Approche nouvelle de la neurochirurgie de l'epilepsie. Méthodologiestéréotaxiqueet résultats thérapeutiques*. Neurochirurgie. 1974; 1-249.

6. Trebuchon A, Chauvel P. *Electrical stimulation for seizure induction and functional mapping in stereoelectroencephalography*. J Clin Neurophysiol. 2016; 33 (6): 511-21.

7. Munari C, Hoffmann D, Fracione S, Kahane P, Tassi L, Russo GL, et al. *Stereo-electroencephalography methodology: Advantages and limits*. Acta Neurologica Scandinavica. 1994; 56-67.

8. Bancaud J, Angelergues R, Bernouilli C, Bonis A, Bordas-Ferrer M, Bresson M, et al. *Functional Stereotaxic Exploration (SEEG) of epilepsy*. Electroencephalogr Clin Neurophysiol. 1970; 28 (1): 85-6.

9. Talairach J, Bancaud J. *Stereotaxic approach to epilepsy. Methodology of anatomo-functional stereotaxic investigations*. Prog Neurol Surg. Basel, Karger. 1973; 5: 297-354.

10. McGonigal A, Bartolomei F, Chauvel P. *On seizure semiology*. Epilepsia. 2019; 62 (9): 2035.

11. Giagante B, Oddo S, Silva W, Consalvo D, Centurion E, D'Alessio L, et al. *Clinical-electroencephalogram patterns at seizure onset in patients with hippocampal sclerosis*. Clin Neurophysiol. 2003; 114 (12): 2286-93.

12. Princich JP, Wassermann D, Latini F, Oddo S, Blenkmann AO, Seifer G, et al. *Rapid and efficient localization of depth electrodes and cortical labeling using free and open source medical software in epilepsy surgery candidates*. Front. Neurosci. 2013; 7: 260.

13. Blenkmann AO, Phillips HN, Princich JP, Rowe JB, Bekinschtein TA, Muravchik CH, et al. *iElectrodes: A comprehensive open-source toolbox for depth and subdural grid electrode localization*. Front Neuroinform. 2017; 11: 14.

14. Rey HG, Gori B, Chaure FJ, Collavini S, Blenkmann AO, Seoane P, et al. *Single neuron coding of identity in the human hippocampal formation*. Curr Biol. 2020; 30 (6): 1152-9.

15. Chauvel P, Martinez JG, Bulacio J. *Presurgical intracranial investigations in epilepsy surgery.* Handb Clin Neurol. 2019; 161: 45-71.

16. Collavini S, Fernández-Corazza M, Oddo S, Princich JP, Kochen S, Muravchik CH. *Improvements on spatial coverage and focality of deep brain stimulation in pre-surgical epilepsy mapping*. J Neural Eng. 2021; 18 (4).

17. Oddo S, Solis, P, Consalvo D, Giagante B, Silva W, D Alessio L, et al. *Mesial temporal lobe epilepsy and hippocampal sclerosis: Cognitive function assessment in Hispanic patients*. Epilepsy Behav. 2003; 4 (6): 717-22.

18. Lomlomdjian C, Solis P, Medel N, Kochen S. *A study of word finding difficulties in Spanish speakers with*

temporal lobe epilepsy. Epilepsy Res. 2011; 97 (1-2): 37-44.

19. Allegri RF, Mangone CA, Villavicencio AF, Rymberg S, Taragano FE, Baumann D. *Spanish Boston naming test norms*. Clin Neuropsychol. 1997; 11 (4): 416-20.

20. Munera CP, Lomlomdjian C, Terpiluk V, Medel N, Solis P, Kochen S. *Memory for emotional material in temporal lobe epilepsy*. Epilepsy Behav 2015; 52(Pt A): 57-61.

21. Munera CP, Lomlomdjian C, Gori B, Terpiluk V, Medel N, Solis P, et al. *Episodic and semantic autobiographical memory in temporal lobe epilepsy*. Epilepsy Res Treat. 2014; 2014: 157452.

22. D'Alessio L, Scevola L, Fernandez Lima M, Oddo S, Solis P, Seoane E, et al. *Psychiatric outcome of epilepsy surgery in patients with psychosis and temporal lobe drug-resistant epilepsy: A prospective case series*. Epilepsy Behav. 2014; 37: 165-70.

23. Scevola L, Sarudiansky M, Lanzillotti A, Oddo S, Kochen S, D'Alessio L. *To what extent does depression influence quality of life of people with pharmacoresistant epilepsy in Argentina?* Epilepsy Behav. 2017; 69: 133-8.

24. Lombardi N, Scevola L, Sarudiansky M, Giagante B, Gargiulo A, Alonso N, et al. *Differential semiology based on video electroencephalography monitoring between psychogenic nonepileptic seizures and temporal lobe epileptic seizures*. J Acad Consult Liaison Psychiatry. 2021; 62 (1): 22-8.

25. First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Smith L. *Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV, SCID-I*. Barcelona: Masson; 1999.

26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington: American Psychiatric Press; 2000.

27. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck depression inventory: Second edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.

28. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. *Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale*. J Clin Psychol. 1995; 51 (6): 768-74.

29. Groleau D, Young A, Kirmayer LJ. *The McGill Illness Narrative Interview (MINI): An interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience*. Transcult Psychiatry. 2006; 43 (4): 671-91.

30. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. *The brief illness perception questionnaire*. J Psychosom Res. 2006; 60 (6): 631-7.

31. 31. Cramer JA, Westbrook LE, Devinsky O, Perrine K, Glassman MB, Camfield C. *Development of the quality of life in epilepsy inventory for adolescents: The QOLIE-AD-48*. Epilepsia. 1999; 40 (8): 1114-21.

32. Wieser HG, Blume WT, Fish D, Goldensohn E, Hufnagel A, King D, et al. *ILAE Commission Report. Proposal for a new classification of outcome with respect to epileptic seizures following epilepsy surgery*. Epilepsia. 2001; 42 (2): 282-6.

33. Di Vito L, Mauguiere F, Catenoix H, Rheims S, Bourdillon P, Montavont A, et al. *Epileptic networks in patients with bitemporal epilepsy: The role of SEEG for the selection of good surgical candidates*. Epilepsy Res. 2016; 128: 73-82.

34. Feng R, Farrukh Hameed NU, Hu J, Lang L, He J, Wu D, et al. *Ictal stereoelectroencephalography onset patterns of mesial temporal lobe epilepsy and their clinical implications*. Clin Neurophysiol. 2020; 131 (9): 2079-85.

35. Ferrari-Marinho T, Perucca P, Dubeau F, Gotman J. *Intracranial EEG seizure onset-patterns correlate with high-frequency oscillations in patients with drug-resistant epilepsy*. Epilepsy Res. 2016; 127: 200-06.

36. Didato G, Chiesa V, Villani F, Pelliccia V, Deleo F, Gozzo F, et al. *Bitemporal epilepsy: A specific anatomo-electro-clinical phenotype in the temporal lobe epilepsy spectrum*. Seizure. 2015; 31: 112-9.

37. Aghakhani Y, Liu X, Jette N, Wiebe S. *Epilepsy surgery in patients with bilateral temporal lobe seizures: A systematic review.* Epilepsia. 2014;55(12):1892-901.

38. Garcia-Lorenzo B, Del Pino-Sedeno T, Rocamora R, Lopez JE, Serrano-Aguilar P, Trujillo-Martin MM. *Stereoelectroencephalography for refractory epileptic patients considered for surgery: Systematic review, Meta-analysis, and economic evaluation.* Neurosurgery. 2019; 84 (2): 326-38.

39. Pereirade Silva N, Kurtzbart R, Oddo S, Kochen S. *Refractory epilepsy economic impact in a public hospital in Argentina*. IX LACE. Cancun; 2016.

40. Kovacs S, Toth M, Janszky J, Doczi T, Fabo D, Boncz I, et al. *Costeffectiveness analysis of invasive EEG monitoring in drug-resistant epilepsy*. Epilepsy Behav. 2021; 114 (Pt A): 107488.

EL CONCEPTO DE TRAUMA DESDE LOS DERECHOS HUMANOS

THE CONCEPT OF TRAUMA FROM A HUMAN RIGHTS PERSPECTIVE

O CONCEITO DE TRAUMA NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS

FLORENCIA CALCAGNO[1]

CONTACTO: Florencia Calcagno – **Email:** florenciacalcagno19@gmail.com

FILIACIONES: 1. Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos "Dr. Fernando Ulloa"- Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche

Citar como: Calcagno F. El concepto de trauma desde los Derechos Humanos. Desde Acá. 2024; 2: p-p. 184-203

Resumen

El presente ensayo aborda el concepto de trauma realizando una breve historización de mismo desde la psiquiatría clásica, para luego ponerlo en diálogo con la perspectiva del trauma desde los Derechos Humanos a partir de los efectos actuales del terrorismo de Estado. Teniendo como marco teórico el psicoanálisis, se abordan los efectos del acto de testimoniar en los juicios por delitos de lesa humanidad que se desarrollan en la Argentina, tratando de resaltar la importancia de las políticas reparatorias, en este caso el de la asistencia clínica integral.

Palabras Clave: Trauma, Derechos Humano, salud metal.

Abstract

The present essay addresses the concept of trauma by making a brief historicization of it from classical psychiatry, and then puts it in dialogue with the perspective of trauma from the perspective of Human Rights based on the current effects of State terrorism. Using psychoanalysis as a theoretical framework, the effects of the act of testifying in trials for crimes against humanity that take place in Argentina are addressed, trying to highlight the importance of reparative policies, in this case that of comprehensive clinical care.

Keywords: Trauma, Human Rights, Health Metal.

Resumo

Este ensaio aborda o conceito de trauma fazendo uma breve historicização do mesmo a partir da psiquiatria clássica e, em seguida, o coloca em diálogo com a perspectiva do trauma na perspectiva dos Direitos Humanos a partir dos efeitos atuais do terrorismo de Estado. Utilizando a psicanálise como referencial teórico, são abordados os efeitos do ato de testemunhar em julgamentos por crimes contra a humanidade ocorridos na Argentina, procurando destacar a importância de políticas reparadoras, no caso a integralidade do atendimento clínico.

Palavras-chave: Trauma, Direitos Humanos, Saúde Metal.

EL CONCEPTO DE TRAUMA DESDE LOS DERECHOS HUMANOS

FLORENCIA CALCAGNO

La invitación a escribir en esta revista significó un enorme orgullo y un gran desafío, no sólo desde lo intelectual -algo que siempre que se pone en juego al momento de dejar plasmadas ideas, conceptos- sino desde mi trayectoria profesional. Este escrito me permitió una reflexión personal vinculada a la fragmentación de mis propias prácticas profesionales, fragmentación que va en contra de mi formación teórica y mis objetivos al momento de pensar en el Salud Mental.

Soy psicóloga, docente del Instituto de Ciencias de Salud de la UNAJ hace ya nueve años y hace más de quince años que conformo el equipo del Centro Ulloa de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, en donde damos asistencia integral a víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos. En ambas instituciones pensamos la salud desde un abordaje integral, situado, contextualizado, es decir, muy lejos de las concepciones y prácticas fragmentarias. Es por esto que en este texto busco entrelazar, poner de relieve las tramas que unen y sostienen pensar a la salud -y a la salud mental en particular-, desde una perspectiva necesariamente integral, que es la perspectiva de Derechos Humanos.

Si bien llevo conmigo ambos espacios como una continuidad, considero necesario ahora ponerlo en palabras, entrar en espacios de diálogos, relatar las propias experiencias y referencias teóricas para permitir que esto no sea una vivencia personal sino una reflexión dialéctica. En el presente artículo busco reflexionar sobre la importancia de considerar las marcas sociales y clínicas que el terrorismo de Estado dejó en nuestro país. La Universidad Nacional Arturo Jauretche se propone formar profesionales de la salud que incorporen el trabajo interdisciplinario y anclado en los

territorios. En tal sentido, pensar a la salud de manera integral y, a los padecimientos de salud mental, desde una perspectiva de Derechos Humanos, busca ser un aporte a la reflexión y una invitación a incorporar esta mirada y escucha particular, en relación a la salud mental de nuestra población.

Considero entonces que el concepto de trauma nos permite poner de relieve dos miradas, la de la psiquiatría clásica y del psicoanálisis desde una perspectiva de Derechos Humanos. Sobre la primera haré una breve historización de cómo ha pensado y ha ido construyendo el concepto de trauma, para luego revisar y repensar este concepto a partir de la experiencia analítica con sobrevivientes y víctimas.

Breve historización del concepto de trauma desde la psiquiatría

Buscando información sobre las primeras conceptualizaciones del trauma, recurrí a la clasificación en el primer DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)[a] del año 1952 pero me encontré que las descripciones de este tipo de cuadro, al que actualmente se lo caracteriza como trastorno por estrés post traumático (TEPT), data de mucho tiempo antes que la conformación disciplinar de la psiquiatría. Se pueden encontrar definiciones como el síndrome del corazón del soldado, shock de las trincheras, la neurosis de combate o la fatiga de batalla. En la Grecia clásica, Hipócrates lo mencionaba como las pesadillas de los soldados sobrevivientes a ciertas batallas. Es decir que este cuadro sintomático se manifiesta y observa desde hace muchos, muchísimos años.

Todas estas caracterizaciones hacen mención a situaciones desencadenadas por combates o batallas. Punto interesante dado que ubica el evento traumático a partir de haber vivido una situación bélica.

a. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Ahora bien, es en el siglo XIX, de la mano de la perspectiva positivista, que el trauma psíquico comenzó a atraer intensamente el interés científico. Interés que ha sostenido a lo largo de 150 años de investigación sobre el tema, en donde vemos que, si bien la descripción clínica ha sumado detalles[b], la esencia del cuadro conserva gran parte de las características originales. Los eventos traumáticos siguen asociados a conflictos bélicos, sumando un nuevo evento a partir de la Primer Revolución Industrial. Así vemos que Inglaterra y Francia mencionan cuadros con sintomatologías similares, pero ahora asociados a accidentes ferroviarios[2].

Resumiendo hasta aquí, vemos que una de las constantes en la literatura sobre trauma psíquico es la referencia a los conflictos bélicos, "corazón de soldado" o "corazón irritable". Luego se menciona el cuadro ligado a accidentes ferroviarios y es unos años más tarde, en Alemania, que se describe la "Neurosis traumática" [3], y después de la Segunda Guerra Mundial se crea el término "Grave reacción al stress de los veteranos de guerra". Es éste el término que se incorpora al primer DSM. Luego, en el año 1968, el DSM II la sustituye por la categoría de "Trastorno adaptativo de la vida adulta"[4]. Esta categoría ya pone de manifiesto otra constante que ha tenido la psiquiatría al caracterizar este cuadro, es decir, *la falta* está en el sujeto, en este caso, le falta la capacidad para adaptarse a su medio.

Otro momento que encuentro interesante para señalar se ubica luego de la guerra de Vietnam (1959-1975). Los excombatientes tomaron una postura militante respecto a su situación posterior a la guerra, lo que motivó a un nuevo impulso en la investigación médica sobre las consecuencias traumáticas de los conflic-

b. En las próximas páginas se explica en detalle, pero brevemente podemos ver que la última versión del DSM (DSM-5; 2014) incorpora cómo criterios del TEPT no sólo la exposición a la muerte, sino también a lesiones graves o violencia sexual, sean reales o en forma de amenaza. Considera la posibilidad de que el suceso no haya sido vivido de forma directa, sino a un conocido o familiar. Asimismo, incorpora la exposición repetida a detalles repulsivos como los socorristas que recogen restos humanos o policías expuestos a detalles de maltrato infantil.

tos bélicos. “Esto terminará configurando el DSM III en 1980, el Trastorno por Estrés Postraumático, cuyos criterios diagnósticos sufrirán algunas modificaciones en las versiones DSM IV y V”[5].

En la última versión los criterios se amplían de la siguiente manera: Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).

2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.

3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.

4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Esta breve historización de la categoría del trauma, deteniéndonos particularmente a partir de la investigación científica de la psiquiatría ya considerada una disciplina, y en todas las modificaciones que se incorporan en la nomenclatura DSM, me permiten señalar algunas cuestiones sobre su caracterización. Me detengo en dos aspectos que considero resultarán intersantes para tener en cuenta a la hora de pensarlo desde la perspectiva de Derechos Humanos.

Por un lado el efecto traumático y su sintomatología se menciona siempre en relación a la exposición a un situación específica: conflictos bélicos, guerras, accidentes, violencias, amenazas entre otras. Es decir, hay un evento único y puntal que desdencadena el efecto traumático y sus principales características clinicas: la reexpermitación, las conductas evitativas o síntomas de

evitación. Por otro lado, si bien aquí se señaló muy parcialmente, la conceptualización del Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT) tiene una tendencia, propia de la mirada biomédica, que culpabiliza a la víctima, haciendo referencias a presuntas patologías subyacentes o el uso de sustancias entre otras cuestiones, lo que explica la incapacidad de la persona a la adaptación a su medio que se expresa en las diversas versiones del DSM como personalidades dependientes, masoquistas o autodestructivas.

Derechos Humanos y Salud Mental. La experiencia argentina.

Antes de continuar con la especificidad del campo de la salud mental y Derechos Humanos, particularmente en relación al trauma, considero importante hacer un marco mínimo de la situación histórica y política. El 24 de marzo de 1976, a través de un golpe de Estado cívico militar se instaura la dictadura que, desde el Estado, institucionaliza las prácticas genocidas que operaban en nuestro país desde 1974. El plan sistemático y clandestino comprendió prácticas de persecución, desaparición y exterminio. Esto sometió a miles de personas a secuestros, torturas y muertes con el agravante de incorporar la figura de los desaparecidos, significante que se retomará posteriormente, considerando la gravedad que esta figura produce en tanto dolor psíquico. De igual manera podemos mencionar al exilio, la cárcel, la tortura y la apropiación de niñas y niños.

Menciono ahora que todos estos delitos se configuran jurídicamente como delitos de lesa humanidad, es decir, actos de violación masiva y sistemática de los Derechos Humanos por sus características de crueldad que agravian la existencia del ser humano afectando su dignidad. Sin embargo, esta consideración y la apertura a la justicia comenzó con el régimen democrático (1984), con varios vaivenes, avances y retrocesos que hoy en día siguen vigentes.

Sin intención de extenderme, considero apropiado explicitar a qué nos referimos cuándo hablamos de Derechos Humanos. "Los Derechos Humanos son aquellos pertenecientes a todos los seres humanos por el mero hecho de serlos, en tanto atributos inherentes a la dignidad humana con protección jurídica"[7]. En el año 1945, luego de los graves sucesos ocurridos durante la Segunda Guerra Mundial, el mundo entero se vio en la necesidad de conformar alguna instancia internacional que vele por la paz y la seguridad de las personas en los casos que sus propios Estados no cumplan con estas garantías básicas. Es así que se conforma un organismo internacional e intergubernamental (Organización de las Naciones Unidas) que se compromete a velar por el respeto de los Derechos Humanos. Unos años más tarde se aprueba la primer Declaración Universal de Derechos Humanos, declaración que no revertía carácter de obligatoriedad en su cumplimiento por parte de los Estados firmantes. Es a partir del año 1968 que 84 Estados proclamaron que los principios de la Declaración constituían una obligación para la comunidad internacional.

La ratificación de un tratado internacional por parte de un Estado es de suma importancia dado que asume la responsabilidad de aplicar las cláusulas que el mismo establezca. La dictadura cívico militar en nuestro país, dejó sin vigencia el Estado de Derecho, lo que tuvo como consecuencia el avasallamiento de todas las garantías individuales protegidas por la Constitución Nacional.

Si bien, y tal cómo señalé anteriormente, los Derechos Humanos son la protección jurídica de la dignidad de las personas, esta también es una visión netamente positivista de la teoría de los Derechos Humanos. Cito a Eduardo Luis Duhalde en una reflexión al respecto:

> A esta visión meramente positivista de los Derechos Humanos cabe preguntarle, ***vía argüendi***: ¿si mañana, las grandes potencias, ya hecha la reparti-

> ción del petróleo libio, se pusieran de acuerdo para derogar la Declaración Universal y los pactos internacionales, acaso no existirían más los Derechos Humanos como tales?8 (p.45).

Es decir, los Derechos Humanos son producto de luchas de los pueblos ante la opresión, las guerras, las dictaduras. Volviendo entonces a la salud mental y los Derechos Humanos, vemos que este campo específico surge también como modo de resistencia y cuidado colectivo.

El efecto traumático de las víctimas del terrorismo de Estado concitó un particular interés en el campo de la Salud Mental considerando la necesidad de dar una respuesta a los sujetos afectados. Es así que se conforma un campo inédito en sus prácticas al que se denomina Salud Mental y Derechos Humanos, efectos psicosociales del terror de Estado o trauma político entre otras denominaciones. Esta tarea se centró en una producción clínica asistencial, comunitaria, social, de investigación y producción teórica que llevaron a cabo particularmente los Organismos de Derechos Humanos a partir del año 1981.

En la lectura de sus producciones y modos de abordaje se observa la necesidad de redefinir conceptos y técnicas que pudieran dar cuenta de los padecimientos psíquicos que producía una situación social traumática con especificidades individuales. Por otro lado, el marco político de persecución y temor continuaba vigente, lo que también impactaba en el funcionamiento de estos equipos que debían buscar la manera de otorgar un espacio seguro, en dónde las personas puedan hablar sin el temor de ser juzgados o señalados, es decir, espacios de confianza y compromiso ideológico.

El Equipo de Asistencia Psicológica de las Madres de Plaza de Mayo fue el primero en conformarse aún en tiempos de dictadura cívico militar. En el año 1982 se funda el Movimiento Solidario

de Salud Mental que organiza el equipo clínico asistencial de organismos de Familiares de Detenidos-Desaparecidos por Razones Políticas. Este fue un impulso muy importante para el campo de la salud mental y Derechos Humanos, dado que propició asistencia clínica, docencia e investigación.

Dentro de los organismos de Derechos Humanos se pueden mencionar a varios equipos específicos que abordaban la salud mental, por ejemplo, al C.E.L.S.[c], la A.P.D.H.[d], LIGA[e], el SERPAJ[f] y ya en el año 2001 al Centro de Salud Mental por el Derecho a la Identidad de las Abuelas de Plaza de Mayo, el cual surge de un convenio con la Facultad de Psicología de la UBA.

En concordancia con estas posiciones y a partir de la desaparición de testigo Julio López[g] y la consecuente reactualización del terror, se conformó el Plan Nacional de Acompañamiento y Asistencia a Testigos y Querellantes, Víctimas del Terrorismo de Estado, política que se continuó y amplió en el año 2011 con la creación del Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos "Dr. Fernando Ulloa", organismo dependiente de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. La necesidad de apertura de ese centro se enmarca en las políticas reparatorias de Memoria, Verdad y Justicia, en la búsqueda de una atención reparatoria integral que considera las secuelas del terror de Estado en la salud física y psíquica.

El Centro Ulloa en la actualidad brinda asistencia a través de un abordaje terapéutico a las víctimas testigos de los juicios de lesa

c. Centro de Estudios Legales y Sociales

d. Asamblea Permanente por los Derechos Humanos

e. Liga Argentina por los Derechos Humanos

f. Servicio de Paz y Justicia

g. Jorge Julio López declaró como víctima testigo en los Juicios por la Verdad La Pata, en la que el represor Miguel Etchecolartz fue condenado a prisión perpetua. El 18 de septiembre de 2006, un día antes de la sentencia declaratoria, desapareció sin tener noticias de él hasta el día de hoy.

humanidad[h], con el objetivo de que la búsqueda de justicia no se convierta en un acto revictimizarte. Por otro lado, y en coordinación con el Ministerio Público Fiscal, los querellantes y los Tribunales, se brinda asistencia integral en el marco de los juicios que se llevan a cabo. Asimismo, se propone ser un centro de investigación, docencia y difusión de los efectos de la impunidad del terrorismo de Estado. En línea con lo anterior, uno de los objetivos centrales es el de conformar una Red Nacional de Asistencia, en dónde la perspectiva de salud mental y Derechos Humanos no quede recortada a un solo centro asistencial, sino que todos los efectores y agentes públicos de salud, incorporen esta dimensión en sus espacios de escucha, tanto en la clínica individual como a nivel institucional y también la formación de nuevos profesionales de la salud.

Lo siniestro y la encerrona trágica

"Quién sabe, Alicia, este país
No estuvo hecho porque sí
Te vas a ir, vas a salir
Pero te quedas
¿Dónde más vas a ir?

Y es que aquí sabes

El trabalenguas, traba lenguas
El asesino te asesina
Y es mucho para ti
Se acabó ese juego que te hacía feliz."

Canción de Alicia en el país.
Serú Giran

h. Los juicios por delitos de lesa humanidad se llevan a cabo en la Argentina desde el año 2007. Varios son los antecedentes, pero la posibilidad de realizar estos juicios con condena penal, surge luego de declarase la nulidad de leyes de Punto de Final y Obediencia Debida (2003). En https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/juicios pueden seguirse los juicios en tiempo real y conocer la información de los juicios ya realizados.

Siguiendo los lineamientos que plantea Fernando Ulloa[9], considero pertinente incorporar el concepto de lo siniestro trabajado profundamente por Freud[10]. Lo siniestro entendido como aquello terrorífico que se remonta a lo familiar, es decir, un territorio de incertidumbre en donde convergen el secreto y lo familiar. El Estado terrorista es aquel que, siendo el que debiera proteger a sus ciudadanos (lo familiar) se constituye en el efector de terror, no sólo a través de las prácticas que se mencionaron anteriormente, sino incorporando el silencio y el miedo como modo de disciplinamiento social (secreto).

Las prácticas del terror de Estado, a través de lo siniestro, instauraron una relación de sólo dos lugares, dramática y sin salida, a la que Ulloa denomina "encerrona trágica". Fueron entonces, y cómo mencioné anteriormente, en un primer momento los organismos de Derechos Humanos (luego el Estado democrático, la apertura de los juicios de lesa humanidad y las diversas políticas públicas reparatorias) los que permitieron introducir un tercero de apelación, un lugar de la ley que preserve a los sujetos de la arbitrariedad de sólo dos lugares.

Lectura del trauma desde los Derechos Humanos

Considerando lo hasta aquí expuesto y a partir de experiencia en el acompañamiento y asitencia clínica a víctimas del terrorismo de Estado, observo algunas cuestiones que entiendo relevantes para señalar en cuanto a la consideración del trauma desde la psiquiatría y desde la perspectiva de Derechos Humanos. Una primera consideración es la *dimensión del sentido* que se le otroga al evento traumático. Es decir, el carácter traumático no está necesariamente ligado de forma lineal un con hecho objetivo, único y desencadenante, sino que está ligado al *sentido* que el mismo tiene para el sujeto. Esto fue analalizado en diversas investigaciones, de las cuales aquí tomo el estudio vinculado a las condiciones subjetivas de los prisioneros de campos de concentración alemanes[11]. Lo que se puedo observar es una diversidad de respuestas subjetivas frente al hecho traumático, diversidad que se relacionaba

con la situación previa al hecho de cada persona. Es decir, las diversas respuestas subjetivas marcaban una diferente interpretación y sentido de los acontecimientos según si habían sido militantes políticos o solamente habian sido simples ciudadanos sin participación política orgánica. Se estima entonces que para un militante político estas respuestas de los aparatos represivos estaban en el marco de un sentido por sus luchas e ideales, por lo tanto eran resignificadas y entendidas de una manera muy disimil, en tanto evento traumático, al que un ciudadano común podría significar o dar sentido.

Por otro lado, en la vícitimas del terrorismo de Estado, no es posible ubicar un hecho objetivo, disrruptivo y puntual. Las situaciones padecidias por las víctimas se prolongan en el tiempo y se observan en varios episodios disrruptivos. En la Sentencia Causa 13/84 del Juicio a las Juntas (1985) se afirma:

> a las situaciones antes mencionadas, debe sumársele un sentimiento de pánico permanente, cuya magnitud no es fácil de comprender ni siquera imaginar, pero que constituye en sí mismo un horroroso tormento *que perdura más allá de la tempralidad real de los hechos concretos*, y configura un dolor psíquico, muy difícil de disipar, y de posible transmisión a los herederos de quienes padecen estas secuelas. [Las cursivas son mías]

Tomo una pequeña viñeta clínica de un paciente que es un nieto restituido. Hace pocos meses se separó de su compañera de varios años con las que tiene dos hijos. La situación lo angustia pero no es lo que más lo perturba, su verdadero temor es al olvido:

> *Tengo miedo de olvidarme de mis hijos. Ahora que no vivo todos los días con*

ellos me pongo alarmas a la hora que salen de la escuela o van a fútbol aunque yo no los tenga que llevar. Yo sé que soy capáz de olvidarme de mi familia, ya lo hice con mis apropiadores.

Vuelvo aquí al término "desaparecido", que J. R. Videla señaló de modo siniestro como "No están ni muertos ni vivos, están desaparecidos". La continuidad en el tiempo hace de éste un significante a-temporal, la cancelación de la producción del acto simbólico de la muerte y su correlato del duelo.

Se podría afirmar que estamos frente a un duelo patológico siguiendo a Freud en Duelo y Melancolía[12] ya que el mismo no ha logrado realizarse. Sin embrago, es un duelo en una tercera posición, ni normal/patológico, sino que es un duelo no realizable, lo que se ha denominado por diversos autores como duelo suspendido o coagulado. "La ubicación en un escenario entre la vida y la muerte, el lugar de vivo-muerto del desaparecido, y la incertidumbre, producen el efecto de lo siniestro"[13].

Es decir, desde la perspectiva de Derechos Humanos consideramos que el carácter traumático no es sólo efecto de un hecho objetivo, sino del sentido que el mismo tiene para el sujeto. Por otro lado, a diferencia de la visión psiquiátrica del trauma, el cual refiere a un evento disrruptivo puntal, las situaciones padecidas por las víctimas de terror de Estado se prolongan en el tiempo y contienen varios episodios disrruptivos. Es posible pensar entonces en el caso de la apropiación de niñas y niños, tanto para los que han sido recuperados como para los familiares que los siguen buscando. El episodio traumático en estos casos en realidad es un proceso en el cual han transcurrido gran parte de sus vidas.

Así como el ámbito jurídico entiende la imprescriptibilidad de los crímenes de lesa humandidad, el ámbito de la salud mental considera a un sujeto al cual el daño sufrido no deja de ocurrir y el padecimiento entonces no se limita a un único hecho traumático.

De testigo víctima a víctima testigo

La derogación de las leyes de impunidad y la apertura de los juicios de lesa humanidad, abrieron el camino de acceso a la justicia a las víctimas del terrorismo de Estado. El elemento probatorio fundamental para la verdad que se juzga, son los testimonios que aportan las víctimas. Tomando en cuenta lo hasta aquí planteado, considero que no sólo es una búsqueda de justicia por parte de las víctimas sino para el todo el pueblo Argentino. La materia a juzgar son delitos de lesa humandiad, por lo tatno, implican un daño a la humanidad entera. La historia de los juicios y el particular tratamiento que tuvieron en nuestro país los Derechos Humanos, nos indican un faro, un punto de unificación, una base en los vínculos democráticos. En este particular momento en que nos encontramos, ha cuarenta años de democracia y en el marco de un próximo proceso electoral en dónde pareciera posible poner en discusión este consenso, me parece pertinente repensar y recordar estas cuestiones, dado que nos llevan a lo que varios autores señalan como nuestra memoria incómoda (Ulloa, Dürr).

Traigo otro recorte clínco de un mujer sobreviente de ESMA:

> *Los sobrevivientes nunca fumios bien convocados, incomodamos en todos lados... los juicos son muy reparatorios y ahí sí que no incomodamos. Siento que vivo sólo para recordar, para contar el espanto. No sé, me da mucha culpa y angustia.*

Memoria incómoda por el dolor, el horror, el terror. Pero además, porque es la memoria de lo que causó la búsqueda de un plan económico que requería un determinado orden social. Considero que por eso aún sigue siendo incómoda. Los portadores de esa memoria, los que nos relatan sus experiencias de horror, son las víctimas del terrorismo de Estado que deben dar testimonio frente a un juez y, en muchos casos, frente a sus perpetradores que han mantenido un pacto de silencio inquebrantable. Gracias

a sus testimonos y su fuerza probatoria se condenaron a los genocidas y aún los juicios se siguen realizando.

Ahora bien, el costo subjetivo del acto de testimoniar es diverso, es decir, tan particular cómo cada acto subjetivo. Lo cierto es que la experiencia que se tiene a lo largo del proceso de acompañamiento en jucios, nos ha hecho pensar a los profesionales de la salud mental la necesidad de acompañar este proceso, en donde el ámbito judicial busca una instancia probatoria objetiva de los hechos ocurridos, mientras que el sujeto de testimonio tiene otra dimensión, la dimensión del trauma, del olvido, las lagunas, de la intimidad de ese sujeto. Es sobre este campo dilemático que pensamos la particularidad del entrecruzamiento entre la salud mental y los Derechos Humanos.

Dar testimono implica hacer intervenir una intimidad en el espacio público. El sujeto del testimonio es el sujeto del discurso jurídico, en donde se pone en juego la legalidad jurídica. En tanto que el sujeto que habla, dará su testimonio dentro del terreno ético. La legalidad jurídica espera que el recuerdo que se escuche en ese testimonio sea demostrabale con hechos objetivos y ante un juez. Para la legalidad subjetiva el recordar es contar lo vivido y encontrase con las consecuencias de ese relato. Considero que el siguiente cuadro es muy gráfico respecto a la posición del sujeto según la legalidad que esté en juego.

Reparación en el Marco del Estado

Testimonio*

SUJETO DEL TESTIMONIO	SUJETO QUE HABLA
↓	↓
Relato de los Hechos	Lo Intestimoniado
↓	↓
Legalidad Jurídica	Legalidad del Inconsciente
↓	↓
Objetividad	Subjetividad

* El siguiente cuadro está basado en las teorizaciones del Seminario Psi-jurídico que dictó el Dr. Juan Dobón en el Instituto de Investigaciones del Campo Psi-jurídico.

Es en base a estas últimas consideraciones que se plantea entonces invertir el orden de los significantes: de testigos víctima a víctimas testigos. La posición ética del campo de la salud mental en el acompañamiento, escucha y construcción del acto de atestiguar, es pensada en torno del sujeto que habla y de las visicitudes propias de la legalidad del incnosciente.

La posición clínica en marco de la salud mental y los Derechos Humanos

Hemos recorrido este particular campo de reflexión a partir de las diversas experiencias en el acompañamiento y atención clínica a las víctimas del terrorismo de Estado. Quisiera aquí plantear algunas últimas cuestiones en torno al acto clínico, dado que es existe una controversia en cuanto a pensar en tratamietos especiales para los afectados de modo directo o indirecto. Considero interesante traer lo que señala Marcelo Viñar al respecto:

> …no hay tratamientos especiales, de eso ya tuvieron bastante en el cuartel y en los centros de tortura. (…) No hay psicoterapia especial para torturados o familiares. Lo que hay (o no hay) es sensibilidad y disposición del terapeuta para recorrer un itinerario de horror en que la realidad ha redoblado y confirmado los espantos del fantasma. (…) El sufrimiento y el silencio que nos traen estos pacientes no requieren tratamientos especiales porque no hay respuestas normalizables, sino un abanico de reacciones diferentes al mismo tratamiento.14 (p. 12)

Por otro lado, esta clínica supone una posición ética de los profesionales del campo de la salud mental en tanto encuentro

con discursos traumáticos devenidos de lo siniestro y la encerrona trágica. Ulloa propone una pauta ligada a los principios del psicoanálisis:

> "El psicoanalista, concorde con su ideología, podrá o no aproximar su colaboración directa al campo de los Derechos Humanos, pero si es cabalmente analista, si su práctica no desmiente las propuestas teóricas del psicoanálisis, no podrá dejar de hacer justicia desde la promoción de la verdad como antídoto frente al ocultamiento que anida lo siniestro.[9] (p. 14)

La escucha clínica que contempla los Derechos Humanos se ubica en una responsabilidad reparatoria. Es un espacio que permitirá encontrar la legalidad necesaria de un tercero de apelación que permita al sujeto víctima del terror de estado salir de la arbitrariedad de sólo dos lugares (represor y reprimido). La especificidad de esta escucha es central para ubicar en el marco clínico la posibilidad de "drenar, aliviar y curar el absceso de lo siniestro"[9] (p. 16).

A modo de conclusión y luego de haber recorrido el concepto de trauma desde la psiquiatria y desde la perspectiva de salud mental y Derechos Humanos considero oportuno destacar la importancia de la producción conceptual, de la investigación, de la enseñanza y de la praxis de una salud integral -no fragmentada- es decir, una salud que contemple las determinaciones de producción de los padecimientos para poder dar una respuesta colectiva y no individual.

Referencias bibliográficas

1. APA. *DSM I*, The Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association, Washington, 1952.

2. Harrington R. *The Railway Accident: Trains, Trauma, and Technological Crises in Nineteenth-Century Britain*. En: Micale MS, Lerner P, editores. Traumatic Pasts: History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870–1930. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. Traducción: Virginia Luque, Virginia Bastin y Ezequiel Lavena.Trabajo final de Residencia en Traducción, IES en Lenguas Vivas "Juan Ramón Fernández", Buenos Aires, bajo la tutoría de la prof. Elena Marengo, 2013

3. Oppenheim H. *Die traumatischen Neurosen. Nach den in der Nervenklinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen*. Berlin: Hirschwald; 1892.

4. APA. *DSM II*, The Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association, Washington, 1968.

5. Serritella; Balaña; Fulloe, Kaski; Rodriguez. (2006). *El concepto de daño en el trabajo con víctimas de terrorismo de Estado*. Buenos Aires: Secretaria de Derechos Humanos de la Nación .

6. APA. DSM IV TR, Masson, Barcelona, 2002.

7. Duhalde, EL. *Consecuencias actuales del terrorismo de Estado en la salud mental.* Buenos Aires: Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación; 2006.

8. Duhalde, EL. *El estado terrorista argentino: quince años después, una mirada crítica.* Buenos Aires: Eudeba; 1999.

9. Ulloa, F. *La ética del analista ante lo siniestro*. Revista Territorios. 1986; 2.

10. Freud, S. *Lo ominoso,* 1919.

11. Bettelheim, B. *El corazón bien informado*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1973.

12. Freud, S. Duelo y melancolía, 1917.

13. Rousseaux, F. *Sancionar el duelo. Desaparición, duelo e impunidad*. Psicoanálisis y el Hospital. 2001; 20.

14. Viñar, M. *La transmisión de un patrimonio mortífero: premisas éticas para la rehabilitación de afectados*. Revista Territorios. 1986; 2.

15. Duhalde, EL. *Acomopañamiento a testigos y querellantes en el marco de los juicios contra el terrorismo de Estado. Estrategias de intervención.* Buenos Aires: Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos; 2008.

16. Duhalde, EL. *Acompañamiento a testigos en los juicios contra el terrorismo de Estado. Primeras Experiencias.* Buenos Aires: Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos; 2009.

17. Duhalde, EL. *Cuadernos de la militancia.* Buenos Aires: Ediciones Punto Crítico; 2012.

UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA SOBRE LOS ESTUDIOS POBLACIONALES EN NEUROIMÁGENES. PRESENTACIÓN DE UNA BASE DE DATOS DE RESONANCIAS MAGNÉTICAS DE CEREBRO DE LA POBLACIÓN LOCAL.

AN ANTHROPOLOGICAL APPROACH TO POPULATION-BASED STUDIES IN NEUROIMAGING. *PRESENTATION OF A DATABASE OF BRAIN MRI SCANS OF THE LOCAL POPULATION.*

UM OLHAR ANTROPOLÓGICO SOBRE OS ESTUDOS POPULACIONAIS EM NEUROIMAGEM. *APRESENTAÇÃO DE UMA BASE DE DADOS DE EXAMES DE RMN CEREBRAL DA POPULAÇÃO LOCAL.*

MARIANA N. VALLEJO AZAR[1], BÁRBARA POSTILLONE[1], JENNIFER NICOLE ECHEVERRIA BUEZO[1,2], JUAN PABLO PRINCICH[1,3] Y PAULA N. GONZALEZ[1]

Contacto: Mariana Vallejo - **Email:** mvallejoazar@unaj.edu.ar

FILIACIONES: 1 Unidad ejecutora de estudios en neurociencias y sistemas complejos (ENyS). CONICET- Hospital SAMIC El Cruce “Dr Nestor Kirchner”- Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ) 2 Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Abierta Interamericana (UAI) 3 Hospital de Pediatria J.P Garrahan.

Una mirada antropológica sobre los estudios poblacionales en neuroimágenes. Presentación de una base de datos de resonancias magnéticas de cerebro de la población local.

Mariana N. Vallejo Azar, Bárbara Postillone, Jennifer Nicole Echeverria Buezo, Juan Pablo Princich y Paula N. Gonzalez

Citar como: Vallejo Azar, MN, Postillone, B, Echeverria Buezo, JN, Princich, JP, Gonzalez, PN. Una mirada antropológica sobre los estudios poblacionales en neuroimágenes. Presentación de una base de datos de resonancias magnéticas de cerebro de la población local. Desde Acá. 2024; 2: p-p. 204-226

Resumen

Las imágenes por resonancia magnética (IRM), han contribuido al conocimiento, pronóstico y diagnóstico de distintas enfermedades neurológicas, así como al estudio de la variabilidad neurobiológica en las poblaciones sanas, en el marco de las neurociencias. Las bases de datos disponibles para estas investigaciones provienen principalmente de países WEIRD (occidentales, con alto nivel de escolarización, industrializados y de ingresos altos), mientras que el resto de las poblaciones, como la latinoamericana, resultan subrepresentadas. Dado que se conocen diferencias en las prevalencias de enfermedades y tasas de supervivencia, la incorporación de poblaciones con distinto perfil genético y económico-sociocultural es necesaria para obtener datos representativos de la diversidad poblacional en neurociencias. Desde 2016, en la unidad ejecutora de Estudios en Neurociencias y Sistemas complejos (ENyS), se está construyendo una base de IRM de población sana del AMBA, con el objetivo de aportar a construir valores de referencia de distintos aspectos de la neuroanatomía a lo largo de la edad. De cada sujeto, además, se obtiene información genética, socio-ambiental, origen, antecedentes de salud, lateralidad de extremidades y evaluación neurocognitiva. Al momento, la base se compone de 173 sujetos de 18 a 85 años y de ambos sexos. La información recolectada constituye una referencia disponible para la comunidad científica general.

Palabras claves: Voluntarios sanos, neurociencias, Imágenes de Resonancia Magnética, poblaciones sudamericanas, bioantropología.

Abstract

Magnetic Resonance Imaging (MRI) has contributed to the understanding, diagnosis, and prognosis of various neurological diseases, as well as the study of neurobiological variability in healthy populations within the framework of neurosciences. Most of the available databases for these research purposes come from WEIRD countries (Western, Educated, Industrialized, Rich, and

Democratic), while the rest of the populations, such as the Latin American ones, are underrepresented. Given the differences in disease prevalence and survival rates, incorporating populations with different genetic and economic-sociocultural profiles is necessary to obtain representative data on the diversity of the population in neurosciences. Since 2016, in the unit executing Studies in Neuroscience and Complex Systems (ENyS), a healthy MRI database from the Americas has been built, to provide references for various aspects of neuroanatomy throughout life. From each subject, additional information is obtained, such as genetic data, socio-environmental data, origin, health history, lateralization of limbs, and neurocognitive assessment. Currently, the database consists of 173 subjects aged between 18 and 85 years and of both sexes. The information collected constitutes a reference available for the general scientific community.

Keywords: Healthy volunteers, neurosciences, Magnetic Resonance Imaging, South American populations, bioanthropology.

Resumo

A ressonância magnética (RM) tem contribuído para o conhecimento, diagnóstico e prognóstico de várias doenças neurológicas, bem como para o estudo da variabilidade neurobiológica em populações saudáveis no contexto das neurociências. As bases de dados disponíveis para essas pesquisas provêm principalmente de países WEIRD (ocidentais, com alto nível de escolaridade, industrializados e de alta renda), enquanto o restante das populações, como a latino-americana, está sub-representado. Dado que são conhecidas diferenças nas prevalências de doenças e taxas de sobrevivência, a incorporação de populações com perfis genéticos, econômicos e socioculturais diferentes é necessária para obter dados representativos da diversidade populacional em neurociências. Desde 2016, na unidade executora de Estudos em Neurociências e Sistemas Complexos (ENyS), está sendo construída uma base de RM de populações saudáveis da AMBA, com o objetivo de contribuir para a construção de valores de re-

ferência para diversos aspectos da neuroanatomia ao longo da vida. De cada sujeito, também são obtidas informações genéticas, socioambientais, de origem, histórico de saúde, lateralidade dos membros e avaliação neurocognitiva. Até o momento, a base é composta por 173 sujeitos de 18 a 85 anos e de ambos os sexos. As informações coletadas constituem uma referência disponível para a comunidade científica em geral.

Palavras-chave: Voluntários saudáveis, neurociências, imagens de ressonância magnética, populações sul-americanas, bioantropologia.

Una mirada antropológica sobre los estudios poblacionales en neuroimágenes. Presentación de una base de datos de resonancias magnéticas de cerebro de la población local.

Mariana N. Vallejo Azar, Bárbara Postillone, Jennifer Nicole Echeverria Buezo, Juan Pablo Princich y Paula N. Gonzalez

UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA SOBRE LOS ESTUDIOS POBLACIONALES EN NEUROIMÁGENES. PRESENTACIÓN DE UNA BASE DE DATOS DE RESONANCIAS MAGNÉTICAS DE CEREBRO DE LA POBLACIÓN LOCAL.

MARIANA N. VALLEJO AZAR, BÁRBARA POSTILLONE, JENNIFER NICOLE ECHEVERRIA BUEZO, JUAN PABLO PRINCICH Y PAULA N. GONZALEZ

Introducción

Una de las características más distintivas que tiene nuestro cerebro es que se trata de un órgano plástico. Es decir que éste tiene la capacidad de cambiar rasgos de su estructura y funcionamiento a lo largo de la vida, en relación con el entorno, las experiencias y aprendizajes. El clásico debate acerca de la dicotomía naturaleza-cultura, que caracteriza a esta relación como si se tratase de dominios separados, encuentra en la singularidad de este órgano una ventana para el abandono de aquella idea. Esto debido a que la estructura y el funcionamiento del cerebro, entendidos como el "fenotipo", resultan ser un producto complejo de la interacción constante entre naturaleza y cultura, a lo largo de la evolución y del desarrollo de los individuos. En los últimos años, las neurociencias han tenido importantes avances, permitiendo comprender más acerca de cómo funciona el cerebro y cómo se relaciona con la mente y el comportamiento, abriendo nuevas posibilidades para el diagnóstico y tratamiento de trastornos neurológicos y psiquiátricos. En tal sentido, el desarrollo de técnicas no invasivas como la resonancia magnética de cerebro (IRM) ha permitido la obtención de datos fenotípicos con muestras de mayor tamaño que los tradicionales estudios *ex vivo*[1] https://www.zotero.org/google-docs/?CsNljA.

A partir de esta técnica de neuroimágenes, se pueden obtener datos estructurales, que brindan información acerca de la morfometría, morfología, conectividad cerebral, así como datos que

permiten localizar distintas funciones en el cerebro y que constituyen un pilar importante en las neurociencias cognitivas[2]. De esta manera, la investigación en IRM es un campo muy amplio, en el cual se insertan, por ejemplo, estudios de la neuroanatomía ligada a distintos trastornos neurológicos y psiquiátricos, establecimiento de valores de referencia que sirvan para el pronóstico y diagnóstico clínicos, hasta el mapeo de las distintas funciones cognitivas en el cerebro para propósitos tales como guiar tratamientos. En la actualidad, existen varias iniciativas que reúnen enormes bases de datos de neuroimágenes y que brindan acceso abierto a estas, como por ejemplo el consorcio ENIGMA3, *UK Biobank*4, *Human Connectome Project*5, OASISa, ADNIb, entre otros.

Sin embargo, las muestras que se utilizan en las investigaciones basadas en IRM, en gran medida provenientes de bases de datos como las mencionadas precedentemente, adolecen de la falta de representatividad en términos de orígen geográfico, ancestríac y sexo biológico[7]. Entre los factores que contribuyen a esta situación, se pueden identificar barreras que la propia práctica científica impone en relación con el reclutamiento de participantes en investigaciones, las metodologías empleadas para el análisis, así como la generalización a partir de muestras poco representativas hacia la población en general, e incluso la existencia de racismo en ciencia8, 9. Respecto a esto último, Parker y Ricard han alertado que, además de las violencias en los espacios académicos, la tecnología utilizada para llevar a cabo las investigaciones en neuroimágenes también presenta sesgos[9]. De estemodo, se pueden enumerar una serie de ejemplos como ser la bobina para cabeza, elemento central para la adquisición de una resonancia cerebral, que presenta dificultades para ser utilizada en cabellos

a. https://www.oasis-brains.org/

b. https://adni.loni.usc.edu/data-samples/data-types/mri/

c. Se entiende por ancestría a la distribución bio-geográfica de la variación genética de las poblaciones humanas y su historia. La información de ancestría es obtenida mediante datos genéticos de ADN recolectado en sangre o saliva, y estos se complementan con información genealógica de las personas y con datos genéticos de restos antiguos[6].

afro-texturados. También, limitaciones relacionadas al diámetro del tubo del resonador que puede impedir la participación en estas investigaciones por parte de personas con tamaños corporales grandes[9]. Todo esto contribuye a una baja representación de participantes provenientes de poblaciones de origen no europeo y de diversas corporalidades, lo que se suma a otro fenómeno existente en las investigaciones basadas en neuroimágenes, en las cuales existe falta de información, como por ejemplo acerca del origen geográfico de las muestras utilizadas. Estos sesgos constituyen un problema en las investigaciones en neurociencias, y en aquellas de interés médico en general, dado que se conoce que la diversidad poblacional puede estar asociada a diferencias en la prevalencia de enfermedades, recuperación y tasas de supervivencia en los diversos grupos demográficos[7,10,11].

Por otra parte, la variabilidad biológica y sociocultural humana ha sido el objeto de estudio de la antropología. Este enfoque particular presenta gran utilidad al estudiar al órgano que actúa de sustrato orgánico de la mente. La antropología tiene una vasta experiencia en dilucidar las implicaciones entre esta diversidad y el entorno a nivel de las poblaciones[12–15], y su perspectiva permite ampliar los alcances de las generalizaciones efectuadas en neurociencias a partir de muestras representativas.

El objetivo de este trabajo es indagar en la existencia de sesgos en la composición de las muestras de los estudios que utilizan IRM, y brindar una perspectiva antropológica ante tal problema. Esta última puede aportar a las neurociencias con sus conceptos de evolución y diversidad. Particularmente, el conocimiento acerca del proceso evolutivo, y la existencia de presiones selectivas, en los cuales cual se ha configurado el cerebro humano a lo largo del tiempo, y que no ha tenido un desarrollo importante en el campo de las neurociencias[15]. Así mismo, la perspectiva antropológica ha revelado la importancia del concepto de diversidad, alertando acerca de la necesidad de estudios transculturales que den cuenta de la existencia de diferencias de la función cerebral entre culturas, ya que se sabe que la experiencia puede modelar

tanto la estructura como la función de este órgano[15]. En segundo lugar, se presenta la iniciativa llevada a cabo desde el año 2016 en la Unidad Ejecutora de Estudios en Neurociencias y Sistemas Complejos (ENyS)[d] para obtener una muestra de referencia de la población local.

El problema: sesgos poblacionales en los estudios basados en IRM

El interés por profundizar el conocimiento sobre enfermedades neurológicas y mentales para desarrollar estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento, se ha vinculado con la obtención de neuroimágenes de individuos sanos y con condiciones patológicas16. El estudio a través de IRM ha permitido la obtención de datos fenotípicos en un número mayor de individuos que los tradicionales estudios *ex vivo*[1], e incluso ha promovido la generación de grandes bases de datos abiertas para la investigación, como las mencionadas precedentemente[16]. Estos estudios y bases de datos que emplean IRM, así como aquellos en neurociencias en general, enfrentan un problema que consiste en la baja representatividad de la diversidad demográfica, sociocultural y de ancestría de las poblaciones, ya sea en el origen de los datos -desde el reclutamiento de los participantes-, como en la información relevada de aquellos en las muestras que se utilizan[17]. Al respecto, sobre un conjunto de artículos científicos del período 2010-2020 que utilizaron IRM, en relación con los participantes enrolados en la investigación, se observa que 77% reportaron el sexo y solo del 4% contenía información sobre el origen geográfico de los participantes[7]. La falta de reporte de la ancestría fue prácticamente generalizada también en otro estudio que recopiló artículos de este mismo tipo en todo el mundo[2].

Cabe destacar que las investigaciones en neurociencias basadas en IRM, poseen también la tendencia a utilizar muestras

d. Unidad con triple dependencia: CONICET, UNAJ y Hospital SAMIC El Cruce "Dr. Nestor Kirchner".

principalmente provenientes de poblaciones europeas, norteamericanas y, en menor medida, asiáticas[11,17,18]. De este modo, las poblaciones latinoamericanas quedan subrepresentadas en las muestras utilizadas en los estudios, existiendo pocas excepciones frente al gran número de artículos basados en IRM en todo el mundo[19–22]. Es importante señalar también la existencia de advertencias de exclusión, y racismo en ciencia, ya que el acceso a la participación en estos estudios suele tener como barrera la propia metodología, que suele estar diseñada para determinadas poblaciones en detrimento de otras, como se mencionó precedentemente[9]. Respecto a esto último, se ha alertado acerca de la baja participación y reclutamiento de poblaciones de origen no europeo en las investigaciones en neurociencias[8,9]. Particularmente, el esfuerzo por incluir poblaciones subrepresentadas, como las sudamericanas, es fundamental dado que se trata de grupos humanos con un background genético y ambiental diferentes[19], con la influencia que ello pueda tener en la prevalencia de enfermedades, tasas de supervivencia, entre otras cuestiones de importancia neurocientífica y médica[7,10].

La existencia de estos sesgos ya advertidos en la literatura, en relación con el origen geográfico y la ancestría de las muestras, continúa en la investigación científica, y conducen hacia una homogeneización demográfica en las muestras de estas investigaciones. Esto último lleva a una replicabilidad y generalización fallidas hacia el resto de la población mundial, generando representaciones inexactas de lo que se define como un estado saludable o funcional del cerebro en el campo neurológico y psiquiátrico[2].

Aportes de la perspectiva antropológica a los estudios de neuroimágen

La antropología biológica se constituyó como disciplina científica en el siglo XIX, teniendo como interés principal el estudio anatómico-estructural y funcional del cerebro a escala interespecífica y poblacional[16]. Los estudios estaban enfocados en analizar la relación entre el cerebro y la cognición, así como también investigar

los factores que habrían modelado la evolución del órgano. Más recientemente, para la década de 1960 emergen las neurociencias, como un campo de disciplinas científicas en torno al estudio interdisciplinario del funcionamiento del cerebro, entendiendo a éste como un fenómeno complejo atravesado por aspectos biológicos, psico-sociales y culturales[16].

Falk et al. se preguntan acerca de "¿qué tan de universal es lo que conocemos?" de modo tal que existe una extrapolación de los hallazgos que se hacen en muestras acotadas y de poblaciones determinadas -principalmente países WEIRD[e]- al resto de la población. Es por esto que estos autores plantean que el subcampo denominado "neurociencias poblacional" permite enfatizar acerca del entendimiento de la conducta humana a través de múltiples niveles de influencia, desde la estructura socio-cultural a los genes y la conectividad cerebral -entre otros-, haciendo hincapié en el criterio de muestreo, la integración con el contexto social mayor, así como el entrenamiento, colaboración y la reflexión y necesaria transformación en la cultura científica[17].

Los sesgos presentes en los estudios en neurociencias, de los cuales los más importantes fueron desarrollados precedentemente, pueden deberse a una combinación de factores, entre ellos concepciones y metodologías reduccionistas o simplistas que presentan importantes limitaciones al tomar en consideración la multidimensionalidad y complejidad del asunto. A modo de ejemplo, una concepción que ha actuado en tal sentido es la teoría del "hombre promedio" de Quetelet, la cual atravesó tanto a las ciencias sociales como las biológicas. Este marco teórico propició una visión normativista en términos de la existencia de rasgos promedios estadísticos en todas las personas de una población, como si existiese de manera figurada, por ejemplo, un

e. El significado del acrónimo "WEIRD" se traduce al español como "Ricos, Industrializados, de Culturas Occidentales y Educadas". Este término se utiliza para describir a las naciones o regiones que comparten características como altos niveles de ingresos, desarrollo industrial, culturas occidentales y alto grado de escolarización.

cerebro promedio. “La media no es el mensaje” alertó Stephen Jay Gould, y en su frase se advierte que lo que en realidad existe es la diversidad humana, la variabilidad. En tal sentido desde la antropología las críticas a aquella visión normativista argumentaron sobre la existencia de asimetría y particularidades que también forman parte de cualquier rasgo normal que estudiemos en las poblaciones humanas. De este modo, un marco antropológico puede resultar de utilidad para promover y para comprender la necesidad de estudios poblacionales en neurociencias, particularmente de incorporar a las muestras poblaciones representativas de regiones no solo europeas o norteamericanas.

Creación de una base de datos de neuroimágenes de la población local

La región del AMBA posee un perfil genético caracterizado por el mestizaje entre la población nativa americana y europeos23, 24. Además, se trata de una población que muestra características distintivas en relación con los países desarrollados, tales como un acceso limitado a servicios urbanos, lo que conlleva una mayor exposición a condiciones desfavorables para la salud, vulnerabilidad socioeconómica, baja escolaridad, entre otras cuestiones. Estas circunstancias particulares de nuestra población resultan en la necesidad de generar bases de datos locales de referencia, a los fines de una mejor correspondencia entre población de estudio y población receptora de diagnósticos y tratamientos.

Desde el año 2016, en ENyS, se reclutan semanalmente voluntarios de ambos sexos, cuyas edades cubren el rango entre los 18 y los 85 años, para obtener IRM con el mismo protocolo de adquisición en el resonador 3T *Philips Achieva* del servicio de imágenes del Hospital SAMIC El Cruce. Además, en complemento con la adquisición de la IRM de cada participante se obtienen datos socio-ambientales por medio de una encuesta semiestructurada, en la cual, entre otros datos, se releva el lugar de nacimiento y el grado de escolaridad. Los criterios de inclusión y exclusión en la muestra son:

a) Se incluyen individuos adultos de ambos sexos, de 18 a 85 años de edad y sin antecedentes de enfermedades neurológicas o psiquiátricas, sin medicación psicotrópica y sin enfermedades sistémicas con efectos neurológicos.

b) Se incluyen aquellos individuos de 50 a 85 años que no presentan deterioro cognitivo al momento del estudio, de acuerdo a los siguientes instrumentos de evaluación: mini-mental state examination (MMSE), test de cribado ACE, escala de Barthel y clinical dementia rating (CDR)f. La evaluación es llevada a cabo por profesionales del Hospital SAMIC El Cruce que forman parte del equipo de investigación interdisciplinario. Particularmente se reclutan de manera voluntaria aquellos pacientes mayores a 50 años con evaluaciones neurocognitivas normales: respecto al ACE, se seleccionan personas con valores mayores a 68 cuando tienen menos de 12 años de instrucción educativa formal y un ACE mayor a 88 cuando presentenan más de 12 años de instrucción. Respecto a los valores de MMSE, se reclutan personas que, siendo menores de 56 años, presentan valores mayores a 27, mayores a 56 años dependiendo de su escolaridad (menos de 5 años: 24, entre 5 y 7 años: 26, más de 8 años: 27), y siendo mayores a 75 años de edad también dependiendo de sus años de instrucción (menos de 5 años: 22, entre 5 y 12 años: 25, más de 12 años: 26). Como se puede observar, la escolaridad es una variable fundamental en este tipo de evaluaciones dado que puede tener una influencia significativa en el desempeño cognitivo28. Finalmente, los voluntarios son incluidos en la muestra tiene valores de CDR entre 0 y 1. Además de los resultados de las evaluaciones neurocognitivas, resulta elemental para el reclutamiento, que la fecha de éstas sea dentro del mismo año de la convocatoria para resonancia.

f. El MMSE permite medir el estado cognitivo general, incluyendo memoria, lenguaje y atención. En tanto el ACE evalúa la función cognitiva en los dominios de memoria, lenguaje, atención y orientación. La escala de Barthel mide la capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria. El CDR evalúa la gravedad de la demencia en los dominios anteriormente mencionados y en la capacidad funcional[25–27].

c) Se excluyen aquellos individuos que presenten o hayan padecido alguna enfermedad neurológica o psiquiátrica (e.g. tumores del sistema nervioso, epilepsia, enfermedades vasculares cerebrales, Parkinson, Alzheimer).

d) Se excluyen aquellas personas con claustrofobia, mujeres cursando embarazo, individuos con neurocirugías previas y personas con algún implante metálico que pueda ser dañado por el campo magnético generado por el resonador o que pueda causar distorsión de las imágenes (e.g. marcapasos cardíaco, desfibrilador implantable, implante coclear, *brackets*).

Las IRM son obtenidas con el mismo protocolo de adquisición donde se obtienen para cada sujeto la imagen anatómica o T1, imagen con tensor de difusión (DWI por sus siglas en inglés), FLAIR y una imagen funcional de estado en reposo (conocida como *resting state*). De este modo, a partir de estas imágenes se pueden obtener datos anatómicos (morfométricos, morfológicos, etc.) y de conectividad cerebral -tanto estructural como funcional-.

Finalmente, una vez obtenidas las imágenes se procede a la examinación por un neurorradiólogo experto, y de acuerdo a su experticia, son descartados del estudio aquellos sujetos que presenten en sus imágenes hallazgos incidentales, los cuales se definen como observaciones de potencial significancia clínica, descubiertas en sujetos sanos y que no están relacionadas al objetivo del estudio29, así como aquellos participantes cuyas imágenes presenten artificios generados por causas externas.

Cada voluntario acude por única vez a la realización de la resonancia en el Hospital SAMIC El Cruce. El día de la sesión de escaneo, previo a su realización, cada voluntario firma el consentimiento libre e informado y se le interroga mediante una encuesta semiestructurada para obtener datos socio-ambientales. Además, a cada voluntario se le realizan dos tests de lateralidad: el test de dominancia manual (*Edinburgh handedness inventory*) y el test de lateralidad de pies (test de *Waterloo*). El protocolo de investiga-

ción y el consentimiento libre e informado fueron aprobados por el Comité de Ética en la Investigación del Hospital de Alta Complejidad El Cruce “Dr. Nestor Carlos Kirchner”.

Los voluntarios son convocados mediante folletos distribuidos en el Hospital SAMIC El Cruce, la Universidad Nacional Arturo Jauretche, la Universidad de Buenos Aires y Universidad Nacional de La Plata. Así mismo, son incorporados sujetos que cumplen con los criterios de inclusión y que no necesariamente formen parte de alguna de estas instituciones. En el caso de los voluntarios con edades mayores a 50 años, estos también fueron reclutados desde los consultorios externos del Hospital SAMIC El Cruce (consultorios de Atención Médica Integral, AMI) en donde las evaluaciones neurocognitivas pueden ser previas al estudio de resonancia, y desde el programa UPAMI de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Conformación de la base de datos de IRM de ENyS

Hasta el momento se reclutaron 173 voluntarios y voluntarias como controles sanos, con una mayor participación de mujeres y participantes con edades menores a 50 años, como se observa en la Figura 1 y la Tabla 1. Actualmente, en la convocatoria a participantes se espera poder equiparar de acuerdo a la edad y el sexo.

Figura 1. Representatividad de voluntarios, según su sexo biológico por cada grupo etario.

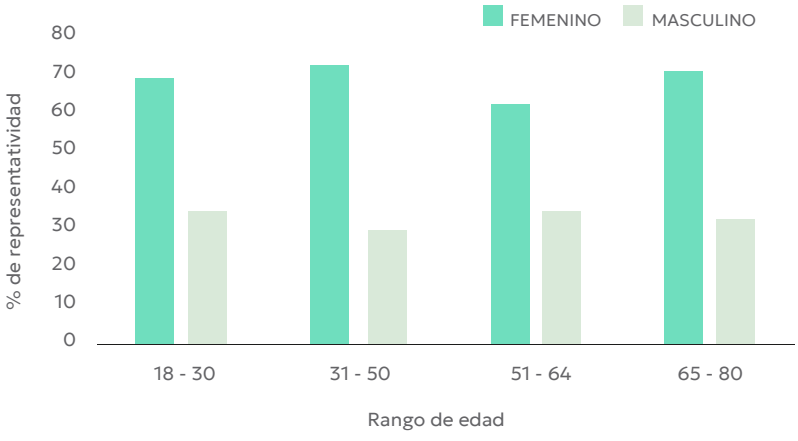


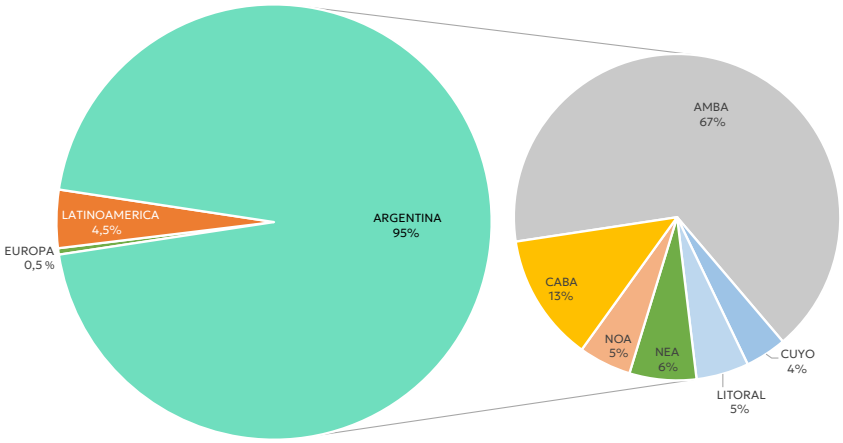
Tabla 1. **Información por grupos etarios de los participantes del proyecto. La escolaridad promedio y el rango de edad se encuentran en años.**

Rango de edad (años)	N	Representatividad (%)	Femenino (%)	Masculino (%)	Escolaridad promedio (años)
18-30	50	28,9	66	34	15 ± 2
31-50	58	33,5	70,7	29,3	15 ± 2
51-64	33	19,1	60,6	33,3	12 ± 3
65-80	32	18,5	68,8	31,3	11 ± 3

Una de las preguntas de la encuesta socio-ambiental es el grado de escolaridad, el cual se categorizó en niveles educativos (i.e. primario, secundario, terciario y universitario) y luego estos datos son transformados a una escala numérica. De este modo, los valores determinados están dispuestos según la cantidad de años de cada etapa escolar y de nivel superior, correspondiendo de este modo el cómputo de 7 años para primaria completa, 12 años para secundaria completa, 15 años para terciario o universitario incompleto y 17 años para terciario o universitario completo. Las respuestas obtenidas tuvieron una importante variabilidad, por lo que se presentan los datos en promedios junto a su desvío estándar por cada grupo etario (Tabla 1).

Por otro lado, entre los datos obtenidos de las encuestas, se relevó el lugar de nacimiento y este arrojó que el 67% nació en el AMBA, y aproximadamente el 95% nació en Argentina (Figura 2). Cabe destacar que también se interrogó acerca del lugar de nacimiento de padres, madres, abuelos y abuelas -tanto maternos como paternos-. Estos resultados, de relevancia antropológica, son importantes para el objetivo de este proyecto que pretende ser una base de neuroimágenes representativas de nuestra población.

Figura 2. Frecuencia de lugar de nacimiento reportado por los y las voluntarios/as en la encuesta socio-ambiental.



Conclusiones

En las investigaciones en neurociencias las infancias, las mujeres, las disidencias, las minorías étnicas y poblaciones de centros "periféricos" del sistema económico y político dominante han sido -y continúan siendo- invisibilizadas durante décadas. Esto se debe a que la producción de conocimiento científico constituye una práctica social, y como tal está fuertemente influenciada por sesgos existentes en la sociedad en cuanto a género, orígen geográfico y edad. Sumado a ello, en el terreno de la antropología, el estudio del "otro cultural" contribuyó además a crear una mirada ajena de la propia población de quien estudia cualquier fenómeno de interés. En suma, en el marco de las ciencias en general los saberes se constituyeron en marcos androcentristas y eurocentristas, y en el caso particular de la antropología existen estudios en menor medida de la propia población del investigador. Estos sesgos producen una falta de correspondencia entre la población que aporta a las muestras y la población sobre la cual se aplican aquellos datos o, incluso, resultados. La escasez de bases de datos de neuroimágenes en la población latinoamericana y sudamericana vuelve elemental

generar bancos de datos locales para poder brindar aportes al conocimiento, diagnóstico y pronóstico de enfermedades en nuestra propia población. Frente a ello, desde ENyS existe una base de datos en construcción que lleva ya más de 170 sujetos reclutados de la población residente en el AMBA. Las modalidades de adquisición de las IRM obtenidas de esta muestra, permiten estudiar diversos tipos de variables estructurales y funcionales del cerebro, mientras que las encuestas facilitan caracterizar socioambientalmente a la muestra en cuestión. Esta base de datos es de utilidad para aportar a los estudios llevados a cabo por los grupos de investigación propios y estará disponible para la comunidad científica mundial.

Referencias bibliográficas

1. Paus T. *Population Neuroscience* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2013 [citado 25 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://link.springer.com/10.1007/978-3-642-36450-1

2. Goldfarb MG, Brown DR. *Diversifying participation: The rarity of reporting racial demographics in neuroimaging research.* NeuroImage [Internet]. julio de 2022 [citado 18 de octubre de 2023]; 254: 119122. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1053811922002506

3. Kong XZ, Mathias SR, Guadalupe T, ENIGMA Laterality Working Group, Glahn DC, Franke B, et al. *Mapping cortical brain asymmetry in 17,141 healthy individuals worldwide via the ENIGMA Consortium*. Proc Natl Acad Sci [Internet]. 29 de mayo de 2018 [citado 25 de septiembre de 2023]; 115(22). Disponible en: https://pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.1718418115

4. Sudlow C, Gallacher J, Allen N, Beral V, Burton P, Danesh J, et al. *UK Biobank: An Open Access Resource for Identifying the Causes of a Wide Range of Complex Diseases of Middle and Old Age*. PLOS Med [Internet]. 31 de marzo de 2015 [citado 31 de enero de 2024]; 12(3): e1001779. Disponible en: https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1001779

5. Elam JS, Glasser MF, Harms MP, Sotiropoulos SN, Andersson JLR, Burgess GC, et al. *The Human Connectome Project: A retrospective*. NeuroImage [Internet]. diciembre de 2021 [citado 31 de enero de 2024]; 244: 118543. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1053811921008168

6. Prieto Floriani L. *¿Para qué lo hacemos? Reflexiones éticas del quehacer bioantropológico en el marco del Proyecto "Identidad y genética"*. Rev Urug Antropol Etnografía. 2019;4(2): 87-101.

7. Sterling E, Pearl H, Liu Z, Allen JW, Fleischer CC. Demographic reporting across a decade of neuroimaging: a systematic review. Brain Imaging Behav [Internet]. diciembre de 2022 [citado 18 de octubre de 2023]; 16(6): 2785-96. Disponible en: https://link.springer.com/10.1007/s11682-022-00724-8

8. Ricard JA, Parker TC, Dhamala E, Kwasa J, Allsop A, Holmes AJ. *Confronting racially exclusionary practices in the acquisition and analyses of neuroimaging data.* Nat Neurosci [Internet]. enero de 2023 [citado 18 de octubre de 2023]; 26(1): 4-11. Disponible en: https://www.nature.com/articles/s41593-022-01218-y

9. Parker TC, Ricard JA. *Structural racism in neuroimaging: perspectives and solutions.* Lancet Psychiatry [Internet]. mayo de 2022 [citado 18 de octubre de 2023]; 9(5): e22. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036622000797

10. Isamah N, Faison W, Payne ME, MacFall J, Steffens DC, Beyer JL, et al. *Variability in Frontotemporal Brain Structure: The Importance of Recruitment of African Americans in Neuroscience Research*. Valdes-Sosa PA, editor. PLoS ONE [Internet]. 26 de octubre de 2010 [citado 26 de septiembre de 2023]; 5(10): e13642. Disponible en: https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0013642

11. Tang Y, Zhao L, Lou Y, Shi Y, Fang R, Lin X, et al. *Brain structure differences between Chinese and Caucasian cohorts: A comprehensive morphometry study*. Hum Brain Mapp [Internet]. mayo de 2018 [citado 26 de septiembre de 2023]; 39(5): 2147-55. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hbm.23994

12. Frisancho AR. *Developmental responses to high altitude hypoxia*. Am J Phys Anthropol [Internet]. mayo de 1970 [citado 30 de enero de 2024]; 32 (3): 401-7. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajpa.1330320310

13. Frisancho AR, Baker PT. *Altitude and growth: A study of the patterns of physical growth of a high altitude Peruvian Quechua population.* Am J Phys Anthropol [Internet]. marzo de 1970 [citado 30 de enero de 2024]; 32 (2): 279-92. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajpa.1330320217

14. Himmelgreen DA, Pérez-Escamilla R, Martinez D, Bretnall A, Eells B, Peng Y, et al. *The longer you stay, the bigger you get: Length of time and language use in the U.S. are associated with obesity in Puerto Rican women*. Am J Phys Anthropol [Internet]. septiembre de 2004 [citado 30 de enero de 2024]; 125 (1): 90-6. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajpa.10367

15. Rilling JK. *Neuroscientific approaches and applications within anthropology*. Am J Phys Anthropol [Internet]. 2008 [citado 30 de enero de 2024]; 137(S47): 2-32. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajpa.20947

16. González PN, Arias AC, Bernal V, Vallejo-Azar MN, Bonfili N, Barbeito-Andrés J. *Antropología biológica y neurociencias: los estudios del cerebro en el linaje humano*. Rev Argent Antropol Biológica [Internet]. 29 de diciembre de 2022 [citado 14 de octubre de 2023]; 25 (1): 061. Disponible en: https://revistas.unlp.edu.ar/raab/article/view/13275

17. Falk EB, Hyde LW, Mitchell C, Faul J, Gonzalez R, Heitzeg MM, et al. *What is a representative brain? Neuroscience meets population science*. Proc Natl Acad Sci [Internet]. 29 de octubre de 2013 [citado 14 de octubre de 2023]; 110 (44): 17615-22. Disponible en: https://pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.1310134110

18. Pai PP, Mandal PK, Punjabi K, Shukla D, Goel A, Joon S, et al. *BRAHMA: Population specific T1, T2, and FLAIR weighted brain templates and their impact in structural and functional imaging studies*. Magn Reson Imaging [Internet]. julio de 2020 [citado 26 de septiembre de 2023]; 70: 5-21. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0730725X19305247

19. Vallejo-Azar MN, Alba-Ferrara L, Bouzigues A, Princich JP, Markov M, Bendersky M, et al. *Influence of accessory sulci of the frontoparietal operculum on gray matter quantification*. Front Neuroanat [Internet]. 19 de enero de 2023 [citado 26 de septiembre de 2023]; 16: 1022758. Disponible en: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnana.2022.1022758/full

20. Princich JP, Donnelly-Kehoe PA, Deleglise A, Vallejo-Azar MN, Pascariello GO, Seoane P, et al. *Diagnostic Performance of MRI Volumetry in Epilepsy Patients With Hippocampal Sclerosis Supported Through a Random Forest Automatic Classification Algorithm*. Front Neurol [Internet]. 22 de febrero de 2021 [citado 2 de febrero de 2023]; 12: 613967. Disponible en: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2021.613967/full

21. Valdes-Sosa PA, Galan-Garcia L, Bosch-Bayard J, Bringas-Vega ML, Aubert-Vazquez E, Rodriguez-Gil I, et al. *The Cuban Human Brain Mapping Project, a young and middle age population-based EEG, MRI, and cognition dataset*. Sci Data [Internet]. 5 de febrero de 2021 [citado 26 de septiembre de 2023]; 8 (1): 45. Disponible en: https://www.nature.com/articles/s41597-021-00829-7

22. Külsgaard HC, Orlando JI, Bendersky M, Princich JP, Manzanera LSR, Vargas A, et al. *Machine learning for filtering out false positive grey matter atrophies in single subject voxel based morphometry: A simulation based study*. J Neurol Sci [Internet]. enero de 2021 [citado 25 de septiembre de 2023]; 420: 117220. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022510X20305566

23. Avena S, Via M, Ziv E, Pérez-Stable EJ, Gignoux CR, Dejean C, et al. *Heterogeneity in Genetic Admixture across Different Regions of Argentina*. Kivisild T, editor. PLoS ONE [Internet]. 10 de abril de 2012 [citado 26 de septiembre de 2023]; 7 (4): e34695. Disponible en: https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0034695

24. Luisi P, García A, Berros JM, Motti JMB, Demarchi DA, Alfaro E, et al. *Fine-scale genomic analyses of admixed individuals reveal unrecognized genetic ancestry components in Argentina*. Calafell F, editor. PLOS ONE

[Internet]. 16 de julio de 2020 [citado 26 de septiembre de 2023]; 15 (7): e0233808. Disponible en: https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0233808

25. Hodges JR, Larner AJ. *Addenbrooke's Cognitive Examinations: ACE, ACE-R, ACE-III, ACEapp, and M-ACE*. En: Larner AJ, editor. Cognitive Screening Instruments [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017 [citado 31 de enero de 2024]. p. 109-37. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-44775-9_6

26. Matías-Guiu JA, Valles-Salgado M, Rognoni T, Hamre-Gil F, Moreno-Ramos T, Matías-Guiu J. *Comparative Diagnostic Accuracy of the ACE-III, MIS, MMSE, MoCA, and RUDAS for Screening of Alzheimer Disease*. Dement Geriatr Cogn Disord [Internet]. 2017 [citado 31 de enero de 2024]; 43 (5-6): 237-46. Disponible en: https://www.karger.com/Article/FullText/469658

27. Custodio N, Montesinos R, Chambergo-Michilot D, Herrera-Perez E, Pintado-Caipa M, Seminario G W, et al. *A Functional Assessment Tool to Distinguish Controls From Alzheimer's Disease in Lima, Peru*. Am J Alzheimers Dis Dementias® [Internet]. enero de 2022 [citado 31 de enero de 2024]; 37: 153331752211043. Disponible en: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/15333175221104354

28. Ostrosky Solis F, Lozano Gutierrez A, Gomez Perez ME. *Cultura, escolaridad y edad en la valoración neuropsicológica*. Rev Mex Psicol. 2010; 27 (2): 285-91.

29. Illes J. *«Pandora's box» of incidental findings in brain imaging research*. Nat Clin Pract Neurol [Internet]. febrero de 2006 [citado 17 de febrero de 2023]; 2 (2): 60-1. Disponible en: http://www.nature.com/articles/ncpneuro0119

Agradecimientos: al servicio de diagnóstico por imágenes y de gestión del paciente del Hospital SAMIC El Cruce, especialmente a Verónica Rodrigues Viola, y a Sergio Morganti. Agradecemos al equipo de neuropsicología de AMI, particularmente a Patricia Solís e Ivana Villella. Finalmente, manifestamos nuestra enorme gratitud a cada uno de las y los voluntarios que han participado de esta investigación.

ESPACIO DE RESUMENES AMPLIADOS

PREMATURIDAD Y DESARROLLO, CUIDADOS DE ENFERMERÍA CENTRADOS EN EL NEURODESARROLLO[1]

Autora: Pacheco, Brenda

Correo: pachecobrenda@gmail.com

Director: Llano, Ariel

En Argentina, en los últimos años, la tasa de nacimientos prematuros se encuentra en ascenso, situación que viene observándose en muchos países y que obedecerían a múltiples factores especialmente de orden social y biológicos. La recepción de un niño prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales supone un gran esfuerzo por parte del equipo de salud dado que la morbimortalidad en este grupo se encuentra asociada a su condición de inmadurez.

El nacimiento prematuro suele darse antes de iniciar el tercer trimestre de gestación, que es donde el sistema neurológico fetal se encuentra en el ápice de su desarrollo. La separación del feto del ambiente uterino, un ambiente preparado para el desarrollo neuroestructural y neurofisiológico, está relacionado a desafíos y dificultades en el desarrollo futuro del niño. Tal como lo sostiene Heidelise Als (1940-2022) en su Programa de Evaluación y Cuidado Individualizado del Desarrollo del Recién Nacido (NIDCAP por sus siglas en inglés), los trastornos relacionados al aprendizaje, bajo coeficiente de inteligencia, trastornos por déficit de atención, umbrales bajo de fatiga, problemas del habla y comprensión del lenguaje son algunas de las consecuencias que pueden presentarse.

Los cuidados centrados en el neurodesarrollo describen aquellas intervenciones de enfermería que tienden a favorecer la or-

1. Tesina de Brenda Pacheco para la licenciatura em Enfermería, dirigida por Ariel Llano.

ganización neurológica del recién nacido pretérmino. Es decir, valorando la conducta del neonato se establece una serie de cuidados y modificaciones en el ambiente para que el estímulo sea el adecuado. Los mismos se basan en tres pilares: cuidados para el macroambiente (factores que provienen el entorno que rodea al bebé, como la iluminación y todos los estímulos sonoros), cuidados para el microambiente (se refiere sobre todo a la postura, dolor y manipulaciones del neonato). y cuidados centrados en la familia.

El presente estudio consta de un informe de investigación de tipo descriptivo, donde el objetivo es describir los cuidados de enfermería centrados en el neurodesarrollo en los recién nacidos pretérmino que realiza el personal de enfermería del servicio de Neonatología de un hospital público de segundo nivel de atención de la zona sur de Buenos Aires.

Los datos obtenidos se recolectaron a través del método no probabilístico por conveniencia por medio de una encuesta virtual voluntaria y de carácter anónima.

La población de estudio estuvo compuesta por 26 participantes de los turnos mañana, tarde y noche y criterios de inclusión fueron: enfermeros que estuvieran dispuestos a participar de manera voluntaria y que realicen función asistencial al recién nacido prematuro y su familia,

Como conclusión, a partir de los resultados obtenidos y analizados se puede observar que los cuidados centrados en el neurodesarrollo son ejecutados en gran parte por la mayoría de los participantes. En el informe se desagregan específicamente cada uno de los cuidados protocolizados. De esto se desprende que no todos los cuidados propuestos se brindan en su totalidad, lo que supone un déficit en la provisión de cuidados. Un aspecto interesante en las respuestas, estaría relacionado con esto último, donde los participantes manifiestan tener poca capacitación sobre el tema referido.

USO DE LAS TECNOLOGÍAS MÓVILES EN NIÑOS CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA.

Autora: Cammarota, Erica

Email: ericammarota@gmail.com

Directorxs: Pérez Belmonte, Nahuel & Reynal Machado, Luciana

La investigación abordó los efectos del uso de las nuevas tecnologías móviles en niños con trastornos del neurodesarrollo entendidas en tanto herramientas que facilitan el acceso permanente a la información y a la comunicación. Los niños comienzan a utilizar medios tecnológicos a los pocos meses de edad[1] y dado que las experiencias acaecidas en la primera infancia influyen profundamente en el desarrollo, se hace necesario poder evaluar su impacto.

Los trastornos del neurodesarrollo son circunstancias de salud de base neurológica que pueden afectar la adquisición, retención o aplicación de habilidades específicas o conjuntos de informaciones (alteraciones en la atención, percepción, lenguaje y resolución de problemas o interacciones sociales)[2].

En la investigación se pudo observar que una de las áreas en las que más ha impactado el uso de tecnologías móviles es el tratamiento de personas con trastornos del espectro autista, en donde éstas funcionan como herramientas de apoyo y facilitación de la comunicación de acuerdo a lo recolectado en la muestra.

Los dispositivos móviles son aquellos que nos facilitan el acceso permanente a la información y la comunicación. Estas tecnologías móviles que abarcan teléfonos inteligentes, tablets, reproducto-

res de audio portátiles, consolas de videos juegos, miniordenadores, entre otros, son herramientas que pueden constituir un mecanismo importante de innovación[3].

El objetivo principal del trabajo realizado fue describir las características del uso de tecnologías móviles en niños con trastornos del neurodesarrollo en la primera infancia que asistieron al Centro de Integración Comunitaria "Santo Tomás" de la localidad de Florencio Varela entre enero y junio de 2022. La muestra estuvo compuesta por 40 casos de niños que asisten al centro y la unidad de información fueron los padres, tutores y los profesionales de la salud tratantes del Centro. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas estructuradas y semiestructuradas de diseño propio. Las variables fueron sexo, edad, tipo de trastorno (ya que solo se tomaron los casos de niños con trastornos del neurodesarrollo), el acceso a tecnologías móviles, tipo de tecnología utilizada, frecuencia de uso y afectaciones comportamentales y afectivas. El objeto de estudio fue el impacto (tanto positivo como negativo) del uso de dichas tecnologías móviles en la población antedicha.

Los resultados arrojaron que el acceso a y el uso de tecnologías móviles es universal en la muestra de la población estudiada, siendo diario para la mayoría (69%), con un promedio de entre dos y cuatro horas diarias o más. El teléfono móvil fue el dispositivo más utilizado. El 84,6% de la muestra correspondió a sujetos varones de entre tres y cinco años de edad y el trastorno prevalente fue el del espectro autista (84,1%). La mayoría de los encuestados (76,9%) consideró que el uso de tecnologías móviles afectaba el comportamiento del niño (negativamente para el 44,7%; positivamente para el 36,8%). Los efectos positivos refirieron la promoción del lenguaje y la mejora de la comunicación; los efectos negativos señalaron la "adicción" al dispositivo (mal humor o agresividad frente al retiro de este).

Particularmente en lo que se refiere a aquellos encuestados que eran enfermeros, cabe señalar que los mismos ponderaron el

uso de las tecnologías móviles en niños con trastornos del neurodesarrollo positivamente debido a que facilitarían la comprensión, la comunicación y el entendimiento de las necesidades de los pacientes.

A modo de conclusión podemos señalar que resulto imposible inferir que estos dispositivos posean por sí mismos un efecto benéfico o nocivo, sino que el mismo dependerá de su articulación con diferentes variables como pueden ser entre otras, el tipo de trastorno, el tiempo de uso y la particularidad de cada niño.

Se reparó en la importancia de que los profesionales de la salud conozcan la implicancia de estos dispositivos en el desarrollo a la hora de abordar los trastornos referidos y aprendan a detectar sus signos de alarma, a fines de contar con herramientas para orientar a las familias de los niños.

Bibliografía:

1. Radesky, JS., & Christaki, DA. (2016): *Increased screen time: implications for early childhood development and behavior*. Pediatric Clinics. 2016; 63 (5): 827-839.

2. Sulkes SB. Manual MSD versión para público general. [citado 18 de abril de 2024]. Definición de los trastornos del desarrollo - Salud infantil. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-ar/hogar/salud-infantil/trastornos-del-aprendizaje-y-del-desarrollo/definición-de-los-trastornos-del-desarrollo

3. Gisbert, M Prats, MA y Cabrera, N. *Aprenentatge mòbil. Com incorporar els dispositius mòbils a l' aprenentatge?* Barcelona: Fundación Bollenar. Informes breus 58; 2015. Recuperado de: http://www.fbofill.cat/sites/default/files/InformeBreu58.pdf

LAS ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA QUE FAVORECEN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNOS MENTALES SEVEROS[1]

Autores: Melany López y Ariel Moreira

Email: mabebar1970@gmail.com

Directora: Martha Barboza

Esta investigación se realizó en una institución de salud mental de la zona sur de GBA, y se enmarca en la realización del trabajo final de la carrera de licenciatura en enfermería. El interés por el tema se basa en nuestra experiencia profesional a partir del trabajo con personas diagnosticadas con trastornos mentales severos. Según la OMS, los trastornos mentales se caracterizan por alteraciones en el pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás, por ello, estos trastornos afectan la adhesión al tratamiento. El concepto de adhesión terapéutica se entiende como "el contexto en el cual el comportamiento de un paciente coincide con las recomendaciones relacionadas con su salud", esta definición toma al paciente como un ser autónomo, que influye en su propio estado de salud y puede opinar respecto a su diagnóstico y preferencias del tratamiento.

Se observa que las estrategias de las y los profesionales de enfermería para abordar estos pacientes no sólo se basan en la toma de medicación, sino en otros aspectos relacionados con los cuidados como la higiene personal y la alimentación. Además, se vinculan con la percepción que tienen estos pacientes de su propia situación de salud y enfermedad, de ello se deriva la importan-

1. Tesina de Melany López y Ariel Moreira para la Licenciatura en Enfermería, dirigida por Martha Barboza.

cia de la educación para el autocuidado que debe brindárseles al momento del alta.

El objetivo general de la tesina fue el de conocer las estrategias de enfermería que favorecen la adhesión al tratamiento de pacientes con trastornos mentales severos mediante el reconocimiento de los criterios y cuidados de los profesionales de enfermería, a fin de explorar aspectos como, por ejemplo: las relaciones intrafamiliares, sociales, comunitarias e historial de internaciones pasadas. Prestando especial atención a los criterios, cuidados y vínculos enfermeros/pacientes.

Para ello se caracterizó al equipo de enfermería a partir de sus intervenciones, siendo el vínculo terapéutico y la educación para el autocuidado las estrategias principales; también se caracterizó el ámbito de intervención institucional donde realizan sus actividades. Se identificaron las estrategias de enfermería con especial atención en los cuidados y en el vínculo con las y los pacientes, atendiendo en ese sentido a las percepciones de los mismos. Finalmente se reconocieron los factores que influyen, facilitando u obstaculizando, la adhesión al tratamiento de las y los pacientes con trastornos mentales severos. Se considera que una buena adhesión al tratamiento favorece el manejo de la vida cotidiana y a su vez previene complicaciones, orientando a un pronóstico favorable. En la actualidad, la falta de adhesión al tratamiento en pacientes de salud mental supone uno de los mayores problemas a resolver como profesionales de enfermería, por esto mismo, el contacto directo con el paciente, propio de nuestra profesión nos brinda una posición privilegiada para conocer a las personas con padecimiento mental de forma individual, y también para reconocer sus percepciones sobre su enfermedad y sobre el régimen terapéutico. De este modo, se hace posible afrontar el problema de la falta de adhesión de forma individualizada y teniendo en cuenta las peculiaridades de cada caso. Por otra parte, las estrategias centradas en el desarrollo de modelos organizativos y en prácticas clínicas enfocadas en el paciente, así como el desarrollo e implementación de diferentes

instrumentos, garantizan la continuidad de los cuidados de los profesionales de enfermería.

La investigación realizada evidencia la importancia del rol de enfermería en salud mental que requiere que el profesional logre los conocimientos, la comprensión y la destreza necesarios para poder observar, analizar y responder terapéuticamente a las necesidades del paciente para implementar las estrategias mencionadas. Así como el reconocimiento del trabajo en equipos interdisciplinarios para mejorar la vida cotidiana, recuperar la calidad de vida y lograr una mayor participación social de las y los pacientes.

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud. La falta de adherencia al tratamiento en el contexto de las enfermedades crónicas es considerada como un grave problema de salud. 2004.

1. Pfizer. *La adherencia al tratamiento: Cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. Diálogos Pfizer-Pacientes*. 2004.

2. Ruiz Roldán R. La adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos [Internet]. 2019. Disponible en: http://hdl.handle.net/10902/16518

3. Jara P. *Solo la mitad de los pacientes toma bien sus medicinas* | SOCIAL DIGITAL [Internet]. [citado 20 de mayo de 2024]. Disponible en: https://socialdigital.iadb.org/es/node/10835

TRASTORNOS MENTALES: UNA REVISIÓN SOBRE LA APLICACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA DESDE UN ABORDAJE KINÉSICO PARA DISMINUIR LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.a

Autores: Mariana Monchales

Email: ramiro.ocampo@gmx.es; marianamochales@gmail.com

Director: Ramiro Ocampo

El presente trabajo de investigación pretende responder a través de un análisis exhaustivo la siguiente pregunta problema: ¿Puede la actividad física aeróbica desde un abordaje Kinésico ser un recurso terapéutico para disminuir los síntomas de la depresión y ansiedad en personas adultas con Trastornos Mentales?

Según la OMS, la estigmatización y la discriminación hacen que esta población sea vulnerable para acceder a la salud, la educación y un trabajo digno[1].

Hay una tendencia por asignar a todos los problemas un nombre clínico y un tratamiento: se ve acentuada por el marketing de la industria farmacéutica dirigido a médicos y pacientes. Frente al aumento de diagnósticos de enfermedades mentales aumenta la prescripción de psicofármacos y la desaparición del enfoque psicosocial, hace más relevante la urgencia por encarar una visión integral de la persona [2,3].

En consecuencia, está demostrado que el ejercicio físico constituye una estrategia preventiva y en un enfoque adyuvante del

a. Tesina de Mariana Monchales para la Licenciatura en Kinesiología, dirigida por el prof. Lic. Ramiro Ocampo.

tratamiento de los trastornos mentales, asimismo varias intervenciones fisioterapéuticas son potencialmente efectivas para mejorar la salud física, la salud mental y la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con trastornos mentales. Las formas más comunes de ejercicio son los ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento. Se ha demostrado que los ejercicios aeróbicos (tales como caminar, trotar, andar en bicicleta, nadar, entre otros) reducen la ansiedad y la depresión. El rol de los kinesiólogos en el manejo interdisciplinar es diverso e incluye, por ejemplo, el manejo del dolor, el aumento de la movilidad articular, ejercicios de relajación, mejora de la fuerza, resistencia, equilibrio, entrenamiento de la marcha y diseño de programas de ejercicios adaptados a las necesidades del paciente [4-8].

El objetivo fue realizar una revisión bibliográfica sobre la aplicación de la actividad física aeróbica desde un abordaje Kinésico para disminuir los síntomas de la depresión y ansiedad en personas adultas con trastornos mentales.

La metodología se encuadra como “Informe de investigación” dentro de Revisión Bibliográfica no sistemática en las bases de datos de Pubmed, Scopus, PEDro, Scielo, Cochrane, Lilacs, Bireme y Web of Science de estudios publicados entre los años 2008 y 2018 en español, inglés o portugués, y que aborden el tema de la actividad física para el abordaje de dichos trastornos mentales. El tipo de estudio es retrospectivo, cualitativo no experimental.

Se incluyeron estudios y revisiones sistemáticas que aborden el tratamiento de Kinesiología en depresión, y ansiedad, como así también la prescripción de ejercicio aeróbico en los servicios de Salud Mental, puesto que el sesgo de la insuficiente evidencia en Fisioterapia se asocia con un arribo reciente de la misma en el campo de la Salud Mental.

La Kinesiología se encuentra en pleno auge a nivel mundial a través de la Confederación Mundial de Fisioterapia en Salud Mental, la cual respalda positivamente el rol del kinesiólogo en el abor-

daje y tratamiento a través de la actividad física aeróbica. Las personas con trastornos depresivos suele aparecer hipotonía, un patrón de flexión generalizado con rotación interna de hombros, fatiga crónica, etc. En estados de ansiedad aparece tensión muscular, temblores, hormigueo, respiración superficial, aumento de la frecuencia respiratoria, entre otros. Esta somatización muestra cómo el trastorno mental afecta directamente al estado físico de la persona y viceversa [9-12].

La actividad física aeróbica aumenta el volumen cerebral del hipocampo, aumenta los niveles sanguíneos de algunas citocinas y afecta la neurotransmisión en pacientes con diagnóstico de depresión. En ese sentido, muchas investigaciones han demostrado una mejoría en la depresión clínica y, actualmente, el mismo es considerado como un tratamiento de primera línea. Simultáneamente, para favorecer la adherencia y participación en los programas de actividad física llevados a cabo en esta población, en la mayoría de los estudios buscaron desarrollar diferentes tipos de actividades lo más variadas y estimulantes posibles, para que la persona tuviera multitud de alternativas a elegir de forma que motivara al mayor porcentaje de adeptos posible. Asimismo, deben diseñarse alrededor de sesiones que duren entre 30 a 45 minutos, por lo menos 3 veces por semana y preferentemente en contexto grupal para mejorar la participación y fisiopatología [13-16].

Bibliografía

1. Salud OP de la. La Depresión es el trastorno mental más frecuente [Internet]. Día Mundial de la Salud Mental. 2012. p. 1. Disponible en: www.paho.org/arg.

2. Echeburúa E, Salaberría K, Cruz-Sáez M. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. Ter Psicol. 2014;32(1):65-74.

3. Carpintero E. La subjetividad asediada [Internet]. Colección. Jua n Marí a Gutiérre z .3809 3» «A» Capita l Federa l: Topía Editorial; 2011. Disponible en: www.topia.coiri.ar.

4. Keller AO. Physical Activity Health Communication for Adults With Mood Disorders in the United States. West J Nurs Res. 2019;0(0):1-21.

5. Stanton, R; Reaburn P, Happell B. Barriers to exercise prescription and participation in people with mental illness: the perspectives of nurses working in mental health Accessible summary. J Psychiatr MentHealth Nurs. 2015;22(6):440-8.

6. Acil AA, Dogan S, Dogan O. The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2008;15(10):808-15.

7. Torales J, ; Almirón M, ; González I, ; Gómez N, ; Ortiz R, ; Ibarra V. Ejercicio físico como tratamiento adyuvante de los trastornos mentales . An Fac Cienc Méd. 2018;51(03):27-32.

8. Souza Moura A, Lamego M, Paes F, Ferreira Rocha N, Simoes-Silva V, Rocha S, et al. Comparison Among Aerobic Exercise and Other Types of Interventions to Treat Depression: A Systematic Review. CNS & Neurological Disorders - Drug Targets. 2015; 14: 1171-83.

9. Torales J, ; Almirón M, ; González I, ; Gómez N, ; Ortiz R, ; Ibarra V. Ejercicio físico como tratamiento adyuvante de los trastornos mentales . An Fac Cienc Méd. 2018;51(03):27-32.

10. Carta MG, Hardoy MC, Pilu A, Sorba M, Floris AL, Mannu FA, et al. Clinical Practice and Epidemiology Improving

physical quality of life with group physical activity in the adjunctive treatment of major depressive disorder. Clin Pract Epidemiol Ment Heal. 2008;6:1-6.

11. Danielsson, L. Rosberg S. Opening toward life: Experiences of basic body awareness therapy in persons with major depression. Int J Qual Stud Heal Well-being. 2015;2631(August 2017):14.

12. Porras-Segovia A, Rivera M, Molina E, López-Chaves D, Gutiérrez B, Cervilla J. Physical exercise and body mass index as correlates of major depressive disorder in community-dwelling adults: Results from the PISMA-ep study. J Affect Disord. 2019; 251:263-269.

13. Stubbs B, Vancampfort D, Rosenbaum S, Firth J, Cosco T, Veronese N, et al. An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis. Psychiatry Res 2017;249:102-8.

14. Jayakody K, Gunadasa S, Hosker C. Exercise for anxiety disorders: Systematic review. Br J Sports Med. 2014;48(3):187-96.

15. Donaghy M, Nicol M, Davidson K. Cognitive Behavioural Interventions in Physiotherapy and Occupational Therapy. Cognitive Behavioural Interventions in Physiotherapy and Occupational Therapy. 2008.

16. Rovner G, Senior RPT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for the mindful physiotherapist. IOPTMH B Physiother Ment Heal Psychiatry a Sci Clin Based Approach. 2014.

ENTREVISTA EN SALUD MENTAL. TRABAJO SOBRE LA EXPERIENCIA DE SIMULACIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA[1]

Autoras: Romina Suyay Carrizo Kopel, Abril Marianella Contreras y Angeles Abril Velez

Correo: claudiomrubbo@gmail.com

Director: Claudio Marcelo Rubbo

La entrevista es la herramienta fundamental que atraviesa todos los tiempos de la medicina desde sus inicios hasta la actualidad. A través de ella se ha obtenido y se obtiene a diario el conocimiento acerca del padecer humano. También gracias a ella se ha desarrollado el conocimiento técnico y científico en que se apoya la práctica. Su finalidad es el establecimiento de una correcta relación médico paciente, y la elaboración de la Historia Clínica[1]. La Historia Clínica es el registro de lo acontecido y el principal elemento ordenador de la práctica asistencial. En base a ella se establecerá luego una conclusión diagnóstica y un plan de tratamiento.

Alonso Fernández[2] afirma que la calidad de la entrevista determinará la calidad del vínculo médico paciente, del diagnóstico, del tratamiento y del ejercicio de la medicina. De ahí su importancia en la formación de los estudiantes de las carreras de Salud.

Al realizar la entrevista, el profesional debe considerar dos aspectos. El objetivo, respetando la correctas condiciones, estructuración y objetivos. Y el subjetivo, centrado en la individualidad, las características culturales y comunicacionales del paciente, así

1. El presente trabajo es una reflexión a partir de una experiencia de simulación en el marco de la asignatura Condiciones de vida, autoagresión y estrés de la Carrera de Medicina de la UNAJ.

como su propia subjetividad, sus conocimientos previos, sus preferencias y sus prejuicios. Se trata en resumen de llegar al objetivo deseado recorriendo las subjetividades de quienes participan.

La carrera de Medicina en UNAJ tiene como eje central el aprendizaje de competencias. Una de ellas es el aprendizaje y entrenamiento en la realización de la entrevista. Contamos actualmente con el dispositivo del Hospital de Simulación en que los estudiantes tenemos la oportunidad de aplicar los conocimientos aprendidos.

Se utilizó el mencionado dispositivo para realizar entrevistas de Salud Mental. Se contó con la colaboración de actores entrenados que simularon presentar padecimientos mentales. Se desplegaron escenarios de situaciones problemáticas complejas. Nuestro rol, en tanto estudiantes, fue por un lado encarnar el papel de quienes llevaban a cabo la entrevista. Por otro lado. se llevó a cabo la tarea de observación y análisis desde la cámara Gesell, “desde el otro lado del vidrio”. Los estudiantes debimos realizar las entrevistas siguiendo una correcta metodología.

Se debió atender a las medidas de bioseguridad. Se propició el correcto establecimiento de la relación médico-paciente[3], se generó un entorno seguro y tranquilo, se adoptó una actitud receptiva y empática. Se respetaron las fases de apertura, desarrollo y resolución. Se centró la atención en la identificación de los problemas que estaban atravesando al sujeto y en los determinantes del proceso salud - enfermedad. Se buscó activamente la información significativa que facilite la resolución de la problemática en juego. Todo el trabajo respetó el objetivo final de la creación de la Historia Clínica.

Durante el desarrollo de las actividades de simulación, nos afectó particularmente el fenómeno de contratransferencia. Bleger[3] lo describe como el fenómeno psíquico que acontece en el entrevistador como respuesta a las manifestaciones del entrevistado. Aún sabiendo conscientemente que estábamos entrevistando actores que presentaban problemáticas previamente planea-

das, el encuentro en primera persona con ellos nos resultó muy movilizante. Se hicieron presentes en nosotros sentimientos de impotencia, angustia y frustración ante las complejas problemáticas emergentes y la dificultad para dar una respuesta que las resuelva de modo rápido y consistente.

Se nos hizo evidente el complejo trabajo que implica la realización de intervenciones que favorezcan la autonomía y la seguridad para la toma de decisiones propias. Intervenciones que ayuden a los pacientes a recuperar su poder, a participar activamente dentro de su realidad, a desarrollar sus capacidades y a seguir sus deseos.

En un momento posterior a las entrevistas se realizó junto con los docentes un trabajo de concientización de los estados emocionales atravesados y se revisó las herramientas para su gestión. Se hizo especial énfasis en que los estados emocionales no nublen el juicio. Y en que no siempre es posible resolver problemáticas complejas y de larga data en un único encuentro. Que es prioritario trabajar metódicamente y en lo posible favorecer la continuidad de las entrevistas.

Destacamos la relevancia de la simulación para realizar modificaciones o ajustes en nuestra práctica, y para adquirir una perspectiva (como futuros médicos) que brinde una atención integral, empática e individual a cada paciente. Una perspectiva que los considere sujetos de derechos y poseedores de una subjetividad.

Bibliografía

1. Suárez Richards M. La entrevista psiquiátrica y la historia clínica. En: Introducción a la psiquiatría. 4ta ed. Buenos Aires; Polemos; 2012. p. 17-38.

2. Alonso Fernández, F. *La exploración del enfermo mental*. En: Fundamentos de la psiquiatría actual. 4ta ed. Madrid: Paz Montalvo; 1979. p. 135-171.

3. Bulbena A. *Exploración psiquiátrica*. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 5ta ed. Barcelona: Masson; 2005. p. 129-140.

4. Bleger J. *La entrevista psicológica*. En: Temas de psicología. 2da ed. Buenos Aires: Nueva Visión; 1972. p.7-48.

ESPACIO DE DIVULGACIÓN

CRISIS, PSICOFÁRMACOS Y EPIDEMIOLOGÍA PRIVADA- ENTREVISTA ANDREW LAKOFF[1]

MARÍA POZZIO

Desde Acá entrevisto a Andrew Lakoff, profesor de Antropología y Sociología en la Universidad de Southern California. Se formó en antropología cultural y antropología médica. Sus intereses de investigación tienen que ver con las formas en que se desarrolla el conocimiento experto sobre lo humano en procesos de globalización; estudia especialmente cómo esos conocimientos circulan y cómo pueden ser vinculados con los desarrollos en genética o en la investigación sobre nuevos medicamentos. En el cambio de siglo, Lakoff pasó un año en Argentina, donde realizó un trabajo de campo que dio lugar, entre otras cosas, a un artículo publicado en los Cuadernos de Antropología Social (FFyL-UBA) en 2003 llamado "Las ansiedades de la globalización: venta de antidepresivos y crisis económica en la Argentina". Los parecidos con el presente y la ocasión de este número temático en torno de las posibilidades de vincular salud mental y neurociencias, motivaron esta charla, donde repasamos un poco de aquella experiencia de investigación y los nuevos temas que, otra vez, vinculan crisis, malestares, conocimiento experto y bio-política.

Desde Acá: Sobre tu trabajo realizado en Argentina y publicado en español como "Las ansiedades de la globalización" podrías contarnos un poco ¿cómo fue que comenzó ese trabajo? ¿Cuáles fueron sus preguntas y preocupaciones iniciales? ¿Qué lo trajo a hacer trabajo de campos a Argentina?

A. Lakoff: Bien, mis disculpas porque es una larga historia de hace ya bastante tiempo, así que he tenido que ponerme a recordar. Hace más de 20 años de esa investigación. Como antropólogo del conocimiento, de la ciencia y la tecnología estaba muy interesado en el impacto y la circulación de medicamentos y nuevos de-

1. Entrevista realizada en inglés, traducida al español y editada por María Pozzio

sarrollos en tecnología genética y conocimiento experto sobre el comportamiento humano en un contexto global. Supe entonces de un proyecto de investigación que estaba siendo llevado a cabo en Buenos Aires por una empresa de biotecnología para investigar si podían ser los genes los responsables de algunos desórdenes depresivos -sobre todo el trastorno bipolar-. Desde mi punto de vista ése fue un buen marco para estudiar algunas relaciones, por ejemplo, la pregunta de cómo el estudio consideraría ciertas emociones, qué resultados podía arrojar el estudio, cómo serían entendidos esos resultados por los participantes del mismo... y ya antes de ir a Buenos Aires para trabajar sobre este estudio, sabía de la prominente y famosa cultura psicoanalítica en el campo de la salud mental allí y me dije entonces que esto era un buen hilo conductor para desarrollar mis preguntas. Cuando llegué a Buenos Aires y empecé a hablar con los médicos en el hospital que estaban participando de esta investigación, enseguida encontré dos cosas muy interesantes: una fue que el hospital, el servicio de psiquiatría, estaba dividido en dos epistemologías sobre el comportamiento humano y la salud mental, en la sala de mujeres, los médicos psiquiatras y residentes estaban muy orientados por una visión psicoanalítica, lacaniana, y por el otro lado, en la sala de varones, los doctores estaban mucho más interesados en genética y neurociencias. Entonces era una muy buena comparación ver cómo cada uno de ellos entendería el estudio y en términos más generales, los modelos del comportamiento humano. Sabemos que los orígenes de la “enfermedad mental” pueden ser tanto biológicos, como psicológicos o sociales según como uno se posicione y lo que yo quería ver era cómo la entendían los doctores, es decir, cómo los doctores entendían a sus pacientes. La otra cosa llamativa que encontré fue lo difícil que era para los doctores encontrar pacientes con el diagnóstico de “desorden bipolar” porque en ese entonces, no era un diagnóstico muy aceptado: había “psicosis”, “neurosis”, etc, las categorías eran psicoanalíticas y había mucha resistencia a la importación de categorías diagnósticas norteamericanas -así era visto, como una importación de categorías, por ese mundo “psi”. Entonces, fue ahí que el estudio empezó. Ahora bien, el paper publicado como

"Las ansiedades de la globalización" vino un poco después. Yo pasé casi un año en Buenos Aires trabajando en este proyecto, volví a los Estados Unidos a presentar mi disertación y volví a hacer más investigación básicamente sobre el mercado farmacéutico en Buenos Aires. Estaba muy interesado por algo que había oído de uno de mis informantes, había un psiquiatra al que yo respetaba mucho, era editor de una revista de Psiquiatría, él se quejaba de una compañía farmacéutica no había querido apoyarlo en una conferencia y cuando se lo había recriminado, ellos le habían dicho que por qué le darían el auspicio si él no prescribía sus medicamentos - y sí prescribía el genérico, más barato-. Esto implicó algo muy fascinante: "ellos saben qué prescribo", la cuestión entonces era saber cómo los representantes del mercado sabían lo que los médicos le estaban recetando a sus pacientes, cuando ésa es una información secreta. Estaba muy intrigado por eso, especialmente porque en Buenos Aires no había información importante ni investigación epidemiológica sobre las tasas de incidencia de las enfermedades, vos no podías ir a una agencia de salud pública y pedir "qué se le está prescribiendo a la población que tiene tal diagnóstico". Entonces mi hipótesis fue que el único lugar donde se producía un conocimiento profundo sobre quién tiene cuál desorden, tal diagnóstico, es en el sector privado, en la industria farmacéutica; hace veinte años, el sector público no tenía esa información pero el sector privado sí se proveía de una muy detallada información, fácil de obtener, iban y sacaban fotos de las recetas y podían usarlas para sus investigaciones de mercado, por eso digo que se trata de una epidemiología privada, una epidemiología del sector privado. Entonces, en mi interés de cómo se produce el conocimiento sobre la "enfermedad mental" esto era algo muy distintivo... tengamos en cuenta que en ese entonces no había tecnología digital, todo era "fotografías" de cientos y cientos de recetas, ahora debe ser mucho más fácil pues las recetas ahora se digitalizan, ¿no?

Desde Acá: En ese artículo publicado en español problematizás la relación que se suele establecer entre las crisis y venta y consumo de antidepresivos y psicofármacos ¿esto es exclusivo

de Argentina? ¿has podido dar cuenta de esa relación en otros sitios? ¿en otras crisis?

A.L.: Sabes, yo quería alterar las expectativas del lector sobre las relaciones entre las crisis y la venta/consumo de medicamentos psicofármacos...porque pienso que los lectores y mis interlocutores, mis informantes asumían que había una relación entre crisis y aumento del consumo; y había artículos, portadas de diarios, etc, que hacían circular y asumían esa relación: hay crisis y hay más consumo de este tipo de fármacos, pero no había un cambio en el número de ventas, no había un incremento en el número de pacientes, sino que se pasaban a drogas más caras (de ansiolíticos y antidepresivos); el análisis del artículo es más bien cómo la gente "narra" sus concepciones y la relación entre las condiciones sociales y la salud mental. En Buenos Aires había una fuerte conciencia del rol del sufrimiento social en la experiencia de la gente con desórdenes mentales. Entonces, estaba instalada la idea, se instaló la idea de que si hay crisis, el consumo de antidepresivos va a crecer. Reconociendo eso, las farmacéuticas toman ventaja y arman sus campañas publicitarias y estrategias de mercado en torno de la idea de "las ansiedades de la globalización". Las compañías farmacéuticas fueron capaces de entender básicamente las asunciones epistemológicas del mercado, de los psiquiatras y las usaron, usaron la noción de la globalización causa excitación mental, la crisis estresa, produce malestar... para mí, eso era lo distintivo de Buenos Aires, porque muchos de los psiquiatras compartían esa asunción: "la enfermedad mental es un problema social". No era yo el que propuse ese argumento "la gente consume más medicamentos por la crisis económica", no. De hecho, lo que yo creo que encontré fue que no se habían aumentado las ventas, no había más recetas, lo que había era más dinero pagado porque la medicación era más cara (los nuevos antidepresivos lo eran). No se pueden publicitar psicofármacos, pero la industria farmacéutica encontró la estrategia, ellas son muy astutas, conocen a su audiencia y pudieron instalar la idea de que la globalización, la crisis, produce malestares que están en el origen del padecimiento mental que el antidepresivo viene a resolver.

Desde Acá: En términos más generales... ¿cuál crees que es la contribución de las ciencias sociales- y específicamente la antropología social- a la comprensión del fenómeno de consumo de medicamentos, antidepresivos, psico fármacos, etcétera?

A.L: Hay al menos dos tipos de contribuciones. La primera es la dominante y es subrayar algo a lo que ya me estuve refiriendo que es el *sufrimiento social*, es una corriente dentro de la antropología social que estudia el estrés social y económico, los humores cambiantes de las personas tratando de ver ese sufrimiento no sólo como un problema médico: o más bien, la antropología muestra cómo se convierten en problemas médicos y cómo se propone arreglarlos con respuestas técnicas: la mirada de la antropología social es decir, no es un problema del cerebro, es un problema del entorno social. Y yo estuve un poco provocativo, pues estuve jugando con esa idea, pues en lo que escribí, es la psiquiatría la que tiene exactamente ese punto de vista ¿no? y las compañías farmacéuticas saben lo que los psiquiatras piensan, entonces saben que si quieren vender sus fármacos, deben reconocer esa perspectiva. Mi estudio fue un poco diferente, fue de averiguar cómo las compañías farmacéuticas conocen a sus consumidores y cómo buscan proveerlos de lo que ellos esperan incrementando sus ventas, por lo que mi trabajo se trata más de un trabajo sobre el marketing de las farmacéuticas que sobre el sufrimiento social. Si yo hubiera querido estudiar el sufrimiento social tendría que haber entrevistado a la gente y claro que había sufrimiento social, se estaba atravesando una crisis terrible, pero yo no entrevisté a la gente preguntándole por su sufrimiento, sino que entrevisté a los gerentes de las compañías farmacéuticas sobre cómo manipulaban y entendían lo que sus clientes/consumidores tenían.

Desde Acá: ¿Es posible pensar en una antropología farmacéutica?

A.L.: En inglés uno diría antropología de los medicamentos, porque la antropología "farmacéutica" no ha tenido contribuciones importantes. Pero sí hay un campo de tesistas y estudiosos mi-

rando como se construyen las categorías de enfermedad en relación a las estrategias de desarrollo de investigaciones y marketing de nuevos medicamentos. También hay estudios sobre el acceso a medicamentos, por ejemplo, en el sur global, debates sobre derechos de propiedad intelectual, quiénes deben tener acceso; también hay una antropología que estudia el proceso de desarrollo de drogas, de hecho, quizá conozcas el libro, es una compilación (Con Arthur Kleinman) que se llama *Anthropolgy and the Pharmaceuticals*, por eso, creo que más que un campo es un conglomerado de intereses de investigadores y tesistas, para hacer conferencias, publicar volúmenes. El campo de estudio probablemente siga siendo la antropología médica.

Desde Acá: Más ligado con tus intereses actuales de investigación ¿Quieres mencionar algo sobre tus actuales preocupaciones, preguntas, temas?

A.L.: Sí, me he movido un poco del tema de la psiquiatría hacia el campo de la bio-seguridad, los brotes de enfermedades infecciosas, siempre estudiando las prácticas de los expertos y este campo, en los Estados Unidos, un tiempo después de los ataques 11S, empezó un verdadero interés y preocupación por los ataques terroristas, el uso de armas biológicas; luego vino la preocupación por la gripe aviar, etc, entonces empezaron los estudios de cómo los expertos conciben el futuro, el futuro se convierte en un tema de interés, cómo se desarrollan técnicas que nos preparan para esos futuros posibles y por eso escribí un libro que se llama *UNPREPARED: Global health in a time of emergency* que saldrá el próximo año en español. Allí planteo como la salud global ha debido cambiar para estar más orientada hacia el futuro que al presente y enfocarse en las enfermedades que podrían aparecer, cómo se hace para intervenir en algo que es todavía incierto, es entonces sobre el conocimiento experto sobre un futuro desconocido (el libro es del 2017) y entonces sucedió la pandemia de covid y sentí que tenía que seguir investigando sobre el modo en que las herramientas y las ideas que yo había estudiado en el libro habían sido usadas en la respuesta a la pandemia y entonces

escribí un nuevo libro, que tiene que salir el año que viene, que se llama *Planning for the wrong pandemic: covid 19 and the limits of experts knowledge*. Allí trabajo sobre todas estas estrategias que se habían planeado pensando en la fiebre porcina, en la gripe aviar, en el ébola o en cualquier otra emergencia biológica, que cuando se aplicaron para el coronavirus produjeron resultados inesperados y consecuencias muy problemáticas… entonces, el argumento, pensando en la respuesta que dieron a la pandemia los Estados Unidos, pero que puede no limitarse a los Estados Unidos, es los expertos usaron herramientas desarrolladas para otras emergencias biológicas con otros eventos en mente, esto es, eventos del pasado para pensar el presente y por eso no fueron capaces de anticipar los efectos de usar estas herramientas… Estoy muy orgulloso de ese libro y del diseño de la tapa, saldrá en junio de este año, ése es mi trabajo más reciente.

Desde Acá: Gracias, Andrew, por tu tiempo y por compartirnos parte de tus reflexiones.

A. L.: Gracias a ustedes.