

FP Salud

REVISTA CIENTÍFICA Y SINDICAL
DE LA FED. DE PROFESIONALES DEL GCBA



“Salud en Equipo, Comunidad en Acción”

- | | | | |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 04 // | Autoridades | 23 // | Estrés Laboral en el Equipo de Salud: Desafíos Socioeconómicos y su Impacto en la Vocación Profesional en Argentina |
| 05 // | Editorial
Equipo Editorial de FPSALUD | | Andrés Añón |
| 06 // | Dengue: Nueva Epidemia en Salud? | 27 // | Gremiales |
| 11 // | Hospitales sostenibles: donde salud y sostenibilidad se encuentran.
María Rosa Smith | 31 // | Entre barbijos y pancartas: Las luchas del equipo de salud en Pandemia
Entrevista a Clara Maticorena
Carolina Cáceres |
| 15 // | IA en Salud: Cómo Maximizar su Potencial y Limitar sus Riesgos
Gerardo Demarco, Mariángeles Domínguez | 38 // | 50 años de la Asociación de Obstétricas Municipales “A hombros de gigantes”
Tamara Sonia Pérez, María Angélica Veiga |
| 22 // | La Federación de Profesionales del GCABA en las Jornadas Científicas Hospitalarias | 45 // | Ficciones del despertar
Luciana Ujidos |

Edición #1

- 58 //** **Transaberes de un dispositivo territorial: sobre una experiencia realizada en una huerta comunitaria**
Soffa Ivana Altera
- 65 //** **Impacto terapéutico en enfermedades mentales y neurodegenerativas del 5-metoxi-N, N-dimetiltriptamina 5-MeODMT natural, agonista farmacológico del receptor sigma-1 a través de la activación mitocondrial**
Milena Batalla
- 77 //** **La gestión de un departamento técnico**
Mirta Formentini, Leticia Lavaselli, Roxana Medin
- 82 //** **Optimizando los tiempos de espera en Kinesiología: Un desafío para la atención hospitalaria**
Klga Ftra Miriam Peralta
- 88 //** **Derechos Humanos e Inclusión Social, una realidad posible**
Elide Molina
- 95 //** **Conocimientos, actitudes y modelos de prácticas sobre cumplimiento del Protocolo de intervención mínima en recién nacidos pretérminos**
Marta Edith Sánchez, Juan López, Daniela Liliana Aranda, Adriana Manquez, Rita Patricia Escalante, Doris Marcela Zeballos
- 105 //** **El rol del trabajador social en un consultorio (tradicionalmente) médico**
Marina Figueira



Autoridades

AUTORIDADES DEL CONSEJO EJECUTIVO DE FEDERACIÓN DE PROFESIONALES DEL GCABA:

- **Presidente:** Lic. Andres Añon (APGCABA)
- **Vicepresidente:** Dra. Rosa Favre (ABC)
- **Secretaria General:** Lic. Verónica García (ANDYLMU)
- **Secretaria Gremial:** Lic. Cristina Inés Varela (AFOCABA)
- **Secretaria de Finanzas y Administración:** Lic. Pablo Balliani (AAK)
- **Secretaría de Actas:** Dra. Marcela E. Yassin (AGOCIBA)
- **Secretaría de Prensa y Difusión:** Lic. Carolina A. Cáceres (ALE)
- **Secretaría Promoción Social:** Lic. Graciela P. Martínez (ATOGBA)
- **Secretaría Asuntos Culturales:** Dra. Marta Josefina Ferraris (AFAM)

LAS AUTORIDADES DE LA PUBLICACIÓN SON:

- **Directora:** Carolina A. Cáceres
- **Editor Responsable:** Andrés Añon
- **Coordinadora del Equipo Editorial:** Rosa Favre
- **Equipo Editorial:** Verónica García, Cristina Varela, Pablo Balliani, Marcela E. Yassin, Graciela Martínez, Marta Josefina Ferraris
- **Comité Científico:** María Rosa Smith (Farmacia); Cecilia Gianni (Antropología); Gabriel Cicuttin (Veterinaria); Florencia Pelagagge (Terapia Ocupacional) y Andrea Gonzalez (Nutrición).
- **Diseño y Diagramación:** Romina Malla
- **Comunicación y Promoción:** Roxana Pereyra
- **Armado y edición:** Kilak Design Studio

Editorial

Con gran entusiasmo, presentamos el primer número de FPSalud, la Revista Científica y Sindical de la Federación de Profesionales del GCABA. Este espacio nace con el propósito de visibilizar a las profesiones que integran nuestra Federación, promover redes entre trabajadores de la salud y fortalecer la unidad que nos permitirá enfrentar las luchas que tenemos por delante.

En un contexto de ataques a la salud pública, la educación y la investigación, con salarios que no reflejan el esfuerzo y compromiso de nuestros equipos, FPSalud busca ser una herramienta para construir comunidad, amplificar nuestras demandas y poner en valor el rol central de las y los profesionales en el cuidado de la sociedad. Nuestro trabajo es colectivo, y desde estas páginas queremos destacar el aporte fundamental de cada disciplina que sostiene el sistema de salud.

El título de esta edición, "Salud en Equipo, Comunidad en Acción", refleja nuestra convicción de que solo desde la unión y el compromiso compartido podremos superar los desafíos que enfrentamos. Este primer número aborda temas clave, como la inteligencia artificial en salud, las condiciones de trabajo y la salud ambiental. También incluye publicaciones científicas y experiencias invaluable de trabajo en equipos interdisciplinarios, que reflejan la creatividad, el esfuerzo y el compromiso diario de las y los profesionales. Estas historias dan cuenta de la riqueza del trabajo colectivo y de la capacidad de los equipos para superar desafíos complejos con profesionalismo y humanidad.

Deseamos que FPSalud sea una herramienta para fortalecer nuestra voz colectiva, abrir debates necesarios y visibilizar la importancia de cada una de nuestras profesiones. Porque la salud pública se construye en equipo, y la defensa de nuestros derechos exige acción conjunta en comunidad. Los invitamos a recorrer estas páginas, a participar activamente en este espacio, y a ser parte de este proyecto.

Equipo Editorial de FPSALUD

La revista científica y sindical de la
Federación de Profesionales del GCABA

BENEFICIOS PARA AFILIADAS/OS QUE SE JUBILAN

ACTUALIZAMOS MONTO!

La Federación otorga en reconocimiento a todas/os aquellas/os profesionales afiliadas/os a las Asociaciones con una trayectoria de 10 años de antigüedad en su Asociación una suma de

\$75.000 (setenta y cinco mil pesos)

Requisitos

10 años de afiliación continua

Copia DNI

Copia último recibo de sueldo

Copia notificación de cese de actividades

Constancia de CBU

El plazo máximo para realizar el trámite es hasta 60 días corridos desde el inicio del cese

Para tramitarlo dirigirse por mail a beneficiojubilacion@federaciongcaba.org.ar

El área administrativa informará por mail la aprobación del beneficio y el estado del trámite.

**Federación de Profesionales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

Notas

Dengue: Nueva Epidemia en Salud?

Ante las alertas referidas a un probable brote de Dengue, desde el Consejo Ejecutivo de la Federación de Profesionales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (FPGCABA), entendiendo la importancia de analizar interdisciplinariamente el enfoque preventivo en la comunidad, pero además con la preocupación de cuidar a quienes cuidan, se decidió realizar un seminario, en el mes de septiembre, con importantes expositores referentes en el tema.

A continuación compartimos un resumen de la actividad:

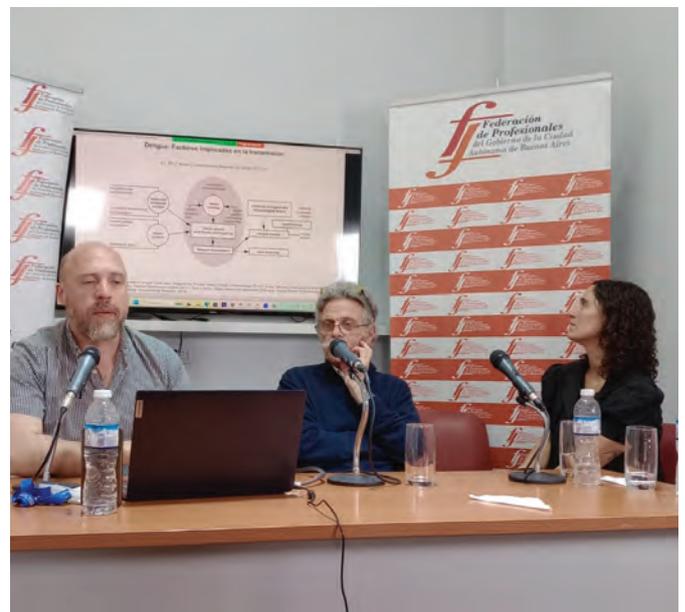
Reconocimiento del Dengue como Enfermedad Profesional

El seminario inició con la presentación por parte del Lic Andrés Añón, Presidente de la FPGCABA, planteando la necesidad de reconocer el dengue como enfermedad profesional. Este reconocimiento -señalaron los participantes en un intercambio enriquecedor- es crucial para brindar protección específica a los trabajadores de la salud, quienes están constantemente expuestos al riesgo de contagio debido a la naturaleza de su labor, un ejemplo

de ello son las y los profesionales de Atención Primaria de la Salud que recorren los Barrios donde se registran Brotes.

Algunos participantes subrayaron la urgencia de esta medida, ya que el aumento de los brotes de dengue y la expansión del virus en nuevas regiones han incrementado el riesgo para el personal de salud.

Finalmente, los expositores coincidieron en que el reconocimiento del dengue como enfermedad profesional no solo protegería a los trabajadores desde un punto de vista legal y económico, sino que también establecería un marco de acción preventiva que incluiría, entre otras medidas, la capacitación es-



De izquierda a derecha: **Dr Gabriel Cicuttin**, Veterinario (UBA) Dr. CC Veterinarias (UNL). Jefe Dpto. DyP Inst. Zoonosis L. Pasteur. Ayud. 1° Cát. Salud Pública Fac. CC Vet. UBA. Inv. Adj. CIC Salud CONICET. Inv. Asoc. Min. Salud GCABA. **Dr Tomas Orduna**, Médico Infectólogo Tropicalista. Consultor Honorario Hospital F. J. Muñiz. Profesor Universidad del Salvador. Miembro de la Junta Directiva de la Asoc. Panamericana de Infectología (API). **Dra María Javiera Perello**, Bioquímica (UBA). Bioq. Virología Hospital F. J. Muñiz, Ex Residente de Bioquímica Clínica H. Muñiz.

pecífica para el personal en zonas de riesgo, el uso de elementos de protección personal, y la adopción de protocolos claros de manejo ante casos sospechosos y confirmados en el entorno laboral.

Situación Epidemiológica y Clínica

El Dr. Tomás Orduna abordó la situación epidemiológica del dengue, resaltando el alarmante crecimiento de la enfermedad en los últimos años. Los brotes de dengue en América Latina muestran una tendencia cíclica, con temporadas epidémicas cada vez más frecuentes.

Enfatizó que el dengue, conocido históricamente como "fiebre quebranta-huesos", es causado por cuatro serotipos del virus, todos ellos transmitidos por el mosquito *Aedes aegypti*. Esta especie, conocida por sus características rayas blancas, se ha expandido de manera preocupante debido al cambio climático, la urbanización descontrolada y la falta de programas de control sostenidos.

En Argentina, el aumento de casos en los últimos años ha puesto en tensión al sistema de salud, con el dengue siendo una enfermedad disruptiva en términos de carga de trabajo para el personal de salud. El aumento de hospitalizaciones genera una sobrecarga en los servicios, lo cual se agrava en zonas endémicas donde hasta un 10% de episodios febriles pueden corresponder al dengue.

Orduna explicó que la mayoría de los casos de dengue son leves o

moderados, aunque un pequeño porcentaje puede evolucionar a formas graves, como el dengue hemorrágico, el síndrome de choque por dengue y el daño de órganos vitales (encefalitis, miocarditis y hepatitis). También destacó que, aunque en el pasado se creía que los casos graves solo ocurrían en infecciones secundarias, estudios recientes en menores de 16 años muestran que tanto en infecciones primarias

como en secundarias puede haber casos graves, lo cual sugiere que factores individuales y genéticos juegan un papel en la evolución de la enfermedad.

La consulta médica inmediata en presencia de estos síntomas permite implementar medidas de soporte, principalmente relacionadas con la hidratación, lo cual es fundamental para evitar la evolución hacia un cuadro grave.

Diagnóstico y Métodos de Laboratorio

La Dra. Javiera Perello, bioquímica y viróloga, explicó los métodos de diagnóstico para el dengue, enfatizando la importancia de realizar pruebas específicas según el estadio de la enfermedad. Subrayó que, en los primeros días de infección, se utilizan métodos directos como la de-

tección del genoma viral mediante biología molecular o el antígeno NS1, que ofrece un diagnóstico temprano. A medida que avanza la infección, se recurre a pruebas serológicas que detectan anticuerpos.

En cuanto a los Desafíos del Diagnóstico Diferencial: La identificación de casos se complica por la presencia de otros flavi-

SEMINARIO:
DENGUE, NUEVA EPIDEMIA EN SALUD?

ACCESO AL VIDEO COMPLETO

Federación de Profesionales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Importancia de la Detección Temprana y de los Signos de Alarma

Los expertos enfatizaron la nece-

virus en la región, como el virus chikungunya, lo que requiere una vigilancia cuidadosa y pruebas diferenciadas. Además, se resaltó la importancia de contar con datos epidemiológicos completos para cada caso.

Perello destacó la importancia de contar con una red de laboratorios distribuidos en diferentes niveles, de manera que cada centro de salud pueda ofrecer una respuesta rápida y eficiente, especialmente en casos de brotes. Explicó también que la notificación de casos es fundamental para la vigilancia epidemiológica, permitiendo detectar y controlar la circulación del virus a nivel nacional.

La Transmisión del Dengue y Control del Vector

El Dr. Gabriel Cicuttín explicó que el principal vector del dengue, el mosquito *Aedes aegypti*, para reproducirse requiere agua estancada, ya sea en el exterior como en el interior de las viviendas. Los mosquitos adultos suelen permanecer cerca de los humanos, dentro de un radio de 100 metros, y su ciclo se acelera en climas cálidos.

Detalló el ciclo de vida del mosquito, desde el huevo hasta el adulto, e indicó que las hembras requieren sangre para desarrollar sus huevos, lo que aumenta la transmisión del virus entre personas.

Una parte fundamental del con-

trol es la eliminación de criaderos. La participación comunitaria es esencial para identificar y eliminar lugares donde el mosquito puede reproducirse, como recipientes, plantas en agua y canaletas. El Dr. Cicuttín resaltó que, la fumigación, si bien efectiva para reducir la población de adultos temporalmente, no elimina los criaderos ni las larvas, por lo que no es una solución definitiva y debe utilizarse en combinación con otras medidas de control. Además, la fumigación presenta otras limitaciones, como la gene-



ración de resistencia a insecticidas y el impacto ambiental negativo, ya que los químicos utilizados en la fumigación no son selectivos, afectando a otros insectos, incluyendo aquellos que actúan como depredadores naturales de los mosquitos. Es importante también tener en cuenta, que puede generar una sensación de seguridad temporal en la población, reduciendo la percepción de riesgo y la participación comunitaria en la eliminación de criaderos, lo cual es fundamental para el control

efectivo del mosquito.

Estrategias de Vacunación

Se discutió el desarrollo de vacunas como una herramienta complementaria para el control del dengue. La primera vacuna aprobada en 2017 fue suspendida temporalmente. Desde entonces, una nueva vacuna ha sido aprobada, y otra que podría estar disponible entre 2025 y 2026 es esperada, ya que promete ser monodosis y facilitaría el cumplimiento en regiones endémicas.

Las políticas de vacunación contra el dengue varían según la incidencia de la enfermedad y los recursos de cada jurisdicción. Para maximizar el impacto, la vacunación en algunas jurisdicciones se destina a poblaciones específicas (como adolescentes y trabajadores de la salud) en función del riesgo epidemiológico y de la probabili-

dad de exposición. Aun así, estas políticas están sujetas a actualizaciones.

Factores que Contribuyen a la Expansión del Dengue

Entre los factores que facilitan la expansión del dengue, los especialistas destacaron el cambio climático y el crecimiento urbano desordenado, así como el aumento en el movimiento de personas, que facilita la introducción del virus en nuevas áreas. La falta de

programas sostenidos de control y la consideración del dengue como una enfermedad desatendida han limitado el impacto de las intervenciones preventivas en muchos países.

Además, se subrayó cómo la pobreza y las condiciones de vida en barrios vulnerables aumentan la incidencia de dengue, ya que las viviendas en estas áreas suelen carecer de acceso adecuado a servicios de agua y saneamiento. Esto crea condiciones propicias para la reproducción del mosquito vector y la transmisión de la enfermedad.

Necesidad de Protocolos y Normativas para el Control del Dengue

La implementación de una regulación como enfermedad profe-

sional requiere el desarrollo de marcos normativos específicos, así como de políticas a nivel local y nacional. Aunque algunos países, como Brasil, ya están avanzando en estos temas, en otros lugares, como Argentina, el debate recién se está formalizando. La inclusión del dengue en la lista de enfermedades profesionales podría establecer un precedente importante, reconociendo que las infecciones vectoriales, al igual que las infecciosas como COVID-19, representan un riesgo constante para quienes trabajan en el sector salud.

Finalmente, los especialistas concluyeron que, para controlar eficazmente el dengue, es necesario implementar protocolos claros y uniformes a nivel nacional, además de fortalecer las normativas de salud pública. La implementación de marcos regulatorios que

orienten a los profesionales de salud es fundamental para enfrentar futuras epidemias de dengue de manera eficaz.

El seminario también resaltó la importancia de políticas de capacitación y actualización continua en servicio para los equipos de salud, así como la concienciación y educación en la comunidad sobre la prevención del dengue. La colaboración entre la comunidad, los sistemas de salud y los entes gubernamentales es indispensable para afrontar los desafíos del dengue en América Latina.

Notas

Hospitales sostenibles: donde salud y sostenibilidad se encuentran



MARÍA ROSA SMITH

Ambientalista, farmacéutica, Magíster en Salud Pública, Investigadora asociada MS GCABA, Especialista en Farmacia Sanitaria y Legal, Jefa División Farmacia HGAET

Frente a la crisis climática actual, los hospitales sostenibles representan un modelo que transforma el cuidado de la salud al reducir su impacto ambiental. Este enfoque innovador integra la sostenibilidad en cada proceso y actividad. Aunque implementar este modelo presenta importantes desafíos, los beneficios sociales, ambientales y económicos son significativos y duraderos.

Sostenibilidad en la atención hospitalaria: ¿Por qué es importante?

El cambio climático plantea un reto para la salud pública. Sus efectos amenazan la salud de la población, afectando especialmente a los sectores más vulnerables.



Los fenómenos extremos y las fluctuaciones climáticas comprometen el suministro de agua y la seguridad alimentaria. Además, el cambio climático agrava el estrés hídrico, con sequías e inundaciones que reducen tanto la calidad

como la disponibilidad del agua. Un informe de UNICEF estima que para el año 2040, uno de cada cuatro niños vivirá en áreas con recursos hídricos extremadamente limitados ([UNICEF, 2017](#)).

La variabilidad climática también influye en los patrones de distribución de enfermedades transmitidas por vectores y aquellas vinculadas a los ecosistemas; muchas de ellas, como la diarrea, malaria y dengue, son sensibles a las condiciones climáticas. Las migraciones y el desplazamiento de personas serán algunos de los costos sociales.

Ante esta realidad, se vuelve esencial que todos los sectores, incluido el de la salud, asuman un rol activo en la mitigación del cambio climático. Los hospitales, en particular, deben adoptar una nueva responsabilidad: transformarse en agentes de cambio hacia prácticas sostenibles.

Las actividades diarias de las instituciones de salud ejercen una presión ambiental significativa a través del consumo intensivo de energía, agua y materiales, así como por la generación de residuos. Sin embargo, tienen a su vez la oportunidad de desempeñar un papel clave en las acciones de mitigación, adoptando prácticas que reduzcan su propia huella. Para lograrlo, resulta esencial una gestión responsable de todos los recursos, sean energéticos, naturales o materiales y promoviendo un enfoque de sostenibilidad que se extienda a cada área de su funcionamiento.

Más allá de la atención sanitaria

El sector salud representa un 4.4% de las emisiones globales de gases de efecto invernadero ([Salud Sin Daño, 2023](#)), lo que lo con-

vierte en un contribuyente significativo al cambio climático. En los establecimientos de atención de la salud, este impacto se manifiesta en actividades esenciales como el consumo energético, el uso intensivo de recursos y la generación de residuos y emisiones.

Para mantener sus sistemas operativos los 365 días del año las 24 horas y sus ambientes climatizados, requieren de un suministro de energía alto y continuo. Un estudio sobre la huella de carbono en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires mostró que el consumo energético soporta el mayor peso en cuanto al total de las emisiones ([Smith & de Titto, 2018](#)). Medidas como el mantenimiento regular de equipos, la implementación de iluminación LED y sistemas de cogeneración y el diseño arquitectónico que aproveche la luz natural son pasos hacia la eficiencia energética.

El agua es otro recurso esencial cuya gestión sostenible es clave en cualquier hospital, con un papel fundamental en numerosas actividades diarias. Una gestión racional del agua incluye la instalación de dispositivos de bajo consumo, sistemas de recolección y tratamiento de aguas grises, y el

monitoreo constante de fugas. Sin embargo, la verdadera eficacia de estas medidas también depende del uso consciente de cada individuo dentro del hospital.

Otro aspecto crítico en los hospitales también involucra una gestión consciente de los insumos y materiales empleados en las distintas áreas de servicio. Las múltiples y variadas actividades diarias, ya sea las necesarias para los procesos de prestación de servicio como las de soporte y apoyo, requieren una gran variedad de materiales e insumos, como medicamentos, productos médicos, gases medicinales, sustancias químicas para esterilización y desinfección, reactivos de diagnóstico, equipamiento médico, suministros de oficina y mobiliario, material textil, entre otros.

En este contexto, el uso racional de los recursos se vuelve fundamental. La adopción de criterios de compras sostenibles permite evaluar el ciclo de vida de los productos, elegir materiales con menor impacto ecológico y priorizar a proveedores comprometidos con prácticas ambientalmente responsables. De este modo, el hospital contribuye a fomentar una cadena de suministro más sostenible en el sector salud.

La sostenibilidad también se extiende a áreas como la gestión de alimentos, que representa un desafío más allá de lo logístico. Cada año, se pierden 1.300 millones de toneladas de alimentos a nivel mundial, lo que representa entre el 8 %



Jornadas Científicas del Hospital Gral. de Agudos Dr. Enrique Tornú. Hospitales Sostenibles -2016.

y el 10 % de las emisiones globales de gases de efecto invernadero (FAO, 2019). Para mitigar estos efectos, es

fundamental implementar sistemas de inventario eficientes, ajustar las cantidades de alimentos preparados y minimizar el desperdicio. En 2023, alrededor de 733 millones de personas sufrieron hambre, un dato que nos invita a reconsiderar nuestra relación con los recursos (FAO, 2024).

Asociados al uso intensivo de recursos y gestión de alimentos, los residuos generados en hospitales representan un desafío crítico para la sostenibilidad. Son diversos y cuantiosos: incluyen residuos patogénicos, especiales o peligrosos. Los residuos comunes o asimilables a los urbanos representan aproximadamente el 85 % del total (OMS, 2024) y abarcan derivados de actividades administrativas, residuos limpios, residuos húmedos de cocina, restos de poda y cuidado de áreas verdes, entre otros.

La gestión de residuos en hospitales presenta desafíos específicos, lo que exige aplicar una jerarquía de manejo de residuos integral en todos los niveles de la institución. Esta jerarquía establece un orden de prioridad: primero, la prevención, donde las compras sustentables cumplen un rol fundamental, minimizando el ingreso de materiales innecesarios al sistema. Luego, la reducción de residuos mediante prácticas que optimicen el uso de insumos y materiales en las actividades diarias. La tercera etapa es la segregación adecuada de residuos desde su origen, para facilitar su tratamiento y disposición final. Además, la reutilización

y reciclaje son esenciales para reducir el volumen de residuos comunes que llegan a disposición final, contribuyendo a la sostenibilidad al dar una segunda vida a materiales que, de otro modo, se desecharían. Por último, en el caso de materiales peligrosos y patogénicos, el tratamiento y disposición final se deben realizar bajo las normas vigentes y de seguridad específicas a fin de evitar

la contaminación ambiental.

Otros aspectos clave de la sostenibilidad hospitalaria incluyen la movilidad y la arquitectura sostenibles, que ayudan a reducir el impacto ambiental mediante el fomento de transportes menos contaminantes y el diseño de espacios energéticamente eficientes.

A nivel global, el sector del transporte es responsable de

Hospitales Sostenibles



La principal causa del cambio climático es el calentamiento global debido al aumento de las emisiones de gases con efecto invernadero, en especial CO₂, producto de las actividades humanas, en particular de la quema de combustibles fósiles.

Ante esta problemática, los *Hospitales Sostenibles*, implementan estrategias y acciones de mitigación para reducir su propia huella de carbono, en las siguientes áreas:

- 1- Eficiencia Energética
- 2- Generación y uso de Energías Renovables
- 3- Uso eficiente del agua
- 4- Sistema alimentario eficiente y sostenible
- 5- Arquitectura Sostenible
- 6- Gestión Integral de Residuos
- 7- Compras Sostenibles
- 8- Materiales Seguros








Natalia Basso, especialista en sostenibilidad y reducción de pérdida y desperdicio de alimentos. Co-founder de VesicaBiz, consultora que brinda servicios de asesoramiento, capacitación e investigación en sostenibilidad, sistemas alimentarios y agonegocios.

aproximadamente el 15 % de las emisiones globales de gases de efecto invernadero ([PNUMA, 2023](#)). En nuestro caso, el transporte del personal, pacientes y suministros genera una parte significativa de las emisiones indirectas de un hospital, por lo que fomentar el uso del transporte público, instalar estacionamientos para bicicletas e implementar sistemas de movilidad compartida son acciones que promueven una movilidad más limpia.

La arquitectura sostenible en hospitales es mucho más que una cuestión de diseño; es una apuesta a crear espacios, o transformar los existentes. Este enfoque busca maximizar la entrada de luz natural, mejorar la ventilación y reducir la dependencia de sistemas de climatización intensivos, generando un ambiente más saludable

para pacientes y personal. En particular, el clásico modelo que caracteriza a muchos hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, con edificios distribuidos en distintos pabellones, ofrece una gran oportunidad para integrar los espacios verdes y convertir al hospital en un lugar más amable en sintonía con el entorno.

Transformando la cultura hospitalaria

Uno de los principales retos es el cambio cultural necesario para involucrar a todo el personal. La participación activa de los profesionales de la salud en estas iniciativas es

clave para impulsar un cambio duradero que transforme al hospital en un espacio de aprendizaje y

conciencia ambiental. Su posición privilegiada les permite liderar este proceso y educar a pacientes y visitantes sobre prácticas responsables. La adopción de hábitos y procedimientos que minimicen el impacto ambiental es esencial para generar un compromiso colectivo y duradero. La creación de comités ambientales y campañas educativas facilita esta transformación, promoviendo una cultura donde la sostenibilidad sea parte del cuidado integral de la salud.

La transición hacia hospitales sostenibles no solo responde a una necesidad operativa en el contexto de la crisis climática, sino también a una responsabilidad ética inherente al sector salud. Los hospitales sostenibles representan un compromiso con la vida en su sentido más amplio.

IA en Salud: Cómo Maximizar su Potencial y Limitar sus Riesgos



GERARDO DEMARCO

Ingeniero en comunicaciones UBA. Experto en TICS. Director curso Estrategia de IA en salud (IDHS).



MARIÁNGELES DOMÍNGUEZ

Médica. Magíster en Gerencia y Administración de sistemas y Servicios de Salud. Director curso Estrategia de IA en salud (IDHS).

“Inteligencia Artificial en Salud: Cómo Maximizar su Potencial y Limitar sus Riesgos”

La inteligencia artificial (IA) generativa está transformando el cuidado de la salud, con un potencial enorme para mejorar la calidad de atención y reducir tareas rutinarias. Sin embargo, su uso responsable y seguro exige marcos éticos, control profesional y protección de la privacidad de los pacientes para evitar riesgos y asegurar que la tecnología funcione como apoyo y no reemplazo de la actividad profesional.

El uso de IA en el campo de la salud no es nuevo. La FDA ha habilitado el uso en dispositivos médicos desde el año 97, con incremento exponencial en los últimos años. A la fecha la FDA ha otorgado permisos para 950 dispositivos, mayoritariamente relacionados con la radiología. En estos últimos años el escenario se ha revolucionado con la aparición de la Inteligencia Artificial Generativa (IA Gen).

El éxito demostrado en la generación de texto e imágenes, así como la amplia disponibilidad de plataformas multimodales (como Gemini, Chat GPT, Copilot, Llama), amplifica la expectativa de su uso por parte de pacientes, estudiantes y profesionales de la salud. Por tal motivo tanto la comunidad científica como las grandes compañías de tecnología (Google, Amazon, Nvidia, Open AI, Microsoft), dedican cada vez mayores recursos para su desarrollo.

Los resultados publicados a la fecha acerca de estas tecnologías muestran un prometedor uso en la generación de resúmenes, notas de derivación y notas explicativas para los pacientes. Su incorporación a los procesos de la gestión de la salud reducirá tareas altamente rutinarias de los profesionales de la salud, brindándoles más oportunidades para mejorar la calidad de atención al paciente. Si bien es altamente prometedor, el uso de IA generativa para el diagnóstico aún requiere de mayores estudios.

Toda tecnología incipiente requiere, para su uso seguro, pruebas por parte de la comunidad científica y publicación de resultados. Para que la inteligencia artificial alcance todo su potencial y minimice riesgos, es además necesario salvaguardar la autonomía y asegurar el control por parte del profesional de la salud interviniente.

Introducción

Bill Gates afirma que el año 2022 debe ser considerado el año en que “despertó” la Inteligencia Artificial. En dicho año el público general pudo acceder gratuita y masivamente a las plataformas de **IA Generativa** como Chat GPT, Gemini, Copilot, Llama, etc.

La **IA generativa** es una categoría de técnicas de IA en la que los algoritmos pueden generar contenido nuevo, como texto, imágenes o vídeo.

Luego de los extraordinarios avances alcanzados por Geoffrey Hinton¹ e Ilya Sutskever² en redes neurona-

les³, en el año 2017 un trabajo publicado por varios miembros de Google Brain y de la Universidad de Toronto (“Attention is All you need”⁴) revolucionó el campo del Procesamiento del Lenguaje Natural (PLN).

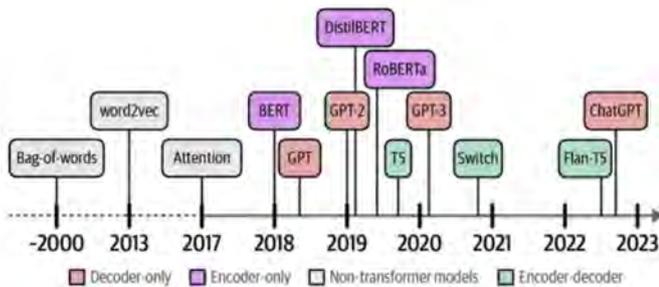


Gráfico 1: Evolución de los modelos de PLN⁶

Como vemos en el gráfico la evolución de las técnicas de PLN derivó a lo que se denomina “**Large Language Models**” (LLM). Estos modelos pueden alcanzar la impresionante cifra de cientos de miles de millones de parámetros, y son entrenados con un vasto “corpus” de información mayoritariamente extraída de internet. La extensión de estos modelos le permite “aprender” patrones lingüísticos complejos y generar texto coherente a partir del contexto dado. Estos extraordinarios resultados son posibles gracias a una arquitectura de Redes Neuronales denominada “**Transformers**”⁷. Este concepto se ha extendido al uso de imágenes y video dando lugar a los actuales **LMM (Large Multimodal Models)**.

Se ha pronosticado que los LMM tendrán un amplio uso y aplicación en la atención sanitaria, la investigación científica, la salud pública y el desarrollo de fármacos. Estos modelos no sólo pueden realizar las funciones que ya conocíamos de la IA y los LLM (responder en lenguaje natural de una forma coherente, expresiva y convincente, generar resúmenes, notas de derivación, clasificar texto, generar recomendaciones) sino que pueden también interpretar imágenes, videos y voz. Su uso podría extenderse a diversos campos como el entrenamiento para cirugía, detección de cáncer por imágenes, enfermedades a través del análisis de la tos, análisis en tiempo real mediante el escaneo de parámetros físicos, etc.

Según lo expuesto en la guía publicada por la OMS acerca del uso de LMM titulada Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health⁸, la IA

(**Inteligencia Artificial**) se refiere a la capacidad de los algoritmos y herramientas para aprender de los datos de modo que puedan realizar tareas automatizadas (como analizar imágenes, resumir textos, traducir, clasificar, pronosticar, recomendar, etc) sin necesidad que un humano programe en sí cada paso.

Dichos algoritmos “aprenden” a partir de millones de datos. En el proceso de aprendizaje el modelo ajusta sus parámetros (en algunos casos cientos de miles de millones de parámetros!). En el contexto de IA “aprender” significa minimizar el error de aquello que se quiere predecir, sea un número, una imagen o un texto.

Una IA generativa generará **una palabra a la vez**, de acuerdo con algún criterio de probabilidades que surgen del contexto del “**prompt**” (el prompt es el texto que se introduce en las aplicaciones como GPT para obtener un resultado). Uno de los efectos no deseados de la IA generativa son las “**alucinaciones**” (**información incorrecta, inconsistente o inventada**), lo cual es inaceptable en el campo del diagnóstico médico. Aunque estas aplicaciones nos brindan extraordinaria experiencia interactiva, con diálogos coherentes, consistentes, y convincentes, de ninguna manera se puede aseverar que dicha información sea “verdadera”.

Para mitigar estos efectos, el uso eficiente de los LLM requiere de utilizar técnicas de “**prompting**” que mejoran y dan resultados más precisos. Algunas guías de recomendación las podemos encontrar en

OpenAI: <https://platform.openai.com/docs/guides/prompt-engineering>

Google: <https://cloud.google.com/discover/what-is-prompt-engineering>

Microsoft: <https://support.microsoft.com/en-us/topic/learn-about-copilot-prompts-f6c3b467-f07c-4db1-ae54-ffac96184dd5>

AWS: <https://aws.amazon.com/what-is/prompt-engineering/>

En general se recomienda:

- Asignar un rol. “Eres un profesor universitario”
- Dar una tarea/instrucción. “Realizar un resumen”; “Clasificar las siguientes imágenes”.

- Dar un contexto: “Extraer los puntos más relevantes que permitan proveer un rápido entendimiento”.
- Dar un formato: “Crear una tabla con las siguientes columnas”
- Definir una audiencia: “La audiencia es el alumnado del primer año del curso de medicina”.
- Definir el tono: “Utilizar lenguaje formal, adecuado para una publicación científica”.

Otras técnicas de prompting consisten en dar **ejemplos y cadenas de razonamiento**. Por ejemplo, para generar una cadena de razonamiento podemos comenzar el prompt diciendo: **“Pensar paso a paso”**. O bien para generar un **árbol de pensamiento** podemos ingresar “supongamos que hay 3 expertos de diferentes disciplinas”.

Especialmente en el contexto de LLM para el uso de cuidado de la salud se requiere de dos herramientas a incorporar al diseño de la solución que ayudan a minimizar el error:

- búsqueda en línea: permite contar con la última información relevante de la especialidad ya que los modelos están entrenados con información pasada.
- RAG (Retrieval-Augmented Generation)⁹. La generación mejorada por recuperación (RAG) es el proceso de optimización de la salida de un modelo lingüístico de gran tamaño, de modo que haga referencia a una base de conocimientos autorizada fuera de los orígenes de datos de entrenamiento antes de generar una respuesta.¹⁰

El potencial LMM aplicados al área de Salud

Actualmente podemos encontrar ya varias aplicaciones disponibles para el cuidado de la salud que utilizan LMM (Large Multimodal Models). La OMS ha diseñado su propio asistente virtual SARAH, para dar recomendaciones de bienestar. El mismo requiere permisos de cámara y micrófono además de la aceptación de políticas



<https://www.who.int/es/campaigns/s-a-r-a-h>

AWS cuenta con **HealthScribe**¹¹ para “crear automáticamente notas clínicas a partir de conversaciones entre el paciente y el médico mediante el uso de IA generativa”.

Microsoft ofrece **Azure Health Bot** que “permite que los desarrolladores de organizaciones encargadas de la salud creen e implementen, a gran escala, experiencias conversacionales de asistencia médica que cumplan con las normativas basadas en inteligencia artificial”.¹²

La Clínica Mayo desarrolló **OpenEvidence**¹³ con la misión de “organizar el conocimiento médico mundial y hacerlo más útil, abierto, accesible y comprensible”.

Es importante recalcar que **ninguna de estas aplicaciones está recomendada para realizar diagnósticos médicos**. Las dos primeras están focalizadas en realizar resúmenes y la última en acceder a información actualizada mediante consultas en lenguaje natural.

Google ha publicado recientemente los resultados de la evaluación de su modelo multimodal Gemini ajustado para el área de Salud (**Med Gemini**¹⁴).

Algunas de sus conclusiones son:

- Demuestra razonamiento avanzado en tareas basadas en texto, alcanzando un 91.1% de efectividad en la tarea de responder a preguntas cerradas sobre el dataset Med QA¹⁵
- Demuestra la capacidad de generar texto de

formato largo para generar resúmenes clínicos posteriores a la visita, generar notas de derivación de médicos y simplificación médica.

- Demuestra comprensión multimodal en diversas tareas en desafíos con video e imágenes y preguntas cerradas.

El estudio muestra ejemplos sintéticos (simulados) de interacción mediante imágenes y videos, respondiendo con recomendaciones tanto para pacientes, estudiantes y profesionales de la salud. Advierte específicamente sobre la **necesidad de más rigurosas evaluaciones** más allá de los benchmarking antes de ser utilizado aún en etapas de diagnóstico.

El potencial para diversas aplicaciones despierta el interés de la industria de la tecnología. Su adopción requiere que la comunidad científica y los entes reguladores provean guías claras para el diseño de protocolos de prueba y desempeño.

Los riesgos del uso de LMM para el cuidado de la salud

Entrenamiento con datos de baja calidad: Si los datos utilizados durante son incorrectos, falsos, incompletos, imprecisos o incoherentes, entonces el resultado será de mala calidad. El utilizar fuentes reconocidas, autorizadas, y debidamente controladas por profesionales competentes es requisito indispensable para el entrenamiento de un LLM.

Datos de entrenamiento sesgados: Un LMM entrenado en un conjunto de datos sesgado generará recomendaciones sesgadas.

Interpretabilidad y explicabilidad: Las redes neuronales, las arquitecturas de “transformers” que están en la base del desarrollo de los LMM generan resultados que son difíciles de interpretar y explicar. Por lo que cualquier error que se produzca en un tratamiento derivado de la aplicación de un LMM dificultará la asignación de responsabilidades claras, y de oportunidades de mejora en los tratamientos.

Generación de contenido dañino: como se mencionó anteriormente, los LMM pueden generar “alucinaciones” (potencialmente dañinas) aún cuando se las intente mitigar con las técnicas más avanzadas actuales. Incluso existe el riesgo de que los modelos

sean “atacados” con información falsa o interesada.

Acceso indebido a información personal del paciente: Muchos de nosotros utilizamos tecnología de IA diariamente y sabemos que les damos acceso a grandes volúmenes de información personal. Al escanear datos biométricos al usar relojes inteligentes o apps de celulares, o al consultar asistentes virtuales damos conformidad a sus políticas de privacidad. Imágenes, voz, datos médicos, datos personales: cuantos más datos proporcionamos mejor la experiencia interactiva que nos ofrecen. Estos datos otorgados se almacenan en la nube para luego ser recopilados en una base de datos y ser usados para entrenar el modelo que ese dispositivo está diseñado para dar recomendaciones o respuestas. Toda esta información, si no es debidamente anonimizada, puede ser utilizada por terceros para usos no consentidos por el paciente.

Ante esta situación la adopción en el ambiente del cuidado de la salud requerirá marcos regulatorios claros que puedan ser utilizados por los profesionales como guías en los procesos de atención médica.

Cómo limitar riesgos en base a los principios éticos de la OMS¹⁶.

A medida que la IA continúa evolucionando y desempeñando un papel más destacado en la atención sanitaria, surgen recomendaciones para su uso seguro.

Con el fin de limitar los riesgos y maximizar las oportunidades intrínsecas al uso de la IA para la salud la OMS propugna un uso seguro y ético de la inteligencia artificial. Para ello propone un conjunto de principios éticos que deben inspirar a la regulación y gobernanza de la IA.

1. **Proteger la autonomía:** Los seres humanos debemos mantener el control de los sistemas sanitarios y de las decisiones médicas; La privacidad y la confidencialidad deben protegerse. Los pacientes deben dar un consentimiento informado válido a través de marcos legales apropiados para la protección de datos.
2. **Promover el bienestar y la seguridad de las personas y el interés público:** Los diseñadores de tecnologías de IA deben cumplir los requisitos reglamentarios de seguridad, precisión y eficacia

para casos de uso o indicaciones bien definidos. Deben disponerse de medidas de control de calidad en la práctica y de mejora de la calidad en el uso de la IA.

3. Garantizar la transparencia, la claridad y la inteligibilidad: La transparencia exige que se publique o documente información suficiente antes del diseño o el despliegue de una tecnología de IA. Dicha información debe ser fácilmente accesible y facilitar una consulta y un debate públicos significativos sobre cómo se diseña la tecnología y cómo debe o no debe utilizarse.
4. Promover la responsabilidad y la rendición de cuentas: Aunque las tecnologías de IA realizan tareas específicas, es responsabilidad de las partes interesadas garantizar que se utilicen en las condiciones adecuadas y por personas debidamente formadas. Deben existir mecanismos eficaces para el interrogatorio y la reparación de las personas y los grupos que se vean afectados negativamente por decisiones basadas en algoritmos.
5. Garantizar la inclusividad y la equidad: La inclusión exige que la IA para la salud se diseñe de manera que fomente el uso y el acceso más equitativos posibles, independientemente de la edad, el sexo, el género, los ingresos, la raza, el origen étnico, la orientación sexual, la capacidad u otras características protegidas por los códigos de derechos humanos.
6. Promover una IA con capacidad de respuesta y sostenible: Los diseñadores, desarrolladores y usuarios deben evaluar de forma continua y transparente las aplicaciones de IA durante su uso real para determinar si la IA responde de forma adecuada y apropiada a las expectativas y requisitos.

Los sistemas de IA también deben diseñarse para minimizar sus consecuencias medioambientales y aumentar la eficiencia energética.



Fig 1: Principios éticos de consenso de la OMS para el uso de IA en la salud

Conclusiones

La maximización del enorme potencial que nos provee la IA Generativa requiere minimizar los riesgos implícitos derivados de la aplicación de la tecnología.

Con el fin de garantizar el bienestar de las personas y los pacientes en el largo plazo es necesario que reguladores, desarrolladores, diseñadores, usuarios y profesionales de la salud mantengan la centralidad del ser humano en todo el proceso. Se debe tener especial cuidado en mantener la privacidad de datos sensibles personales y asegurar el entrenamiento de los modelos con conjuntos de datos que contemplen la diversidad y eviten sesgos. La comunidad científica debe tener acceso a la documentación del diseño de las aplicaciones para permitir la transparencia, asegurar la aplicabilidad de los modelos utilizados y permitir la asignación de responsabilidades.

La inteligencia artificial transformará el modo en que trabajamos en el cuidado de la salud en formas que aún no podemos prever en su totalidad. Recién estamos en los inicios de estos profundos cambios. Es responsabilidad de todos conducirlos con principios éticos que aseguren su uso como una herramienta de soporte y no para el reemplazo de la actividad profesional.

NOTAS

1. Geoffrey Hinton, considerado el padre de la Inteligencia Artificial y recientemente galardonado con el premio Nobel de Física, sostiene que la precisión de la IA ya es comparable a la de los radiólogos a la hora de comprender lo que sucede en las imágenes médicas.
2. Ilya Sutskever, co fundador de Open AI y de Safe Superintelligence Inc., pronostica que en un futuro una IAG (Inteligencia Artificial General) diseñada para ser un médico, tendrá un conocimiento completo de toda la literatura médica, miles de millones de horas de experiencia clínica, estará siempre disponible y será extremadamente económica.

3. <https://d2l.ai/index.html>
4. Ashish V. et al. (2017). Attention is All You Need. <https://arxiv.org/abs/1706.03762>
5. <https://huggingface.co/learn/nlp-course/chapter1/2?fw=pt>
6. Jay A. and Maarten G. (2024) Hand-On Large Language Models
7. Para profundizar en los conceptos de "Attention" y "Transformers" se recomienda la lectura de <https://jalammar.github.io/illustrated-transformer/>
8. World Health Organization (2024) Ethics and governance of artificial intelligence for health. Guidance on large multi-modal models.
9. Patrick L. et al. (2020) Retrieval-Augmented Generation for Knowledge-Intensive NLP Tasks <https://arxiv.org/abs/2005.11401>
10. <https://aws.amazon.com/es/what-is/retrieval-augmented-generation/>
11. <https://aws.amazon.com/es/healthscribe/>
12. <https://azure.microsoft.com/es-es/products/bot-services/health-bot>
13. <https://www.openevidence.com/>
14. Khaled S. et al. (2024) Capabilities of Gemini Models in Medicine <https://arxiv.org/pdf/2404.18416>
15. Respuesta a preguntas de opción múltiple basadas en los exámenes de licencia médica de los Estados Unidos (USMLE).
16. WHO, *ibid.*

Seguimos sumando más beneficios para las/los profesionales del equipo de salud

La **Federación de Profesionales del GCABA** a través de la Federación Judicial Argentina, ofrece para nuestros/as afiliados/as diversas alternativas de Hotelería en la Ciudad de Buenos Aires y Cabañas en la ciudad de Miramar.



Para acceder a las diferentes propuestas comunicarse a promocionsocial@federaciongcaba.org.ar



La Federación de Profesionales del GCBA en las Jornadas Científicas Hospitalarias

La Federación de Profesionales estuvo presente en cada una de las Jornadas Científicas Interdisciplinarias organizadas en diversos hospitales, apoyando y participando activamente en estas valiosas instancias de intercambio. Estas jornadas refuerzan la jerarquización de nuestras profesiones y

nuestra presencia gremial en las instituciones de salud. Felicitamos y agradecemos a las y los profesionales de la salud que hicieron posible su organización. A continuación, compartimos imágenes de algunas de las actividades realizadas durante el mes de Octubre.



III Jornadas Científicas Interdisciplinarias Hospital Gral. de Agudos Dra C. Grierson.



LVII Jornadas Científicas Anuales del Hospital Dr Carlos G. Durand.



XI Jornadas Científicas Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca.

Institucional



ANDRÉS AÑÓN

Federación de Profesionales del GCABA.

Estrés Laboral en el Equipo de Salud: Desafíos Socioeconómicos y su Impacto en la Vocación Profesional en Argentina

Durante el mes de Junio tuvo a lugar el IV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO ITALIA-ARGENTINA y en el I ENCUENTRO INTERNACIONAL ITALIA- AMÉRICA LATINA, bajo el lema “La Salud en el Trabajo: Un Derecho Fundamental” realizado en la Universidad “la Sapienza” de Roma. Este evento reunió a expertos internacionales para debatir y compartir conocimientos sobre la protección de la salud de las y los trabajadores, y la La Federación de Profesionales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (FPGCABA), fue invitada a participar. Compartiremos a continuación un resumen de la intervención del Lic. Andres Añón, presidente de la

FPGCABA en tan relevante Congreso.

Introducción

El estrés laboral es una realidad innegable y profunda en el contexto actual, afectando especialmente al equipo de salud, cuya labor diaria enfrenta no solo las exigencias propias de la asistencia, sino también una serie de desafíos socioeconómicos que inciden directamente en su bienestar. En Argentina, los bajos salarios, el pluriempleo y la falta de reconocimiento y desarrollo profesional condicionan profundamente las condiciones laborales y cuestionan incluso las motivaciones vocacionales que llevan a elegir una carrera en el ámbito de la salud.

El Estrés Laboral en el Equipo de Salud

Los profesionales del equipo de salud en Argentina, quienes son esenciales para el bienestar de la sociedad, deben enfrentar condiciones socioeconómicas desfavorables tanto en el sector público como en el privado. Los salarios insuficientes no sólo erosionan su calidad de vida sino que repercuten en su rendimiento laboral y afectan su bienestar psicológico de forma persistente.



El pluriempleo, una práctica extendida en el sector, representa una carga adicional. La necesidad de buscar múltiples empleos para cubrir necesidades básicas aumenta la jornada laboral, y con ella, el desgaste físico y emocional de los profesionales, lo que inevitablemente puede afectar la calidad de la atención. Esta situación lleva a muchos al límite, incrementando la frustración y el estrés en su día a día.

La sobrecarga laboral y las frustraciones derivadas de la falta de reconocimiento y de oportunidades justas de desarrollo profesional contribuyen, además, a la desertión en el equipo de salud. Muchos profesionales se ven forzados a

buscar mejores condiciones en el exterior o en otros sectores menos demandantes, dejando vacantes que son difíciles de cubrir. El impacto de la pandemia de COVID-19 agravó esta problemática, y muchos profesionales experimentan una falta de reconocimiento pospandemia, generando un impacto negativo en su salud mental.



Impacto en la Elección Vocacional y Profesional

La realidad laboral actual no solo afecta a los profesionales en ejercicio, sino que también influye en la elección de carrera de estudiantes y jóvenes interesados en la



organizaciones gremiales asumamos un rol activo y estratégico en la defensa de los derechos laborales del equipo de salud en Argentina. La negociación colectiva se vuelve una herramienta indispensable para mejorar los salarios y establecer condiciones de trabajo más justas. Además, debemos trabajar en la concientización de los riesgos que conlleva el estrés laboral y fomentar políticas de prevención y apoyo psicológico para nuestros trabajadores.

Es también fundamental promover la formación de cuadros técnicos y desarrollar políticas públicas que reconozcan la importancia de los profesionales de la salud, asignando los recursos necesarios para garantizar salarios dignos y condiciones laborales adecuadas. Solo así lograremos un sistema de salud fortalecido y profesionales con estabilidad y compromiso hacia su vocación.

En las fotos del artículo se incluyen imágenes del Lic. Andrés Añón, presidente de la GPGCABA junto a el Prof. Simone De Sio y el Prof. Héctor Nieto, Presidentes del Congreso.

salud. Como organizaciones gremiales, tenemos la responsabilidad de colaborar en la construcción de políticas a mediano plazo junto a las universidades para formar un mapa de áreas críticas que necesitan cobertura. Sin esta planificación, el modelo actual se mantiene alejado de la realidad, sin datos estratégicos que indiquen qué perfiles de profesionales de salud debemos formar.

Para muchos jóvenes, la vocación ya no es suficiente. La falta de recursos y oportunidades en áreas periféricas limita la expansión de la profesión en lugares remotos del país. A pesar de su vocación por ayudar, muchos jóvenes optan por carreras con mejores perspectivas económicas. Esta situación genera una disonancia entre la vocación y la elección profesional: muchos se sienten desalentados al ver las dificultades económicas y laborales que enfrentan quienes ya trabajan en salud, o bien se embarcan en una carrera sin ser conscientes de los desafíos que los esperan en el mercado laboral.

Nuestro Rol como Organizaciones Gremiales

Frente a este panorama, es esencial que desde las





SUMATE

Te invitamos a compartir experiencias de trabajo, investigaciones y reflexiones, tanto científicas como gremiales.

ESCANEA EL QR PARA ENVIAR TU TRABAJO



FP Salud

REVISTA CIENTÍFICA Y SINDICAL
DE LA FED. DE PROFESIONALES DEL GCBA

prensafpsalud@federaciongcaba.org.ar



LA SALUD NO SE VENDE

En octubre del corriente, el Gobierno Nacional anunció la venta de más de 400 inmuebles, entre los que se encuentra el Centro de Salud Mental 1, construido en tierras públicas nacionales y administrado bajo un comodato con el GCABA.

Nos sumamos al estado de alerta y participamos de las actividades convocadas por las y los trabajadores del CSMN1 exigiendo respuestas concretas y la cesión de tierras de manera definitiva al GCABA. Participamos en la mesa de organizaciones y actores sociales para coordinar estrategias de acción. Además iniciamos varias gestiones de reclamo, mantuvimos comunicaciones con el Jefe de Gabinete y reuniones con el Ministerio de Salud del GCABA.

Actualmente este conflicto no se ha resuelto y continuamos en alerta.



ENFERMERÍA ES PROFESIONAL



Desde 2018, la enfermería ha estado en lucha por un justo reconocimiento profesional tras la sanción de la Ley 6035, que enmarca la Carrera de Profesionales de Salud incluyendo 24 profesiones, pero excluyendo arbitrariamente a la enfermería. Esta exclusión no solo es un acto de discriminación que vulnera derechos laborales y salariales, sino una muestra más de la política de desinversión y desprecio a la salud pública.

En estos años, enfermeros y enfermeras, han impulsado una movilización histórica con paros, acampes, marchas y juntada de firmas. Además, lograron dos fallos judiciales favorables que exigen la equiparación urgente de derechos. Incluso obtuvo el acuerdo de varios bloques legislativos para presentar un proyecto inclusivo, pero el gobierno presentó un inconsulto proyecto que, lejos de reconocer a la enfermería, creó un nuevo régimen excluyente.

El 28 de noviembre del corriente, en una polémica sesión legislativa, dicho proyecto fue aprobado por un voto de diferencia, en medio de maniobras cuestionables y el cambio de postura de legisladores que previamente habían respaldado la inclusión. Y que tras



BONAPARTE EN LUCHA

Ante la pretensión del Gobierno Nacional de cierre del Hospital de Salud Mental Laura Bonaparte, el equipo de salud del nosocomio, con el apoyo de otras jurisdicciones y de la comunidad, se plantaron en su defensa. La Federación de Profesionales del GCABA se hizo presente en cada instancia y participó con fuerza de la unidad que logró frenar dicho cierre.



JUBILACIONES DIGNAS

Acompañamos el reclamo de Jubilados y Jubiladas.

Exigiendo jubilaciones dignas.

Rechazando las políticas de ajuste sobre los sectores más vulnerables.

Repudiando la represión y criminalización sobre el pueblo que se expresa.

anunciar los resultados finalizó, una vez más, con la fuerza policial golpeando a enfermeras en las puertas de la Legislatura Porteña.

La Federación de Profesionales apoya firmemente la inclusión de licenciados en enfermería, instrumentación quirúrgica y bioimágenes en la Ley 6035. La lucha continúa con la firme convicción de que todas y todos los profesionales de salud deben formar parte de una única carrera interdisciplinaria. La inclusión de las y los licenciados en enfermería en la Ley 6035 es un acto de justicia que no cesaremos de reclamar.



EN DEFENSA DE LA EDUCACIÓN PÚBLICA

Con gran participación adherimos a las convocatorias de movilización contra los recortes anunciados por el Gobierno Nacional, en defensa de las Universidades y la educación pública y por la Ley de financiamiento educativo.



ASESORAMIENTO PREVISIONAL

La Federación brinda una consulta sin cargo, entre otros beneficios, a sus afiliadas/os en el Estudio "**Salotti y Asociados**"

AREAS DEL ESTUDIO:

Previsional: Jubilación, pensión, reajuste.

Contencioso Administrativo: Reclamos por sumas no remunerativas.
Amparos.

Civil/ Familia: Sucesiones, divorcios, alimentos.

**Solicitar entrevista personal al:
11 5387-0418
de Lun a Vier de 8:00 a 17:00 hs**





CAROLINA CACERES

Lic. Enfermería, Profesora en Docencia Superior. Secretaria de Prensa de la FPGCABA.

Entre barbijos y pancartas: Las luchas del equipo de salud en Pandemia

Entrevista a Clara Maticorena *

Recientemente, junto a un equipo, estuvieron trabajando en "El impacto de la Pandemia en la Conflictividad laboral del sector de la salud pública en CABA". Decidimos entrevistarla para conocer un poco más acerca de este trabajo que está en vías de publicación, en la Revista "Laboratorio" del Instituto de Investigaciones Gino Germani, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

¿Qué los motivó a centrar su investigación en el sector de la Salud Pública, especialmente en el contexto de la pandemia?

Este es un trabajo donde planteamos, exponemos, y

desarrollamos algunos resultados en el marco del proyecto Ubacyt que se denomina: Condiciones de trabajo, formas de organización y acción colectiva de los y las trabajadoras en la pandemia y post pandemia en Argentina, que dirijo en la Facultad de Ciencias Sociales.

Por un lado, como justamente nuestro interés es analizar los cambios en las condiciones de trabajo, las formas de organización y acción colectiva de los trabajadores en la pandemia y post pandemia, el sector de la salud es casi un sector obligado para estudiar. Porque estuvo en la primera línea en el contexto de la pandemia del Covid, pero además es un sector en el que distintos análisis, tanto a nivel nacional como internacional, vienen mostrando los mayores niveles de movilización, sobre todo a partir de la crisis capitalista del 2008 y de la implementación de distintas políticas de ajuste en diferentes países.

Entonces, la salud pública, en tanto uno de los sectores principales vinculados a la reproducción social, es uno de los más afectados, con cortes presupuestarios, con modificaciones en las formas de organización del trabajo, con formas de intensificación del trabajo. Por ello, es un sector clave, siempre lo fue, pero en este contexto de crisis del capitalismo y en el contexto aún más complejo planteado por la emergencia sanitaria en el Covid, es un sector esencial, esencial y primordial para la vida social, podríamos decir. Es un sector estratégico en términos sociales.

Y en principio nos planteamos tomar el sector de la salud pública, de la ciudad de Buenos Aires en particular, porque no hemos encontrado un estudio sobre la salud pública en la ciudad de Buenos Aires, que tome los distintos colectivos de trabajo que están involucrados en el sector: médicos, otros profesionales, enfermeros, técnicos, residentes concurrentes. Hay trabajos que se han centrado



Clara Maticorena y parte del Equipo de Investigación de "El impacto de la Pandemia en la Conflictividad laboral del sector de la salud pública en CABA".

exclusivamente en algunos colectivos. Pero veíamos que faltaba un análisis más general, más agregado que nos permita conocer, tener un panorama, de las características del sector en la ciudad de Buenos Aires.

¿Cuáles fueron los desafíos con los que se encontraron?

Creo que en parte, algo que nos resultó un desafío como equipo de investigación, justamente tiene que ver con la cantidad de sindicatos y de formas de representación que encontramos en el sector. Los sindicatos de rama, los

sindicatos de hospitales, los sindicatos por grupo profesional o por oficios...

Entonces hay una complejidad en las formas de organización que fue parte también de un desafío y de ir buscando las formas de poder entender todo ese sector, tanto en términos de cómo se componía, en cuanto a sus características, pero también en cuanto a las formas de representación de sus trabajadores y trabajadoras y las problemáticas emergentes.

Eso realmente también nos llevó bastante trabajo, poder componer de alguna manera una imagen, una mirada sobre el sector de salud como para poder meternos a partir de allí, y así analizar qué había sucedido en cuanto a la conflictividad durante la pandemia y la inmediata post pandemia.

¿Qué enfoque metodológico emplearon, y qué fuentes fueron clave para su análisis?

En cuanto a las fuentes utilizadas, nosotros abordamos este análisis desde una metodología mixta. ¿Esto qué quiere decir? No solo articulamos distintas fuentes, sino también complementamos un análisis cuantitativo de la conflictividad a partir de la base que elabora el ahora ex Ministerio de Trabajo, con el análisis cualitativo de otras fuentes de información. Dentro del área de estudios e investigaciones laborales, se desarrolla una base de conflictos desde el año 2006, y nosotros solicitamos esta información y



Caravana y acto 11/03/2021 de la FP-GCABA en Obelisco, por urgente recomposición salarial del equipo de Salud, la inclusión en la Ley 6035 de las licenciaturas marginadas, en particular la enfermería, y garantizar la administración de vacunas para todo el equipo de salud.

podimos abordar, en este caso, la conflictividad del sector desde el año 2016 al 2022.

Esto nos dio la posibilidad de tener una mirada más cuantitativa y agregada de la conflictividad en el sector. Pero esta mirada fue complementada con análisis más cualitativos, vinculado a, por un lado, las resoluciones y las modificaciones legales que se sancionaron durante la pandemia para dar respuesta, digamos, a las situaciones de excepcionalidad.

Entonces, no sólo los decretos y las disposiciones generales como el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), la prohibición de suspensiones y despidos -que de todas maneras no terminó evitando que existan suspensiones y despidos-, sino también las medidas más específicas del sector para poder analizar, cómo en particular se había desarrollado la regulación estatal en este contexto también de mucha demanda y de mucha presión para el sector de la salud.

Y por otro lado, algunas entrevistas a informantes clave, para poder tener una mirada de los distintos colectivos de trabajadores que existen en el sector. Y también hemos revisado publicaciones, boletines sindicales, fuentes periodísticas, distintos elementos que nos permitieron contextualizar y poder analizar esa base de datos de conflictos que es el eje principal del trabajo, pero que no la única fuente.

¿Cuáles son los hallazgos más significativos sobre la conflictividad laboral en el sector de la Salud

Pública durante la pandemia?

Un punto muy importante a destacar es que la conflictividad en la ciudad de Buenos Aires en el sector de la salud pública pega un salto en el 2020 y en los años siguientes se mantiene en niveles elevados.

Esto marca una particularidad porque no es la misma evolución que podemos ver a nivel nacional. En cuanto a los reclamos prevalecen las demandas por mejoras salariales, que también pegan un salto en el 2020 y luego siguen aumentando en el 2021 y en el 2022.

Esto tiene que ver con las condiciones de intensificación del trabajo y de mayor estrés, más aumento de las horas trabajadas, todas las implicancias que tuvo la pandemia en el sector que estaba en la primera línea, e incluso, previo a la vacunación exponiéndose a contraer el virus. De hecho fue también una lucha la incorporación del Covid como enfermedad profesional.

Decía entonces que las demandas por mejoras salariales ocupan un lugar muy importante, en segundo lugar las demandas por condiciones y medio ambiente laboral, que esto tiene que ver también con la falta de elementos de protección contra el Covid, sobre todo en los primeros meses. También por regularizaciones de contratos. Es un sector que tiene contrataciones precarias, sobre todo en la salud pública, condiciones de precariedad laboral ya desde décadas diría, pero que se pronunciaron en los últimos años, y a partir del 2016 el desfinanciamiento



Manifestación del 01/10/2020 en Repudio por la Represión del Día de la Sanidad, en la que varias enfermeras fueron heridas por las fuerzas policiales, durante el Reclamo por Reconocimiento Profesional y Salarial para el sector.

de la salud pública fue muy marcado. En los años posteriores se destacan reclamos por despidos o no renovación de contratos de trabajadores que habían sido contratados frente a la situación de emergencia por el COVID.

¿Qué tipos de acciones y reclamos se destacaron durante el período de estudio?

En cuanto al tipo de acciones conflictivas, hay un aumento de las movilizaciones y de las acciones de visibilización en la vía pública, abrazos simbólicos a los hospitales con una importante cantidad de acciones tanto en el 2020 como en el 2021. Y lo que observamos es que en el 2022 ya aumentan principalmente los paros dentro del sector como forma de acción.

En cuanto a los actores que conducen los conflictos, observamos distintas características específicas. Si bien hay una preeminencia de las organizaciones sindicales en la organización de las acciones conflictivas, se destaca la importancia conflictos llevados adelante por actores no insertos en una estructura sindical, por ejemplo trabajadores autoconvocados o la asamblea de residentes y concurrentes, que tiene también una importancia y está instalada en el sector.

Además del deterioro de las condiciones laborales, ¿qué otros factores impulsaron el aumento de acciones de lucha durante la pandemia?

Pensando en los factores relacionados a un mayor número de acciones de lucha en el período, lo que planteamos en el trabajo es el modo en que se gestionó la pandemia. En este caso en la ciudad de Buenos Aires, se buscó ampliar la capacidad de atención frente a esta emergencia, pero sobre la misma base de la precariedad preexistente en el sector, que venía de varios años de desfinanciamiento.

Entonces se realizaron nuevas contrataciones, pero contrataciones precarias, se otorgaron aumentos salariales, pero no remunerativos, bonos no incorporados al básico, es decir, se dieron una serie de soluciones precarias sobre la base de un sector que ya venía con distintos reclamos, tanto salariales como de condiciones de trabajo y condiciones contractuales.

Y por otra parte, las presiones, el estrés, la intensificación y extensión de las jornadas laborales, esto impactó en el sector. Sumado a la mayor visibilización que la pandemia, por la situación de ser una emergencia sanitaria, otorgó al rol de los trabajadores y las trabajadoras de la salud. Es decir, quedó muy



Gran Jornada de Lucha en el Día Internacional de la Enfermería 12/05/2021, con un multitudinario Acampe y Marcha de las Antorchas, en Reclamo por el Reconocimiento Profesional, laboral y Salarial de la enfermería.

claro, muy en evidencia la importancia de los trabajadores y las trabajadoras de la salud para garantizar la vida de la población, la importancia de ese trabajo, pero al mismo tiempo, no tuvo una respuesta acorde a esa importancia desde el punto de vista de las condiciones de trabajo de estos trabajadores.

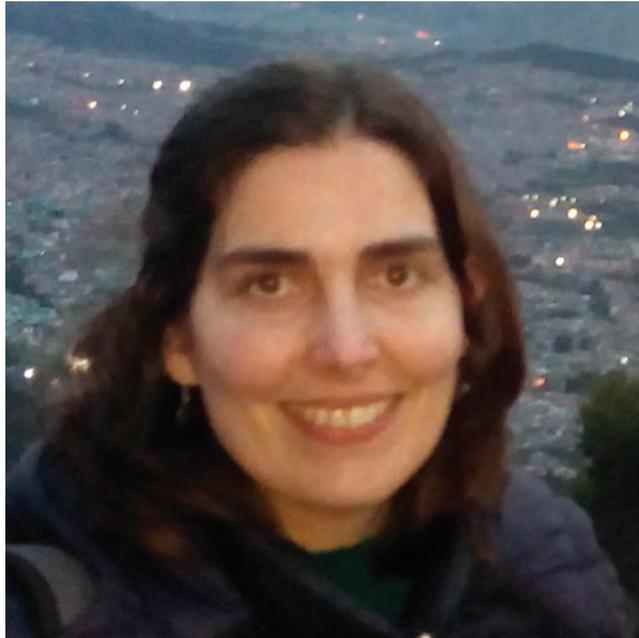
Entonces me parece que, esa combinación entre mayor visibilidad de la importancia social del trabajo, de los trabajadores y trabajadoras de la salud, con la mayor presión que padecieron durante la pandemia y el desgaste que supuso la pandemia para el colectivo de trabajadores, junto a la reproducción de formas precarias de contratación, los bajos salarios y formas también precarias de composición salarial, creo que armaron un combo que explica este salto en la conflictividad y que esto se mantenga en los años posteriores.

¿Cómo describirías la situación actual del sector de la Salud Pública y sus desafíos más urgentes?

Bueno, la situación actual es muy, muy grave realmente para la salud, para las universidades y para los trabajadores del sector público en general.

Yo soy docente universitaria y soy investigadora del Conicet. Estamos padeciendo el ajuste que está implementando este gobierno, y se han articulado distintas acciones, sobre todo entre el sector universitario y sector de ciencia y técnica.

Creo que habría que ampliar y desarrollar aún más esas articulaciones. El avance que está haciendo el actual gobierno sobre el sector de la salud es muy evidente con respecto a los trabajadores del Garrahan, con el intento de cierre del hospital Laura Bonaparte, que justamente pudo frenarse a partir de la articulación y de la unidad de los distintos sectores sindicales en lucha.



Clara Maticorena

Y me parece que eso es un poco la clave o lo que ha permitido poner algún freno a este avance brutal que pretende desplegar el gobierno actual y que está desplegando, porque estamos teniendo una caída salarial muy tremenda, el desfinanciamiento, el cierre de programas de prestaciones. Realmente es muy grave y requiere una estrategia de lucha para poder frenarlo.

Y estas estrategias tienen que poder ejercer también una demanda a los sectores legislativos para que justamente también pongan límites a estos

avances en el Congreso. Lamentablemente la sanción de la ley bases fué una derrota para todos los sectores de trabajadores. Esto va a implicar, cada vez más, articular las luchas y las distintas demandas, los sectores de salud, educación, ciencia y técnica, los estatales en general, junto a los trabajadores del sector privado. Es imperioso ir articulando las luchas, para poder frenar estos intentos y estos avances en el desfinanciamiento público.

¿Qué mensaje o recomendación darías a quienes trabajan en fortalecer la Salud Pública y las condiciones laborales en el sector?

Lo importante siempre es tratar de buscar formas de organizarse y de poder plantear en forma colectiva los problemas, en este caso de la salud pública, como trabajadores. Nosotros también en nuestros ámbitos, en las universidades, en el sistema de ciencia y técnica, creo que para mejorar en este caso la salud pública, es fundamental la acción colectiva y la articulación de las demandas, porque es un sector muy amplio donde cada colectivo de trabajo obviamente tiene sus características y formas específicas de inserción laboral. Es importante que se puedan unificar, unir las demandas de cada uno de los colectivos que integran la salud pública.

Por último ¿Qué recomendación darías a quienes

se inician en la investigación?

Bueno, por un lado, en un contexto tan adverso para la investigación científica y la investigación en ciencias sociales, animar a quienes les interese a persistir en ese interés, a persistir en esa vocación, en ese oficio, en ese deseo puesto en conocer y en observar y en desnaturalizar lo que aparece como dado en la sociedad. No es un orden natural, es una construcción social. Un aporte que desde las ciencias sociales se puede hacer es justamente desnaturalizar las instituciones, las condiciones en las que trabajamos, todo lo que aparece como algo dado a nuestra experiencia.

Hay una expertise en cada una de nuestras disciplinas, y siempre lo mejor es trabajar en forma interdisciplinaria.

Involucrarse, pensar también en el aporte o la importancia que puedan tener nuestros estudios para distintos actores sociales, eso es fundamental.

Y también la rigurosidad y sistematicidad que son centrales.

Hay que incentivar la investigación social, la investigación comprometida y rigurosa.

Clara, agradecemos enormemente tu interés en investigar los procesos de lucha y organización de los trabajadores del sector de la salud, así como tu generosidad al compartir estos valiosos hallazgos con nosotros. Esperamos que FPSalud sea una herramienta que ayude a construir redes, a reconocernos como parte de un mismo equipo interdisciplinario, y a generar una mayor articulación entre sectores. Estamos convencidos de que la unidad es clave para enfrentar los desafíos actuales y alcanzar nuevas conquistas colectivas.

* Lic. En Sociología, Magister en Ciencias sociales del Trabajo, y Doctora en Ciencias Sociales de la UBA. Investigadora Adjunta del CEIL-CONICET (Centro de Estudios e Investigaciones Laborales, del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas) y docente en la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.



Fruto del convenio entre la Federación de Profesionales del GCABA y la Asociación Colonia Banco Provincia, ofrecemos para nuestras afiliadas y afiliados

Mediante este Convenio, LA COLONIA ofrece tarifas bonificadas para afiliadas/os, su grupo familiar y jubiladas/os de la Federación en Hoteles y Residencias en diferentes lugares del país.

NUESTROS DESTINOS

Salta, Mendoza, San Carlos de Bariloche, Córdoba, Tigre, Villa Gesell, Mar del Plata, Mar de Ajó, Concordia, Buenos Aires.





01

50 años de la Asociación de Obstétricas Municipales "A hombros de gigantes"



TAMARA SONIA PÉREZ

Licenciada en Obstetricia.
Secretaria de Asuntos Gremiales
de ADOM.



MARÍA ANGÉLICA VEIGA

Licenciada en Obstetricia.
Presidenta de ADOM.

En conmemoración a los 50 años de trayectoria de la Asociación de Obstétricas Municipales (ADOM), intentaremos, por un lado, dar un reconocimiento a todas las mujeres, profesionales obstétricas, parteras, emprendedoras, trabajadoras, madres, esposas, docentes y gremialistas innatas, que sentaron las bases y pilares fundamentales de lo que nos enorgullecemos en denominar ADOM.

Por el otro, enaltecer a las que hoy, con las mismas

características, buscan “a hombros de gigantes”, luchar por los derechos laborales y lograr la autonomía profesional para lograr que las que vengan el día de mañana puedan seguir escalando y conseguir el mismo objetivo que nos convoca a todas a ser parte de ADOM: el reconocimiento profesional.

Con nuestro relato, buscaremos brindar información, homenajear colegas y despertar el espíritu crítico de cada lector/a ya que como en todo proceso histórico, se despiertan aspectos subjetivos de los cuales nosotras, las autoras, no estamos exentas.

No se puede vivir el hoy y proyectar en el mañana sin primero poner a consideración nuestro pasado. Realizar este ejercicio nos permitirá, sin realizar juicios de valor, aprender, aprehender y seguir avanzando. Para ello, es necesario considerar que los acontecimientos sociales, económicos, políticos y culturales siempre repercuten en las instituciones, trayendo consigo cuestionamientos, por lo tanto, es lógico pensar que una institución, la cual no es ajena a éstos, debe acompañar esta evolución. De mantenerse sin innovar, no crece, y por tal motivo, es importante trabajar sobre la base que dichos cuestionamientos suponen una revolución generada por rupturas de regularidades, estereotipos o normas. Esto puede ser vivenciado de manera positiva o negativa, generando, a nuestro modo de ver, crecimiento o disgregación según las **herramientas** de las que disponen quienes dirigen esas instituciones. Para ello, consideramos pertinente enmarcar brevemente el contexto de los inicios y crecimiento de ADOM.

Históricamente se nos han adjudicado a las mujeres los roles de cuidado, tareas domésticas, reproducción de la especie humana y crianza, invisibilizando nuestro accionar en aquellos ámbitos ajenos a estas tareas y el sindicalismo no escapa a esta dinámica. Culturalmente se nos ha puesto en un rol pasivo, de sumisión y de dependencia. Hemos crecido con discursos que fundamentan estas características y, aún hoy, seguimos escuchando dichos tales como: “Sexo débil”, el cual está definido por la Real Academia Española como un conjunto de mujeres; “Detrás de todo gran hombre hay una gran mujer”; “...Y de la costilla que Jehová Dios tomó del hombre, hizo una mujer y la trajo al hombre...” (Cap. II del Génesis), sólo por mencionar algunas. La universalidad masculina del lenguaje en la literatura también ha contribuido a la invisibilización de las mujeres en la

participación activa de diferentes sucesos de relevancia histórica como las guerras, las luchas y los reclamos, y le ha delegado un rol protagónico en los relatos de historias románticas: mujeres indefensas que necesitan de la protección de un otro, varón. Considerando esta línea, es que insistimos con la reivindicación del rol de las mujeres en la Actividad Sindical, teniendo en cuenta los tiempos que corren, donde pareciera haber una intencionalidad por querer encasillar a las mujeres en una época del pasado que creíamos superada.

Antes de introducirnos en nuestra Asociación queremos contextualizar las fechas y mencionar a dos mujeres que han sido pioneras en el sindicalismo desde sus orígenes en nuestro país.

- **Virginia Bolten**, anarquista, sindicalista y Feminista argentina. Nació el 26 de diciembre de 1876 en la ciudad de San Luis. Murió el 23 de julio de 1969. “Si vosotros queréis ser libres, con mucha mayor razón nosotras, doblemente esclavas de la sociedad y del varón; ya se acabó aquello de: “Anarquía y libertad, las mujeres a fregar”.

- **María Bernaviti de Roldán**, fue la primera mujer elegida como delegada sindical en la empresa frigorífica Swift, fundadora del Sindicato de la Carne Argentina y fundadora del Partido Laborista de Argentina que dio origen al peronismo. Nació en Bs. As. el 25 de diciembre de 1908. Murió el 06 de julio de 1989.

Según la recopilación histórica que realizamos para este relato, pudimos observar que los cambios por los que hemos atravesado las Obstétricas, no sólo en la profesión, sino y fundamentalmente en nuestra Asociación, siempre han fortalecido a la misma, a un alto costo que han tenido que soportar, o hacer frente, sus integrantes dirigentes, debiendo demostrar capacidad, habilidad y aptitud para poder salir victoriosas. Otro aspecto a considerar es que quienes dirigían y dirigen la institución, debían y deben tener presente que crisis y conflictos no son sinónimos, y que, frente a una crisis con una mala dirigencia, se puede terminar en un gran conflicto, dicho de otro modo, en el quiebre de la institución.

El 31 de agosto de 1974 se crea la Asociación Civil de Obstétricas de la Municipalidad de Buenos Aires. La misma, nace conformada por un grupo de mujeres, dependientes en aquel entonces, de la Municipalidad, que se reunieron para reclamar por los

derechos laborales, enmarcadas por un lado, en un ámbito institucional médico hegemónico (mayoritariamente masculino), y por el otro, un ámbito social con una fuerte impronta sindicalista masculina en un contexto político caracterizado por el fallecimiento del Presidente Juan Domingo Perón, y asumiendo su cargo la Vicepresidente y esposa, María Estela Martínez de Perón.

Estas pioneras Obstétricas se reunieron con el objetivo principal de patrocinar en defensa de los intereses profesionales, entre otros tantos, y casi con timidez, lograr el reconocimiento de la profesión en un ámbito mayoritariamente médico-masculino.

No solamente debían posicionarse desde un lugar diferente al que cumplían en sus lugares de trabajo para el reclamo laboral, sino también hacia las propias trabajadoras, las cuales no eran distintas a ellas en lo referente a la formación y los conceptos hegemónicos del ejercicio profesional. El 18 de noviembre de 1974 logran conformar la primera Comisión Provisoria hasta conseguir la Personería Jurídica que llegará recién el 31 de agosto de 1983. Durante esos casi 9 años de espera activa, se producen jubilaciones y fallecimientos que las lleva a ir realizando movimientos en los cargos dirigentes. Por fin, ya con personería y estatuto correspondiente, el 16 de marzo de 1984 queda conformada la Comisión Directiva Estatutaria por un período de 2 años.

Desde hace décadas, estamos regidas por la Ley 17.132, ley de facto, que regula el ejercicio de la medicina y en ella, en su Título VII de los **"colaboradores"**, la cual deja en evidencia el rol de las Obstétricas y Licenciadas Obstétricas en relación a profesionales médicos/as en la asistencia del embarazo, parto y puerperio normal. Consideramos

importante resaltar el contexto social en el que nos encontrábamos cuando se sanciona dicha ley para poder intentar comprender, de acuerdo a la época, la figura médica por sobre el resto de las profesiones, siendo sancionada el 24 de enero de 1967 bajo el gobierno de Onganía.

Hace varios años atrás, formar parte de ADOM, era ser parte del grupo "selecto" de sindicalistas donde, quien quisiera involucrarse, siempre era bienvenida y felicitada por el interés en este ámbito solo transitado por profesionales con amplia trayectoria en la

profesión, es decir, no era habitual el interés, mucho menos la formación, de las "jóvenes" en este tipo de actividades.

Las circunstancias culturales, sociales y políticas que mencionamos anteriormente, se vieron reflejadas en el accionar diario de nuestra actividad dentro de ese grupo de trabajo y dentro del ejercicio profesional. El verticalismo de donde se gestaron y crecieron, era transmitido en el ejercicio de la actividad sindical e institucional. En este punto, nos parece importante recordar a Nietzsche cuando menciona que "la Historia debe ser enfocada nada más como un problema de conocimiento y no de análisis", ya que en la actualidad no nos encontramos inmersas en ese contexto, no es

válido el juicio de valor, así como las características actuales, no deberían ser juzgadas en un futuro, pero lo que sí nos permite, es tener un pensamiento histórico constructivo.

Sobre la base que los cambios suceden afuera, pero la transformación ocurre dentro, nosotras, las autoras, decidimos y logramos ingresar oficialmente a la Comisión Directiva y, ya posicionadas desde otro lugar (como se menciona coloquialmente, en la cocina misma), tuvimos la necesidad de focalizar cuál podía



ser el aporte en este crecimiento institucional y profesional. Particularmente nos habíamos propuesto el primer objetivo: tomar los conocimientos que se nos daban, conocer el terreno e intentar tener una lectura crítica de los acontecimientos para posteriormente lograr cierto conocimiento y así gestionar el cambio no solo institucional, sino también mejorar la percepción de las trabajadoras hacia nuestra Asociación. Si esto no fuera posible, nos conformaríamos con, por lo menos, romper con la INDIFERENCIA de las colegas en esta área. Es entonces cuando sentiríamos que nada fue en vano.

Hoy, 50 años después, los gobiernos, la sociedad y las instituciones cambiaron, el ejercicio de la profesión se adecuó a las necesidades de la población, la currícula se perfeccionó acorde a los avances científicos, la medicina acompañó este proceso, las organizaciones internacionales ya han demostrado la importancia de la promoción y prevención en salud (pilares fundamentales de Lic. en obstetricia), y la importancia del trabajo inter y transdisciplinario para el logro de los objetivos. Las obstétricas seguimos bajo la ley "del arte de curar", dentro de un marco legal obsoleto para los tiempos que corren que tristemente logramos confirmar que a nadie le conviene modificar. Claramente las condiciones de trabajo han cambiado y ADOM, es decir, esas mujeres luchadoras, han actuado en consecuencia. Claro es el ejemplo de las múltiples gestiones para lograr la personería gremial, entendiendo que una asociación civil ya no estaba a la altura de las circunstancias.

Comenzó entonces una ardua tarea administrativa que llevó años, dentro de esas gestiones se encontraba la modificación del estatuto para adecuarlo a una asociación gremial. Es, en esta instancia, que se modifica, entre otras cosas, el período de mandato de las Comisiones Directivas de 2 a 3 años.

Desde el 2013, cuando obtuvimos la tan ansiada personería gremial, empezamos a tener que familiarizarnos con términos tales como: democracia institucional, representatividad, consulta no vinculante, delegadas, estatutos, asesores legales, política, tutela sindical, diferencia entre sindicato y gremio, y otros tantos que complejizan, pero a la vez revalorizan las relaciones con el empleador y hasta con las propias afiliadas. ADOM logra ser, hasta el día de hoy, la primera y única asociación gremial de Obstétricas y Lic. en Obstetricia de la República Argentina.

A nivel Nacional, se habla de políticas sanitarias, pero nuestra regulación actualizada del ejercicio profesional, pareciera no convenir. Será porque nuestras antecesoras nos enseñaron a no transar, porque aún conservamos nuestros ideales y somos fieles y coherentes con ellos. Claro es el ejemplo que podemos observar en el Anexo I, las trabajadoras nos hemos ido renovando comisión tras comisión, pero se sigue sosteniendo el reclamo justo de la ley de ejercicio profesional, y éste es sólo un ejemplo de muchos tantos, que sin importar lo partidario, ADOM siempre conservó la misma política, la del bien común y colectivo.

Otra razón por la que seguimos después de 57 años con la misma ley de Ejercicio Profesional, podría ser que no aprendimos aún a ser políticamente correctas, en este caso, seguiremos no siéndolo, ya que pareciera que lo político no se condice con lo social, y nosotras estamos fuertemente comprometidas con lo segundo.

Somos conscientes que nos encontramos en una de las más importantes transformaciones del pensamiento de nuestra Asociación, claramente dada por los cambios sociales en la cual nos encontramos inmersas y crecemos. A la propia sindicalista le cuesta generar el cambio externo porque aún no es consciente de sus propios derechos, no solo como mujeres, sino como trabajadoras y gremialistas, de sus obligaciones para con las afiliadas y del poder que tenemos como institución para generar modificaciones en un nivel superior, en nuestro caso, el empleador.

Cuando hablamos de cambio de paradigma interno nos referimos a las Obstétricas, como en nuestro caso, que evidentemente ya hicimos un cambio personal que nos llevó a incluirnos en un sindicato, a reclamar, a exigir, a pensar distinto, a debatir consciente o inconscientemente, sabemos que podemos reclamar autonomía en el ejercicio de la profesión, pero cuando debemos enfrentarnos al "adversario" parecería que vuelve a la mente el proceso de socialización aprendido/aprehendido (el poder lo tiene "el/la otro/a").

Para sortear esta dificultad, a través de una construcción de años, se logró armar Comisiones Directivas que incluyeran profesionales con trayectoria en la actividad institucional y profesionales jóvenes, con ideas "revolucionarias" para entre ambas, armar

y consensuar proyectos en beneficio de la profesión. Actualmente logramos sortear uno de los obstáculos que a nuestro entender es el más difícil de desarraigar: lo nuevo vs. lo viejo/ las grandes vs. las jóvenes/ las que enseñan vs. las que aprenden, para crecer juntas y terminar con el miedo.

Nos tomamos el atrevimiento de realizar un análisis de este resultado de 50 años de trayectoria, identificando a las profesionales Obstétricas y diferenciándolas en 4 grupos, con el objetivo de focalizar la debilidad, visibilizar, e intentar trabajar en la medida de nuestras posibilidades en cada una de ellas logrando de esa forma, fortalecer no solo a la institución, sino también a la profesión:

- Las primeras, son aquellas que no se involucran en ningún aspecto de la actividad sindical. Como dice Antonio Gramsci, la indiferencia opera potentemente, pasivamente, pero opera. Aún no pudieron hacer consciente el poder de la fuerza, la unión. Reciben los resultados positivos de la lucha y critican fuertemente los negativos y se justifican en ellos para no sumarse a la asociación. No son, ni quieren ser, parte de ella. Se cobijan bajo el ala de los hombres que, según ellas, son los luchadores natos y los que consiguen las grandes victorias, sin darse cuenta que no les dan nada, solo lo que sobra. No somos quién para culpabilizar, encontramos en ellas una debilidad en la formación, es decir, en nuestra currícula que como hemos mencionado anteriormente, ha tenido un gran avance y se ha ampliado enormemente, pero a nuestro humilde entender, no tiene incorporado el espíritu corporativo, el gremial y sindical. En el ámbito que desarrollamos este relato, la corporación es un pilar fundamental, sin él, nada tiene sentido.
- Las segundas, son profesionales que participan sindicalmente, pero lo hacen desde la sola afiliación, no teniendo ninguna otra participación. Es un grupo que parece dormido. No son reticentes, pero tampoco toman partido del cambio. Si bien es relevante considerar que la "sola" afiliación, para una institución es sumamente importante ya que la misma se mueve o pesa por su número, no se involucran en la toma de decisiones. Sobre ellas será importante un trabajo de concientización. Dieron el primer paso que es el apoyo, pero les queda dar el segundo: el compromiso de opinar e involucrarse, jugarse. Una asociación se fortalece

con su número, pero fundamentalmente con la movilización y la intervención de las bases.

- Las terceras, son aquellas profesionales que además del apoyo institucional a través de la afiliación, participan haciendo llegar sus reclamos al sindicato que las nuclea, entendiendo que algo hay que cambiar, luchar y lograr. La crítica, en profesionales comprometidas, siempre es constructiva, pero queda un grupo menor, que reclama al sindicato una pelea por el reconocimiento profesional sin querer entender que el sindicato lo conforman las múltiples profesionales entre las cuales ellas están incluidas. Reclaman compromiso y dedicación que no estarían dispuestas a brindar. Consideran que la Asociación se organiza en dos: por un lado, las trabajadoras (afiliadas) y por el otro, la Comisión Directiva (sindicalistas). Sobre ellas nos queda un trabajo de corporatividad, para que puedan incorporar el concepto y entender que no existe el "ellas y nosotras".
- Las cuartas, llamadas sindicalistas-gremialistas. Somos aquellas que participamos desde la afiliación, desde el debate, la crítica, el compromiso, la responsabilidad, el enojo, la impotencia, ponemos de nosotras mismas el tiempo, el alma y el cuerpo. La presión continua, sin apoyo, es insostenible. Se trabaja con lo que sabemos, escuchamos, leemos y nos enseñaron. Con lo que razonamos, conjeturamos y cuestionamos. Somos las que el resto considera que "tenemos el saber". Este saber que ha sido logrado por los años de experiencia y permanencia en la Asociación, pero fundamentalmente por la desidia del resto, lo cual genera una importantísima responsabilidad. Tenemos a cargo decisiones que se tomarán para el bien común que no fueron explícitamente pedidos.

En reiteradas oportunidades nos planteamos que tenemos claro de dónde venimos, pero, ¿A dónde vamos? De una profesión autónoma y de gran reconocimiento como lo fue la de comadrona, fuimos desplazadas y disgregadas por la institucionalización y medicalización del nacimiento. Gracias al esfuerzo de nuestras antecesoras, hemos logrado el reconocimiento que nos habíamos propuesto al incorporarnos y lograr un cargo de relevancia en ella, pero somos conscientes que el verdadero cambio entre colegas y las instituciones no se pueden imponer, sino que lo debemos construir.

Siendo consideradas por la Organización Mundial de la Salud como recurso humano idóneo para la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal, se hace difícil reclamar nuestros derechos a quienes dicen acompañar y entender el reclamo, porque al momento de solicitarles que reflejen el apoyo en actos concretos, todo se dilata y desvanece.

A medida que transcurrieron nuestros años en la Asociación, logramos ver orgullosamente los cuestionamientos de sus integrantes, vivenciados como una lucha entre el DEBER HACER complaciendo al patriarcado y el PODER HACER logrando la autonomía personal, profesional e institucional.

Entendimos que el poder no es mala palabra, pero implica posicionarse en determinado lugar para "enfrentarse" al sometimiento en este caso. Este enfrentamiento es doblemente trabajoso, por lo menos lo fue y es para nosotras, una mujer-obstétrica que parece que deberá dar una especie de examen cada vez que realice un reclamo a las autoridades, algo así como una justificación minuciosa y detallada, y por sobre todas las cosas, muy bien fundamentada. Comprendimos que deberemos buscar una referencia bibliográfica, hacernos expertas del tema en cuestión y debiendo tener en consideración posibles cuestionamientos, no solo de nuestro empleador, sino también de nuestras propias compañeras donde hemos llegado a recibir como justificativo un: "siempre se hizo así".

Estas situaciones que podríamos haberlas tomado como negativas, las supimos capitalizar y transformarlas en positivas, pudiendo desarrollar múltiples estrategias de negociación teniendo en consideración el/la interlocutor/a.

Por otro lado, tendremos a un/a "otro/a" evaluando nuestro discurso para aprobar o desaprobar, quienes nos darán el veredicto final y será considerada palabra mayor para la mayoría de nuestras colegas en general y en muchas oportunidades para las mismas sindicalistas, nuestras compañeras de trabajo.

El sindicalismo en ADOM, para lograr una mejor comprensión, lo podríamos graficar con un paralelismo al maternaje: en sus comienzos, el sindicato, te cuida, reclama por tus derechos, te cuenta sólo aquello que sos capaz de entender, silencia lo que te puede perjudicar. Pero como dijimos en reiteradas oportunidades, la profesión creció. El mercado

laboral cambió. La mujer trabajadora cambió y se independizó. El crecimiento profesional/institucional trajo conocimientos y éstos, cuestionamientos que en algunas instituciones patriarcales (ADOM no está exenta), evidenciaron estos cambios como posible pérdida de poder.

Cuando nos referimos a instituciones patriarcales, es importante tener presente, en el caso de ADOM, su historia evolutiva, donde encontramos el mismo modus operandi que el sistema exterior que tanto criticamos: poder hegemónico de "las que saben y las que no saben" = "Comisión Directiva y afiliadas".

¡Hoy, las afiliadas preguntan, cuestionan y opinan!

Generar la participación es uno de nuestros principales objetivos, pero esta participación debe ser responsable, coherente y acorde a las pautas sociales y políticas del país, para ello, es decir, para que la participación sea libre y responsable hay que brindar información, de lo contrario, la consulta a un grupo de profesionales indiferentes o desinformadas, genera respuestas poco políticas y en la mayoría de las circunstancias, no aplicables.

Esto trae como consecuencia que la Comisión Directiva tendrá que tomar decisiones que claramente no son el fiel relato de la individualidad que exprese cada afiliada, generando malestar o descontento no solo a la profesional que siente que no fue escuchada o respetada en su decisión, sino en la propia conducción que se encuentra decidiendo sola, bajo la presión de las trabajadoras y el empleador.

Allá vamos, hacia el respeto por la diversidad, no solo de las mujeres, personas gestantes y familias con las que trabajamos diariamente, sino también hacia las profesionales que opinan, sienten y disienten, hacia el resto de los compañeros/as, de esta y otra profesión.

Tenemos la camiseta puesta de una institución que crece y como tal, atraviesa sus crisis vitales las cuales solo nosotras, sus integrantes, podremos y sabremos atravesar dignamente. Dependerá de la capacidad de resiliencia para resistir y/o recuperarnos, para visibilizar aquello que nos calla, de deconstruir lo aprehendido y comenzar a construir sobre nuevos lineamientos acorde al cambio de paradigma que nuestra sociedad está demandando, porque no fuimos, no somos ni seremos ajenas a estos procesos, y estos nos permiten seguir creciendo como persona,

como profesional y por carácter transitivo como Asociación.

Nos queda un desafío: para poder atravesar lo anteriormente descrito, y tal como lo mencionamos al comienzo, son necesarias herramientas, descubrir ¿qué son? ¿Quiénes las aportan? ¿Cómo se incorporan? Será la clave del éxito, o por lo menos el nuestro, cuando hayamos logrado que cada Obstétrica de CABA se involucre de alguna manera en la profesión que eligió por vocación y para vivir, entendiéndose que, el todo es mayor a la suma de las partes, esto es trabajo en equipo.

Esto es ADOM.

Un especial agradecimiento a todas las afiliadas de ADOM que nos dieron la oportunidad de poder modificar el camino para realizar otro intento, a poder tropezar para saber que por ese lugar no conviene transitar, a continuar con lo que algunas compañe-



ras empezaron y poder dejar un ladrillo más en nuestra Asociación.

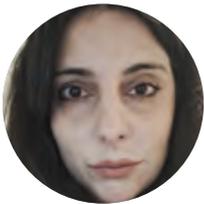
Gracias a las colegas que nos regalaron sus saberes de manera altruista, con el único fin de darnos envidia, siendo conscientes que ese impulso implicaba que se tuvieran que correr de lugar. Gracias a todas esas Comisiones Directivas que, sin su historia, hoy, no tendríamos nada que contar ni aprender.

[Ver Anexo I: Comisiones Directivas a través de los años](#)

Los puntos de vista y opiniones expresados en este artículo son de exclusiva responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente las de la revista ni del equipo editorial.

02

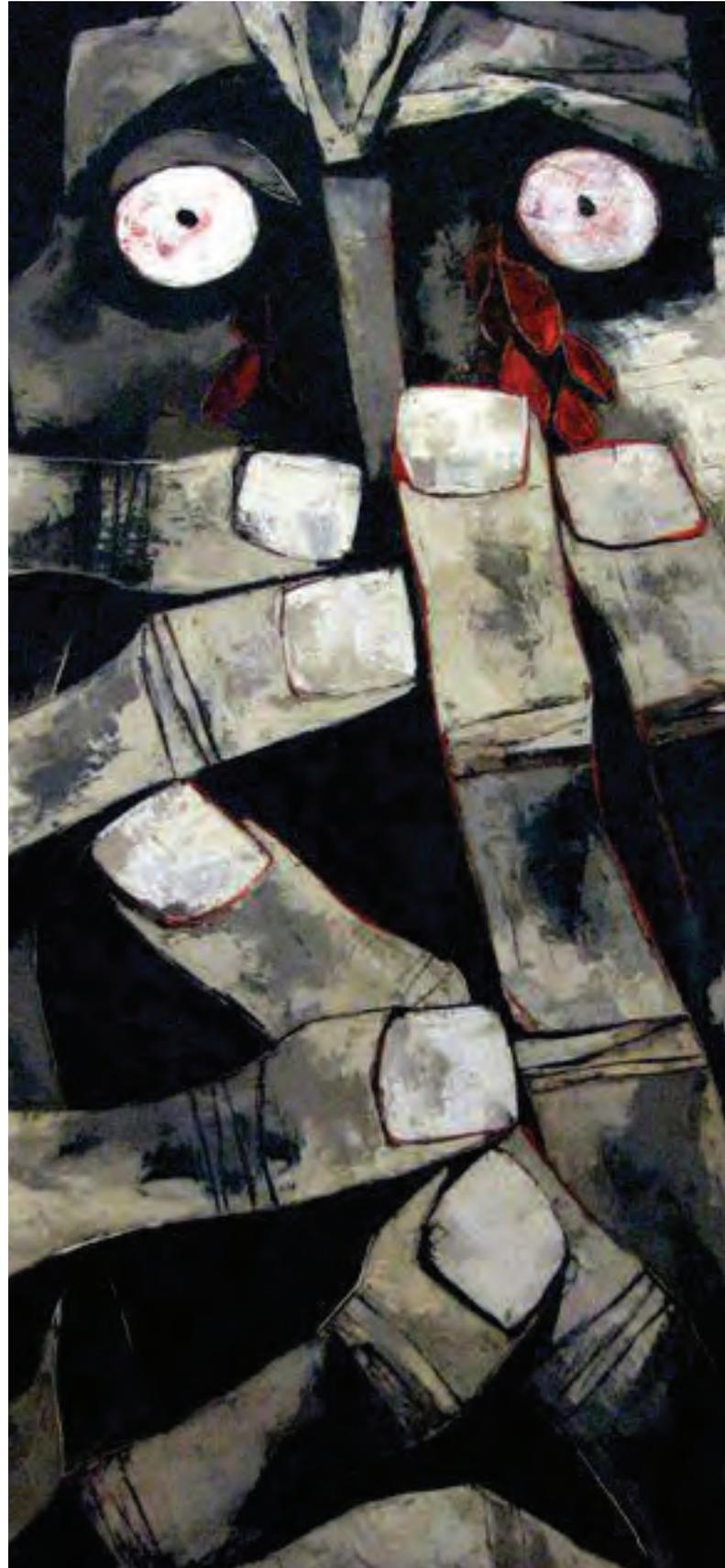
Ficciones del despertar¹



LIC. LUCIANA UJIDOS

“La clínica es una fabricación de ficciones...
Ficciones que contengan en sí las condiciones de un
pasaje a la escritura.”
Pura Cancina (1995, p. 93)

Cierta picardía asoma desde sus ojos, tras las vestiduras que cubren el dolor. Fugaz impresión que llega hoy a mi memoria cuando vuelvo a pensar en aquella paciente adolescente que atendí hace ya varios años en el Hospital Dr. T. Álvarez. Una historia plagada de violencia. Y algunos retazos de palabras



en sesión.

Junto con ella, emergen recuerdos de otros pacientes, algunos atendidos por mí, algunos atendidos por colegas con quienes hemos compartido espacios de trabajo y de reflexión sobre la práctica.

Adolescentes que llegan a la consulta por experimentar un gran padecimiento que se trasunta en distintos fenómenos clínicos, muy pocas veces en un síntoma constituido, usualmente en inhibiciones, actings-out y pasajes al acto, como manifestaciones de la angustia.

El analista tiene un lugar privilegiado para intervenir en estos tiempos de constitución subjetiva, donde podrá favorecer –quizás– que el sujeto tenga la oportunidad de inventar(se) nuevas historias; las cuales den movilidad a la verdad de la que padece; introducir narrativas que permitan poner a jugar las marcas significantes y de goce de un modo tal que posibiliten la emergencia de la diferencia, de lo nuevo, yendo más allá de la determinación, abriendo márgenes de libertad posibilitados por los puntos de indeterminación de la estructura. No sin las marcas de la infancia, pero permitiendo –quizás–, en el mejor de los casos– ir más allá de ellas.

A partir del encuentro en la praxis con relatos sobre ficciones literarias y fílmicas, los cuales se presentaron como parte de las ocurrencias de algunos pacientes adolescentes en el marco de su tratamiento, surgió el interrogante acerca del lugar que podrían ocupar estas producciones culturales para dichos sujetos.

Particularmente, la pregunta se delineó en torno a las películas de terror narradas por los pacientes. ¿Podrían haberse presentado en lugar de un sueño o de una pesadilla? Sin embargo, por algún motivo se desplegaron estas ficciones y no el relato de un sueño o pesadilla, lo cual evidentemente no es lo mismo. ¿Puede pensarse a estas ocurrencias del sujeto como parte de un material dado a leer, comparables a las formaciones del inconciente? ¿O más bien se encuentran, por así decir, ‘más acá’ de las formaciones del inconciente, y son en sí mismas un intento de cifrado más que algo a descifrar?

En ambos casos, considero que son dignas de consideración y que podría pensarse que cumplen una función en la dinámica y economía psíquica.

¿Qué vinculaciones podrían tener los relatos de las películas de terror con sueños no soñados, especialmente con los sueños de angustia y/o los sueños traumáticos? ¿Qué relación podrían tener con los sueños diurnos, tratándose, en aquello de lo que nos ocupamos, de formaciones colectivas? ¿Podrían evocar producciones de la fantasía singulares, donde la fantasía del sujeto resonara con el relato cultural ficcional? ¿Qué especificidades tendría, dentro de estas ficciones, el género del terror?

¿Estos relatos podrían funcionar, en algunos sujetos, como intentos de tramitación? ¿En otros, intentos de ligadura de lo traumático? En definitiva, ¿qué uso hace el sujeto de estas ficciones en cada caso, y, por ende, qué estatuto pueden cobrar en un tratamiento?

Si bien la interrogación acerca de las ficciones no es sólo pertinente para la clínica con púberes y adolescentes, este trabajo halló su nacimiento en ese marco. Por lo tanto, empecemos por situarnos en tales tiempos del sujeto, y ubiquemos algunas cuestiones que, como hitos del camino a recorrer, podrán quizás orientarnos luego para ensayar algunas conjeturas acerca de las preguntas planteadas.

Instante de ver: Pubertad y despertar

La pubertad, entre lo infantil y lo adulto, no sólo se trata de un tiempo cronológico. Se constituye en un tiempo lógico que opera como un nuevo instante de ver. Exigirá un tiempo para comprender, para arribar eventualmente a un momento de concluir.

Como instante de ver, la pubertad constituye un tiempo de despertar de las pulsiones. Despertar que opera al modo de un trauma psíquico demandante de tramitación.

En “Estudios sobre la histeria”, Freud se refiere al trauma psíquico, como impresión recordada, cargada con un afecto excesivo imposible de tramitar, se eterniza por inconsciente y desde allí ejerce su influjo a través de los síntomas. Más de una vez Freud alude al “afecto de horror” en vinculación a estos traumas. (Breuer y Freud, 1976a, pp.31-32) A su vez, muy tempranamente, anticipa la importancia de la sexualidad como traumática.

Freud (1976b) plantea que una representación inconciliable con el yo “despertó un afecto tan penoso que la persona decidió olvidarla” (p.49)². En lugar de olvidar, se produce la defensa patológica y una escisión de la conciencia, no siendo esta escisión voluntaria. Va cobrando forma la idea de que la vida sexual se enlaza a un ‘afecto penoso’ en demasía, a un *displacer* que constituye un exceso.

En textos del año 1896, ya se define la eficacia traumática del recuerdo de las vivencias que son tanto sexuales como infantiles (Freud, 1976c y d), y el advenimiento de la pubertad se constituye en condición para el despertar del recuerdo de lo sexual infantil y para su resignificación. Podemos entonces pensar a la pubertad en su dimensión de bisagra.

El tiempo del *nachträglich* (retroacción), por el cual desde el presente se resignifica el pasado, introduce una complejidad en la temporalidad del aparato psíquico, el cual no se guía por convenciones socio-culturales ni por la llamada flecha del tiempo. Freud destaca cómo el recuerdo suscita un *displacer* mayor que la vivencia en el momento en que aconteció. Este *displacer* se vive como actual, y constituye un exceso para la tramitación, por lo que deviene traumático.

Si bien la idea de trauma en tanto recuerdo de vivencias efectivamente acontecidas cede su lugar a la eficacia de la fantasía, perdura en Freud la concepción de los efectos traumáticos que pueden tener representaciones sexuales e infantiles, se refiere al “factor de diferimiento temporal en la vida sexual” (Freud, 1976e, p. 212) respecto a las otras funciones psíquicas ya desarrolladas, y destaca la acometida en dos tiempos de la sexualidad.

Muchos años después, en su “Más allá del principio del placer”, Freud (1976f) volverá a hablar de trauma para dar cuenta de aquello que excede las posibilidades de ligadura del aparato psíquico, donde lo *displacentero* se repetirá compulsivamente en busca de esta ligazón, bajo la potestad de la pulsión de muerte. La anegación del aparato psíquico por magnitudes indomeñables de excitación parece ser vinculada en este texto a lo que llama ‘terror’, pudiendo ser esta denominación equiparable a lo que luego llamará “angustia traumática” o “automática”:

Terror, miedo, angustia, se usan equivocadamente como expresiones sinónimas; se las puede

distinguir muy bien en su relación con el peligro. La angustia designa cierto estado como de expectativa frente al peligro y preparación para él, aunque se trate de un peligro desconocido; el miedo requiere un objeto determinado, en presencia del cual uno lo siente; en cambio, se llama terror al estado en que se cae cuando se corre un peligro sin estar preparado: se destaca el factor de la sorpresa. No creo que la angustia pueda producir una neurosis traumática; en la angustia hay algo que protege contra el terror y por tanto también contra la neurosis de terror. (pp. 12-13)

Freud (1976f) alude a la incidencia traumática de la pulsión cuando dice:

Las fuentes más proficuas de esa excitación interna son las llamadas ‘pulsiones’ del organismo: los representantes de todas las fuerzas eficaces que provienen del interior del cuerpo y se transfiere al aparato anímico (...) la tarea de los estratos superiores del aparato anímico sería ligar la excitación de las pulsiones que entra en operación en el proceso primario. El fracaso de esta ligazón provocaría una perturbación análoga a la neurosis traumática; sólo tras una ligazón lograda podría establecerse el imperio irrestricto del principio de placer (y de su modificación en el principio de realidad). Pero, hasta ese momento, el aparato anímico tendría la tarea previa de dominar o ligar la excitación, desde luego que no en oposición al principio de placer, pero independientemente de él y en parte sin tomarlo en cuenta. (pp. 34-35) la ligazón es un acto preparatorio que introduce y asegura el imperio del principio de placer (p. 60)

El hecho de que sea posible efectuar la ligadura o no lo sea, no sólo depende de la cantidad de excitación que demanda tramitación, sino también de la capacidad de ligadura que tenga el sistema. Y no olvidemos que la ligadura se produce a través de la labor del preconiente, a través del anudamiento con representaciones-palabra³.

Nos hemos detenido en esta exposición acerca de lo traumático para pensar cómo la pubertad, por sus características inherentes, propiciaría que volviese a darse la condición de lo traumático, de dos maneras que se vincularían entre sí: en primer lugar,

reactivando lo infantil sexual reprimido al entrar en conexión con él y al dotarlo de nueva carga –en este punto ha de tenerse en cuenta la reactivación de los contenidos de deseo edípicos, tantas veces mencionada-, y, en segundo lugar, por lo que implica en sí misma de exceso de excitación a causa del acrecentamiento del esforzar pulsional producto del desarrollo.

La pubertad, como nuevo despertar, evidencia la dimensión traumática de la sexualidad, no por accidente, sino por estructura. La pubertad cobra el realce de un tiempo de constitución subjetiva donde sexualidad y muerte -nombres de lo traumático que se entran en el complejo de Edipo azotan con fuerza intensificada al aparato psíquico. Se trastoca el equilibrio más o menos estable al que podría haberse llegado en la latencia. Las pulsiones adormecidas en la latencia multiplican sus esfuerzos por hallar satisfacción, como fuerza constante que demanda al aparato psíquico ligadura y tramitación. Las excitaciones sobrepasarían las capacidades de procesamiento del aparato psíquico, viéndose éste inundado por tal exceso y generando así una situación de desvalimiento, con sus efectos de angustia automática o terror. Una angustia sin nombre.

Desde la perspectiva lacaniana, es preciso vincular el trauma con el registro de lo real, en tanto aquello que no se encuentra simbolizado, que tiende a volver siempre al mismo lugar, lo imposible, según diversas definiciones de lo real que ha construido Lacan a lo largo de su obra. El despertar puberal implica un encuentro con lo real. Lo real despierta. La angustia es una evidencia de este encuentro. Hay una confrontación con lo imposible, la no-relación sexual, un agujero en la estructura.

En este tiempo se produciría un (re) encuentro con el trauma estructural, ese al cual Lacan (1980) se refiere del siguiente modo hacia el final de su obra: "Trauma, no hay otro, el hombre nace malentendido" (clase del 10 de junio de 1980).

Lacan (1973-1974) realiza un juego de palabras entre traumatismo y troumatismo, evocando, en francés, la dimensión de agujero que supone, y destaca cómo se trata de inventar con ello: "todos inventamos un truco para llenar el agujero (trou) en lo Real. Allí donde no hay relación sexual, eso produce "troumatismo" (troumatisme) Uno inventa. Uno inventa lo

que puede, por supuesto." (clase del 19 de febrero de 1974).

De aquí se desprende que lo traumático en el análisis ya no podría vincularse a representaciones reprimidas, sino que se trataría de lo que excede tanto a los registros simbólico como imaginario. No se trataría de un inconsciente descifrable, sino de lo no cifrado. De este modo, tiende a producir efectos a través de la compulsión de repetición en la clínica, por la vía del acto y no de las formaciones del inconsciente. Por eso mismo considero interesante pensar en la invención a la cual invita, tanto en cuanto al trabajo del sujeto como también a la hora de pensar en las intervenciones del analista.

Tiempo para comprender: Adolescencias y ficciones

En tu Revival del Edipo,
Secuela de la película cuyo guión habrás escrito,
Vuelves a poner en juego un tiempo que habrá sido,
En escrituras y re-escrituras de marcas de historia
teñidas de goce y deseo.
Joven, has de (volver a) perder lo que nunca has
tenido.

La angustia en su dimensión de terror exige ligadura al aparato psíquico, actividad necesaria antes de que pueda plantearse incluso la posibilidad de tramitación. De acuerdo con lo anterior, el exceso a nivel cuantitativo que es consecuencia del despertar pulsional de la pubertad suscitaría tal afecto. Se requiere de algo que posibilite cierta ligadura de la pulsión, y es en este punto donde Freud sitúa a la fantasía.

Recordemos que, para Freud, la fantasía implica una suerte de reino exento de las exigencias del principio de realidad, comparable con una 'reserva' o 'parque natural' que brinda compensación por las renunciaciones que el hombre se ve conminado a hacer. En el reino de la fantasía se obtienen satisfacciones y se cumplen deseos. (Freud, 1976g) El deseo constituye el hilo con el que se teje la trama de la fantasía. Dice Freud (1976h): "Deseos insatisfechos son las fuerzas pulsionales de las fantasías, y cada fantasía singular es un cumplimiento de deseo, una rectificación de la insatisfactoria realidad." (p. 129)

Freud (1976i) parte de la consideración de los 'sueños diurnos', que figuran como cumplidos deseos

eróticos, de ambición y de grandeza. Sitúa su emergencia en la prepubertad, siendo sucedáneos del jugar infantil, al cual el fantasear releva. Freud plantea que estos sueños diurnos pueden o no ser conscientes, y constituyen los arquetipos de formaciones tales como las invenciones delirantes de los paranoicos, las escenificaciones en que encuentran su satisfacción los perversos, los síntomas neuróticos, los sueños, y también las creaciones artísticas.

Freud alude a las fantasías de la pubertad, pero también, como vimos, suele señalar que aparecen en la prepubertad, incluso en el período de latencia. Plantea que continúan la investigación sexual que se abandonó en la infancia (Freud, 1976e), por lo cual aparecen como sucesoras de las teorías sexuales infantiles.

Freud (1976e) se refiere también a lo que llama fantasías primordiales. Las considera universales y muchas veces independientes de lo vivido por el individuo, constituyendo una herencia filogenética. Estas fantasías son las siguientes:

las fantasías de espiar con las orejas el comercio sexual de los padres, (...) la seducción temprana por parte de personas amadas, (...) la amenaza de castración (...) aquellas cuyo contenido es la permanencia en el vientre materno y aun las vivencias que allí se tendrían, y la llamada 'novela familiar', en la cual el adolescente reacciona frente a la diferencia entre su actitud actual hacia los padres y la que tuvo en la infancia. (pp. 206 a 208)

Es interesante que, en relación con la novela familiar, Freud (1976e) señala los vínculos de las fantasías con los mitos. Si el vivenciar no provee las oportunidades de que se constituyan tales contenidos, la fantasía los proporciona, como si algo hiciese necesario que tales contenidos se instituyan. A su vez, Freud señala que las consecuencias de estos sucesos son las mismas ya se trate de vivencias efectivamente acontecidas o de fantasías. Ubica como fuente de tales fantasías a las pulsiones, y señala que, de no corresponderse con el vivenciar del individuo, probablemente sí se correspondan con un vivenciar de los antepasados, un "patrimonio filogenético": "el niño fantaseador no ha hecho más que llenar las lagunas de la verdad individual con una verdad prehistórica" (Freud, 1976g, p. 338). Notamos aquí

una articulación entre estas fantasías y la dimensión de la verdad.

Ha de tenerse en cuenta que, en la adolescencia, se produce un segundo tiempo de elección de objeto – el primero tiene lugar en el momento de florecimiento de la sexualidad infantil, que coincide con la fase fálica, dirigiéndose tal elección a los progenitores y conformando así el Complejo de Edipo:-

la elección de objeto se consuma primero en la [esfera de la] representación; y es difícil que la vida sexual del joven que madura pueda desplegarse en otro espacio de juego que el de las fantasías, o sea, representaciones no destinadas a ejecutarse. A raíz de estas fantasías vuelven a emerger en todos los hombres las inclinaciones infantiles, sólo que ahora con un refuerzo somático. (Freud, 1976e, pp. 206 a 208)

Consideremos ahora a la fantasía como modo de ligar la pulsión. Freud indica que se produce una soldadura entre la fantasía y la satisfacción pulsional:

La fantasía inconsciente (...) es idéntica a la fantasía que le sirvió para su satisfacción sexual durante un período de masturbación. (...) Originariamente la acción era una empresa autoerótica pura destinada a ganar placer de un determinado lugar del cuerpo, que llamamos erógeno. Más tarde esa acción se fusionó con una representación-deseo tomada del círculo del amor de objeto y sirvió para realizar de una manera parcial la situación en que aquella fantasía culminaba. Cuando luego la persona renuncia a esta clase de satisfacción masturbatoria y fantaseada, la fantasía misma, de conciente que era, deviene inconsciente. (Freud, 1976i, pp. 142-143)

Si bien Freud tiende a ubicar la soldadura entre fantasía y pulsión en el tiempo de la pubertad, claramente hay fantasías en juego ya a nivel de la primera elección de objeto, esa que tiene lugar en la infancia y que conforma el Complejo de Edipo. Lo confirman, por ejemplo, las postulaciones sobre el caso de la fobia del pequeño Hans, donde se mencionan varias fantasías (por ejemplo, la fantasía de las jirafas como "invención", que Freud compara con una creación poética) (Freud, 1976k, p.99). ¿Por qué entonces ubica la soldadura entre la satisfacción pulsional autoerótica y la fantasía en la pubertad? ¿Qué distingue a la función de la fantasía en la adolescen-

cia, respecto a esas fantasías de la infancia, algunas de ellas concientes hasta que tiene lugar la represión que las muda en inconcientes? ¿Lo novedoso es la soldadura, y la fijeza que establecería? Posiblemente en la pubertad la fantasía inconciente (no cualquier fantasía) cobre otro estatuto.

El hecho de definir a (algunas) fantasías como invenciones de recuerdos no implica considerarlas meras imaginaciones, del carácter de lo ilusorio, falso o errado. A partir de que Freud advierte la necesidad de modificar su premisa acerca de la realidad fáctica de las vivencias cuyo recuerdo tenía efecto traumático, postula la eficacia de la fantasía, incluso su potencial patógeno, que la constituye en etapa previa inmediata a los síntomas - cuando se trata de una fantasía inconciente en la que se conservan los modos y los objetos de satisfacción infantiles donde se fijó la pulsión, y cuando la libido se ve precisada a regresar a dichos puntos de fijación por verse frustrada su satisfacción-.

La importancia de la fantasía inconciente, en tanto ficción investida con afecto, empieza a delinearse en una carta fechada en 1897 que Freud escribe a su amigo Fliess, donde le comunica: "en lo inconciente no existe un signo de realidad de suerte que no se puede distinguir la verdad de la ficción investida con afecto. (Según esto, quedaría una solución: la fantasía sexual se adueña casi siempre del tema de los padres.)" (Freud, 1976i, pp. 301 a 303). Seguramente encontrando estos visos de genialidad en Freud, Lacan plantea que la verdad tiene estructura de ficción. (Lacan, 1987, p. 787, por ejemplo).

Recapitulando: Mientras que de lo anterior podemos deducir que para Freud hay diversas clases de fantasías, aquella que denomina como fantasía inconciente que establecería la soldadura entre "empresa autoerótica pura" y "representación-deseo tomada del círculo del amor de objeto" (Freud, 1976i, p. 143) se constituye en el anticipo de la noción de fantasma en Lacan. Podríamos decir que la fantasía inconciente anuda goce y deseo. Por otra parte, y teniendo en cuenta el estatuto ficcional de la verdad, podría pensarse también al fantasma como una ficción investida de afecto, al decir de Freud, con valor de verdad para el sujeto.

El fantasma, para Lacan (1999), a nivel del Seminario V, es "un imaginario capturado en una determinada

función significativa" (p. 419). Tiene carácter inconciente, y establece una relación entre el sujeto y un objeto, en una escenificación con un guión. Provee, así, un marco que soporta el deseo. Da cuenta de los modos en que el sujeto se relaciona con el otro semejante y sus modos de satisfacción pulsional, constituyendo la realidad psíquica. Brinda una respuesta anticipada a la pregunta del neurótico por el deseo del Otro, y así vela dicha pregunta. Lacan la enuncia como: "Che vuoi?", que podría traducirse: "¿Qué quiere? ¿Qué quiere de mí?". Es una pregunta por el lugar del sujeto en el deseo del Otro, qué se es para ese Otro.

Colette Soler (1988) plantea que en el fantasma "se condensa el saber sobre lo sexual" (p. 56). El fantasma da cuenta de la fijación (fixión) de la pulsión. Se constituye en el mito individual del neurótico.

El fantasma vela por nuestro seguir soñando incluso en la vigilia. No estamos del todo despiertos. Sin embargo, las vacilaciones del fantasma constituyen cierto despertar, cuyo índice es la angustia. La hiancia abierta por la pubertad, en su llamado a la resignificación y a la (re)elaboración, exige al adolescente una escritura cuyo precipitado será la estabilización del fantasma del sujeto.

Se trata de pensar el trabajo adolescente como un tiempo para comprender, inscribiendo el despertar en una ficción fantasmática. Si se me permite el neologismo, podríamos llamarlo ficcionalización del despertar.

Quisiera en este punto realizar una aclaración sobre el uso del término ficción en psicoanálisis. Tal como se desprende de lo anteriormente expuesto, podemos establecer vinculaciones entre la ficción y el fantasma, así como entre la ficción y la verdad del sujeto. De este modo se emparenta con la construcción de realidad psíquica. No debe confundirse con el registro imaginario, si bien la ficción involucra también a este registro. Requiere de una operación de escritura, constituye un entramado simbólico-imaginario que permite cierta localización y fijación de un real, velando un goce obscuro. Las ficciones, a mi parecer, son construcciones complejas que involucran los tres registros. Queda por investigar en mayor profundidad a futuro las semejanzas, diferencias y relaciones entre ficciones, fantasma fundamental, narrativa y modos de anudamiento de la estructura,

pensando inclusive en el *sinthome* como invención.

Aquello que he propuesto llamar ‘ficcionalización del despertar’ podría pensarse incluso como una operación a realizar en la adolescencia. Supone un intento de cifrar algo de lo que insiste de modo compulsivo sin lograr ligazón, para que el sujeto pueda alojarse en una escena que enmarque el goce, lo localice, y sirva como velo, contribuyendo a la estabilización del fantasma.

¿Podrá considerarse a la historización como una de las vías para efectuar este trabajo? ¿En qué pueden contribuir los relatos de ficciones culturales a la historización? ¿Qué relaciones hay entre la historización y lo que propuse llamar ‘ficcionalización del despertar’?

Dice Lacan (1981): “La historia no es el pasado. La historia es el pasado historizado en el presente, historizado en el presente porque ha sido vivido en el pasado.” (p. 27) Se ubica así la vivencia en un tiempo, y su historización en otro. Ha de considerarse la temporalidad de la resignificación a posteriori (*nachträglich*). En la historización, no se realiza una copia fiel de lo acontecido, ni tampoco se trata de intentar alcanzar esa supuesta realidad material, sino que se sitúa una verdad del sujeto en su estatuto propio de ficción. La historización se relaciona con el armado de la novela familiar, e implica la concurrencia de variadas fantasías. Si bien el fantasma se distingue de estas fantasías, por ejemplo en que no se relata, sino que es construido, e implica una relación entre el sujeto y su objeto que adquiere fijeza, el trabajo de historización podría tener repercusión a nivel del fantasma, permitiendo bordearlo, delimitarlo, y tender a movilizar y aflojar la fijación del sujeto al goce.

En los relatos del sujeto, en el ‘entre’ de sus dichos, allí donde lo no dicho se hace escuchar, podría situarse su posición a nivel del decir. A partir de lo que se da a leer en las historias que el sujeto (se) cuenta puede construirse, como perla o grano de arena, la dimensión fantasmática que en su fijeza insiste. De ello se trataría en los casos en que el fantasma ya se encuentra conformado y estabilizado. En los casos en que aún el fantasma está en tiempos de constitución, las historias relatadas podrían dar cuenta de sus prefiguraciones, las orientaciones que va adquiriendo y hacia dónde se dirige. ¿En qué posición se sitúa el sujeto en las historias que (se) cuenta?

¿Qué posición toma ante los otros y ante el Otro? ¿Qué posición respecto del deseo y el goce? En tales relatos reverbera el fantasma o sus prolegómenos, y podemos conjeturar que el trabajo con y sobre tales historias podría tener alguna incidencia a nivel fantasmático. Tengamos en cuenta que Lacan (1981) plantea que en un análisis “se trata menos de recordar que de reescribir la historia.” (p. 29) Reescritura que posibilitaría horadar la inercia de una ilusoria eternidad que encierra en la compulsión de un goce.

Fantasías y ficciones culturales

Ocupémonos ahora de las ficciones (en el sentido lato del término) que consisten en producciones literarias, teatrales, fílmicas. Freud (1976g) ubica que tales producciones nacen también de las fantasías del autor, pero suponen un tratamiento particular de ellas que las habilita para dispensar placer al público:

Opino que todo placer estético que el poeta nos procura conlleva el carácter de ese placer previo, y que el goce genuino de la obra poética proviene de la liberación de tensiones en el interior de nuestra alma. Acaso contribuya en no menor medida a este resultado que el poeta nos habilite para gozar en lo sucesivo, sin remordimiento ni vergüenza algunos, de nuestras propias fantasías. (...) muchas cosas que de ser reales no depararían goce pueden, empero, depararlo en el juego de la fantasía y muchas excitaciones que en sí mismas son en verdad penosas pueden convertirse en fuentes de placer para el auditorio y los espectadores del poeta. (Freud, 1976h, pp. 135 y 128)

El espectador vivencia demasiado poco; se siente como «un mísero desecho a quien no puede pasarle nada»; ha tiempo ahogó su orgullo, que situaba su yo en el centro de la fábrica del universo; mejor dicho, se vio obligado a desplazarlo: querría sentir, obrar y crearlo todo a su albedrío; en suma, ser un héroe. Y el autor-actor del drama se lo posibilitan, permitiéndole la identificación con un héroe. Y al hacerlo le ahorran también algo que el espectador sabe: esa promoción de su persona al heroísmo no sería posible sin dolores, sin penas, sin graves tribulaciones que casi le cancelarían el goce; bien sabe que sólo posee una vida, que podría perder

en uno de esos combates contra la adversidad. Por eso la premisa de su goce es la ilusión; o sea: el penar es amortiguado por la certeza de que, en primer lugar, es otro el que ahí, en la escena, actúa y pena, y en segundo lugar, se trata sólo de un juego teatral que no puede hacer peligrar su seguridad personal. (Freud, 1976m, pp. 277 a 279)

Entonces, podría pensarse que las fantasías del sujeto-autor, transmudadas por sublimación, devienen producciones artísticas, dejando así de ser fantasías individuales para pasar al patrimonio cultural, y haciendo posible que con ellas comulguen otros sujetos-público. Por cierto que no suscitará este efecto en todos los sujetos ni en todos por igual. Cabe conjeturar que ello dependerá de que la ficción cultural sea capaz de despertar fantasías singulares de determinados sujetos del público, que pueden ser diversas para cada uno de ellos. Para hacer esto posible, tendría que haber algún elemento en común, más allá de las diferencias subjetivas, algún punto en común entre lo que vehiculiza la ficción cultural y las fantasías del sujeto.

No sería tan descabellado recurrir aquí, para dar cuenta de esos posibles puntos en común, a la conceptualización freudiana acerca de las fantasías primordiales (fantasía de seducción, amenaza de castración, observación del comercio sexual entre los padres), que constituyen un patrimonio común, así como sus antecesores en la infancia, las teorías sexuales infantiles que resultan de la investigación sexual infantil.

Pero ensayemos también otra explicación, sin pretender recurrir a elementos universales. Como dijimos, no todo sujeto es afectado por las mismas obras colectivas, ni en los mismos puntos/tramas, ni por las mismas razones. Es muy probable que las ficciones culturales despierten en el público resonancias por existir algún punto de identificación entre las fantasías que la obra vehiculiza y las fantasías (concientes o inconcientes) del receptor. El efecto de tocado {touché} que podría experimentar el sujeto podría explicarse porque su fantasma fue convocado por la ficción cultural. Podríamos considerar este mecanismo bajo el modelo de la identificación histérica postulada por Freud.

Freud (1976n) plantea respecto de este tipo de iden-

tificación que:

prescinde por completo de la relación de objeto con la persona copiada (...) El mecanismo es el de la identificación sobre la base de poder o querer ponerse en la misma situación. (...) Uno de los 'yo' ha percibido en el otro una importante analogía en un punto [puede ser el mismo apronte afectivo]; luego crea una identificación en este punto, e influida por la situación patógena esta identificación se desplaza al síntoma que el primer 'yo' ha producido. La identificación por el síntoma pasa a ser así el indicio de un punto de coincidencia entre los dos 'yo', que debe mantenerse reprimido. (p. 101)

Ese punto de coincidencia que debe mantenerse reprimido tiene que ver con el deseo.

Las ficciones de terror y los adolescentes

El recorrido efectuado nos permite plantear la siguiente conjetura: es probable que, a los relatos de las ficciones de terror producidos en sesión por los adolescentes que consideramos (en su mayoría mujeres), concurren fantasías propias de su subjetividad. Tal podría ser uno de los motivos por los cuales esos relatos adquirieron un lugar destacado en las respectivas sesiones de estas pacientes. Algo fue tocado por la ficción en los pacientes que presentan estos relatos como parte de sus ocurrencias. Si fantasías dotadas de elevado valor afectivo reverberan con las ficciones de terror, estas últimas se vuelven aptas para ser utilizadas como medio de expresión desfigurado.

Aún cabe preguntarse por la relación de las fantasías evocadas con el fantasma fundamental, y si, en algunos casos, las ficciones culturales pueden constituirse también en materiales para el armado del fantasma, contribuyendo así a enmarcar un goce disruptivo.

Por otra parte, ubicamos aquello que podrían tener en común los relatos de las ficciones de terror con los sueños: tanto en unos como en otros encontraría expresión una fantasía que vehiculiza algo del orden del deseo. Además, encontramos la dimensión de la angustia como denominador común entre estos relatos de terror y los sueños traumáticos y de angustia.

¿Cuáles son los efectos que podrían suscitar las películas de terror en los espectadores? Se abre un abanico de posibilidades, en el que ha de considerarse a cada espectador en su singularidad, pero ensayaremos una enumeración de diversos efectos posibles, sin pretender ser exhaustivos. En algunos sujetos estas películas podrán cursar sin suscitar ningún afecto, en otros podrán despertar afectos displacenteros del orden del desagrado o el asco. A su vez, en ciertos espectadores podrán producir miedo -es decir la ligazón de la angustia a un objeto determinado-, en otro grupo podrán despertar la angustia como señal de alarma, mientras que en otros cabe que generen efectivamente terror: tal exceso para el aparato psíquico que genere angustia automática. Sin embargo, considero dudoso que una ficción cultural sea capaz de despertar tal monto de angustia. De hecho, Freud (1976f) no duda en incluir bajo el imperio del principio del placer lo displacentero que puede generarse a partir de ciertas ficciones culturales, por ejemplo lo doloroso que evoca la tragedia.

Así como Freud subraya, cuando reflexiona acerca de los sueños de angustia, que la angustia no es causada por el sueño, sino que ya estaba allí pronta a emerger, podríamos pensar que la angustia tampoco es 'creada' por la película de terror, sino que tal ficción se sirve de la angustia generada a partir de otros procesos e incluso podría proveer un marco para que se exprese. Intentemos una analogía: así como los restos diurnos penosos son especialmente aptos para que sobre ellos se transfiera el pulsionar de un deseo que resulta displacentero para el yo, las películas de terror serían propicias para acoger algo afín en el sujeto, con lo cual podrían ser un recurso para que eso aflore, sirviéndose de un disfraz, de un velo. Si bien en algunos de estos filmes, se muestran en forma descarnada y obscena sucesos que podrían evocar angustia, el hecho de que no dejan de ser ficciones colectivas posibilita que siga manteniéndose una distancia para con el goce y/o los deseos inconcientes del sujeto que podrían comulgar con tales ficciones. Aunque algo de lo traumático y de lo ominoso aparece en escena, el yo aún podría mantener su desconocimiento respecto a aquello a partir de lo cual emite la señal de angustia.

Dentro del cine de terror, existen diversos subgéneros. Por ejemplo, en algunas de estas películas

predomina la temática de lo sobrenatural, espíritus y demonios, mientras que en otras -pertenecientes al subgénero llamado gore- predominan las imágenes chocantes de sangre, violencia y torturas. En un estudio de mayor profundidad habría que tener en cuenta estas diferencias.

Lo ominoso

Si de angustia y terror nos ocupamos, hemos de referirnos al escrito de Freud (1976p) acerca de lo ominoso o siniestro. Se trata de una modalidad específica que puede asumir la angustia. Freud (1976p) define a lo ominoso como "aquella variedad de lo terrorífico que se remonta a lo consabido de antiguo, a lo familiar desde hace largo tiempo." (p. 220) Por efecto de la represión, lo otrora familiar (heimlich) se torna algo extraño e inquietante (unheimlich). La misma palabra heimlich denota tanto lo familiar como lo mantenido oculto y clandestino.

Al recorrer algunas obras literarias capaces de generar efectos ominosos, Freud (1976p) ubica que tales efectos pueden producirse por el "despertar de una antigua angustia infantil" (p. 233), asociada a algún deseo. Como elementos propicios para suscitar este despertar, se destacan la presencia de dobles, "el animismo, la magia y el ensalmo, la omnipotencia de los pensamientos, el nexo con la muerte, la repetición no deliberada y el complejo de castración" (p. 242). ¿No forman parte estos ingredientes de muchas de las películas de terror que relatan muchos pacientes adolescentes? Gran parte de estos elementos se vinculan con creencias atribuibles tanto a los primitivos como a los niños, y que en todo sujeto perduran a nivel inconciente. Cabe preguntarse por la apelación a estas creencias primitivas en la construcción de estos filmes, donde se ponen en escena, a veces sin demasiada desfiguración, muchos de los tabúes de la humanidad.

Freud (1976p) trae a colación una la frase de Schelling donde ubica que lo ominoso se trata de un secreto que sale a la luz. (p. 224). Además, se refiere a lo ominoso del vivenciar cuando determinadas situaciones convocan creencias superadas (tales como la posibilidad de matar a alguien con el mero deseo, por la omnipotencia de pensamientos) o reactivan complejos infantiles reprimidos.

El retorno de los muertos podría prestar figuración a este retorno de lo reprimido y de las creencias superadas. Con esta clave, podríamos trazar una de varias líneas de lectura del relato de la película de terror "La Monja" que realizó una de las adolescentes cuyo discurso inspiró este trabajo. 'La Monja' es una muerta que retorna para cobrarse venganza. ¿Qué de lo reprimido trae consigo esa muerta que retorna? ¿Podría tomarse el relato de esta película por parte de la paciente al modo del relato de un sueño, salvando ciertas distancias? Acaso el relato de la película de "La Monja" sea el modo en que, desfiguración y proyección mediante, puede ponerse en palabras un fragmento de deseos reprimidos de la paciente, vinculados con su historia (la cual no podemos desarrollar aquí por respeto a la confidencialidad) y del castigo por ellos, castigo que se vislumbra en la monja que vuelve para asesinar a los que la mataron. La acusación de 'asesina' retorna sobre la hija en la película, cuando se explica que fue ella la perpetradora de los asesinatos, si bien tras ser poseída por el espíritu de la monja. La hija muere para poder acabar con la monja, punto de goce que podría haber suscitado el mayor nivel de angustia en la paciente, quien se ve compelida a buscar otro final posible. Por otra parte, la película revela también lo ominoso de la figura del doble, donde la monja se constituye en doble de la joven al poseerla.

Pero aquí me surge una reflexión de otra índole: ¿y si justamente el recurso a una formación cultural como la película de terror tiene que ver con un intento de escribir algo de lo traumático, de ligar, y no aún de un retorno de lo reprimido, debido a que no se ha podido aún establecer ligadura suficiente como para producir un sueño propio? En este caso en su singularidad, me inclino más por esta segunda alternativa. Eso no quita que, en otros casos, para otros pacientes, la película de terror pueda servir de soporte de proyección y retorno de elementos reprimidos, como consideré en primera instancia.

En cuanto a la temática de la muerte, recordemos que el inconciente no puede representar la propia mortalidad. Este tema se encuentra en numerosos relatos de películas de terror por parte de pacientes adolescentes.

Volvamos a Freud (1976p). Sobre lo ominoso de la ficción, que incluye a la fantasía y a la creación literaria, refiere que a través del arte del autor pueden

generarse más efectos ominosos que los que serían posibles en el vivenciar. El autor de la ficción puede orientar el talante, las expectativas, y los procesos de sentimiento del público, a través de recursos estéticos. Como contrapartida, muchas veces aquello que, de suceder en el vivenciar, tendría efectos ominosos, no tiene ese efecto en la ficción literaria. Por lo tanto: "muchas cosas que si ocurrieran en la vida serían ominosas no lo son en la creación literaria y en esta existen muchas posibilidades de alcanzar efectos ominosos que están ausentes en la vida real." (p. 248)

Si el autor crea una realidad fantástica donde se avala la presencia de demonios, espíritus, monstruos y demás, como parte del orden de ese universo, la presencia de estas criaturas no despertará efectos ominosos en la ficción, mientras que estarían fuera de lugar en el vivenciar. En cambio, si el autor presenta en su ficción una realidad que se corresponde con nuestra realidad cotidiana, acatando sus mismas leyes, la violación de éstas podría producir efectos ominosos.

La expresión que utilicé, aquello que estaría fuera de lugar en el vivenciar, podría remitir a la aparición del objeto a, allí donde no debe aparecer, con sus efectos ominosos. Es en torno de este objeto, en su doble cara de causa de deseo y plus de gozar, que Lacan (2006) trabaja la temática de la angustia en su Seminario 10.

Sitúa a la angustia entre goce y deseo, como fenómeno de borde, sigue a Freud cuando dice que se trata de una señal en el límite del yo ante un peligro. Surge al faltar la falta y ante el deseo del Otro con la pregunta "¿Qué me quiere?". El fantasma brinda un marco a la angustia, la cual se sitúa a nivel del losange del matema $\$ \square a$; Lacan (2006) también la ubica en el borde del espejo. Se refiere a los fenómenos de despersonalización, donde no hay reconocimiento de la imagen especular. Pensamos que el púber se encuentra especialmente expuesto a estos fenómenos debido a sus bruscos cambios corporales, donde el otro del espejo podría tornarse un doble siniestro.

La cuestión de lo siniestro remite también al surgimiento súbito, de golpe, de lo que no puede decirse. El mismo Lacan (2006) alude a la ventana que se abre de golpe, elemento que no falta en el relato de una de las pacientes sobre una de las ficciones de terror.

Aún no salgo de la alegre sorpresa de encontrar, en su Seminario 26, una referencia de Lacan (1978-1979) a los espectros y al interés suscitado por las películas de terror. Se refiere a este tema en el contexto de sus reflexiones sobre "Tótem y Tabú" –texto donde Freud (1976q) investiga diversas cuestiones, entre ellas el tabú de los muertos en tribus primitivas, y texto donde transmite su mito del padre de la horda primordial asesinado por la unión de los hermanos-. Dice Lacan (1978-1979):

el padre muerto va a dar nacimiento al que vuelve (revenant), al demonio, al espectro. (...) el movimiento de va-y-viene que hay entre el espectro y el ancestro se manifiesta por ejemplo por el hecho de que: hay el padre muerto, en un primer tiempo el alma va a quedar aquí abajo, ella no quiere largarse, queda allí, se demora allí (...) ¿Por qué? Ocurre que ella es maligna y peligrosa. Ese espectro no quiere largarse, se queda allí, hay toda una serie de ritos que lo incitan a que se una a la isla de los muertos, el más allá (...) hay trayectos incesantes, así, es decir que el espectro está allí durante un tiempo, los ritos son realizados (...) hay una reversibilidad entre ese ancestro, ese significante del Nombre del Padre en tanto que asumiendo su función simbólica, y esa posibilidad de retorno en lo Real, y bajo una forma que ya no es aquella del significante, sino de un objeto que podemos calificar de objeto a.

Detengámonos un instante aquí: encontramos en el texto de Lacan una nueva referencia a la cuestión del retorno del muerto, aquí señala que lo que retorna es, en lo real, el objeto a, ese "resto aborrecido del Otro". (Lacan, 2006, p. 133)

Continuemos con la cita del Seminario 26 de Lacan (1978-1979):

el ancestro y el espectro (...) hay una oposición ambivalente sobre cada uno de los dos (...) cada uno de los dos diría, a la vez encarna un interés y un movimiento de repulsión. (...) el movimiento ambivalente del espectro merece ser diferenciado dado que el interés que suscita, diría que es de curiosidad, de atracción como dicen algunos, una atracción malsana, vean la insistencia y las delicias que algunos parecen probar en ver los filmes de horror donde se trata ni más ni menos —muy tonta y débilmente— de poner en

escena seres que retornan y espectros: ¿cuál es la delicia de tener angustias con la aprehensión de ese retorno de ese objeto? Lo que quisiera hacerles remarcar, es que el asombro que suscita el encuentro del espectro, justamente no es un asombro porque es algo que en el fondo el sujeto se espera siempre reencontrar, no es un asombro (...) porque es algo del orden de la inquietante extrañeza, de esa familiaridad que hace que —diría—el sujeto no cese de esperarse el ver retornar en lo Real (...) esa presencia que espera todo el tiempo ver manifestarse. (...) Porque efectivamente se puede pensar que esa presencia que está en lo Real no los olvida, dado que ella es inolvidable, ella no es del orden de lo que pare de ser reprimido (refoulé). Entonces ven que la dimensión del espectro, del fantasma, es algo que sostiene una ambivalencia de otro orden que el terror sagrado y el anonadamiento [que se relaciona con el ancestro], sino que sostiene algo del orden de la angustia y siendo el otro polo el interés, es algo que está próximo a la tentación.

Teniendo en cuenta algunos de los elementos considerados hasta aquí, intentaré situar mi propuesta.

Hipótesis número 1: En algunos casos, las películas de terror, como ficciones que constituyen formaciones culturales, podrían ofrecerse como soporte para la proyección de fantasías reprimidas del sujeto, que vehiculizan a su vez deseos inconscientes y modos de goce reprimidos, siendo convocadas a partir de puntos de identificación que operarían al modo de la identificación terciaria o histérica freudiana. Se podría aquí trazar un paralelismo con los sueños de angustia.

Punto de identificación que permanece reprimido

Fantasías del sujeto Ficciones culturales de terror
 Fantasma (Objeto a)
 deseo
 Angustia
 Goce

Hipótesis número 2: En otros casos, las películas de terror, como ficciones que constituyen formaciones culturales, podrían ofrecerse como intento de simbolización de lo no ligado, traumático, que excede las posibilidades y los recursos del aparato psíquico, en un intento de inscribirlo dentro del marco de una

escena que sea a su vez instrumento para la construcción del propio fantasma, cuando se presentan dificultades para esta construcción o cuando simplemente el sujeto se encuentra aún en tiempos de constitución de la misma. De este modo, las películas de terror como elemento intermediario actuarían en la zona transicional entre lo intrapsíquico y lo cultural, como espacio de juego con efecto estructurante. Posibilitarían un modo de inscribir, bordeándolo, lo traumático de sexualidad y muerte en la adolescencia. Se trataría de pasar del terror que implica lo traumático, a la angustia como señal o al miedo, movimiento que se iría produciendo a través del poner en palabras, y con el uso de estas ficciones, similar a lo que ocurre con los sueños traumáticos. Quisiera destacar que, en algunos de los casos clínicos donde habría un uso de las películas de terror que parece responder a esta lógica, anteriormente se habían presentados cortes autoinfligidos, que tendieron a desaparecer a medida que se habilitó una mayor circulación de la palabra.

Momento de concluir

En las ficciones de terror, las historias son contadas de un modo que puede evocar lo ominoso, generar impresión o desagrado, o también un placer oscuro. Esa combinación de horror y placer nos acerca a la noción lacaniana de goce. Queda pendiente para otro trabajo el centrarnos en la dimensión del masoquismo y el sadismo en juego.

Posiblemente algunos adolescentes se sientan particularmente atraídos por este tipo de filmes debido al re-afloramiento de sus pulsiones, el nuevo despertar del complejo de Edipo con sus tentaciones y prohibiciones, y la inminencia de la iniciación en el coito. La película podría dar texto e imagen a eso con lo cual, a nivel inconciente, los sujetos se podrían identificar.

Muchas películas de terror ponen en escena sexualidad y muerte en articulación, mas no presentan estos temas en una asociación de estructura, sino que se los vincula a través de la idea de castigo. En muchas películas de terror el ejercicio de la sexualidad es castigado con la muerte, en un cruel banquete de un Superyó que se abate sobre los cuerpos, a veces incluso desmembrándolos. Entretejiéndose con otros elementos del material clínico, en los relatos de las ficciones de terror que realiza una de

las pacientes consideradas para este escrito aparece la dimensión de la sexualidad asociada a la muerte y la enfermedad (HIV, aborto), el pecado a pagar con dolor y muerte, la transgresión, la monja, 'se moja', la puta, el vampiro en su conjugación de erotismo y muerte, la temática del origen (hijos adoptados).

En otro de los casos estudiados, se ha dado una secuencia de distintas películas de terror mencionadas por el paciente, donde cabe preguntarse si en esta secuencia se evidencian ciertos movimientos de su construcción fantasmática y algunos cambios sobrevenidos a partir del tratamiento. Incluso se produjo un pasaje del terror descarnado, a una saga, que si bien se presenta como de 'terror', resulta ser una historia de amor.

Creer implica matar, morir y nacer de nuevo. Y a veces mirar hacia atrás, por temor de que algún muerto persiga. Y a veces encontrar en el espejo al monstruo que desaloja la propia imagen. Y a veces temer una maldición por haber tenido sexo.

No hay más respuesta sobre la sexualidad y la muerte que la que cada sujeto se inventa. Baudelaire (1977), poeta maldito, se define como condenado a pintar sobre las tinieblas (p. 59). ¿Condena por cuál castigo? En otros versos, habla del castigo que lleva el hombre "De haber querido cambiar de sitio". (p. 90)

La castración es un hecho de estructura, y los adolescentes, como cada uno de nosotros, habrán de descubrir que no por acceder al mundo adulto se deja de estar separado de algún saber y de la satisfacción absoluta del goce. Mas esa separación abre las puertas hacia el deseo. En el umbral, la angustia.

REFERENCIAS

- Cancina, P. (1995). Clínica psicoanalítica. En R. Díaz Romero y P. Cancina, Preguntas de la fobia y la melancolía. Coloquios en Recife (pp.89-96). Homo Sapiens Ediciones.
- Breuer, J. y Freud, S. (1976). Estudios sobre la histeria. Obras Completas. Tomo II. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976a). Bosquejos de la 'Comunicación preliminar' de 1893. Obras Completas. Tomo I. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976b). Las neuropsicosis de defensa. Obras Completas. Tomo III. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976c). Manuscrito K. Las neurosis de defensa. (Un cuento de Navidad). Obras Completas. Tomo I. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976d). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. Obras Completas. Tomo III. Amorrortu

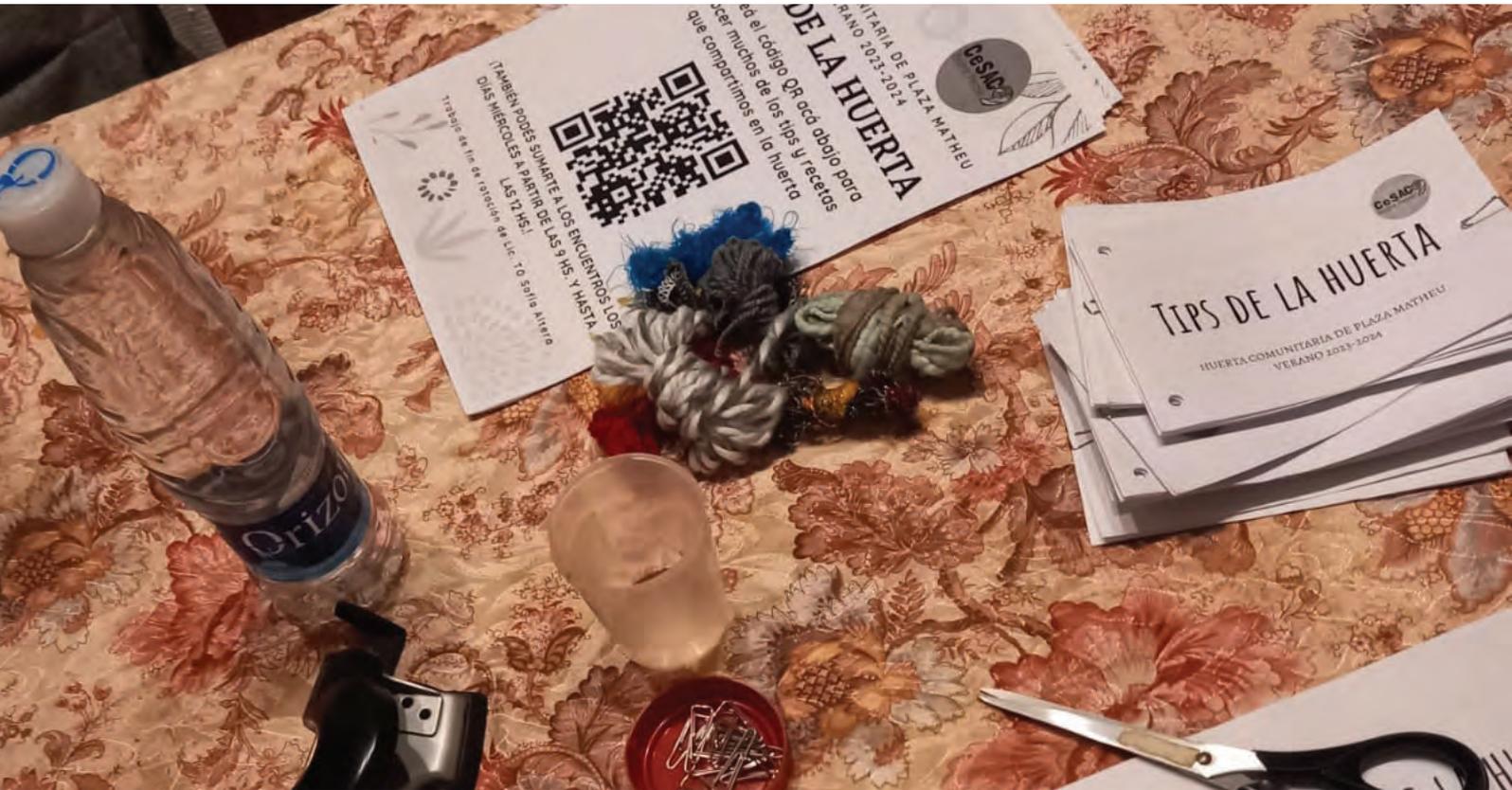
Editores.

- Freud, S. (1976e). Tres ensayos de teoría sexual. Obras Completas. Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976f). Más allá del principio del placer. Obras Completas. Tomo XVIII. Amorrortu Editores.
- Castoriadis-Aulagnier, P. (2007). La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado. Amorrortu Editores.
- Lacan, J. (1980). Seminario 27: Disolución. Inédito.
- Lacan, J. (1973-1974). Seminario 21: Los incautos no yerran (Los nombres del padre). Inédito.
- Freud, S. (1976g). Conferencias de introducción al psicoanálisis (1916-1917). Conferencia n°23. Obras Completas. Tomo XVI. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976h). El creador literario y el fantaseo. Obras Completas. Tomo IX. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976i). Las fantasías históricas y su relación con la bisexualidad. Obras Completas. Tomo IX. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976j). Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis. Obras Completas. Tomo VII. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976k). Análisis de la fobia de un niño de cinco años (el pequeño Hans). Obras Completas. Tomo X. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976l). Carta 69 (1897). Obras Completas. Tomo I. Amorrortu Editores.
- Lacan, J. (1987). Subversión del sujeto y dialéctica del deseo. En J. Lacan, Escritos II. Siglo XXI editores.
- Lacan, J. (2013). El Seminario. Libro 4. La relación de objeto (1956-1957). Paidós. Lacan, J. (1999). El Seminario. Libro 5. Las formaciones del inconsciente (1957-1958). Paidós. Soler, C. (1988). Finales de análisis. Manantial.
- Lacan, J. (1981). El Seminario. Libro 1. Los Escritos Técnicos de Freud (1953-1954). Paidós.
- Freud, S. (1976m). Personajes psicopáticos en el escenario. Obras completas. Tomo VII. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976n). Psicología de las masas y análisis del yo. Obras Completas. Tomo XVIII. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976o). La interpretación de los sueños. Obras Completas. Tomos IV y V. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976p). Lo ominoso. Obras completas. Tomo XVII. Amorrortu Editores.
- Hardy, C. (Director). (2018). The Nun [Película]. Warner Bros. Pictures, New Line Cinema. <https://www.youtube.com/watch?v=nrHIPUGpZRg>
- Lacan, J. (2006). El Seminario. Libro 10. La angustia (1962-1963). Paidós. Lacan, J. (1978-1979). Seminario 26: La topología y el tiempo. Inédito.
- Freud, S. (1976q). Tótem y tabú. Obras completas. Tomo XIII. Amorrortu Editores. Baudelaire, C. (1977). Las flores del mal. EFECE Editor.

NOTAS

1. El presente artículo es una reformulación y actualización de un trabajo realizado en septiembre de 2015 para exponer en el Curso de Postgrado "Elaboraciones Psicoanalíticas de la Adolescencia" del Hospital Dr. T. Álvarez, dirigido por la Lic. Adriana Nisenbaum y del cual fui coordinadora docente.
2. Los destacados en las citas son míos, excepto cuando se aclare lo contrario.
3. En este punto, es interesante preguntarse si también el proceso primario es capaz de llevar adelante algún tipo de ligadura, si bien diferente a la que permite el proceso secundario (por ejemplo, a las representaciones-cosa). Esta idea se desprende justamente a partir del Freud de 1920, en cierto contraste con el Freud de 1900, por lo que es preciso ahondar en la investigación. Lo no ligado, por lo tanto, quizás podría relacionarse con procesos aún más arcaicos que los primarios. Para este punto podríamos recuperar la propuesta de Piera Aulagnier (2007) acerca de los procesos originarios y el modo de inscripción pictogramática. También se trataría de pensar la categoría de lo traumático como diferente a la de lo reprimido, en relación a lo que algunos autores llaman lo negativo. Se vuelve necesaria una profundización sobre "lo no conocido" del aparato psíquico, esos lugares que permanecen "en sombras" (Freud, 1976o, p. 519).

Los puntos de vista y opiniones expresados en este artículo son de exclusiva responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente las de la revista ni del equipo editorial.



03



SOFÍA IVANA ALTERA
Licenciada en T.O.

Transaberes de un dispositivo territorial: sobre una experiencia realizada en una huerta comunitaria

Resumen

El presente escrito relata la creación durante el verano 2023-2024 de un material de difusión de saberes realizado por quienes participan de una huerta comunitaria, incluyendo profesionales pertenecientes a un Centro de Salud público y las personas que transitan su cotidiano en el barrio. Dicho compendio surgió en el marco de una rotación como parte del programa de la residencia de Terapia Ocupacional, dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Además, se basó en las lógicas de salud colectiva, interculturalidad, promoción de la salud y

Terapia Ocupacional de base comunitaria.

Palabras clave

Atención Primaria de Salud, Salud Comunitaria, Terapia ocupacional, Participación de la Comunidad, Difusión Transcultural

Introducción

Los Centros de Salud son efectores del primer nivel de atención en salud que tienen como fundamento la Atención Primaria de la Salud (APS), la territorialidad, el acceso a derechos, el ejercicio de ciudadanía y el compromiso en el abordaje de las situaciones que presentan las familias y sujetos que transitan su cotidianidad en el barrio. Específicamente, el territorio al sur de la ciudad se caracteriza por *problemáticas sociales complejas* (Carballeda, 2007), entre las cuales se incluyen habitar en condiciones de vida precarias (hacinamiento, falta de servicios básicos, riesgo de inundación y de derrumbe, etc.) o en situación de calle, la vulnerabilidad socioeconómica, las necesidades básicas insatisfechas, la precarización laboral, situaciones de consumo problemático, sufrir violencias de distintos tipos y modalidades, la dificultad en acceder a bienes y servicios, y el proceso de gentrificación¹ que atraviesa esta área de la ciudad. Igualmente, en estos Centros se hace un fuerte hincapié en la planificación e implementación de acciones de prevención y promoción de la salud integral, en concordancia con las características e intereses de las personas y grupos que se acompañan desde la institución. Es así que, además de las consultas disciplinares y los equipos territoriales interdisciplinarios, existen una variedad de dispositivos comunitarios de tipo preventivo-promocional, entre los cuales se puede nombrar a la huerta comunitaria.

Algunas palabras sobre la huerta comunitaria

El dispositivo está pensado como un espacio abierto al encuentro de todas aquellas personas que quieran participar. Se adopta una lógica amplia e integral del *proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado* (PSEAC, Ardila-Gómez, Michalewicz y Pierri, 2014) y busca mejorar la calidad de vida y el bienestar de

la población mediante la creación de una instancia grupal para compartir saberes y experiencias. Existe un día fijo en el cual suceden los encuentros semanales, en los que se incorporan referentes del Centro de Salud y se realizan grupalmente tareas de siembra, cosecha, compostaje e intercambio de plantas y semillas. Al mismo tiempo, por ser un espacio de puertas abiertas, las personas del barrio pueden acercarse cualquier otro día y horario para colaborar como deseen, sin necesidad de que haya un/a² profesional de la institución nombrada. Además, se planifican y llevan a cabo eventos comunitarios con diversas temáticas y se organizan actividades con instituciones y dispositivos pertenecientes al sistema público, organizaciones sociales barriales, escuelas, etc. También se trabaja en red con otras huertas de la zona y se participa en talleres y jornadas de intercambio.

La huerta comunitaria fue impulsada en 2017 por profesionales que forman parte del equipo de enfermería y farmacia, y por la residencia de medicina general y familiar del Centro de Salud, a partir de escuchar discursos de los/as usuarios/as que indicaban el **uso de plantas con fines medicinales**. Esto abarca

toda aplicación de materiales vegetales secos o frescos -plantas enteras o sus partes, en forma directa o por preparados o productos (polvos, extractos, aceites, jugos, exudados) obtenidos por molienda, extracción, destilación, prensado, fermentación, etc.- para prevención, alivio, curación, tratamiento de enfermedades o padecimientos y/o para proteger o cuidar la salud. (Ministerio de Salud de la Nación, 2015, como se cita en Cormik, 2017)

Los principales motivos de esta preferencia eran y continúan siendo: que las recetas circulaban desde hacía varias generaciones en las familias, el bajo costo financiero, el fácil acceso a los ingredientes, la percepción de presentar menos efectos secundarios y la decisión particular de consumir opciones naturales antes que medicamentos industrializados, entre otros.

De igual manera, la huerta es un dispositivo territorial de promoción de hábitos saludables, particularmente en la alimentación. Quienes participan pueden experimentar el proceso de producción de los alimentos y formar parte del establecimiento de

metas, la toma de decisiones y estrategias de acción, la implementación de las actividades acordadas y la evaluación de los resultados.

Finalmente, al presentarse como un espacio de encuentro, facilita la construcción y fortalecimiento de los lazos sociales colaborativos y las redes comunitarias, al igual que favorece la referenciación de la población con el Centro de Salud y resignifica el vínculo entre ambos. Tal como afirma Claudia Bang "(...) *A través de actividades comunitarias que promocionan el desarrollo de capacidades creativas colectivas, se abre la posibilidad de generar nuevas respuestas a las problemáticas existentes, (...). En este proceso se van tejiendo identidades colectivas, lazos de colaboración mutua y capacidades creativas*" (Bang, 2014, p. 116).

La creación del proyecto "Tips de la huerta"

A lo largo de los 6 meses de rotación, fue común escuchar y formar parte del intercambio de preguntas sobre los cuidados y usos medicinales de algunas plantas y de recetas variadas empleando lo cosechado en el día. A partir de ello, paulatinamente dentro de los encuentros semanales se constituyó un espacio de construcciones y conocimientos colectivos, donde personas de distintas culturas y rangos etarios compartieron saberes leídos, propios, de la familia, etc. Desde hace unos años, dado que la participación presencial suele ser fluctuante, se utiliza como recurso de difusión de información un grupo de WhatsApp de libre acceso. Sin embargo, se notó que había una parte de los aportes que no alcanzaban a difundirse a través del otro medio de transmisión (de oral a escrito y viceversa), principalmente porque lo hablado en las reuniones muchas veces no era enviado por mensaje o no se retomaban presencialmente lo compartido por vía digital.

Esta situación fue planteada a nivel grupal como un hecho del cual reflexionar y pensar posibles formas de unificar los saberes compartidos. Es así que en un festejo de cierre del ciclo de cultivo, se debatieron distintas formas de abordar la situación y se pensó en crear conjuntamente un compendio, que podría ir actualizándose en futuras ediciones. Asimismo, se acordó que fuera elaborado tanto en medio físico como digitalmente, con el objetivo de promover su accesibilidad y portabilidad para de esta manera

poder difundirlo y ser un medio para promocionar el dispositivo y transmitir conocimientos. La residente rotante de Terapia Ocupacional (TO) se ofreció a realizar la tarea de recopilación de la información, como parte de su proyecto de rotación por el dispositivo. El grupo estuvo de acuerdo con este rol, por lo que durante el verano 2023-2024 se transcribió en un archivo todo lo compartido presencialmente y por el grupo de WhatsApp. A esto, se le sumaron los conocimientos que surgieron de otras actividades llevadas a cabo, como un taller de prevención del dengue y preparación de repelentes naturales, y recetas de comidas y bebidas llevadas a distintas jornadas de trabajo. A lo largo de los encuentros y actividades diversas, todas las personas pudieron aportar en igualdad de condiciones, sin hacer diferenciaciones en relación al género, edad, tiempo de inclusión, ocupación, procedencia geográfica, etc. También se fueron captando saberes en común entre los distintos legados familiares y culturales, muchas veces acompañados por el recuerdo de vivencias, anécdotas y personas significativas para cada una.

A mitad de la temporada, la residente comentó el progreso del proyecto y se votó conjuntamente sobre posibles tipos de folletería y diagramación de la información. Cabe destacar de ese encuentro, la participación primordial de quienes forman parte del barrio, junto con la historización de actividades de difusión llevadas a cabo desde la huerta, el surgimiento de recuerdos sobre acciones similares en otros contextos y de personas claves en cuanto a su gran conocimiento sobre el tema. Igualmente, se definió colectivamente como nombre del material "*Tips de la huerta*" y la fecha de armado del material físico.

Unas semanas antes del plazo estipulado, se revisó la información recolectada para determinar cuál sería incluida y se dividió la misma para realizar una búsqueda de verificación y consulta a personas referentes en el área de medicina natural para conocer más sobre los beneficios, posibles efectos adversos, contraindicaciones de cada planta e interacciones con otros tratamientos. De esta manera, se dio respuesta a una demanda y propuesta del grupo, al mismo tiempo que se buscó facilitar la difusión y garantizar el acceso a datos cotejados para que cada uno/a pueda tomar decisiones informadas y prevenir o reducir situaciones de riesgo.

En cuanto a la versión digital, se determinó sería di-

fundida por cada integrante a quienes consideraran que podría interesarle, a través de grupos de WhatsApp y por medio de carteles colocados en puntos claves que también incluyeron información sobre la huerta para incentivar la participación de otras personas. Igualmente, en relación a la impresión, se debatió sobre posibles lugares a los cuales recurrir y quiénes se iban a encargar, atribuyéndose dicho rol a las actuales referentes del Centro de Salud.

El día de la confección grupal de la folletería, se llevaron las impresiones precortadas y elementos para decorarlas, como marcadores, lápices, crayones y restos de lana. Se repasaron los conocimientos que fueron seleccionados y cada participante pudo ir identificando y recordando cuáles fueron sus aportes e incluso rememorar la situación en la cual surgieron y anécdotas sobre quién les había enseñado sobre ello. Todos/as fueron comentando sentimientos que les generaba la actividad: el disfrute de poder armar y decorar objetos personalizados que a su vez integran un proyecto mayor, el sentido de pertenencia al ser parte de un proceso que llevó varios meses de planificación, la satisfacción ante los resultados y la creación colectiva de un material propio de este grupo, con el cual al mismo tiempo se busca trascender el espacio de huerta y ser un medio para continuar transmitiendo la información compartida internamente. Una vez terminada la actividad, se hizo una puesta en común de lo realizado por cada integrante y se dividió el total del material para que cada persona pueda entregarlo a quien desee. Además, algunos de estos se guardaron junto con los otros objetos pertenecientes a la huerta y otra parte se proporcionó a actores e instituciones clave, incluyendo el Centro de Salud.

Para finalizar con este apartado, en el transcurrir de los meses, se percibió el fortalecimiento del vínculo entre los/as participantes, así como del sentido de grupalidad y pertenencia. Se detectaron en los discursos la apropiación del espacio, roles y propuestas, el involucramiento en la planificación y desarrollo de actividades abiertas a la comunidad, la identificación como integrante del grupo y la difusión del mismo y/o los saberes compartidos con personas no participantes del dispositivo. Cabe destacar también la percepción colectiva de la huerta comunitaria como un espacio alojador de colaboración mutua donde hablar sobre situaciones problemáticas, pedir ayuda

y pensar en conjunto posibles soluciones ante estas, creándose una *red de contención comunitaria* (Bang, 2014).

Supuestos teóricos en los que se basa el proyecto

El proyecto "Tips de la huerta" tuvo entre sus conceptos claves el término **transaberes**, definido como el "(...) *reconocimiento de que cualquier saber es colectivo y cambiante, igualitario en su posibilidad de erguirse como una verdad, pero permitido en cuanto la misma colectividad lo reconozca como tal*" (Albuquerque, Chaná y Guajardo, 2016, p. 136). Es por ello que a los conocimientos no se les debe atribuir un carácter universal sino que es necesario reconocer que están situados histórica y contextualmente (incluyendo las características culturales, geográficas, políticas y económicas), recuperando y poniendo en valor los conocimientos que circulan por la comunidad, provenientes de diversas trayectorias de vida individuales, familiares y grupales. La validez de los mismos se enmarca en un tiempo cronológico particular, en base a la opinión subjetiva-colectiva sobre su posibilidad de concreción, eficiencia y alineación o no con sus valores e ideologías.

Otro de sus ejes principales fue la salud **intercultural** (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2009). La misma implica que cada grupo cultural, y se agrega cada persona en particular, presenta un conjunto de creencias y conocimientos respecto de su PSEAC, así como una batería de prácticas que lleva a cabo para responder a las situaciones que le resultan problemáticas. Todo ello se basa en la historia cultural, familiar e individual, el lugar geográfico donde se encuentra esa comunidad, las condiciones socioeconómicas, las políticas públicas implementadas y los recursos disponibles en ese espacio-tiempo, entre otros factores.

De forma complementaria, Eduardo Menéndez (2018; 2021) desarrolla el concepto de **autoatención**, proceso dinámico a partir del cual "(...) *los sujetos y microgrupos sintetizan y articulan los distintos y dispares saberes que van encontrando, buscando y utilizando para enfrentar los padecimientos que sufren*" (Menéndez, 2021, p. 6) de forma más frecuente, apropiándose de aquellos recursos que les resulten más accesibles, eficientes y vayan en línea con sus

valores e ideologías. Asimismo, se asocia con la forma de vincularse directa o indirectamente con todas aquellas figuras que ejercen actos en salud, tanto relacionados con la biomedicina y la ciencia como con la medicina tradicional o alternativa, existiendo un equilibrio subjetivo entre las diferentes nociones y prácticas culturales con respecto al PSEAC. Entonces, la autoatención implica la toma de decisiones y la implementación de acciones de manera total o relativamente autónoma, incluso si las estrategias fueron indicadas previamente por profesionales. En relación a esto, Ardila-Gómez, Michalewicz y Pierri (2014) hallan entre las acepciones del término **cuidado** la referenciación con aquellas prácticas preventivo-curativas que los sujetos y familias llevan a cabo en el ámbito privado, por fuera de los sistemas formales de atención en salud.

Por otro lado, se considera necesario hacer foco en TO, disciplina a la cual pertenece la residente participante del proyecto. El abordaje en el primer nivel de atención se sustenta mayormente en la **tradición social** (Nabergoi, Rossi, Albino, Ortega, Venturini, Ito-vich, Medina, López y Presa, 2019), que identifica a la ocupación como una “praxis social” que se encuentra en mutua influencia y transformación con la realidad de quienes la desempeñan. Las prácticas profesionales se enfocan en el sujeto, quien puede ser una persona, familia, grupo o comunidad; es visto de forma indivisible con el territorio donde transita su cotidiano y teniendo en cuenta las características individuales, colectivas, culturales, socio-históricas, geográficas, políticas y económicas. Existe un fuerte compromiso ético, social y político, a partir del cual se realizan acciones comprometidas con la modificación de la realidad social y la promoción del acceso a bienes y servicios. A través de la **TO de base comunitaria** (Sanz Victoria, 2016), se toma a la comunidad no sólo como destinataria sino también como protagonista de los proyectos. De esta forma, la producción de conocimientos y acciones son el resultado de la relación y el hacer conjunto entre los equipos y las personas. Se llevan a cabo experiencias situadas y centradas en las necesidades y prioridades de los grupos a los que se acompaña.

Apoyándose en el principio de **salud colectiva**, se tuvo como objetivos centrales el empoderamiento, la participación comunitaria y la recuperación del conocimiento popular para mejorar la calidad de

vida y promover el bienestar integral (Bang, 2014). Específicamente en el proyecto descrito, se adopta el **enfoque de promoción de la salud desde su concepción democrática** (Kornblit, Mendes Diz, Di Leo y Camarotti, 2007). La misma se contrapone con aquella de tipo verticalista, basada en la pasividad de la comunidad destinataria de los programas, en que se le adjudica un rol activo en la construcción de conocimientos, el desarrollo de las capacidades necesarias y la gestión de los recursos para llevar adelante las acciones acordadas democráticamente. Se incentiva el empoderamiento de la población para que logre a partir del pensamiento crítico-reflexivo y el compromiso colectivo una mayor autonomía en la toma de decisiones, en el caso presentado, concierne a su PSEAC (Bang, 2014).

Finalmente, se coincide con Albuquerque, Chaná y Guajardo (2016) en la necesidad de que las disciplinas se pongan al servicio de la comunidad y adquieran una mayor apertura ante aquellos saberes no científicos. A partir de ello, se promoverá una construcción democrática, crítica y situada del saber, basada en la participación horizontal, el respeto y las experiencias vividas por quienes transitan ese territorio. Se considera igualmente imprescindible impulsar un cambio en el posicionamiento profesional usualmente verticalista y paternalista, adoptando un enfoque más horizontal, con la meta máxima de que las acciones implementadas en el campo de lo social respondan verdaderamente a los intereses de los grupos con los que se trabaja. Todo lo planteado implicó en la práctica el corrimiento de la posición de saber-poder comúnmente atribuida a la biomedicina y la legitimación de otras formas de entender la realidad y, específicamente, el PSEAC.

Reflexiones finales

Desde el año 2017, el dispositivo de huerta comunitaria se presenta como un espacio abierto al encuentro de todas aquellas personas que quieran participar, poniendo en valor los conocimientos y experiencias que comparten. Allí, el aporte se realiza en igualdad de condiciones, sin hacer diferenciaciones en relación al género, edad, tiempo de inclusión, ocupación, procedencia geográfica, etc. Es una instancia grupal para compartir con otros/as y fortalecer el vínculo entre quienes participan y entre la

comunidad y el Centro de Salud para constituir una *red de contención comunitaria* (Bang, 2014). Además, se aspira a la mejora de la calidad de vida y salud integral de la población a través de la promoción de hábitos saludables y su involucramiento en el proceso de producción de los alimentos, establecimiento de metas, toma de decisiones, implementación de las acciones acordadas y evaluación de resultados. Con el transcurrir de los 6 meses de rotación por parte de la residente de TO a fines de 2023 y principios de 2024, se notó un mayor sentido de pertenencia y apropiación del espacio, transformándose en un lugar de referencia para pedir ayuda y colaborar mutuamente para buscar posibles soluciones a las problemáticas.

Uno de los proyectos llevados a cabo en el verano 2023-2024 fue la producción por única vez de un material físico-digital con el nombre "Tips de la huerta" para difundir interna y externamente, siendo un medio para promocionar el dispositivo y transmitir los conocimientos compartidos en el mismo. Surgió a partir del intercambio de saberes sobre los usos medicinales de algunas plantas y sobre recetas empleando lo cosechado en el día, que en algunos casos no eran recibidos por todas las personas involucradas. El mismo se basó en la *TO de base comunitaria* (Sanz Victoria, 2016), que contempla a la comunidad como destinataria y protagonista esencial de las acciones, y en la *promoción de la salud desde su concepción democrática* (Kornblit et al., 2007) y la *salud colectiva* para favorecer la participación comunitaria, la recuperación del conocimiento popular y el empoderamiento (Bang, 2014). Por lo tanto, se generó una construcción colectiva situada localmente y fundada en la experiencia cotidiana, los deseos y recursos de la comunidad.

Tal como indican Tejada de Rivero (2003, como se cita en Ardila-Gómez, Michalewicz y Pierri, 2014) en que, para que las prácticas en salud sean efectivamente integrales, las mismas exceden necesariamente a los deberes, conocimientos y posibilidades del sistema de salud y sus prácticas hegemónicas. Es así que se considera que este proceso propició el corrimiento de la posición de saber-poder comúnmente atribuida a la biomedicina y de las lógicas en las que se basaban las disciplinas de la salud que forman parte de la huerta comunitaria. Se prescindió de la visión del saber científico como el único "verdadero",

legitimando otras formas de entender la realidad y el PSEAC. Asimismo, desde su creación, el dispositivo impulsa a un cambio en el posicionamiento y las formas de intervenir desde las disciplinas de la salud participantes, trascendiendo las incumbencias y prácticas más tradicionales para pasar a co-crear con el grupo acciones situadas localmente, basadas en la experiencia cotidiana, los deseos, demandas y recursos, comprendiendo a quienes participan como sujetos actuantes que con la capacidad para modificar su propia realidad.

De esta forma, para concluir, se propone incorporar el enfoque intercultural de la salud para lograr el verdadero acompañamiento a las poblaciones con múltiples orígenes y tradiciones. Para alcanzar esta meta, se considera necesario un cambio en el paradigma de atención en salud, pasando a un abordaje colectivo de la misma, basado en la horizontalidad y el respeto de las diferencias, creencias y decisiones de las personas usuarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARBALLEDA, A. J. M. (2007). Problemáticas sociales complejas y políticas públicas. *Revista CS*, (1), 261-273.
- ARDILA-GÓMEZ, S., MICHALEWICZ, A. Y PIERRI, C. (2014). Del Proceso de Salud/Enfermedad/Atención al Proceso Salud/Enfermedad/Cuidado: Elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, 21, 217-224. Universidad de Buenos Aires.
- BRIGLIA, J. (2015). La inclusión de Terapia Ocupacional en un Centro de Salud de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Trabajo presentado en IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. Paraná.
- CORMIK, M. D. (2017). Hospital General de Agudos "Abel Zubizarreta". Trabajo presentado en XXV Jornadas Científicas "Puede compartirse y hacer bien... no solo en el lugar donde se aprendió: en todos lados". CABA.
- BANG, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 13(2), 109-120.
- ALBURQUERQUE, D., CHANÁ, P. Y GUAJARDO, A. (2016). Los transaberes y la construcción conjunta de la salud. Experiencia Centro de Trastornos del Movimiento (CETRAM). En Simó, A. S., Guajardo, C. A., Corrêa, O. F., Galheigo, S. M. y García-Ruiz, S. (Eds.) *Terapias ocupacionales desde el sur: derechos humanos, ciudadanía y participación*. Chile: Editorial USACH.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). (2009). La salud de los pueblos indígenas de las Américas: conceptos, estrategias y prácticas.
- MENÉNDEZ, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 58, 104-113.
- MENÉNDEZ, E. L. (2021). Pandemia y autoatención: la negación y subalternización de los saberes populares. *Revista de la Escuela*

de *Antropología*, 18, 1-20.

- NABERGOI, M., ROSSI, L., ALBINO, A. F., ORTEGA, M. S., VENTURINI, Y. D., ITOVICH, F., MEDINA, L. N., LÓPEZ, M. L. Y PRESA, J. (2019). Tradiciones en Terapia Ocupacional. Una propuesta para mapear discursos y prácticas a 60 años de Terapia Ocupacional en Argentina. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(2), 12-24.
- SANZ VICTORIA, S. (2016). Pasos hacia una Terapia Ocupacional de base comunitaria. Una aproximación conceptual al enfoque comunitario en la disciplina. En Simó, A. S., Guajardo, C. A., Corrêa, O. F., Galheigo, S. M. y García-Ruiz, S. (Eds.) *Terapias ocupacionales desde el sur: derechos humanos, ciudadanía y participación*. Chile: Editorial USACH.
- KORNBLIT, A., MENDES DIZ, A. M., DI LEO, P. F. Y CAMAROTTI, A. C. (2007). Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud. *Revista argentina de sociología*, 5(8), 1-14.

NOTAS

1. La gentrificación es un proceso paulatino que conlleva a un cambio de perfil y estética de ciertas áreas empobrecidas de la ciudad, con el objetivo de atraer a la población con alto poder adquisitivo. Esto se traduce en el encarecimiento de los servicios públicos, así como el desalojo sistemático y desplazamiento de quienes habitan allí hace años (Briglia, 2015).

2. A lo largo del escrito se utiliza la modalidad "O/A" al momento de caracterizar a las personas por su género, entendiendo que deberán ser leídas en clave inclusiva de las diversidades.

Los puntos de vista y opiniones expresados en este artículo son de exclusiva responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente las de la revista ni del equipo editorial.



04



DRA. MILENA BATALLA
Ph. D.*
Panarum S.A.S., Argentina

Impacto terapéutico en enfermedades mentales y neurodegenerativas del 5-metoxi-N, N-dimetiltriptamina 5-MeO-DMT natural, agonista farmacológico del receptor sigma-1 a través de la activación mitocondrial

Resumen

El receptor *sigma-1* (S1R) es una chaperona que reside principalmente en las membranas del retículo endoplasmático (RE) asociadas a la mitocondria (MAM) y se lo considera un “modulador pluripotente” que desempeña un papel fundamental en el mantenimiento de la homeostasis neuronal. Dada su localización específica en el MAM, S1R juega un papel importante en la regulación de la función mitocondrial y es un blanco terapéutico en enfermedades mentales y neurodegenerativas, incluida epilepsia, la enfermedad de Alzheimer y la enferme-

dad de Parkinson. *N,N*-dimetiltriptamina (DMT), es el agonista endógeno del S1R, en tanto 5-MeO-DMT es un agonista farmacológico del S1R que produce altos niveles de disolución del ego definida también como “inmensidad oceánica”, índices más altos de satisfacción con la vida y calificaciones más bajas de depresión y estrés. *In vitro*, 5-MeO-DMT muestra una fuerte modulación de la plasticidad sináptica y celular en las neuronas. 5-MeO-DMT natural es agonista neurofarmacológico del S1R, está implicado en la activación bioenergética celular, y en la regulación epigenética y mecanismos antiapoptóticos de la función mitocondrial. S1R ha sido considerado como un controlador de la supervivencia y diferenciación celular en las neuronas. Los beneficios del uso farmacológico de 5-MeO-DMT totalmente natural están actualmente en investigación. Esta revisión destaca los mecanismos moleculares clave de los S1R en las funciones mitocondriales y las modificaciones epigenéticas involucradas en el desarrollo del fenotipo de la salud y la enfermedad neurodegenerativa, y describe el posible uso farmacológico del 5-MeO-DMT totalmente natural para “rescatar” a los pacientes del fenotipo de la enfermedad a través de la activación mitocondrial. Nos enfocamos en el compuesto 5-MeO-DMT totalmente natural, sus implicaciones y beneficios terapéuticos clínicos a largo plazo sobre la salud mental y el bienestar del paciente, posiblemente reprogramando y remodelando el epigenoma, considerando su aplicación particularmente en enfermedades mentales y neurodegenerativas.

Palabras clave: 5MeO-DMT natural, Receptor Sigma 1; mitocondrias; epigenética; terapia;

Introducción

Cientos de millones de personas en todo el mundo están afectadas por la pandemia de enfermedades mentales¹ y neurodegenerativas² con una prevalencia aproximada del 25%.

Los mismos profesionales de la salud tienen la presión y la exigencia acrecentada en las décadas más recientes debido a alta demanda. El acechante síndrome de *burnout* “Síndrome del Quemado” es una consecuencia que afecta a la salud mental de los médicos y profesionales de la salud en estas áreas. Particularmente, en Estados Unidos^{4,5} el *burntout*, en el área de psiquiatría ha sido etiquetado crisis

nacional; y Europa⁶ y Argentina también consideran la problemática y tienen sus estudios y cifras al respecto.

La disfunción mitocondrial es un factor común en enfermedades crónicas mentales y neurodegenerativas. MAM (del inglés: *mitochondrion-associated endoplasmic reticulum membrane*), es fundamental para mantener la homeostasis neuronal. Así, dada la localización específica del S1R en el MAM, destacamos que la regulación del S1R sobre las disfunciones mitocondriales interviene en las enfermedades mentales y neurodegenerativas³.

Dada la localización específica del receptor *sigma* 1 (S1R) en el MAM se han explorado muchos reguladores de S1R en enfermedades mentales entre ellas depresión, esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo; y neurodegenerativas incluyendo epilepsia, la enfermedad de Alzheimer (EA), la enfermedad de Parkinson (EP), entre otras³.

Los ligandos S1R son fundamentales en función mitocondrial. DMT es el agonista endógeno del receptor *sigma* 1 y, en particular, el papel de 5-MeO-DMT totalmente natural, es agonista farmacológico del receptor *Sigma* 17. La 5-metoxi-*N,N*-dimetiltriptamina totalmente natural, en lo sucesivo denominada 5-MeO-DMT totalmente natural, es una sustancia enteógena que se encuentra en la secreción de las glándulas paratiroides del sapo *Bufo alvarius* y es agonista del receptor *Sigma* 1. Actualmente se investiga la 5-MeO-DMT totalmente natural administrada en humanos en entornos naturalistas en el tratamiento de problemas de salud mental y medio para la exploración espiritual. Numerosas patentes y cinco estudios clínicos en curso describen los beneficios farmacológicos de 5-MeO-DMT⁸.

Las mitocondrias son la central eléctrica que proporciona la energía necesaria para los procesos que sustentan la vida⁹. Las mitocondrias realizan diversas funciones interconectadas, produciendo ATP y muchos intermediarios biosintéticos al mismo tiempo que contribuyen a las respuestas de estrés celular como la autofagia, la apoptosis y la regulación epigenética¹⁰. Las mitocondrias forman una red dinámica e interconectada que está íntimamente integrada con otros compartimentos celulares. Además, las funciones mitocondriales se extienden más allá de los límites de la influencia celular y la fisiología del organismo al regular la comunicación entre células

y tejidos. Se demostró que la función mitocondrial y el metabolismo energético desempeñan un papel importante en la regulación de los comportamientos sociales¹¹.

Receptor sigma 1 y su control mitocondrial en enfermedades neurodegenerativas El S1R es una chaperona pequeña de 28 kDa, altamente conservada, que reside principalmente en la membrana del retículo endoplásmico (RE) asociado a la mitocondria MAM y es un modulador pluripotente dinámico en sistemas vivos¹².

El receptor S1R tiene un perfil farmacológico único y versátil^{7,13,14}, S1R se une con gran afinidad a varias clases de ligandos no relacionados químicamente: los neuroesteroides¹⁵, los neurolépticos, los dextrobenzomorfanos [DEX]¹⁵ y varios psicoestimulantes como la cocaína¹⁵, la metanfetamina [METH]^{15,16}, la metilendioximetanfetamina [MDMA]¹⁷ y la metacatinona^{15,18}. Se cree que el S1R puede mediar los efectos inmunosupresores, antipsicóticos¹⁹ y neuroprotectores de muchos fármacos²⁰. Los S1R regulan varios sistemas de neurotransmisores, incluidos el glutamatérgico [Glu], dopaminérgico [DA], serotoninérgico [5HT], noradrenérgico [NE] y sistemas colinérgicos [Ch]. Dado que estos transmisores, que interactúan con los S1R, están implicados en muchos trastornos neuropsiquiátricos, se ha evaluado su papel en varios de estos trastornos²¹. De hecho, varias líneas de investigación han demostrado que S1R juega un papel en la fisiopatología neuropsiquiátrica en trastornos del estado de ánimo²², los trastornos de ansiedad¹⁹ y la esquizofrenia^{23,24}.

S1R participa en la remodelación de la membrana y la diferenciación celular en la reconstitución del sistema nervioso en el cerebro implicado en el abuso de drogas²⁵. El S1R es influencia en el metabolismo de la glucosa cerebral, S1R tiene una actividad biológica constitutiva, y los ligandos de S1R funcionarían siendo moduladores de la actividad innata de esta proteína. La falta de desarrollo posnatal de S1R en el SNC y el hecho de que los sitios S1R sean mucho más densos en órganos periféricos, como el hígado²⁶, tejidos inmunitarios y endocrinos^{27,28}, sugieren un papel universal para los S1R en la función celular.

Las enfermedades neurodegenerativas con distintas etiologías genéticas y fenotipos patológicos parecen compartir mecanismos comunes de disfunción celular neuronal, que incluyen excitotoxicidad, desre-

gulación del calcio, daño oxidativo, estrés del RE y disfunción mitocondrial²⁹⁻³¹.

Los S1R también influyen en la expresión de señales antiapoptóticas y proapoptóticas que se dirigen a las mitocondrias. La actividad de S1R regula positivamente la expresión de Bcl-2, posiblemente a través del factor nuclear kappa B (NF-kB) y/o las vías de la quinasa regulada por señales extracelulares (ERK)^{32,33}. Dado que también se ha demostrado que Bcl-2 interactúa con los IP3R y mejora su actividad³³, esta regulación positiva del nivel de Bcl-2 es otro mecanismo por el cual la actividad de *sigma* 1 aumenta la captación de calcio mitocondrial mediada por IP3R y la producción de ATP, además de la Interacción S1R y IP3R descrita anteriormente. La activación de S1R también disminuye la expresión de Bax y las caspasas asociadas a la apoptosis, lo que promueve aún más la supervivencia celular^{3,34,35}.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad compleja y multifactorial caracterizada por un deterioro cognitivo severo y pérdida de memoria. Se observaron niveles reducidos de proteína S1R en el tejido cerebral post-mortem cortical y vivo humano^{36,37} y se encontraron resultados similares en estudios de tomografía por emisión de positrones, en los que las expresiones de S1R fueron más bajas en el cerebro de pacientes con EA temprana³⁸. La expresión de S1R puede estar involucrada en el efecto terapéutico del inhibidor de HDAC6 en la patología de EA³⁹. Las evidencias preclínicas sugieren que los agonistas de S1R son útiles en el tratamiento de la EA. Cabe considerar, que el 5-MeO-DMT7 totalmente natural agonista del receptor *sigma* 1 tiene ventajas a considerar en la aplicación en clínica.

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno de progresión lenta que provoca funciones motoras deterioradas, como bradicinesia o temblor, y otras complicaciones no motoras. La característica patológica de la EP es la muerte masiva de neuronas dopaminérgicas en la sustancia negra pars compacta (SNpc) y el depósito de cuerpos de Lewy compuestos por α -sinucleína, ubiquitina y neurofilamentos. Los S1R endógenos inhiben tónicamente la activación de NF-kB inducida por DA, y protege a las células de la muerte. Por lo tanto, los ligandos S1R pueden representar nuevos objetivos terapéuticos para EP3. Los S1R son uno de los sustratos endógenos que contrarrestan la citotoxicidad de la dopamina que,

de otro modo, provocaría la apoptosis⁴⁰.

Metodología

En esta revisión, los artículos citados se identificaron a partir de Búsquedas en MEDLINE (PubMed) que abarcan el período de 1961 a 2024 con palabras clave "DMT", "5-meo-dmt" «Sigma receptor» "eficacia" y «seguridad», obtenidos de las referencias de artículos recuperados e identificados a través del conocimiento propio de la autora. La selección final de material que se consideró relevante para este artículo es responsabilidad del autor. Los resultados de la búsqueda se cotejaron con revisiones anteriores y listas de referencias, fueron revisados a mano. Los hallazgos se sintetizaron utilizando un enfoque de síntesis narrativa. Esta revisión considera la farmacología, la química y el metabolismo de 5-MeO-DMT, estudios epidemiológicos, beneficios informados y efectos adversos.

DMT endógeno y el 5-MeO-DMT natural son agonistas del receptor *sigma* 1

El DMT endógeno es un agonista del receptor *Sigma* 1, una molécula sintetizada, almacenada, liberada y agonista de S1R⁴¹ en las células del sistema nervioso periférico y del sistema nervioso central⁴². El DMT es considerado un posible neurotransmisor del SNC implicado en la percepción sensorial⁴³. La enzima indoletilamina-*N*-metiltransferasa (INMT), es la responsable de la síntesis de DMT⁴⁴. La INMT se expresa ampliamente en el cuerpo, principalmente en tejidos periféricos como los pulmones, la tiroides y las glándulas suprarrenales, el músculo esquelético, el corazón, el intestino delgado, el estómago, la retina, el páncreas, los ganglios linfáticos y la sangre. Se localiza densamente en la asta anterior de la médula espinal⁴⁴.

DMT agonista del S1R⁴¹ es neuroprotector a través de varios mecanismos. DMT y también 5-MeO-DMT redujeron la inflamación a través de S1R e indujeron plasticidad neuronal⁴⁵, en un proceso regenerativo a largo plazo que va más allá de la neuroprotección⁴⁶. DMT y 5-MeO-DMT modulan las respuestas inflamatorias innatas y adaptativas a través del S1R de célu-

las dendríticas derivadas de monocitos humanos⁴⁷.

La actividad de S1R mediada por DMT induce cambios en la plasticidad neuronal en los recién nacidos⁴⁸. El DMT exógeno estimula la diferenciación *in vitro* de progenitores neuronales hacia un fenotipo neuronal a través de S1R. La acción *in vivo* de DMT mediada por S1R mejoró el rendimiento en tareas de aprendizaje que se ha relacionado con la neurogénesis del hipocampo. Además, estudios previos realizados en humanos⁴⁹, utilizando la medicina tradicional de los pueblos originarios de América del Sur Ayahuasca cuyo componente principal en la infusión es el DMT⁵⁰ tiene actividad antidepresiva, efecto terapéutico generalmente ligado a la neurogénesis del hipocampo⁵¹.

El 5-MeO-DMT totalmente natural se encuentra como un extracto natural de las secreciones de la glándula del sapo *Bufo alvarius* del desierto de Sonora y se considera una medicina amerindia Seris, un grupo aborigen del estado de Sonora, en México⁸. Algunos reportes sugieren que la secreción del sapo *Bufo alvarius* ha sido utilizada históricamente por pueblos originarios del territorio suroeste de Estados Unidos y norte de México⁵². Este agonista enteogénico del receptor *sigma* 1 se ha asociado recientemente con ganancias cognitivas, efectos antidepresivos y cambios en áreas del cerebro relacionadas con la atención y la regeneración neuronal⁵³. El 5-MeO-DMT es una sustancia neuroreguladora, el receptor *sigma*-17 es su diana neurofarmacológica. 5-MeO-DMT es el agente enteógeno más potente con una fuerte disolución del ego⁵⁴, influencia en la percepción⁸, activación bioenergética celular, antiapoptótico¹⁰ y activador mitocondrial epigenético. El mecanismo de acción de 5-MeO-DMT está mediado por la vía de señalización S1R, un «modulador pluripotente» en los sistemas vivos, controlador de la supervivencia, diferenciación celular y de la función mitocondrial^{14,55}. El 5-MeO-DMT natural es una luz de esperanza en la terapia de recuperación de la salud de pacientes con enfermedades mentales y enfermedades neurodegenerativas.

Se han realizado estudios farmacológicos *in vivo* de 5-MeO-DMT⁵⁶ en ratones, ratas, jerbos, hámsteres, cobayos, conejos, peces dorados, gatos, perros, ovejas, cerdos y primates⁸. Se ha estudiado la farmacocinética de 5-MeO-DMT: después de una inyección intraperitoneal (IP), Cmax = 5-10 min y t1/2 = 6-16

min en ratas. 5-MeO-DMT cruza fácilmente la barrera hematoencefálica (BBB). El 5-MeO-DMT se distribuye al hígado, los riñones y el cerebro. Se ha demostrado que la farmacocinética de 5-MeO-DMT sigue un patrón no lineal para la administración tanto IP como intravenosa (IV) de dosis altas en ratones. Esta no linealidad también se refleja en los aumentos correspondientes en la concentración cerebral de 5-MeO-DMT.

Específicamente, 5-MeO-DMT modula proteínas asociadas con la potenciación a largo plazo, fortalecimiento persistente de la sinapsis basado en patrones recientes de actividad. Las proteínas que se encuentran reguladas al alza por 5-MeO-DMT son NMDAR, CaMK2 (Ca²⁺/proteína quinasa dependiente de calmodulina) y CREB (proteína de unión a elementos sensibles al AMP cíclico)⁵⁷.

S1R contribuye a los efectos de plasticidad cerebral de 5-MeO-DMT. S1R es un regulador endógeno de la morfología de las espinas dendríticas y del crecimiento de neuronas^{58,59}. 5-MeO-DMT es un mediador molecular directo de la plasticidad, que tiene efectos sobre la superficie celular y las proteínas extracelulares involucradas en la regulación de la arquitectura sináptica. Se observó una regulación positiva de integrinas⁷, netrin receptor, plexinas y semaforinas en organoides tratados con 5-MeO-DMT, también se encontró en pacientes con trastorno depresivo mayor que respondieron bien a los antidepresivos, lo que sugiere la importancia de esta clase de proteínas en la plasticidad cerebral⁶⁰. Los agonistas de S1R ejercen efectos neuroprotectores al regular los niveles de calcio intracelular⁶¹, previenen la expresión de genes proapoptóticos⁷⁰ y proteger el ARNm contra genes antiapoptóticos como Bcl-23. Los posibles efectos psicológicos, como cambios en la percepción y el pensamiento, renovada sensación de novedad, inefabilidad y asombro³⁴, se derivan directamente de la fuerte modulación de la plasticidad sináptica y celular promovida por 5-MeO-DMT.

Cambios epigenéticos dirigidos por mitocondrias y el papel de 5-MeO-DMT

Los efectos neuroprotectores, de neuroregeneración, antiapoptosis y

neuroplasticidad⁶² del agonista S1R de 5-MeO-DMT están mediados a través de la vía de regulación epigenética mitocondrial. Cada neurona contiene hasta 2 millones de mitocondrias⁶³. El cerebro hambriento de energía es especialmente vulnerable a los problemas de la central eléctrica durante el daño mitocondrial⁶⁴. La regulación mitocondrial de las alteraciones del paisaje epigenético es reversible, los procesos epigenéticos tempranos en la vida podrían desempeñar un papel en la definición de las trayectorias interindividuales del comportamiento humano y los mecanismos epigenéticos contribuyen a la disfunción y enfermedad neurológica de aparición tardía⁶⁵. Algunos objetivos de enfermedades epigenéticas con muerte neuronal significativa y disfunción neurológica incluyen la enfermedad de Alzheimer (AD), la enfermedad de Parkinson (EP), la enfermedad de Huntington (HD), la epilepsia, el accidente cerebrovascular y la lesión cerebral traumática (TBI)⁶⁶. Las alteraciones del gen S1R se han asociado con trastornos neurodegenerativos graves⁶⁷.

La metilación del ADN es una importante modificación epigenética de la expresión génica del ADN, regulada por las mitocondrias³⁵. Las modificaciones epigenéticas dentro del genoma nuclear de los mamíferos incluyen la metilación del ADN (5-mC) o la hidroximetilación (5-hmC)^{68,69}. Recientemente se ha identificado que las mitocondrias de mamíferos tienen actividad de ADN mitocondrial metiltransferasa 1 (mtDNMT1), 5-mC y 5-hmC. La translocación identificada de DNMT1 nuclear a la matriz mitocondrial está regulada por la expresión de una secuencia dirigida a las mitocondrias conservada, aguas arriba del sitio de inicio de la transcripción del gen dentro del gen codificado nuclear⁷⁰. Las alteraciones en mtDNMT1 afectan directamente la transcripción de las hebras ligeras y pesadas de mtDNA, lo que sugiere una correlación entre la regulación transcripcional mediada por 5-hmC y 5-mC de mtDNA por un gen codificado nuclear. Estos hallazgos proporcionan nueva evidencia que implica la regulación epigenética del genoma mitocondrial por mtDNMT1 translocado codificado nuclearmente en relación con la disfunción mitocondrial⁷¹⁻⁷³. Los niveles reducidos de cofactores debido al deterioro/disfunción mitocondrial podrían tener efectos significativos en la regulación del genoma nuclear. Las disfunciones

mitocondriales invocan respuestas retrógradas de mitocondrias a núcleo en células humanas⁷⁴. La metilación reducida del mtDNA es el resultado o una consecuencia de esta disfunción mitocondrial.

La impronta epigenética mitocondrial materna y la impronta epigenética cromosómica de los patrones de los padres representan una memoria biológica de lo que experimentaron los padres⁷⁵: la transmisión es causada por factores ambientales y el comportamiento de crianza de los padres⁷⁶. Que estos efectos transgeneracionales también se han transmitido epigenéticamente a sus hijos. Al integrar factores hereditarios y ambientales a lo largo de la vida, la epigenética agrega una nueva y más completa comprensión de la transmisión transgeneracional de trauma⁷⁷, pesadillas⁷⁸, trastorno de estrés posttraumático PTSD⁷⁹, síntomas de enfermedades mentales y neurodegeneración. Además, la transmisión puede continuar más allá de la segunda generación, incluir a los nietos, bisnietos y quizás también a otros. Este proceso de transmisión transgeneracional del trauma (TTT) ha sido descrito en continuidad en la literatura académica durante más de medio siglo⁷⁸. Las marcas epigenéticas afectan los patrones de expresión génica en el sistema nervioso y la disfunción mitocondrial y el desequilibrio epigenético parecen influir en la progresión de muchos trastornos mentales y neurológicos⁷⁵. Posiblemente, el 5-MeO-DMT⁸ agonista S1R⁷ regula mediante la activación de la vía mitocondrial reversible la restauración de funciones celulares saludables al restaurar el paisaje epigenético.

La enfermedad de Alzheimer familiar de aparición temprana (EA) es más probable en individuos que provienen de madres diagnosticadas con EA que de padres diagnosticados con EA. Estudios en modelos animales han demostrado que la impronta materna en el óvulo conduce a alteraciones genéticas y epigenéticas en el ADN nuclear y mitocondrial. Estas modificaciones que se transmiten a los nuevos seres vivos afectan más a las proteínas mitocondriales y, por tanto, la función mitocondrial puede verse afectada en la edad adulta por tendencias presentes desde el óvulo⁸⁰.

En nuestra perspectiva, es posible la activación del mecanismo epigenético¹⁰ a través de S1R y la función mitocondrial en enfermedades mentales y neurodegenerativas, cuya activación por el agonista

5-MeO-DMT promueve la activación de las vías mitocondriales, la función bioenergética mitocondrial⁸¹⁻⁸⁴, la respiración oxidativa mitocondrial⁸⁵ y la regulación epigenética mitocondrial, restaura la actividad nuclear mtDNMT, aumentando los niveles mitocondriales FAD y cofactores α -KG que tienen efectos significativos en la regulación del genoma nuclear. 5-MeO-DMT modula las proteínas involucradas en la potenciación a largo plazo (LTP), la morfogénesis y maduración de las espinas dendríticas, al tiempo que inhibe la neurodegeneración y la apoptosis. 5-MeO-DMT activa la puntuación para la columna dendrítica y la formación de protuberancias celulares, microtúbulos y organización del citoesqueleto. Las funciones biológicas como la neurodegeneración, la apoptosis y la lesión neuronal son inhibidas por 5-MeO-DMT⁴ a través de la vía S1R-mitocondria.

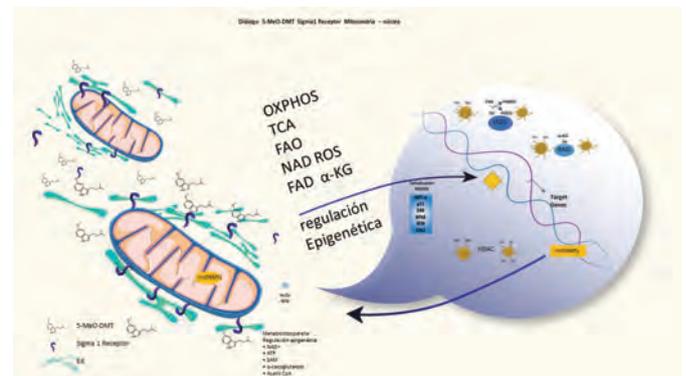


Figura 1. Diálogo entre mitocondrias y núcleo. Regulación epigenética nuclear/modificación de cromatina del agonista 5-MeO-DMT del receptor *Sigma* 1, a través de mitocondrias, a través de sirtuinas que requieren acetil CoA del ciclo TCA; detección de nutrientes a través de la detección de NAD⁺/NADH y ATP/AMP; catálisis usando cofactores FAD y α -ceto-glutarato sintetizados en mitocondrias. Reparación del ADN y vías de señalización redox. Las mtDNMT están asociadas con mitocondrias sanas. La reducción metilación del mtDNA es el resultado de la disfunción mitocondrial.

Impacto terapéutico del 5-MeO-DMT natural

El 5-MeO-DMT natural⁸⁵ es un agente enteógeno con efectos alta potencia, de inicio ultrarrápido y de corta duración, es un agonista del receptor *sigma* 1.

Los pueblos originarios de América del Norte, Central y del Sur, incluida la región amazónica de América, posiblemente utilizaron la medicina ancestral en milenarios rituales sagrados con fines de curación y evolución de la consciencia según su cosmovisión. 5-MeO-DMT totalmente natural produce un profundo estado alterado de conciencia y disolución del ego, incluidas experiencias místicas como experiencias internas que implican un desvanecimiento intensamente sentido del sentido del yo y/o sentimientos de mayor conexión, hasta e incluyendo el sentido de completa unidad⁸⁶. Este tipo de sentimientos van mucho más allá de nuestro sentido normal del día a día de la autoconsciencia. En la consciencia ordinaria, generalmente existe la impresión de que hay un yo por un lado y luego, por otro lado, todo lo demás. Sin embargo, en algunas circunstancias, durante esos momentos, el sentido de uno mismo puede desvanecerse y convertirse en parte de todo lo demás, en lugar de estar separado de él⁸⁶, con efectos beneficiosos a largo plazo sobre la salud mental y el bienestar del paciente⁸⁵.

En el uso medicinal naturalista de la secreción de sapo que contiene 5-MeO-DMT, se informó que la intensidad de la experiencia está asociada con mejoras en las medidas de satisfacción con la vida y la reducción de la angustia psicológica en participantes sin una condición de salud mental subyacente⁸⁷. Los efectos que siguen a la administración natural de 5-MeO-DMT son alteración en la percepción auditiva y del tiempo, amplificación de los estados emocionales y fuerte disolución del ego y de corta duración, e induce una experiencia espiritual mística «pico»⁸⁷ confiable considerado un estado predictor central de la eficacia del enteógeno totalmente natural 5-MeO-DMT⁸⁵. 5-MeO-DMT causa reducciones rápidas y sostenidas en los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. El 5-MeO-DMT también estimula la función neuroendocrina y la inmunorregulación⁵⁶.

Las formulaciones de interés son para administración vía fumada, vapeada, inhalatoria, intramuscular (IM), intranasal e intravenosa por su alta biodisponibilidad de 5-MeO-DMT porque evitan el metabolismo de primer paso. La administración fumada y vaporizada proporciona un inicio rápido de experiencias subjetivas de alta intensidad y corta duración. En la actualidad, las empresas biofarmacéuticas interesadas en la 5-MeO-DMT sintética están explorando y desarrollando formulaciones vaporizadas, intrana-

sales, IM e intravenosas para administrar 5-MeO-DMT^{87,88}. En un ensayo clínico de Fase I de rango de dosis para evaluar la seguridad y los efectos psicoactivos de 5-MeO-DMT, se demostró la seguridad de la dosificación vaporizada de hasta 18 mg para la administración por inhalación. Es importante destacar que el inicio rápido y la corta duración de la experiencia de 13 a 18 minutos aproximadamente con 5-MeO-DMT la hacen más adecuada para las estrategias individuales de estudios de dosis en comparación con los psicoactivos de acción más prolongada⁸⁹.

La implicación clínica en dosis o microdosis del agonista del 5-MEO-DMT natural del receptor *sigma* y su papel en la activación mitocondrial abre un nuevo abanico de oportunidades que se aplique a la terapia de trastornos psiquiátricos graves en esquizofrenia (SCZ), trastorno depresivo mayor (MDD) y trastorno límite de la personalidad (TLP) enfermedades con diferente rango de síntomas debilitantes y pronóstico, y muestran alteraciones similares en los procesos del metabolismo energético⁹⁰. Los datos proteómicos muestran que SCZ y BPD comparten 32 proteínas alteradas, en su mayoría relacionadas con el transporte de electrones mitocondrial, la respuesta a ROS y la glucólisis. Comparten algunos rasgos fisiopatológicos y el análisis de datos reveló siete proteínas alteradas tanto en BPD como en MDD, mientras que cinco de ellas son subunidades diferentes del complejo NADH deshidrogenasa en la cadena de transporte de electrones⁹¹. Esto es consistente con informes previos sobre el funcionamiento deficiente de los complejos OXPHOS en MDD^{90,91} y la disminución de la expresión nuclear de genes que codifican los mecanismos respiratorios mitocondriales en BPD⁹², los cuales conducen a una producción de energía mitocondrial reducida. La depresión mayor se ha descrito como el síntoma inicial de la enfermedad mitocondrial en una muestra grande de pacientes adultos⁹³. Tal se mencionó al inicio, se demostró que la función mitocondrial y el metabolismo energético desempeñan un papel importante en la regulación de los comportamientos sociales⁸. La producción limitada de energía afecta la capacidad neuronal adaptativa y contribuye al desarrollo de psicopatologías como SCZ, BPD y MDD bajo estímulos estresantes⁹⁴.

La composición patentada de 5-MeO-DMT totalmente natural comprende su posible uso en la terapia

ante enfermedades mentales y neurodegenerativas⁸⁵. Uno de los usos informados más beneficiosos e importantes del 5-MeO-DMT totalmente natural es la recuperación del paciente de la adicción provocada por la cocaína⁸. La cocaína mediada por S1R tiene una interacción dependiente de la dosis entre la histona desacetilasa (HDAC)1, HDAC3 y HDAC3 y, por lo tanto, afecta la compactación de la cromatina y la expresión génica¹⁴⁶. 5-MeO-DMT completamente natural a través de la activación de S1R desencadena la recuperación de los síntomas de los pacientes con mejoras persistentes en la satisfacción con la vida y extinción de los síntomas psicopatológicos^{85,87,95-97}.

Una dosis única, un tratamiento de 24 horas con 5-MeO-DMT, mostró una importante regulación a la baja de mGluR5 después del tratamiento con 5-MeO-DMT. mGluR5 tiene un papel en los efectos gratificantes de varias drogas de abuso. Se demostró que los ratones que carecen del gen mGluR5 no se autoadministran cocaína y no muestran hiperactividad inducida por la cocaína⁹⁸. También han atenuado los signos somáticos de abstinencia de la nicotina y han reducido el comportamiento de consumo de etanol⁹⁹, lo que sugiere que mGluR5 está involucrado en la adicción^{4,100}.

5-MeO-DMT natural agonista del receptor *sigma* 1 está involucrado en la recuperación y curación informada de recuerdos traumáticos^{85,101}: "Las modificaciones epigenéticas, como la metilación del ADN, ocurren en respuesta a las influencias ambientales para alterar la expresión funcional de los genes en un estado duradero y transmisible intergeneracionalmente. Como tales, explican la variación interindividual, así como los efectos duraderos de la exposición al trauma"⁷⁹. La reconsolidación y la extinción del miedo de los recuerdos traumáticos requieren la participación de mecanismos epigenéticos. Varios países donde el 5-MeO-DMT no está regulado ofrecen retiros y programas de tratamiento¹⁰². Una encuesta de 51 veteranos de las Fuerzas de Operaciones Especiales de EE. UU. de uno de esos retiros, con tratamientos combinados de 5-MeO-DMT natural proveniente de *Bufo alvarius* e ibogaína, indicó que la experiencia fue terapéutica para sus experiencias traumáticas, ideación suicida, depresión y ansiedad^{100,102}. En una encuesta de 20 personas del mismo centro de retiro, el 75% reportó una «experiencia mística completa», medida por MEQ-30100,103.

Las características notables del 5-MeO-DMT natural son las altas tasas informadas de disolución del ego y experiencias místicas predictor de eficacia, con resultados terapéuticos positivos a largo plazo que requieren una farmacognosia y una investigación clínica y farmacológica consistente¹⁰³. Algunos de los beneficios relacionados con el 5-MeO-DMT natural mediado por S1R es activación mitocondrial para extinguir los síntomas de algunos trastornos psiquiátricos¹⁰⁴ y neurodegenerativos¹⁰⁵ están relacionados posiblemente con modificaciones epigenéticas producidas por la vía epigenética mitocondrial del 5-MeO-DMT-S1R. El 5-MeO-DMT natural ligando del S1R es de gran interés terapéutico para su aplicación en pacientes con enfermedades mentales⁹³ y neurodegenerativas.

Conclusión

Las enfermedades mentales y neurodegenerativas se desarrollan producto de una compleja regulación epigenética del estrés ambiental y de la herencia epigenética manifestados y controlados por receptor Sigma 1-MAM- mitocondria con un alto grado de variación fenotípica dependiendo del tipo neuronal afectado. El DMT endógeno y el DMT exógeno son agonistas del receptor *sigma* 1 y regulan la neurogénesis adulta, comprobado *in vitro* e *in vivo* con beneficios para la salud mental y efectos antidepresivos en pacientes. El nuevo y potente agonista farmacológico del receptor sigma 1 es el 5-MeO-DMT natural. El 5-MeO-DMT natural produce una fuerte reprogramación neurobiológica a través del receptor Sigma 1 que controla el flujo de Ca²⁺ de las mitocondrias, las respuestas bioenergéticas, oxidativas, de estrés y la regulación epigenética que ejerce la función mitocondrial en neuronas. De todo lo expuesto, considero que gracias al eficiente mecanismo de acción y a las implicancias terapéuticas del 5-MeO-DMT natural demostrados en el uso ancestral, el 5-MeO-DMT natural ha despertado fuertemente la atención de la investigación básica y clínica. La investigación básica y clínica del 5-MeO-DMT natural, una molécula de uso ancestral, ha permitido la comprensión de su mecanismo de acción y la validación de la eficacia terapéutica. El uso medicinal legal del 5-MeO-DMT natural está ganando posiciones en la consideración clínica. El uso medicinal legal del 5-MeO-DMT natural es un cambio de paradigma que se direcciona a ser

la respuesta terapéutica eficaz ante enfermedades mentales y neurodegenerativas.

REFERENCIAS

- Ferrari A.J., Santomauro D.F., Herrera A.M.M., et al. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* 2022; 9: 137–150.
- Carroll W.M. The global burden of neurological disorders. *Lancet Neurol.* 2019; 18: 418–419.
- Nguyen L., Lucke-Wold B.P., Mookerjee S.A., et al. Role of sigma-1 receptors in neurodegenerative diseases. *J. Pharmacol. Sci.* 2015; 127: 17–29.
- McFarland et al. Update on Addressing Mental Health and Burnout in Physicians: What Is the Role for Psychiatry? *Curr Psychiatry Rep.*; 2020, 21(11): 108.
- Richard F. Summers, et al. Well-Being, Burnout, and Depression Among North American Psychiatrists: The State of Our Profession *Am J Psychiatry* 2020; 177:955–964.
- K. O'Connor et al. Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 2018; 53, 74–99.
- Dacic V., Minardi Nascimento J., Costa Sartore R., et al. Short-term changes in the proteome of human cerebral organoids induced by 5-MeO-DMT. *Sci. Rep.* 2017; 7: 12863.
- Ermakova A.O., Dunbar F., Rucker J., et al. A narrative synthesis of research with 5-MeO-DMT. *J. Psychopharmacol.* 2022; 36: 273–294.
- Nunnari J., Suomalainen A. Mitochondria: in sickness and in health. *Cell* 2012; 148: 1145–1159.
- Minocherhomji S., Tollefsbol T.O., Singh K.K. Mitochondrial regulation of epigenetics and its role in human diseases. *Epigenetics* 2012; 7: 326–334.
- Hollis F., van der Kooij M.A., Zanoletti O., et al. Mitochondrial function in the brain links anxiety with social subordination. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 2015; 112: 15486–15491.
- Mori T., Hayashi T., Hayashi E., et al. Sigma-1 receptor chaperone at the ER-mitochondrion interface mediates the mitochondrion-ER-nucleus signaling for cellular survival. *PLoS ONE* 2013; 8: e76941.
- Hayashi T. The sigma-1 receptor in cellular stress signaling. *Front. Neurosci.* 2019; 13: 733.
- Rousseaux C.G., Greene S.F. Sigma receptors [σ Rs]: biology in normal and diseased states. *J. Recept. Signal Transduct.* 2015; 1–62.
- Bastianetto S., Ramassamy C., Poirier J., et al. Dehydroepiandrosterone (DHEA) protects hippocampal cells from oxidative stress-induced damage. *Mol. Brain Res.* 1999; 66: 35–41.
- Kaushal N., R. Matsumoto R. Role of sigma receptors in methamphetamine-induced neurotoxicity. *Curr. Neuropharmacol.* 2011; 9: 54–57.
- Kaushal N., Seminerio M.J., Shaikh J., et al. CM156, a high affinity sigma ligand, attenuates the stimulant and neurotoxic effects of methamphetamine in mice. *Neuropharmacology* 2011; 61: 992–1000.
- Brammer M.K., Gilmore D.L., Matsumoto R.R. Interactions between 3,4-methylenedioxymethamphetamine and σ 1 receptors. *Eur. J. Pharmacol.* 2006; 553: 141–145.
- Meririnne E., Kankaanpää A., Lillsunde P., et al. The effects of diazepam and zolpidem on cocaine- and amphetamine-induced place preference. *Pharmacol. Biochem. Behav.* 1999; 62: 159–164.
- Cormaci G., Mori T., Hayashi T., et al. Protein kinase a activation down-regulates, whereas extracellular signal-regulated kinase activation up-regulates σ -1 receptors in B-104 cells: implication for neuroplasticity. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 2007; 320: 202–210.
- Cobos E., Entrena J., Nieto F., et al. Pharmacology and therapeutic potential of sigma1 receptor ligands. *Curr. Neuropharmacol.* 2008; 6: 344–366.
- Paschos K.A., Veletza S., Chatzaki E. Neuropeptide and sigma receptors as novel therapeutic targets for the pharmacotherapy of depression. *CNS Drugs* 2009; 23: 755–772.
- Carmichael, J. et al. Bacterial and yeast chaperones reduce both aggregate formation and cell death in mammalian cell models of huntington's disease. *Proc. Natl. Acad. Sci.* (2000) 97, 9701–9705.
- Su T.-P., Hayashi T., Vaupel D.B. When the endogenous halucinogenic trace amine N,N-dimethyltryptamine meets the sigma-1 receptor. *Sci. Signal.* 2009; 2: pe12.
- Hayashi T., Su T.-P. The potential role of sigma-1 receptors in lipid transport and lipid raft reconstitution in the brain: implication for drug abuse. *Life Sci.* 2005; 77: 1612–1624.
- Wolfe S.A., Culp S.G., De Souza E.B. σ -Receptors in endocrine organs: identification, characterization, and autoradiographic localization in rat pituitary, adrenal, testis, and ovary. *Endocrinology* 1989; 124: 1160–1172.
- Wolfe S.A., Kulsakdinun C., Battaglia G., et al. Initial identification and characterization of sigma receptors on human peripheral blood leukocytes. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 1988; 247: 1114–1119.
- Narayanan S., Mesangeau C., Poupaert J.H., et al. Sigma receptors and cocaine abuse. *Curr. Top. Med. Chem.* 2011; 11: 1128–1150.
- Al-Saif A., Al-Mohanna F., Bohlega S. A mutation in sigma-1 receptor causes juvenile amyotrophic lateral sclerosis. *Ann. Neurol.* 2011; 70: 913–919.
- Luty A.A., Kwok J.B., Dobson-Stone C., et al. Sigma nonopioid intracellular receptor 1 mutations cause frontotemporal lobar degeneration-motor neuron disease. *Ann. Neurol.* 2010; 68: 639–649.
- Vance J.E. MAM (mitochondria-associated membranes) in mammalian cells: lipids and beyond. *Biochim. Biophys. Acta BBA - Mol. Cell Biol. Lipids* 2014; 1841: 595–609.
- Rizzuto R., Marchi S., Bonora M., et al. Ca²⁺ transfer from the ER to mitochondria: when, how and why. *Biochim. Biophys. Acta BBA - Bioenerg.* 2009; 1787: 1342–1351.
- Tchedre K.T., Yorio T. σ -1 Receptors protect RGC-5 cells from apoptosis by regulating intracellular calcium, Bax levels, and Caspase-3 activation. *Investig. Ophthalmology Vis. Sci.* 2008; 49: 2577.
- Smiraglia D., Kulawiec M., Bistulfi G.L., et al. A novel role for mitochondria in regulating epigenetic modifications in the nucleus. *Cancer Biol. Ther.* 2008; 7: 1182–1190.
- Hedskog L., Pinho C.M., Filadi R., et al. Modulation of the endoplasmic reticulum-mitochondria interface in AD and relat-

- ed models. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 2013; 110:7916e7921.
36. Jansen K.L., Faull R.L., Storey P., et al. Loss of sigma binding sites in the CA1 area of the anterior hippocampus in AD correlates with CA1 pyramidal cell loss. *Brain Res.* 1993; 623: 299e302.
 37. Mishina M., Ohyama M., Ishii K., et al. Low density of sigma1 receptors in early Alzheimer's disease. *Ann. Nucl. Med.* 2008; 22: 151-156.
 38. Iwamoto M., Nakamura Y., Takemura M., et al. TLR4-TAK1-p38 MAPK pathway and HDAC6 regulate the expression of sigma-1 receptors in rat primary cultured microglia. *J. Pharmacol. Sci.* 2020; 144: 23-29.
 39. Mori T., Hayashi T., Su T.-P. Compromising σ -1 receptors at the endoplasmic reticulum render cytotoxicity to physiologically relevant concentrations of dopamine in a Nuclear Factor- κ B/Bcl-2-dependent mechanism: potential relevance to Parkinson's disease. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 2012; 341: 663-671.
 40. Fontanilla D., Johannessen M., Hajipour A.R., et al. The hallucinogen N,N-dimethyltryptamine (DMT) is an endogenous sigma-1 receptor regulator. *Science* 2009; 323: 934-937.
 41. Carbonaro T.M., Gatch M.B. Neuropharmacology of N,N-dimethyltryptamine. *Brain Res. Bull.* 2016; 126: 74-88.
 42. Wallach J.V. Endogenous hallucinogens as ligands of the trace amine receptors: a possible role in sensory perception. *Med. Hypotheses* 2009; 72: 91-
 43. Nichols D.E. N,N -Dimethyltryptamine and the pineal gland: separating fact from myth. *J. Psychopharmacol. (Oxf.)* 2018; 32: 30-36.
 44. Kourrich S., Su T.-P., Fujimoto M., et al. The sigma-1 receptor: roles in neuronal plasticity and disease. *Trends Neurosci.* 2012; 35: 762-771.
 45. Ruscher K., Shamloo M., Rickhag M., et al. The sigma-1 receptor enhances brain plasticity and functional recovery after experimental stroke. *Brain* 2011; 134: 732-746.
 46. Szabo A., Kovacs A., Frecska E., et al. Psychedelic N,N-dimethyltryptamine and 5-methoxy-N,N-dimethyltryptamine modulate innate and adaptive inflammatory responses through the sigma-1 receptor of human monocyte-derived dendritic cells. *PLoS ONE* 2014; 9: e106533.
 47. Ruscher K., Shamloo M., Rickhag M., et al. The sigma-1 receptor enhances brain plasticity and functional recovery after experimental stroke. *Brain* 2011; 134: 732-746.
 48. Osório F. de L., Sanches R.F., Macedo L.R., et al. Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: a preliminary report. *Braz. J. Psychiatry (Rev. Bras. Psiquiatria)* 2015; 37: 13-20.
 49. Uthaug M.V., Mason N.L., Toennes S.W., et al. A placebo-controlled study of the effects of ayahuasca, set and setting on mental health of participants in ayahuasca group retreats. *Psychopharmacology (Berl.)* 2021; 238: 1899-1910.
 50. Morales-García J.A., Calleja-Conde J., Lopez-Moreno J.A., et al. N,N-Dimethyltryptamine compound found in the hallucinogenic tea ayahuasca, regulates adult neurogenesis in vitro and in vivo. *Transl. Psychiatry* 2020; 10: 331.
 51. Weil A.T., Davis W. Bufo alvarius: a potent hallucinogen of animal origin. *J. Ethnopharmacol.* 1994; 41: 1-8.
 52. Hitchler M.J., Domann F.E. Redox regulation of the epigenetic landscape in cancer: a role for metabolic reprogramming in remodeling the epigenome. *Free Radic. Biol. Med.* 2012; 53: 2178-2187.
 53. Sleight F.G., Lynn S.J., Mattson R.E., et al. A novel ego dissolution scale: a construct validation study. *Conscious. Cogn.* 2023; 109: 103474.
 54. Hayashi T., Su T.-P. Sigma-1 receptor chaperones at the er- mitochondrion interface regulate Ca²⁺ signaling and cell survival. *Cell* 2007; 131: 596-610.
 55. Sitaram B.R., Lockett L., Talomsin R., et al. In vivo metabolism of 5-methoxy-N,N-dimethyltryptamine and N,N-dimethyltryptamine in the rat. *Biochem. Pharmacol.* 1987; 36: 1509-1512.
 56. Hayashi T., Rizzuto R., Hajnoczky G., et al. MAM: more than just a housekeeper. *Trends Cell Biol.* 2009; 19: 81-88.
 57. Ruscher K., Shamloo M., Rickhag M., et al. The sigma-1 receptor enhances brain plasticity and functional recovery after experimental stroke. *Brain* 2011; 134: 732-746.
 58. Tsai S.-Y., Hayashi T., Harvey B.K., et al. Sigma-1 receptors regulate hippocampal dendritic spine formation via a free radical-sensitive mechanism involving Rac1xGTP pathway. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 2009; 106: 22468-22473.
 59. Endris V., Wogatzky B., Leimer U., et al. The novel Rho-GTPase activating gene MEGAP / srGAP3 has a putative role in severe mental retardation. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 2002; 99: 11754-11759.
 60. Mueller B.H. 2nd, Park Y., Daudt D.R. 3rd, et al. Sigma-1 receptor stimulation attenuates calcium influx through activated L-type Voltage Gated Calcium Channels in purified retinal ganglion cells. *Exp. Eye Res.* 2013; 107: 21-31.
 61. Kourrich S., Su T.-P., Fujimoto M., et al. The sigma-1 receptor: roles in neuronal plasticity and disease. *Trends Neurosci.* 2012; 35: 762-771.
 62. Misgeld T., Schwarz T.L. Mitostasis in neurons: maintaining mitochondria in an extended cellular architecture. *Neuron* 2017; 96: 651-666.
 63. Daniels T.E., Olsen E.M., Tyrka A.R. Stress and psychiatric disorders: the role of mitochondria. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2020; 16: 165-186.
 64. Allis C.D., Jenuwein T. The molecular hallmarks of epigenetic control. *Nat. Rev. Genet.* 2016; 17: 487-500.
 65. Bertogliati M.J., Morris-Blanco K.C., Vemuganti R. Epigenetic mechanisms of neurodegenerative diseases and acute brain injury. *Neurochem. Int.* 2020; 133: 104642.
 66. Weng T.-Y., Tsai S.-Y.A., Su T.-P. Roles of sigma-1 receptors on mitochondrial functions relevant to neurodegenerative diseases. *J. Biomed. Sci.* 2017; 24: 74.
 67. Kriaucionis S., Heintz N. The nuclear DNA base 5-hydroxymethylcytosine is present in Purkinje neurons and the brain. *Science* 2009; 324: 929-930.
 68. Tahiliani M., Koh K.P., Shen Y., et al. Conversion of 5-methylcytosine to 5-hydroxymethylcytosine in mammalian DNA by MLL Partner TET1. *Science* 2009; 324: 930-935.
 69. Shock L.S., Thakkar P.V., Peterson E.J., et al. DNA methyltransferase 1, cytosine methylation, and cytosine hydroxymethylation in mammalian mitochondria. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 2011; 108: 3630-3635.
 70. Barile M., Brizio C., Valenti D., et al. The riboflavin/FAD cycle in rat liver mitochondria: Riboflavin/FAD cycle in RLM. *Eur. J. Biochem.* 2000; 267: 4888-4900.

71. Berkich D.A., Xu Y., LaNoue K.F., et al. Evaluation of brain mitochondrial glutamate and alpha-ketoglutarate transport under physiologic conditions. *J. Neurosci. Res.* 2005; 79: 106-113.
72. Gibson G.E., Starkov A., Blass J.P., et al. Cause and consequence: mitochondrial dysfunction initiates and propagates neuronal dysfunction, neuronal death and behavioral abnormalities in age-associated neurodegenerative diseases. *Biochim. Biophys. Acta BBA - Mol. Basis Dis.* 2010; 1802: 122-134.
73. Singh K. Mitochondria damage checkpoint in apoptosis and genome stability. *FEMS Yeast Res.* 2004; 5: 127-132.
74. Fagiolini M., Jensen C.L., Champagne F.A. Epigenetic influences on brain development and plasticity. *Curr. Opin. Neurobiol.* 2009; 19: 207-212.
75. Jawaid A., Roszkowski M., Mansuy I.M. Transgenerational epigenetics of traumatic stress. *Prog. Mol. Biol. Transl. Sci.* 2018; 158: 273-298.
76. Costa D.L., Yetter N., DeSommer H. Intergenerational transmission of paternal trauma among US Civil War ex-POWs. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 2018; 115: 11215-11220.
77. Kellermann N.P. Epigenetic transmission of Holocaust trauma: can nightmares be inherited? *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.* 2013; 50: 33-39.
78. Yehuda R., Bierer L.M. The relevance of epigenetics to PTSD: implications for the DSM-V. *J. Trauma. Stress* 2009; 22: 427-434.
79. Pérez-Mediavilla A., Zamarbide M. Maternal imprinting, mitochondrial DNA, nuclear DNA and Alzheimer's disease. *Explor. Neuroprot. Ther.* 2021; 1: 121-126.
80. Bai Q., Burton E.A. Zebrafish models of Tauopathy. *Biochim. Biophys. Acta BBA - Mol. Basis Dis.* (2011) 1812, 353-363.
81. Das S., Rajanikant G.K. Huntington disease: Can a zebrafish trail leave more than a ripple? *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2014; 45: 258-261.
82. Laird A.S., Mackovski N., Rinkwitz S., et al. Tissue-specific models of spinal muscular atrophy confirm a critical role of SMN in motor neurons from embryonic to adult stages. *Hum. Mol. Genet.* 2016; 25: 1728-1738.
83. Crouzier L., Denus M., Richard E.M., et al. Sigma-1 receptor is critical for mitochondrial activity and unfolded protein response in larval zebrafish. *Int. J. Mol. Sci.* 2021; 22: 11049.
84. Batalla M. Therapeutic uses of all-natural 5-MeO-DMT enrichment from glandular secretion of Bufo alvarius toad from the Sonoran Desert. USPTO priority application number US63/415407; 2022.
85. Yaden D.B., Newberg A.B. Mystical Experiences: Unity and Ego-Dissolution. Chapter 12. En: *The Varieties of Spiritual Experience: 21st Century Research and Perspectives*. Yaden D.B., Newberg A.B., Oxford University Press, págs. 224-C12. P140; 2022.
86. Reckweg J.T., Uthaug M.V., Szabo A., et al. The clinical pharmacology and potential therapeutic applications of 5-methoxy-N,N-dimethyltryptamine (5-MeO-DMT). *J. Neurochem.* 2022; 162: 128-146.
87. Lancelotta R.L., Davis A.K. Use of benefit enhancement strategies among 5-methoxy-N,N-dimethyltryptamine (5-MeO-DMT) users: associations with mystical, challenging, and enduring effects. *J. Psychoactive Drugs* 2020; 52: 273-281.
88. Reckweg J., Mason N.L., van Leeuwen C., et al. A phase 1, dose-ranging study to assess safety and psychoactive effects of a vaporized 5-methoxy-N,N-dimethyltryptamine formulation (GH001) in healthy volunteers. *Front. Pharmacol.* 2021; 12: 760671.
89. Moylan S., Maes M., Wray N.R., et al. The neuroprogressive nature of major depressive disorder: pathways to disease evolution and resistance, and therapeutic implications. *Mol. Psychiatry* 2013; 18: 595-606.
90. Konradi C., Eaton M., MacDonald M.L., et al. Molecular evidence for mitochondrial dysfunction in bipolar disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 2004; 61: 300-308.
91. Fattal O., Link J., Quinn K., et al. Psychiatric comorbidity in 36 adults with mitochondrial cytopathies. *CNS Spectr.* 2007; 12: 429-438.
92. Zuccoli G.S., Saia-Cereda V.M., Nascimento J.M., et al. The energy metabolism dysfunction in psychiatric disorders post-mortem brains: focus on proteomic evidence. *Front. Neurosci.* 2017; 11: 493.
93. Tsai S.-Y.A., Chuang J.Y., Tsai M.S., et al. Sigma-1 receptor mediates cocaine-induced transcriptional regulation by recruiting chromatin-remodeling factors at the nuclear envelope. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 2015; 112: E6562-E6570.
94. Sha S., Qu W.J., Li L., et al. Sigma-1 receptor knockout impairs neurogenesis in dentate gyrus of adult hippocampus via down-regulation of NMDA receptors. *CNS Neurosci. Ther.* 2013; 19: 705-713.
95. Uthaug M.V., Lancelotta R., van Oorsouw K., et al. A single inhalation of vapor from dried toad secretion containing 5-methoxy-N,N-dimethyltryptamine (5-MeO-DMT) in a naturalistic setting is related to sustained enhancement of satisfaction with life, mindfulness-related capacities, and a decrement of psychopathological symptoms. *Psychopharmacology (Berl.)* 2019; 236: 2653-2666.
96. Davis A.K., Barsuglia J.P., Lancelotta R., et al. The epidemiology of 5-methoxy-N,N-dimethyltryptamine (5-MeO-DMT) use: Benefits, consequences, patterns of use, subjective effects, and reasons for consumption. *J. Psychopharmacol. (Oxf.)* 2018; 32: 779-792.
97. Chiamulera C., Epping-Jordan M.P., Zocchi A., et al. Reinforcing and locomotor stimulant effects of cocaine are absent in mGluR5 null mutant mice. *Nat. Neurosci.* 2001; 4: 873-874.
98. Bird M.K., Kirchhoff J., Djouma E., et al. Metabotropic glutamate 5 receptors regulate sensitivity to ethanol in mice. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2008; 11: 765-774.
99. Barsuglia J.P., Polanco M., Palmer R., et al. A case report SPECT study and theoretical rationale for the sequential administration of ibogaine and 5-MeO-DMT in the treatment of alcohol use disorder. *Prog. Brain Res.* 2018; 242: 121-158.
100. Inserra A. Hypothesis: the psychedelic Ayahuasca heals traumatic memories via a sigma 1 receptor-mediated epigenetic-mnemonic process. *Front. Pharmacol.* 2018; 9: 330.
101. Davis A.K., Averill L.A., Sepeda N.D., et al. Psychedelic treatment for trauma-related psychological and cognitive impairment among US Special Operations Forces Veterans. *Chronic Stress (Thousand Oaks)* 2020; 4: 247054702093956.
102. Kourrich S., Su T.-P., Fujimoto M., et al. The sigma-1 receptor: roles in neuronal plasticity and disease. *Trends Neurosci.* 2012; 35: 762-771.
103. Ben-Shachar D., Karry R. Neuroanatomical pattern of mito-

chondrial complex I pathology varies between schizophrenia, bipolar disorder and major depression. PLoS ONE 2008; 3: e3676.

104. Tsai S.-Y.A., Pokrass M.J., Klauer N.R., et al. Sigma-1 receptor chaperones in neurodegenerative and psychiatric disorders. Expert Opin. Ther. Targets 2014; 18: 1461-1476.

Declaración de conflicto de intereses: La autora es la inventora de la aplicación de patente provisional que describe los usos terapéuticos del 5-MeO-DMT totalmente natural.

Cita reciente1: Impacto terapéutico en enfermedades mentales y neurodegenerativas de la 5-metoxi-N, N-dimetiltriptamina natural (5-MeO-DMT), agonista farmacológico del receptor sigma-1 a través de la activación mitocondrial, Milena Batalla, autora en La Revista Anales de la Asociación Química Argentina, Vol.110 N°2, pág. 33 - 59. 23 de diciembre de 2023.

Cita reciente2: Batalla M. All-natural 5-MeO-DMT *sigma* receptor 1 agonist and its therapeutic impact in mental and neurodegenerative diseases through mitochondrial activation. *Science Reviews - Biology* 2023; 2 (2): 1-20. <https://doi.org/10.57098/SciRevs.Biology.2.2.1>

Los puntos de vista y opiniones expresados en este artículo son de exclusiva responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente las de la revista ni del equipo editorial.

05

La gestión de un departamento técnico



LIC. MIRTA FORMENTINI



LIC. LETICIA LAVASELLI



LIC. ROXANA MEDÍN

Introducción

Actualmente existen tres Departamentos Técnicos gestionados por Licenciados en Nutrición, en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. El objetivo fundamental de este ensayo narrativo es estimular a colegas a seguir capacitándose y posicionándose



dentro de la profesión en cargos gerenciales.

Ocupar lugares de gerenciamiento permite avanzar en la toma de decisiones en los hospitales públicos y sumar un criterio diferente en los entornos sanitarios, permite participar de los CATA (Comité Asesor Técnico Administrativo de las Direcciones) y posibilitar cambios de paradigma, de hospitales dirigidos en su totalidad por médicos a hospitales con gerenciamientos interdisciplinarios. En los últimos años tomaron protagonismo los Gerentes Administrativos y los Directores Adjuntos que cuentan con títulos del área contable lo que suma a este cambio cultural de promover tareas multidisciplinarias en salud.

En algunos hospitales la estructura de los Departamentos Técnicos fue modificada, incluyéndose un Departamento de Estadística que pertenece al escalafón general, lo que da una gran heterogeneidad de las Divisiones que conforman los Departamentos Técnicos en el ámbito de CABA.

Es importante defender las funciones de los Departamentos Técnicos y sus estructuras para

seguir avanzando en estas posibilidades que se abren hacia modelos de gestión compartidas. Que tengan la función de analizar las estadísticas hospitalarias le dan a esta área mayor jerarquía y actuación en la toma de decisiones.

Desarrollo

A través del Decreto N° 93/24 del 6 de febrero de 2024 se aprobó la nueva estructura orgánica funcional de la Carrera de los Profesionales de la Salud en el marco de la Ley 6035, originando cambios en la estructura de los Departamentos Técnicos.

La misma difiere de un hospital a otro, ya que no en todos se pusieron en funcionamiento los cambios en la Carrera Administrativa, por falta de presupuesto.

Del Departamento Técnico dependen la División Alimentación con su Sección Producción o Sección de Gestión de Servicios Alimentarios (Htal. Santojanni) y la División Servicio Social con sus respectivas Secciones: Consultorios Externos Servicio Social y Sección Internación Servicio Social.

Cómo se observa difieren en su estructura y en el nombre de la Sección que depende de la División Alimentación.

En el Hospital General de Agudos Dr. F. Santojanni, se incorpora la División Auditoría Médica.

En el Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta, que no ha cambiado la estructura original, sigue dependiendo la División Estadística con la Sección Admisión y Egresos, Sección Mesones de Consultorio Externo, Sección Archivos de Historias Clínicas, Sección de Oficios Judiciales y Sección Elaboración y Recopilación de Datos.

En ambos hospitales las Jefas de Departamento Técnico tienen a cargo la supervisión del funcionamiento de la morgue, cuya dependencia administrativa es del área Admisión y Egresos. No así en el Htal. Pirovano que solo gestiona las Divisiones Alimentación y Servicio Social.

Los Licenciados en Nutrición pueden acceder a través de un concurso a la Jefatura de Departamento Técnico, siendo éste el único Departamento en el que se pueden presentar todos los profesionales de la Salud que desempeñan sus funciones en otras áreas del hospital.

La descripción de las Acciones del Departamento Técnico según la estructura orgánico funcional de la Carrera de los Profesionales de la Salud (Decreto N° 93-2024-MS) actual son:

Analizar la información de productividad emanada por los distintos servicios de atención ambulatoria, prácticas e internación, en coordinación con los distintos mesones de oferta de turnos a la ciudadanía.

Elaborar informe final estadístico a petición de la Dirección Médica o Nivel Central.

- Supervisar y coordinar el funcionamiento de la morgue.
- Intervenir en la administración de las Divisiones Alimentación y Servicio Social.
- Intervenir en la programación, coordinación y control de las actividades de su sector.
- Controlar que se brinde asistencia espiritual a los pacientes que lo soliciten.

Si bien las acciones quedaron en relación a las antiguas estructuras, en muchos hospitales están vigentes y se deberá trabajar para su revisión a fin de que los Departamentos Técnicos tengan la estructura necesaria para ser los responsables de elaborar informes estadísticos que actualmente elaboran las

áreas administrativas. Estos datos permiten relevar las horas profesionales dedicadas a cada acción (asistencia en internación, prestación ambulatoria por consultorio externo, supervisión del área de elaboración y manejo de alimentos, horas destinadas a docencia e investigación, participación en Comités Hospitalarios o Grupos de Trabajo) y a través del estudio de las mismas estimar las necesidades del recurso humano.

La Misión del Departamento Técnico es colaborar en la Gestión Institucional favoreciendo el acceso a la atención integral de las personas, mediante acciones de promoción, prevención, y rehabilitación, optimizando los procesos que realizan los servicios que lo integran, incentivando al recurso humano a alinearse a la mejora continua de los mismos, a fin de brindar una prestación oportuna, amigable, equitativa y de calidad, con el uso adecuado de los recursos, ubicando al usuario/paciente como centro de su atención para satisfacer sus necesidades y expectativas.

Como nutricionistas en área de gestión es nuestro compromiso promover la gestión basada en procesos, coordinando todas las actividades de las Divisiones dependientes de este Departamento. Si bien la carrera de grado del Licenciado en Nutrición cuenta con asignaturas que promueven una importante formación en gestión, administración, salud pública, economía, epidemiología, estadística, entre las herramientas que se necesitan para desarrollar tareas en este Departamento, es importante seguir capacitándose para adquirir aptitudes que permitan ser competitivos en estos cargos de alta conducción.

La salud pública debe proponerse incorporar una visión de salud más completa, ya que no sólo es la ausencia de enfermedad, sino que, de acuerdo con la OMS, es "el completo bienestar biopsicosocial", tanto a nivel individual como poblacional. Por eso, existe una responsabilidad del Estado, a través de sus efectores de salud orientar los cambios en acuerdo con los principios de equidad, solidaridad y eficiencia. (Cataldi Amatriain, R.M, et al .2019)

"En las organizaciones de Salud, incluidos los Ministerios, Secretarías y sus dependencias, las Financiadoras, con o sin fines de lucro y las Asistenciales; es una realidad cotidiana observar cómo se desperdician esfuerzos y recursos por fallas de gestión." (Pitaluga, R; Pitaluga F, 2007). Adquirir conocimientos de Gestión de la Calidad, Auditoría y Administración

para dar respuesta a las actividades del Departamento Técnico es fundamental.

Pitaluga, R, define que en diferentes áreas de las organizaciones de salud se gestiona en forma relativamente estanca lo que lleva a la falta de comunicación entre los diferentes actores siendo más notable cuando se trata de la interacción entre los sectores asistenciales con los administrativos o de apoyo. El Departamento Técnico actúa como enlace de estas áreas y puede achicar las brechas comunicacionales entre las áreas de gestión administrativa, personal administrativo y agentes de salud, hay que trabajar en un modelo menos hegemónico-médico y más interdisciplinario.

Desde las Jefaturas de Alimentación donde se gestionan recursos materiales y se debe controlar contratos de empresas tercerizadas, realizar licitaciones públicas y compras menores, los Licenciados en Nutrición se afianzan en la necesidad de mejorar los circuitos en la comunicación con los diferentes referentes profesionales de la salud, técnicos, administradores y directores.

Los Departamentos Técnicos más allá de las áreas que gestionan, siempre desde un lugar gerencial deben trabajar en evaluar la calidad de la atención integral hospitalaria.

Avedis Donabedian, presenta un modelo de análisis de los componentes de la organización, a partir de considerar su posible relación con la calidad de la atención en salud. Se pueden mencionar tres tipos de pruebas para evaluar la calidad:

La estructura o las condiciones físicas e institucionales adecuadas en la que se puede mejorar la calidad. Se incluyen los recursos materiales (instalaciones, equipo y dinero), recursos humanos (número y calificaciones del personal) y la estructura institucional (organización del personal profesional, métodos para evaluar y reembolsos)

El proceso, o las acciones que constituyen la prestación de buena atención en salud. Contiene lo que se realiza en realidad para prestar y recibir servicios, e incluye las acciones del paciente al buscar atención en salud, tanto cómo las acciones del profesional para prestar un diagnóstico y recomendar o instrumentar el tratamiento.

El resultado, es decir lo que se logra con el paciente.

Comprende los efectos de la atención para el estado de salud de los pacientes y poblaciones.

“Donabedian considera que existe una relación funcional entre las tres; una buena estructura aumenta la posibilidad de un buen proceso, y un buen proceso aumenta las posibilidades de un buen resultado”. (Lemus, JD 2001)

Desde el Departamento Técnico siempre se promueve la ética de las instituciones de salud, abordando una ética dialógica que procure dar sentido y legitimidad al fin buscado de la solidaridad. Las instituciones de salud, además de cumplir con las normas, deben ser un modelo de calidad y acreditación que genere confianza, más allá de la declaración de valores de la institución (código de ética empresarial), de la deontología médica (código de ejercicio profesional) y de las guías de buenas prácticas clínicas (con la ayuda de los comités de ética asistencial) procurar que las instituciones pongan en un primer plano los valores éticos de la atención en salud como garantía de una calidad de atención que va más allá de los criterios de excelencia y gestión. (Cataldi Amatriain, R.M. et al, 2019)

Para llegar a medir el cumplimiento de los objetivos cada Departamento Técnico debe construir indicadores. junto a los Jefes de División. Como dice la OPS (2018) “ Los indicadores que miden procesos, son una medida cuantitativa que puede ser usada como guía para monitorear y evaluar la calidad del cuidado profesional significativo y de atención al público y dar soporte a las actividades asistenciales, permitirán realizar el seguimiento y monitoreo permanente”.

Conclusión

La OMS enfatiza en que la evaluación de la calidad de los cuidados no debe únicamente limitarse al nivel de desarrollo técnico o de experiencia, sino que se trata de una responsabilidad que incumbe a todos los trabajadores, investigadores, profesionales de la salud, autoridades y beneficiarios. (Lorenzo Martínez, S. 2014). Desde este cargo de gestión nos transformamos en un nexo entre estos diversos actores.

Es fundamental que las instituciones pongan en un primer plano los valores éticos de la atención en

salud como garantía de una calidad de atención. Es importante hacer un uso eficiente de los recursos para dar respuesta a las necesidades de la salud de la población, siempre aplicando los principios de bioética institucional: la no maleficencia, la beneficencia, la justicia y la autonomía. (Cataldi Amatriain, R.M, et al.2019)

La estructura del Departamento Técnico interrelaciona con todas las Áreas del Hospital, las líneas de acción de sus Divisiones interactúan con toda la comunidad hospitalaria, lo cual le permite tener una visión global del funcionamiento de la institución. Es fundamental crear redes de comunicación eficientes entre los otros Departamentos del hospital.

La experiencia previa de conducir la División Alimentación abre una gran oportunidad para desarrollar de manera eficiente las tareas de gestión en el Departamento Técnico, administrando recursos, diseñando procesos, realizando previsiones de gasto y estimulando al capital humano en sus acciones.

Las Divisiones de este departamento generan información que utiliza el Ministerio de Salud y las autoridades del hospital. Los profesionales que las integran tienen atención directa con pacientes ambulatorios, internados y del área programática.

Para alcanzar los objetivos de calidad del Departamento Técnico es importante satisfacer los estándares de calidad y verificarlos a través de indicadores, lograr trazabilidad y transparencia en el tratamiento de la información, realizar mejoras continuas, rediseñar los procesos de atención y mejorarlos ante los cambios que van sucediendo en la organización. La implementación de un sistema de gestión de calidad debe ser un interés de toda la organización, pero comienza en el personal que lidera los equipos.

Es importante llevar a cabo desde la conducción del Departamento Técnico y sus Divisiones los principios del liderazgo estratégico, trabajar en equipo, es decir un conjunto de personas con habilidades complementarias que están comprometidas con un objetivo en común y una forma de trabajo que sostiene la responsabilidad de cada uno.

El tratamiento de la información se ha visto beneficiada por el desarrollo informático, pudiendo sistematizarse, facilitando la recolección y selección de datos en las bases de almacenamiento, permite disponer de gran cantidad de información organizada, recuperación de

datos, cálculos asociados. La información procesada en cada sector puede ser compartida y conformar una base multidimensional de consulta común, sobre la cual puede facilitar información a las diferentes áreas que toman decisiones. (Lemus. J.D. 2016). La información no tiene valor en sí misma, sino que debe tener un fin transformador de la realidad. Los jefes de Departamento utilizan la información que genera cada División para lograr esa transformación.

El Estado actual enfrenta los desafíos propios de un mundo globalizado, donde la disminución de los presupuestos y el incremento de las demandas, obligan a los administradores públicos a buscar diferentes formas para mejorar los productos y servicios brindados a los ciudadanos. (Castagnaro D, Papurello, 2002).

Los Licenciados en Nutrición tenemos grandes herramientas para dar respuesta a lograr un equilibrio entre recursos, presupuestos y servicios.

El trabajo en equipo fortalece las relaciones humanas, destacando la comunicación, empatía, compromiso, trato cordial, buen diálogo y escucha constante.

BIBLIOGRAFÍA

- Cataldi Amatriain, R.M. et al. Bioética conflictos y dilemas, ED. HYGEA, 2019.
- Castagnaro D, Papurello, N. Dirección General de Tercera Edad, Temas de Gerontología Social, Hogar San Martín-Premio Nacional la calidad, 2002.
- Decreto número 93-2024-MS estructura.pdf
- Lemus J.D, Salud Pública, Marco conceptual e instrumentos operativos, Librería de la ciencia, 2001
- Lemus, J.D y col. Auditoría Médica y Profesional Integral. Capítulo: Tablero de Comando en Salud y su Utilidad en Auditoría Médica y Gestión, 2da. Ed. Editorial corpus 2016.
- Lorenzo Martínez, S. Modelo de Calidad, EFQM, ISO. Balanced Scorecard y otros modelos [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014. Tema 14.10.
- Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos. Washington, D.C.: OPS; 2018.
- Pitaluga R; Pitaluga F. Gestión integrada e integrable de las Organizaciones de Salud. Los diez principios de gestión, 2007.

Los puntos de vista y opiniones expresados en este artículo son de exclusiva responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente las de la revista ni del equipo editorial.



06



LIC. KLGA FTRA MIRIAM PERALTA
y Colaboradores *

Optimizando los tiempos de espera en Kinesiología: Un desafío para la atención hospitalaria

Introducción

La calidad de la atención es la medida en que los servicios de salud, para individuos y poblaciones, aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados. A medida que los países se comprometen a lograr la salud para todos, es esencial examinar cuidadosamente la calidad de la atención y los servicios de salud.

Para brindar una atención médica de calidad (eficaz, segura y centrada en las personas) los servicios de

* Lic. Klga Ftra Mariana Pérez[2], Lic. Klga Ftra Natalia Perrón[3]

salud deben ser¹:

- Oportuno: reducción de los tiempos de espera.
- Equitativo: proporcionar atención que no varía en calidad debido al género, la etnia, la ubicación geográfica y la situación socioeconómica.
- Integrado: proporcionar atención que pone a disposición toda la gama de servicios de salud a lo largo del curso de la vida.
- Eficiente: maximiza el beneficio de los recursos disponibles y evita el desperdicio.

Uno de los desafíos persistentes que enfrentamos en la búsqueda de la excelencia en la atención es la gestión eficiente de los tiempos de espera. Estos son un aspecto crucial para garantizar la satisfacción del paciente, mejorar los resultados clínicos y la eficiencia del sistema de salud. Diversos factores, como la demanda de servicios, la disponibilidad de recursos y la complejidad de los casos, influyen en la duración de los tiempos de espera; y representan un síntoma del desequilibrio entre la oferta y la demanda de servicios de salud. La espera prolongada puede resultar en la progresión de enfermedades, la insatisfacción del paciente y una mayor carga para el sistema de salud. Un estudio publicado en el "Journal of General Internal Medicine" reveló que los tiempos de espera prolongados están asociados con una disminución en la satisfacción del paciente y una menor adherencia al tratamiento médico.²

La reducción de los tiempos de espera no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también contribuye a la eficiencia operativa y la utilización óptima de los recursos. En un informe de la Organización Mundial de la Salud en el 2022, destaca que la gestión efectiva de los tiempos de espera puede



conducir a una distribución más equitativa de los servicios de salud y una mayor accesibilidad para la población.^{3,4}

Los programas de calidad en salud desempeñan un papel crucial en la mejora de los tiempos de espera. Existen algunas estrategias como, la implementación de medidas como la optimización de procesos y la gestión de lista de espera, la capacitación del personal, y la adopción de tecnologías innovadoras pueden tener un impacto significativo. Un informe de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) destaca la eficacia de los programas de mejora de la calidad en la reducción de los tiempos de espera en entornos de atención médica.⁵

El objetivo del siguiente escrito es describir la experiencia en la implementación de una propuesta de mejora exitosa para reducir el tiempo de espera para la atención kinésica motora en salas de internación del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG).

Descripción del problema

En la Unidad de Terapia Física y Kinesiólogía del HNRG se reciben interconsultas médicas de las salas de internación pediátrica. Las interconsultas (IC) son para evaluación, tratamiento post quirúrgico, tratamiento motor, asesoramiento de equipamiento, valoración y/o tratamiento respiratorio, deglución, etc.

Este proceso no estaba estandarizado y se veía reflejado en la demora y/o ausencia de la respuesta a la

IC, generando un impacto negativo en la atención oportuna de los pacientes internados.

Como punto de partida se conformó un equipo de trabajo para el diseño e implementación de las propuestas de mejora conformado por

profesionales de Kinesiología de planta y de guardia que se desempeñan en el área de internación. Se realizaron reuniones semanales, donde se pudo definir un estado de situación de las áreas donde el tiempo de demora que estimamos era mayor.

Para el análisis del problema se utilizaron herramientas de calidad como tormenta de ideas, diagrama de Ishikawa o espina de pescado, flujograma de proceso e indicadores de proceso y resultado.

Indicador de proceso:

-Tiempo de espera promedio (TEP) = (total de días desde la solicitud hasta la atención de cada paciente / número total de pacientes) x 100

Indicador de resultado:

-Porcentaje de respuesta real (%RR) = (N.º de IC respondidas / N.º de IC solicitadas totales) x 100

Dentro de los problemas observados a través del uso de herramientas de la calidad se pueden mencionar:

- Con respecto a las IC: se observaron subregistros; falta de especificación del diagnóstico; IC tardías; informales, ya sea verbales o telefónicas directas al celular del profesional, no quedando registradas.
- Con respecto al seguimiento: dificultades en la articulación entre Kinesiólogo de guardia y planta cuando la IC es durante la guardia de manera informal; dificultades en el seguimiento del paciente cuando se los traspasa a otras áreas del hospital.
- Déficit de recurso humano especializado para cu-

brir la demanda.

Se realizó el análisis retrospectivo de la base de datos de la estadística de la Unidad de Terapia Física y Kinesiología. Se analizó el tiempo de espera hasta la atención efectiva durante el período de marzo a mayo de 2022 a través del indicador tiempo de espera promedio (TEP) arrojando como resultado un promedio de 3,8 días.

Se recibieron 31 IC para Kinesiología Motora por primera vez, de las cuales se respondieron 25 arrojando un porcentaje de respuesta real (%RR) del 80%.

Mejora de proceso

A partir de los resultados obtenidos de TEP y %RR se implementa un cambio en el proceso de admisión de pacientes y una redistribución del recurso humano a partir de diciembre 2023.

Se plantea cómo objetivo una disminución del 50 % del TEP hasta la atención kinésica del paciente internado.

Desarrollo

-Se implementa el uso de una planilla electrónica sistematizada para el registro de las IC de pacientes internados en salas con referencia del profesional de Kinesiología interviniente. La misma es cargada por las profesionales de planta referentes del área. (figura 1)

Fecha interconsulta	Unidad	N y Apellido	Patología	Interconsultor	tiempo espera	Fecha IK	Kinesiólogo
20/2		4	ECNE		1	19/02/2024	
30/04/2024		5	Hemofilia Grave		3	03/05/2024	
24/04/24		5	Pop tumor fosa post		1	25/04/2024	
29/04/2024		6	ACV Isquémico		2	02/05/2024	
30/04/2024		7	Pop recambio válvula mitral		3	03/05/2024	
29/02/2024		7	Encefalitis		1	06/03/2024	
24/04/2024		9	Inmuno Deficiencia Primaria		1	25/04/2024	
20/03/2024		5	Sme Guillain Barre		1	21/03/2024	
09/01/2024		7	Sme Guillain Barre		2	11/01/2024	
30/01/2024		7	Sme Guillain Barre		0	30/01/2024	
07/03/2024		10	ACV Hemorrágico		1	08/03/2024	
04/03/24		5	Sme de Down		0	04-03-2024	
04/03/2024		5	Sme Prune Belly		0	04/03/2024	
03/04/2024		4	ECNE		0	03/04/2024	
25/04/2024		4	Meduloblastoma		0	25/04/2024	
08/05/2024		6			0	08/05/2024	
24/04/24	oncologia		Tumor tronco encefálico		1		
28/12/2023		5	Hemofilia Grave		0		
14/05/2024		4	Hidrocefalia Congénita		0		
18/01/2024		5	Shock séptico		0	18/01/2024	
14/03/2024		6	Retraso madurativo		0	14/03/2024	
		5	Sme Cornelle Lange		0	18/04/24	
18/04/2024		5	MMC		0	18/04/2024	
21/02/2024		5	Traumatismo craneoencefálico		0	21/02/2024	
06/03/2024		7	Pop aneurisma arteria mesentérica		0	06/03/2024	
		7	Sarcoileitis		0	24/03/2024	
06/03/2024		7	Trisomía 17p		3	11/03/2024	
04/03/2024		9	Aplasia Medular		1	05/03/2024	
18/03/2024	CE		ECNE		1	18/04/2024	
16/05/2024		4	Tumor tronco encefálico		1	17/05/2024	
15/05/2024		9	Enf Granulomatosa Crónica		2	17/05/2024	
17/01/2024		7	Sme de May Thurner			17/01/2024	
04/01/2024		7	Toxoplasmosis congénita			11/01/2024	
15/01/2024		8	Miastenia gravis			16/01	
02/02/2024		6	Artritis Séptica			02/02/2024	
23/01/2024		8	Sme Guillain Barre			23/01/2024	
21/02/2024		6	Miastenia gravis			23/02/2024	
27/05/2024		10	Linfoma artritis séptica			30/05/2024	
29/05/2024		5	Sme Guillain Barre			30/05/2024	
30/05/2024		10	Absceso cerebral			06/06/2024	
05/06/2024		9	Linfoma de Burkett		1	06/06/2024	

Figura 1 Fuente propia

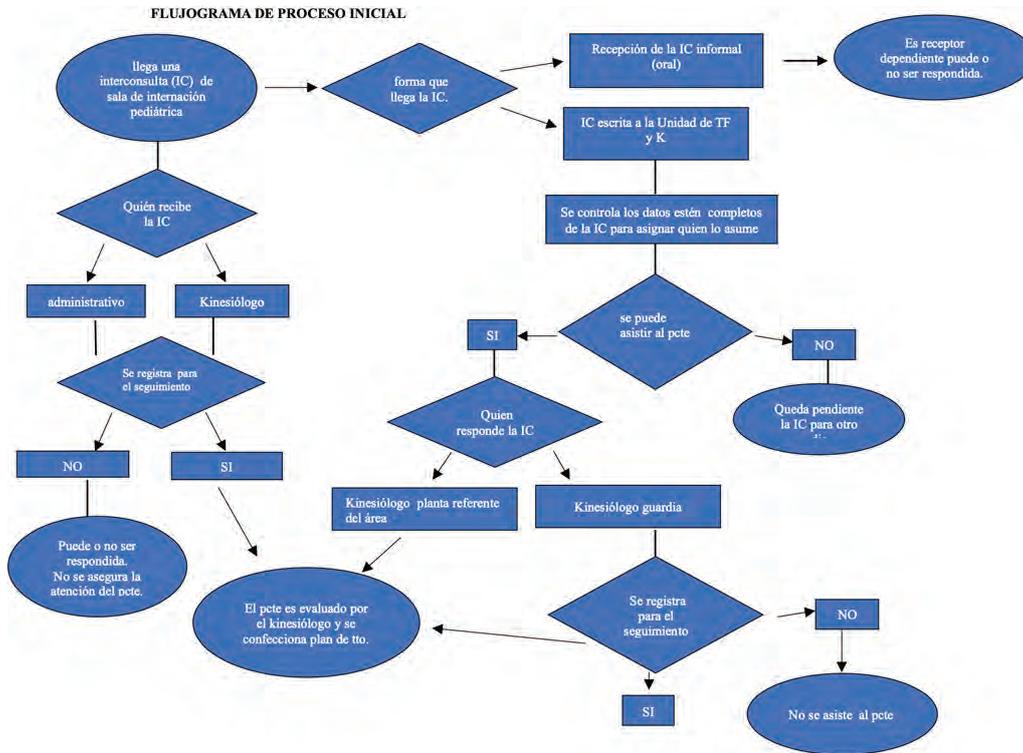
-Se redistribuyen las tareas y se incorpora la figura del Kinesiólogo Orientador para la gestión de solicitudes de IC que llegan por primera vez a la Unidad de Terapia Física y Kinesiología.

-Se clasifican las IC de acuerdo a su urgencia: Aquellas clasificadas de urgentes (patología agudas o post quirúrgico inmediato, independiente del motivo de IC respiratorio y/o motor.) son asistidas por Kinesiólogo de Guardia o el Kinesiólogo de la sala para

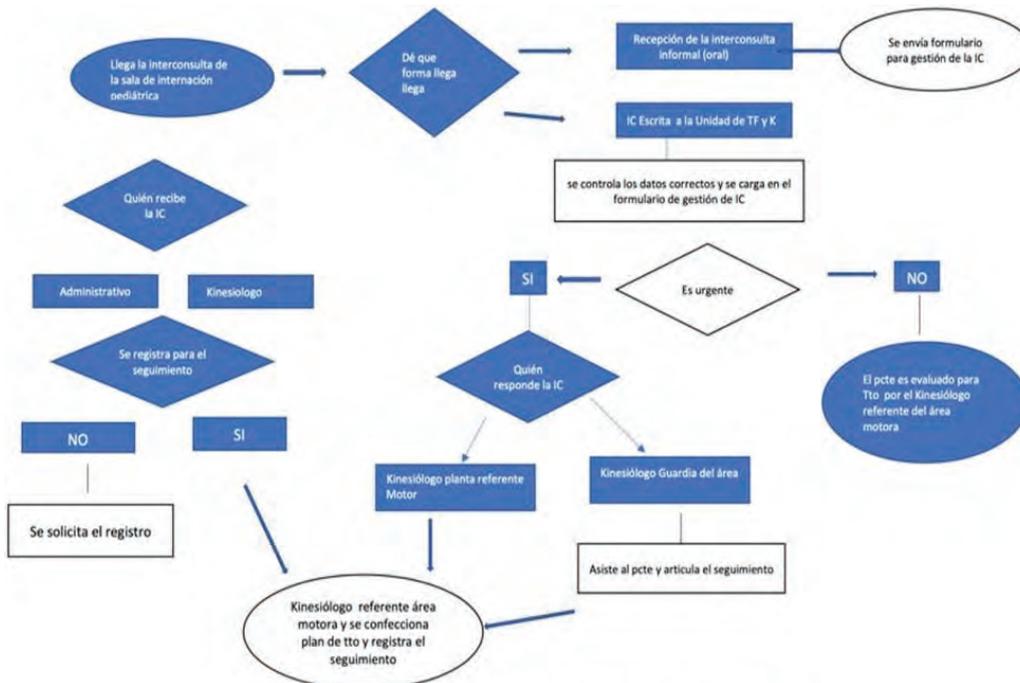
luego articular el seguimiento con el referente del área motora; aquellas IC de seguimiento y/o patologías crónicas se derivan para atención al profesional especializado en el área motora.

-Se habilitan canales de comunicación formales alternativos: teléfono interno de la Unidad de Terapia Física y Kinesiología, número de WhatsApp para IC de los pacientes ambulatorios e internados y formulario Google form para enviar la IC. (anexo 1)

Flujograma inicial del proceso de admisión de IC



Flujograma mejorado del proceso de admisión de IC



PROPUESTA DE MEJORA:FLUJOGRAMA DE PROCESO ADMISION DE LA IC

Resultados obtenidos posteriores a la implementación de la mejora

A partir de la implementación del nuevo proceso de mejora se analizaron nuevamente los indicadores desde enero a septiembre de 2024. De un total de 72 C de primera vez, se obtuvo un 100% de %RR a las IC siendo el TEP de 1,08.

Conclusiones

En el proceso de mejora realizado en la Unidad de Terapia Física y Kinesiología se obtuvo una mejora del 70 % en el TEP hasta la atención efectiva kinésica en pacientes internados, además de haber respondido a todas las IC solicitadas, superando los objetivos planteados inicialmente.

La reducción en los tiempos de espera es un desafío para los programas de mejora de la calidad. La utilización de herramientas sencillas permite reorganizar procesos administrativos y asistenciales para brindar una atención oportuna, eficiente e integrada a los pacientes. Detectar las causas que determinan la demora, para modificar el diseño del proceso de atención, es la base de toda mejora de calidad.

Es importante monitorear el proceso periódicamente para detectar desviaciones y plantear nuevos objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización mundial de la Salud (OMS).(2020).Servicios sanitarios de calidad. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- Chaudhry B, Wang J, Wu S, et al. (2006). Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. Ann Intern Med; 144(10): 742-752.
- Organización mundial de la Salud (OMS)(2022) . Salud Universal Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
- Báscolo E,Houghton N, Del Riego A. (2020). Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. Rev. Panam Salud Publica. 2020;44:e94.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 2018. Quality improvement initiatives: reducing wait times for patients in primary care. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/index.html>

NOTAS

- Jefa de la Unidad de Terapia Física y Kinesiología HNRG. Comité de Calidad y Seguridad del paciente HNRG.
- Kinesióloga de Planta HNRG.
- Kinesióloga de Planta HNRG.

Anexo 1

IC para Unidad de Terapia Física Y Kinesiología
*Obligatorio

N y A paciente *
Tu respuesta

DNI *
Tu respuesta

Edad *
Tu respuesta

Sala *
Tu respuesta

Médico derivante (NyA / matricula) *
Tu respuesta

Diagnóstico *
Tu respuesta

Motivo de consulta *

- aspecto motor
- aspecto respiratorio
- aspecto traumatologico
- toma de muestra
- toma de muestra COVID
- Seguimiento post egreso hospitalario
- otro

Observaciones
Tu respuesta

Enviar

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Los puntos de vista y opiniones expresados en este artículo son de exclusiva responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente las de la revista ni del equipo editorial.

07

Derechos Humanos e Inclusión Social, una realidad posible



LIC. ELIDE MOLINA
Psicóloga-Especialista en
Psicología Clínica-Terapeuta
Cognitivo Conductual
-Coordinadora R.A.R.P. Pompeya

Introducción

El presente trabajo refleja la labor transdisciplinaria que comenzó hace 9 años con el gran objetivo/desafío de reinsertar dentro de la comunidad a jóvenes con patología mental severa.

Desde el año 2015 el equipo interdisciplinario que forma parte de la Residencia Asistida de Rehabilitación Psicosocial Pompeya interviene con una perspectiva de restitución de derechos.



Como corolario de la ley de Salud Mental n°26.657 y la ley local nro.448 y en base a los principios internacionales para la Salud Mental adoptados por la Asamblea General de la ONU, dirigido a la inclusión social y comunitaria progresiva de las personas con padecimiento mental, en septiembre de 2012 se pone en funcionamiento la Residencia Asistida de Rehabilitación Psicosocial Pompeya.

Para que la inclusión de las personas derivadas luego de su internación en hospitales psiquiátricos sea exitosa requiere de una intervención que revierta las discapacidades causadas por la enfermedad y el encierro, romper con la lógica asilar.

Este dispositivo permite desde una perspectiva de restitución de derechos de manera psico educativa, la reinserción o rehabilitación de las personas con padecimientos mentales. Es un paso necesario para su retorno en la comunidad a través de mecanismos de aprendizaje.

EI PROYECTO INSTITUCIONAL, expresa que el Hogar está destinado a asistir y brindar alojamiento transitorio a adolescentes de entre 13 y 18 años.

Perfil de admisión: Adolescentes hasta 18 años, que hayan estado internados en hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires diagnosticados/as con algunos de los cuadros que se detallan, con tratamiento adecuado que se encuentren compensados psiquiátricamente y presenten adherencia al tratamiento.

- Trastornos psicóticos (esquizofrenia y otros)
- Retraso mental leve moderado con exclusión de cuadros neurológicos deteriorantes.

Nuestro objetivo

Es estimular y fomentar la producción de nuevos pa-



trones de interrelación entre los jóvenes que residen en el dispositivo.

Promover la autonomía y el auto-valimiento

Trabajar en **Redes** entre los equipos de la residencia con los equipos tratantes de salud, con los referentes de los diferentes ámbitos de la comunidad por donde circulan los jóvenes.

El incremento de la autonomía de los usuarios, la promoción de derechos y su inclusión comunitaria.

Ampliar el compromiso profesional con la producción de Salud, quebrando obstáculos o etiquetas que aíslan y no permiten la comunicación.

Metodología de trabajo

El método propuesto es de gestión y de planificación de las acciones e intervenciones realizadas. En este sentido puede ser considerado un método terapéutico y educativo. Terapéutico es tomado como la capacidad de poder sanar.

Según Barembliitt "Dispositivo es un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos, actualiza potencialidades e inventa lo nuevo radical" (Barembliitt, 1992, PP151)

Es decir, los Hogares, casas de medio camino, son espacios creados para intervenir en la realidad cotidiana, por el momento estamos trabajando en tal sentido logrando pequeñas modificaciones del funcionamiento de las organizaciones. Aunque en general el viejo orden administrativo y la antigua organización del proceso de trabajo continúan produciendo subjetividades según la lógica dominante.

Desde esta perspectiva nos encontramos con la tarea de crear una modalidad de abordaje que deje de lado las prácticas estáticas, con integración de las áreas de trabajo.

Por lo tanto, esta transversalidad permitirá tener un abordaje y una intervención que no le sume fragmentación al sujeto.

Nuestras intervenciones y estrategias se realizan en equipo de manera transversal, flexibilizando las incumbencias de todos los que formamos parte del equipo.

Marisel Oliva Calvo, en su ensayo "Transdisciplinaria, vínculos e integración de saberes" (2007), la transdisciplinaria se concibe como una visión del mundo que busca ubicar al hombre y a la humanidad en el centro de nuestra reflexión, y desarrollar una concepción integradora del conocimiento.

Trabajando desde esta perspectiva ecológica todos los conceptos y todas las teorías están interconectados, no hay jerarquía de conceptos ni una disciplina más importante que la otra. En consecuencia, se realizan esfuerzos para correlacionar disciplinas, para buscar una axiomática flexible común entre ellas.

Las intervenciones se abordan desde tres aspectos que hacen a nuestro quehacer profesional.

- Saber: Capacidad para valorar necesidades y planificar estrategias de intervención Investigar y actualizar conocimiento para mejorar su práctica
- Saber hacer: diseñar, implementar y evaluar planes de intervención, revisando su eficacia. Trabajar en solidaridad, con empatía y atención
- Saber ser: intervenir para la ayuda en la toma de decisiones. Promover el crecimiento y la independencia de cada joven.

Creando un lugar de acogimiento en donde puedan atravesar y circular por experiencias propias de la niñez y la adolescencia sosteniendo, escuchando y posibilitando el despliegue de su problemática para poder darle un lugar diferente desde el equipo profesional.

Marcuse escribió que lo instituido –concretizado bajo la forma de estructuras, normas y valores dominantes– representa la materialización del principio de realidad (Marcuse 1998), es decir la organización real de una institución o un modo de producción no son obra de la casualidad. Al contrario, reflejan intereses, directrices y valores dominantes, en un contexto dado.

Nuestra propuesta por lo tanto pretende conseguir

un cambio innovador, según un reordenamiento basado en el vínculo Terapéutico entre el equipo de profesionales y un trabajo transdisciplinario permitiendo la superación de estos obstáculos.

Estimular y fomentar la producción de nuevos patrones de interrelación entre los equipos ampliando el compromiso profesional con la producción de Salud, quebrando obstáculos a la comunicación. Pequeñas modificaciones en las técnicas con que se organiza el trabajo, aspectos aparentemente inocentes de la ordenación del trabajo y de la gestión en salud tienen repercusiones asistenciales y éticas de gran relevancia.

Equipo de Trabajo



Roles y funciones del equipo

Nuestros roles y funciones por las características de nuestro dispositivo y el marco teórico elegido es flexible y si bien cada miembro del equipo tiene su especificidad la modalidad de trabajo es colaborativa.

La población objetivo de nuestros dispositivos, provienen de medios socioculturales de alta vulnerabilidad psicosocial. Han sido expuestos a situaciones, vivencias de alto componente estresante, provienen de familias disfuncionales.

Es fundamental tener en cuenta estas variables que impactan sobre el cuerpo y la estructura psíquica en el momento de planificar, prácticas y los modos de organizar nuestros dispositivos, de manera de no seguir replicando la inequidad.

Las intervenciones que se realizan dentro de la Residencia están orientadas a la psico-educación tendientes al desarrollo de las habilidades sociales y a la inteligencia emocional

Intervenir desde esta perspectiva, permite mejorar la inclusión de los jóvenes que residen en la Residencia de rehabilitación psicosocial Pompeya dentro de los diferentes espacios de la comunidad en donde transitan, así como también mejorar la convivencia

dentro del dispositivo y las situaciones de violencia que se puedan generar.

Para poder conseguir el logro de nuestro objetivo, la plena inclusión de los jóvenes dentro de la comunidad con una perspectiva psicosocial, se elaboran proyectos individuales para cada adolescente con estrategias especiales para cada caso. Esto incluye al proceso acorde a la funcionalidad subjetiva y de reinserción social mediante distintas instituciones de la comunidad.

Nuestro espacio de trabajo es complejo porque se entrecruzan diferentes organismos, sectores, saberes y discursos. El discurso legal, médico, social, las representaciones que cada uno de estos actores tienen sobre las personas con padecimiento mental crónico.

Es por este motivo que a lo largo de este tiempo, hemos logrado crear una red de referencia con diferentes actores de la comunidad.

Escuelas de acuerdo con sus posibilidades y necesidad de apoyo articulamos con el área de educación común, educación especial, programa PAEBYT, Bachilleratos populares, CBO. Garantizando su derecho a la educación. **Programas de formación laboral y recreativos**, como el Programa Adolescencia, Programa Lazos, Centros de formación profesional dependientes del Gobierno de la Ciudad, Casa Club, Emprendimiento socio laboral Aranguren y Programa jugar jugando.

El **Programa de Desarrollo de Inteligencia Emocional y Habilidades Sociales** es un programa creado por nosotros como equipo y atraviesa todas las intervenciones que se realizan en la residencia.

Desde el área de terapia ocupacional se pauta junto a los usuarios salidas recreativas durante todos los fines de semana, han asistido, al cine, a muestras de cómic o de arte, recitales, centros culturales, etc.



El equipo de operadores socio comunitarios han sido capacitados con este marco teórico y desde ese lugar realizan sus intervenciones ya que ellos son los que están las 24 horas con los/as jóvenes

Con una frecuencia mensual se realizan reuniones de todo el equipo para actualizar, fijar objetivos y solucionar dificultades que puedan presentarse.

Área Psicología/Coordinación General

Responsable del cumplimiento del proyecto institucional, su desarrollo y correspondiente evaluación

Creación de espacios de reflexión sobre la gestión y desarrollo del proyecto institucional con una

frecuencia semanal, con el equipo técnico y la coordinación de operadores.

Supervisión de todas las áreas de trabajo y asignación de las tareas correspondientes

Coordinación de reuniones periódicas con el equipo técnico para revisar y elaborar estrategias

de intervención

Contacto permanente con los distintos actores intervinientes para establecer acuerdos y estrategias frente a situaciones personales de cada uno/a de los/as adolescentes

Control y seguimiento de los tratamientos que los/as adolescentes llevan adelante en los efectores públicos y articulación permanente con los mismos

Representa a la institución en las distintas instancias de Salud, Educación, Judicial, Organismos Oficiales de Supervisión y Seguimiento, Desarrollo Social, Trabajo, Deportes, con el fin de articular y/o intercambiar información, recursos, capacitación, experiencias, recreación, salidas especiales, etc

Se realizan asambleas de convivencia con una

frecuencia de 2 veces por semana o en forma espontánea si surge alguna dificultad entre alguno de los usuarios o de los usuarios con algún operador.

Se mantienen en forma permanente y a demanda de las jóvenes entrevistas individuales, sobre situaciones que surgen en forma cotidiana.

Se mantiene contacto con las escuelas a las que concurren cada uno de los jóvenes y se asisten a reuniones o entrevistas para conversar sobre sus progresos y dificultades.

Se mantiene contacto permanente con los equipos-tratantes del Hospital Tobar García y Hospital Alvear para acordar pautas y estrategias de abordaje de las problemáticas de cada uno de los usuarios

Se realizan reuniones con los familiares o referentes afectivos de los jóvenes para trabajar su revinculación.

Se realizan talleres de educación para la salud y desarrollo de habilidades.

Se comenzó a trabajar un programa de desarrollo de inteligencia emocional.

-Coordinar con el resto del equipo técnico profesional y la coordinadora de operadores las reuniones de equipo de la residencia con presencia de operadores, enfermeras para evaluar y acordar estrategias en forma mensual, en estas reuniones también se realizan talleres de capacitación para los operadores.

Área Psiquiatría

Basándose en el proyecto Institucional, se trabaja interdisciplinariamente con todos los efectores de salud para promover una mejor atención para los usuarios.

El rol del psiquiatra dentro del hogar es mantener un contacto fluido con los equipos tratantes. Se evalúa individualmente la problemática de salud de los adolescentes.

Se trabaja en forma permanente la adherencia al tratamiento para evitar reinternaciones, se realiza seguimiento en caso de presentar descompensaciones para comunicarlo al equipo tratante

Los turnos para cada especialidad se tramitan en

conjunto con la trabajadora social

Área Terapia Ocupacional

Se trabaja para que cada uno de los chicos logre una rutina adecuada saludable y responsable de *actividades de la vida diaria (higiene, arreglo personal, cuidado de la imagen.*

Se realizan planillas con cronogramas de tareas según día y horario para que cada uno pueda lograr la mayor independencia posible en dichas actividades.

Se interviene dentro de las áreas ocupaciones AVD (actividades de la vida diaria), AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria), trabajo y tiempo libre. El objetivo general es mejorar su calidad de vida, para esto se interviene en su rutina de actividades buscando que las mismas sean funcionales, acordes a sus gustos y preferencias.

Área enfermería

Encargado del control, preparación y administración de la medicación.

Promover la autonomía, el empoderamiento y la adherencia al plan farmacológico establecido por el equipo tratante.

Promover prácticas de autocuidado de salud y bienestar general.

Área Trabajo Social

Mantiene contacto con los distintos actores intervinientes (Defensorías, AGT, Asesores, Juzgados, etc.) para el seguimiento de cada uno de los legajos de los/as jóvenes

Mantiene contacto con otras instituciones donde estuvieran alojados hermanos y propicia el encuentro con los mismos

Coordina y supervisa las visitas vinculares

Mantiene el orden de los legajos con la documentación concerniente a las intervenciones, actualización de DNI, CUD, etc.

Gestiona los controles de salud generales y específicos articulando con diferentes redes hospitalarias.

Área psicopedagogía

Realiza una evaluación al ingreso de el/a joven para evaluar la escolaridad apropiada.

Se encarga de reunir la documentación requerida por cada institución para ingresar a la misma.

Mantiene un contacto permanente con cada una de las instituciones para acompañar a cada usuario.

Lleva adelante un seguimiento y apoyo de los requerimientos de cada uno/a de los residentes en la residencia.

Administración/Coordinador/a de operadores

Responsable del seguimiento y orientación de los operadores del Hogar

Organiza los turnos de trabajo de los mismos

Brinda herramientas de comunicación (carpetas, etc.)

Realiza el seguimiento técnico del equipo de operadores

Equipo de Operadores Sociocomunitarios

Atiende y sostiene la vida cotidiana de los/as adolescentes desde los aspectos emocionales hasta la alimentación, higiene, salud, educación y recreación

Tiene la responsabilidad del cumplimiento de todos los horarios de las diversas actividades del Hogar (colegios, actividades recreativas, citas médicas, etc.)

Atiende a las necesidades en salud de los/as adolescentes y registra las diferentes acciones en los cuadernos correspondientes

Ayuda al sostén de la escolaridad, acompañando el traslado a las actividades

Favorece la creación y construcción de espacios de confianza para que de este modo los/as jóvenes crezcan y se desarrollen integralmente

Mantienen una disposición constante a una buena y sana convivencia

Sostiene una actitud positiva, potenciando los hábi-

tos saludables sobre sí mismos como también del cuidado general del orden y estado de la casa

Participa en la organización de actividades y realiza el acompañamiento y valoración a las mismas, mediante el uso de un cuaderno de operadores

Mantiene una comunicación fluida con los demás operadores, con el equipo técnico y directivo, para lograr el alcance de los objetivos institucionales y/o implementar nuevas estrategias para el bienestar de los mismos

Está atento a las directivas diarias y aplicación de las decisiones tomadas por el equipo técnico

Conclusiones

Trabajando de esta manera, el porcentaje de jóvenes que lograron incluirse nuevamente, con su familia o algún referente afectivo, aumenta año tras año.

Todos participaron de forma activa de diferentes espacios de la comunidad.

Mejores posibilidades de egreso- Variables que intervienen en la efectividad:

Quienes cuentan con familia y/o referentes afectivos.

Quienes logran inserción y permanencia en dispositivos de rehabilitación psicosocial.

Dificultades de Egreso:

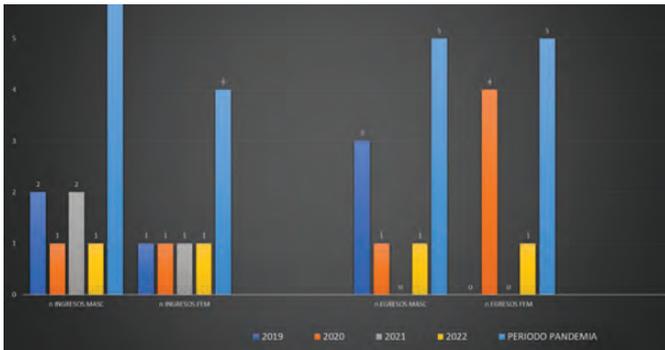
Déficits propios de la patología de base que dificulta la vida autónoma.

Problemáticas socioeconómicas: falta de acceso a empleo, vivienda de su grupo familiar.

Ausencia de referentes familiares y red de contención

Presencia de discapacidad intelectual asociada-

Número de ingresos y egresos periodo de pandemia 2019-2022



PROPORCIÓN DEL TOTAL DE LOS EGRESOS EN LOS 9 AÑOS EVALUADOS DE JOVENES QUE VOLVIERON CON SUS FAMILIAS O A OTROS DISPOSITIVO



BIBLIOGRAFIA

- Almeida Filho, Naomar: 1997, "Transdisciplinariedad e Saúde". Revista Ciencia e Saúde Colectiva II
- Baremlitt, Gregorio, 1992, "Compendio de Análise Institucional e outrascorrentes ": Teoría e prática. Editora Rosa dos Ventos, Rio de Janeiro.
- De Souza Campos G,W, 2009-"Metodo Paideia: análise
- Marcuse,H 1998 "Eros e civilização una intervencao Filosófica do pensamento de Freud" editora Guanabara-Koogan
- I. Levav- "Temas de Salud Mental en la Comunidad" Serie Paltex para ejecutores de Programas de Salud nro 19. OPS
- Dr. Mario Rovere -"Redes Hacia la construcción de redes en Salud" Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario. 2da edición 2000.

Los puntos de vista y opiniones expresados en este artículo son de exclusiva responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente las de la revista ni del equipo editorial.

08

Conocimientos, actitudes y modelos de prácticas sobre cumplimiento del Protocolo de intervención mínima en recién nacidos pretérminos



LIC. MARTA EDITH SÁNCHEZ
Licenciada en Enfermería, Docente Adscripta UBA.



MG. JUAN LÓPEZ
Licenciado y Magíster en Enfermería.



LIC. DANIELA LILIANA ARANDA
Lic en Enfermería, Especializado en Enfermería Legal, y Administración y Gestión.



LIC. ADRIANA MANQUEZ
Licenciada en Enfermería, ECI, Diplomada en Calidad de atención en salud y Seguridad del paciente..



LIC. RITA PATRICIA ESCALANTE
Licenciada en Enfermería.



MG. DORIS MARCELA ZEBALLOS
Lic. en Enfermería, Profesora nivel superior, Mg. en gerenciamiento integral de servicios de enfermería, Especialización en enfermería legal.

Resumen

Introducción: Los protocolos de intervención mínima deben tener en cuenta todas las condiciones necesarias para el correcto neurodesarrollo del prematuro y variables ambientales que pueden provocar estrés en estos pacientes. Objetivo: evaluar los conocimientos de los enfermeros en el modelo de práctica para el cumplimiento del Protocolo de intervención mínima en recién nacidos pretérminos. Método: Investigación descriptiva, transeccional en noviembre del 2020 en el servicio de neonatología de un Hospital del conurbano bonaerense. Muestra: 91 enfermeros. Instrumento: Se utilizó un cuestionario ad hoc. Ponderado a escala de Likert. Previa validación interna a un piloto con un alfa de Cronbach de 0,95. Resultados: El 89% de la muestra fueron mujeres, el 54% son licenciados y la edad promedio fue de $39,7 \pm 6,46$ con una antigüedad promedio en el servicio de $8 \text{ años} \pm 4,32$. El 53% constituye planta

permanente, el 24% se desempeña en el turno SADOFE. En el ingreso y perfusión el 96% tienen conocimientos. Signos vitales de extubación y procedimientos para accesos vasculares el 98% y el 100% para la asistencia respiratoria mecánica. El 97% posee conocimientos sobre manipulación del recién nacido y en la preparación para la intubación. En la canalización y descolonización el 95%. En sistemas de humidificación el 93% tiene conocimientos y el 99% en el control de la condensación. El 89% se autopercebe con conocimientos para realizar el pase de guardia/ entrega de turno y el 86% tiene conocimientos respecto a la higiene de la incubadora. Conclusiones: Las percepciones reflejadas afirman que el personal de enfermería conoce los distintos aspectos que contempla el modelo de atención en el Protocolo de intervención mínima en recién nacidos pretérminos en su mayoría.

Palabras clave: Prematuridad Neonatal, Cuidado Intensivo Neonatal, Protocolos de Enfermería

Abstract

Introduction: The minimal intervention protocols must take into account all the necessary conditions for the correct neurodevelopment of premature infants and environmental variables that can cause stress in these patients. **Objective:** to evaluate the knowledge of nurses in the practice model for compliance with the Minimum Intervention Protocol in preterm newborns. **Method:** Descriptive, trans-sectional research in November 2020 in the neonatology service of a Hospital in the Buenos Aires suburbs. **Sample:** 91 nurses. **Instrument:** An ad hoc



questionnaire was used. Weighted on a Likert scale. Previous internal validation to a pilot with a Cronbach's alpha of 0.95. Results: 89% of the sample were women, 54% are graduates and the average age was 39.7 ± 6.46 with an average length of service of $8 \text{ years} \pm 4.32$. 53% constitute a permanent plant, 24% work in the SADOFE shift. In admission and perfusion 96% have knowledge. Vital signs of extubation and procedures for vascular access 98% and 100% for

mechanical respiratory assistance. 97% have knowledge about handling the newborn and preparing for intubation. In channeling and decolonization 95%. In humidification systems, 93% have knowledge and 99% in condensation control. 89% self-perceived with knowledge to carry out the guard pass / handover of shift and 86% have knowledge regarding the hygiene of the incubator. Conclusions: The reflected perceptions affirm that the nursing staff knows the different aspects that the care model contemplates in the Protocol of minimal intervention in preterm newborns in its majority.

Keywords: Neonatal Prematurity, Neonatal Intensive Care, Nursing Protocols.

Artículo Científico

Introducción

En la actualidad se conoce que existen sobrecargas ambientales que pueden producir estrés en el neonato al estar expuesto a diversos estímulos, tales como: luz, ruido, manipulación excesiva, exposición al dolor, entre otros. Asimismo, el restablecimiento

del vínculo entre la madre y el recién nacido mediante la aplicación del método mamá canguro es un factor primordial ya que contribuye al desarrollo afectivo, mejora el estado de salud del prematuro y favorece a la lactancia.¹

Según S. Rellan Rodríguez, C. García de Ribera y M. Paz Aragón García (2008)² en los Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP plantean que el parto prematuro es el mayor desafío clínico actual de la Medicina Perinatal. La mayor parte de las muertes neonatales ocurren en recién nacidos prematuros, y la prematuridad es un factor de alto riesgo de deficiencia y discapacidad, con sus repercusiones familiares y sociales. Existe un aumento de la tasa de prematuridad en los países desarrollados, que refleja no solo el aumento de la tasa de incidencia, sino también los cambios en la práctica asistencial a estos neonatos, con avances de los cuidados obstétricos y neonatales, que permite la supervivencia de neonatos cada vez más inmaduros.

De ahí surge la importancia de la realización de protocolos en la unidad de cuidados intensivos al igual que la formación del personal que trabaja con los recién nacidos prematuros para organizar, consensuar y lograr obtener los mejores resultados en estos recién nacidos de riesgo; el conocimiento científico y el práctico se potencian en quienes realizan el trabajo sobre estos pacientes. Estos protocolos elaborados deben tener en cuenta todas las condiciones necesarias para el correcto neurodesarrollo del prematuro así como todas las variables ambientales que pueden provocar estrés en estos pacientes.³

En nuestro país para establecer los niveles de atención en las terapias intensivas neonatales es necesario dada la enorme extensión geográfica considerar los aspectos demográficos del área donde funcionan los servicios, el número de partos, la distancia entre servicios que puedan funcionar en red, y la disponibilidad de recursos. Teniendo en cuenta estas consideraciones los servicios de neonatología y sus cuidados intensivos pueden clasificarse en tres niveles con diferentes límites en las actividades curativas que pueden brindar.⁴

En la Resolución 306/2002 que aprueba la Norma de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales, incorporada al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica se establecen todas las

pautas a seguir para brindar un servicio de atención de calidad, detallando las funciones del personal, las condiciones físicas y los registros que deben hacerse en el servicio.⁴

Realizamos entonces este estudio con el fin de evaluar los conocimientos de los enfermeros en el modelo de práctica para el cumplimiento del Protocolo de intervención mínima en recién nacidos pretérminos.

Diseño Metodológico

Tipo de estudio y contexto: Investigación cuantitativa. Estudio no experimental, observacional descriptivo, transeccional noviembre del 2020, en el servicio de neonatología de un Hospital del conurbano Bonaerense.

Muestra: 91 enfermeros del servicio.

Criterio de inclusión: Enfermeros asistenciales y con personal a cargo, de todos los niveles de formación de práctica de todos los turnos.

Criterio de exclusión: Resto de otros profesionales del equipo de neonatología. (Neonatólogos, Peditras; Kinesiólogos y Ayudantes de Enfermería). Aquellos que no deseen participar de la investigación.

Instrumento de recolección de datos: Se utilizó un cuestionario ad hoc. Semi Estructurado, autoadministrado por cuestionario de Google y por cadena de contactos. Previo se realiza validación interna del mismo a un piloto de 10 muestras, con un alfa de cronbach de 0,95.

Se conformó por 3 partes: variables sociodemográficas, 2 parte donde se exploran (actitudes y prácticas) a través de una Check list las Normas de atención del recién nacido prematuro con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica, la variable actitudinal sobre atención inmediata del Recién nacido en el área de recepción en quirófano-Traslado e internación en sus dimensiones Ingreso, Perfusión, Signos vitales de extubación, Asistencia respiratoria mecánica (ARM) ante síntomas de distrés respiratorio.

Y por último la variable Prácticas en Terapia neonatal en sus dimensiones: Manipulación, Canalización y descolonización, Sistemas de humidificación, control condensación, procedimientos para accesos vasculares, pase de guardia/ entrega de turno, registro de

control de signos vitales, preparación intubación e higiene de la incubadora.

Usamos la categorización jerárquica de la Escala Likert: para respuestas positivas las contempladas en 5=Estoy totalmente de acuerdo/ Frecuentemente, si no siempre, 4= Estoy de acuerdo/ A menudo.

Y respuestas negativas para las contempladas en 3= No estoy de acuerdo/ A veces, 2= No estoy en absoluto de acuerdo/Rara vez, 1= No responde/ nunca.

Aspectos éticos: Esta investigación se tuvo en cuenta las normas de la Declaración de Helsinki, aplicado el principio de carácter anónimo en todas las encuestas realizadas previo consentimiento informado.

Análisis estadístico: Para el procesamiento de la información se utilizó el programa Microsoft

Excel y MedCalc previamente en una base de matriz de datos. Se utilizó estadística descriptiva, uso de frecuencias absolutas, relativas, porcentuales,

media, mediana, tomando percentil 50 más menos 2 desviación estándar (DE). Para determinar la distribución de las variables se realiza el test de Kolmogorov-Smirnov. Y el uso de ANOVA (análisis de varianzas) Unidireccional, correlación de rangos, considerando significación estadística a los valores de $p < 0,05$.

Resultados

En la tabla 1 se describe la distribución de las variables sociodemográficas. El 89% de la muestra fueron mujeres, el 54% son licenciados y la edad promedio fue de $39,7 \pm 6,46$ con una antigüedad promedio en el servicio de $8 \text{ años} \pm 4,32$. El 53% constituye planta permanente en la institución y el 24% se desempeña en el turno SADOFE (sábados, domingos y feriados) Todas las variables rechazaron la normalidad ($P < 0,05$) excepto la edad ($P > 0,10$)

Tabla 1. Distribución de las dimensiones de la variable sociodemográficas.

Dimensiones	FA	FR %	Test de Kolmogorov- Smirnov
Género			
Femenino	81	89%	P<0,0001
Masculino	10	11%	
Nivel profesional			
Profesional	40	44%	P<0,0001
Licenciado	49	54%	
Magister	2	2%	
Edad			
Valor min; máx.	25;55		P>0.10
Promedio	39,7		
DE	6,46		
Mediana	39		
Antigüedad en servicio			
Valor min; máx.	5;17		P=0,0254
Promedio	8,04		
DE	4,32		
Mediana/Media	8		
Contrato con la institución			
Planta permanente			
1133	48	53%	P<0,0001
48	38	42%	
Monotributista	3	2%	
	2	2%	
Turno de trabajo			
Mañana	14	15%	P<0,0001
Tarde	21	23%	
Noche A	17	19%	
Noche B	17	19%	
SADOFE	22	24%	

Fuente: elaboración propia

Tabla 2. Conocimientos y actitudes en la atención inmediata al recién nacido.

Dimensiones	Se cumple		No se cumple		ANOVA
	FA	FR%	FA	FR%	
Ingreso	87	96%	4	4%	P<0,001
Perfusión	87	96%	4	4%	P<0,001
Signos vitales de extubación	89	98%	2	2%	P<0,001
ARM en distrés respiratorio.	91	100%	0	0	-

Fuente: elaboración propia

En cuanto a las prácticas del personal de enfermería en la atención inmediata al recién nacido se observa en la tabla 3 que el 97% cumple correctamente con la manipulación del recién nacido al igual que la preparación para la intubación. En la canalización y descolonización se registraron en un 95% respuestas positivas. Los conocimientos en utilización de sistemas de humidificación se registraron en el 93% de los encuestados y en un 99% el control de la condensación por lo que se afirma que se cumple. El 89% percibe que el pase de guardia/ entrega de turno se

cumple aunque es importante destacar que el 11% no considera que este aspecto se cumpla. El 86% considera que se cumple la higiene de la incubadora pero un 14% considera que no se cumple. Estos dos últimos aspectos mencionados presentaron una diferencia estadísticamente significativa al igual que el resto de los ítems, por lo que deben ser considerados como cumplidos, no obstante no debe depreciarse a ese menor porcentaje que considera que estos aspectos no se cumplen e identificar la causa.

Tabla 3. Prácticas del personal de enfermería en atención inmediata al recién nacido.

Dimensiones	Se cumple		No se cumple		ANOVA
	FA	FR%	FA	FR%	
Manipulación	88	97%	2	2%	P<0,001
Canalización y descolonización	86	95%	5	5%	P<0,001
Sistemas de humidificación	85	93%	6	7%	P<0,001
Control condensación	90	99%	1	1%	P<0,001
Procederes para accesos vasculares	89	98%	2	2%	P<0,001
Pase de guardia/ entrega de turno	81	89%	10	11%	P<0,001
Registro de control de signos vitales	91	100%	0	0%	P<0,001
Preparación intubación	88	97%	3	3%	P<0,001
Higiene de la incubadora	78	86%	13	14%	P<0,001

Fuente: elaboración propia

A modo de síntesis en la tabla 4 se exponen los aspectos del protocolo cumplidos por enfermería con

algunas observaciones que se consideraron necesarias.

Tabla 4. Check list del cumplimiento del protocolo de intervención mínima en recién nacidos pretérmino.

	Se cumple	No se cumple	Observaciones
Ingreso	X		
Perfusión	X		
Signos vitales de extubación	X		
ARM en distrés respiratorio.	X		Se cumple en un 100%
Manipulación	X		
Canalización y descolonización	X		
Sistemas de humidificación	X		
Control condensación	X		
Procederes para accesos vasculares	X		
Pase de guardia/ entrega de turno	X		Debe evaluarse la diferencia de repuestas e investigar las posibles causas
Registro de control de signos vitales	X		
Preparación intubación	X		
Higiene de la incubadora	X		Más del 10% considera que no se cumple. Debe evaluarse a diferencia

Fuente: elaboración propia

Discusión

Según la OMS en su página oficial⁵ en el 2018 se estimó que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros. Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 aproximadamente un millón de muertes. Tres cuartas partes de esas muertes podrían prevenirse con intervenciones actuales y costo eficaces.

Es por esto que se hace necesario cada vez más contar con un servicio de atención al prematuro con personal lo suficientemente capacitado para otorgar un servicio de calidad.

La aparición en 1951, de la Joint Commission on Accreditation of Hospitals con un primer planteamiento de parámetros «de calidad» que debían cumplir los hospitales para ser acreditados (condición indispensable hacia la década de 1960 para poder establecer contratos con la seguridad social norteamericana) y el histórico artículo de Avedis Donabedian en el que se plantean los principios de la calidad asistencial según criterios de estructura, proceso y resultados, publicado el año 1966, dan cuenta de la naturaleza de los sistemas de calidad aplicados a la asistencia sanitaria. Estos sistemas de calidad forman ya parte del panorama del mundo de la gestión sanitaria, con aportaciones normativas de las diversas administraciones públicas frecuentemente basadas en modelos de calidad, tales como ISO, EFQM, o los nuevos criterios de acreditación aplicados a cada uno de los distintos niveles asistenciales de la misma.⁶

En el documento emitido por la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, titulado Recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad se describen las medidas a tener en cuenta en la recepción, el traslado a la Unidad de Neonatología y la internación como prueba, favoreciendo la supervivencia en el corto plazo y la posibilidad de ofrecerle al equipo de salud la oportunidad de reevaluar al recién nacido. En caso de aparecer predictores de mal pronóstico en el corto o largo plazo, es importante poder informar al respecto a los padres en un ambiente adecuado, presentando la opción de suspender los tratamientos vitales para permitir morir al recién nacido.

La Resolución 306/2002 del Ministerio de Salud de

la Nación en el año 2002 (4) establece que las políticas de salud tienen por objetivo asegurar el acceso de todos los habitantes de la Nación a los Servicios de Salud, entendiendo por tales al conjunto de los recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación, sean estos de carácter público estatal, no estatal o privados; con fuerte énfasis en el primer nivel de atención. Como política se desarrolla el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, en el cual se agrupan un conjunto de acciones destinadas a asegurar la calidad de las prestaciones en dichos servicios como la elaboración de guías de diagnóstico, tratamiento y procedimientos de patologías y normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud.

Las UCI de Neonatología deben cumplir con una determinada estructura organizacional. Para la diagramación y organización de este sector, debe considerarse la selección del material, de los recursos humanos y del espacio físico y hacer énfasis en el cuidado centrado en la familia con respecto a todos los aspectos de la atención del recién nacido, desde la admisión hasta el alta hospitalaria, momento en el que es muy importante resaltar la atención integral del recién nacido de alto riesgo y su familia. Deben estudiarse la estructura y el sector del hospital donde se instalará la UCI neonatal, para garantizar que cumplen con todos los requerimientos técnicos y humanos de apoyo para atender al cuidado del recién nacido enfermo durante las 24 horas del día, como el laboratorio clínico y patológico, radiología, farmacia, ECG, servicio social, ecocardiograma, gasometría y banco de sangre.⁷

Además de los recursos materiales son igualmente importantes los recursos humanos, esto implica no solamente un personal que ocupe un puesto de trabajo, sino garantía de capacitación continua y tal como establece la ley antes mencionada la constante actualización de protocolos.

Para garantizar el éxito en el diseño y aplicación de un sistema de educación continua en una organización, es necesario realizar esfuerzos importantes por parte de los diferentes sectores que la conforman. Cuando se refiere a una institución de salud es imprescindible involucrar a las entidades responsables de la formación del recurso humano, toda vez que son ellas las que aportan los elementos teóricos,

metodológicos e investigativos.⁷

El cuidado del neurodesarrollo es esencial para poder relacionar cuáles son los efectos que impactan en el sistema nervioso central del neonato pretérmino, producidos generalmente por el medio ambiental y que podamos modificarlos en la medida posible. El protocolo de intervención mínima debe ser eficiente, adecuado a cada paciente, basado en la evidencia, creado por el equipo de salud y debe ser revisado en un periodo de tiempo para que se puedan modificar las desventajas que puedan llegar a surgir.⁸

Desde la perspectiva de los enfermeros que participaron en este estudio existen conocimientos para cumplir con el Protocolo de intervención mínima en recién nacidos pretérminos, siguiendo un modelo de prácticas estandarizado.

Conclusiones

- La muestra estuvo representada en su mayoría por mujeres, licenciadas, con una edad media de 39,7 años. En promedio llevan en la institución alrededor de 8 años, la mayoría como planta permanente en el turno SADOFE (sábados, domingos y feriados).
- Las percepciones reflejadas afirman que el personal de enfermería conoce los distintos aspectos que contempla el modelo de atención en el Protocolo de intervención mínima en recién nacidos pretérminos en su mayoría.

El cumplimiento de protocolos de intervención mínima en el cuidado de recién nacidos pretérminos requiere una combinación de conocimiento, actitudes y modelos de prácticas efectivos. La educación continua, la colaboración y comunicación efectiva son fundamentales para garantizar la adherencia a los protocolos y proporcionar un cuidado de alta calidad a estos pacientes pretérminos.

Los equipos de profesionales a cargo de la atención deben planificar los cuidados brindando a los recién nacidos pretérminos a través del consenso entre los mismos teniendo en cuenta la familia como parte importante del proceso, y de esta manera fortalecer los vínculos entre el recién nacido, su familia y el equipo de salud.

Algunas recomendaciones planteadas son:

- Implementar programas de educación continua y capacitación en cuidado neonatal.
- Fomentar la colaboración y comunicación efectiva entre los miembros del equipo.
- Establecer una cultura organizacional que promueva la seguridad y calidad en el cuidado neonatal.
- Proporcionar recursos y tecnología adecuados para apoyar el cumplimiento de los protocolos.
- Realizar auditorías y evaluaciones periódicas para asegurar la adherencia a los protocolos y guías de práctica clínica como estrategia en la planificación de los cuidados.
- Incluir a la familia como parte fundamental del cuidado.

Financiación

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de Autoría

JL y JCVR: conceptualización, análisis formal, administración del proyecto, redacción - borrador original, redacción - revisión y edición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosero Moscoso, MJ, Shicay Chacón, DJ. Protocolo de manejo a recién nacidos prematuros para el área de neonatología en el hospital José Carrasco Arteaga basado en método NIDCAP. Universidad del Azuay, [Internet] 2019. Disponible en: <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/8980>
2. Rellan Rodríguez, S, García de Ribera, C y Paz Aragón García, M. Protocolos de Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología de la Asociación Española de Pediatría. [Internet] (2008) Disponible en: <https://www.untumbes.edu.pe/bmedicina/libros/Libros11/libro138.pdf>
3. Rausch, Patricia Ester. Elaboración de protocolo sobre las prácticas de cuidado y protección del neurodesarrollo en el Servicio de Neonatología, en el Hospital Dr. Isola de Puerto Madryn, durante el año 2021. [Tesis de maestría]; [Internet] 2021. Disponible en: <http://rephip.unr.edu.ar/handle/2133/23316>
4. Ministerio de Salud Salud Pública Resolución 306/2002 Bs.

- As., Publicada en el Boletín Nacional del 30 de Mayo de 2002. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-306-2002-74680>
5. Organización Mundial de la Salud. [Internet] 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
 6. Guix Oliver, J. Calidad en Salud pública. Gaceta sanitaria. Vol 19 No 4. [Internet] 2018. Disponible en: <https://www.science-direct.com/science/article/pii/S0213911105747890>
 7. Orozco Vargas, MV; González Pereira, T; Pico Martínez, E. Cuidado de enfermería al anciano en su ambiente domiciliario y ambulatorio. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0022.php>
 8. Menseguez, Lilian Andrea. Cumplimiento del protocolo de intervención mínima, las características laborales y la organización del trabajo, de médicos y enfermeros de una sala de neonatología de un hospital de la ciudad de Granadero Baignorria. Universidad Nacional de Rosario. Facultad de Ciencias Médicas., [Internet] 2020. Disponible en: <http://rephip.unr.edu.ar/handle/2133/21686>

Los puntos de vista y opiniones expresados en este artículo son de exclusiva responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente las de la revista ni del equipo editorial.

09



LIC. MARINA FIGUEIRA
@marina.figueira.16

El rol del trabajador social en un consultorio (tradicionalmente) médico

Introducción

Este artículo se basa en una experiencia de trabajo que se viene desarrollando. La autora es trabajadora social y se desempeña como Jefa de Sección del Departamento de Servicio Social del Instituto de Rehabilitación Psicosfísica (IReP), dependiente de la Dirección General de Hospitales, y ésta de la Subsecretaría de Atención Hospitalaria del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCABA).

El origen del IReP no es como tal; data del año 1949 como Ciudad Infantil Amanda Allen, obra de la Fundación Eva Perón, en la que se albergaba a niños provenientes de familias en situación de vulnerabilidad y era, también, un espacio de vacaciones para otros provenientes del interior del país. Los niños que se alojaban aquí eran derivados por colegas de esa época, mujeres, cuyos títulos profesionales acompañaban la cosmovisión de ese momento: visitadoras de higiene, asistentes sociales. Con el derrocamiento del presidente Juan Domingo Perón en 1955 la Ciudad Infantil dejó de funcionar.

Sin embargo, sus construcciones servirían desde 1956 como hospital de rehabilitación para los niños que sufrieron la segunda epidemia de poliomielitis en Argentina¹. Este fue el contexto de origen del actual IReP como hospital de rehabilitación². La participación profesional del Trabajo Social continuó sosteniéndose desde un rol preponderante, siendo miembro del equipo de salud, interviniendo en pos de la garantía de los derechos sociales de las personas, aportando a la reinserción social, a acompañar el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado y la discapacidad como problema social.

En 1992, como un testimonio de las políticas de descentralización neoliberales, el Instituto pasó a manos de la entonces Capital Federal. Con el paso del tiempo se designa la denominación actual: IReP. Asimismo-

mo, a lo largo de su historia ha ampliado el rango de edad de las personas usuarias de sus servicios como así también los diagnósticos médicos abordados.

Es un efector del subsistema de salud pública, uno de los treinta y cuatro hospitales del GCABA, monovalente, especializado en rehabilitación motora.

El IReP brinda respuesta a la población que reside en su ámbito de dependencia, en la provincia de Buenos Aires, en el ámbito nacional ampliado y a población de otros países.

Su objetivo principal es el de brindar tratamiento de rehabilitación motora integral a las personas que así lo necesiten. A tal fin, se cuenta con diversos consultorios médicos de especialidades, profesiones no médicas de terapias de rehabilitación, otras profesiones no médicas e infraestructura para desarrollar estos servicios, siempre tendiendo al fin último de lograr la reinserción física y social de la persona.

Para ello, el IReP cuenta con dos dispositivos de rehabilitación, según la necesidad que se evalúe en la persona y según la disponibilidad de recurso físico y humano a nivel institucional: tratamientos en modalidad ambulatoria y en internación.

El arribo del trabajador social a un consultorio

Si bien los trabajadores sociales del IReP participan en equipos de trabajo desde los inicios de la organización, hubo un antecedente en cuanto a la inserción de una trabajadora social en un consultorio externo.

La actual Jefa del Departamento, en los años de su rol asistencial de trabajo, fue la referente para el equipo de Lesión Medular y participaba cada lunes en ese consultorio externo. Luego, en su rol de conducción, propuso al equipo de trabajadoras sociales compartir su buena experiencia de trabajo e insertarse en diferentes consultorios médicos de especialidades. Todas aceptaron, con entusiasmo, pero vislumbrando un desafío. En esa reunión, en agosto de 2022, quien relata fue la primera en preguntar: "¿se puede elegir en qué consultorio?", a lo cual la Jefa repreguntó: "¿a vos cuál te gustaría?", y se respondió: "¡el de hemipléjicos!". Su respuesta tranquilizadora fue: "sí, te iba a poner en ese, te veo en ese consultorio".

Quien escribe este artículo observó desde que ingresó a trabajar en el IReP en 2015 que existía una organización y liderazgo de estilo democrático en el denominado "Equipo de Hemi³ internados". La palabra profesional de la trabajadora social es escuchada. Las diferencias laborales con compañeros de otras profesiones en cuanto a criterios y estrategias de intervención no son un escollo al momento de priorizar siempre las necesidades y derechos del usuario. Se construyó una identidad en ese equipo.

Por lo tanto, al pensarse participando en un consultorio externo médico fue en el de usuarios hemipléjicos. La jefa supo anticiparse y proyectar una inserción fructífera en el mismo. Ella gestionó las conversaciones y acuerdos correspondientes con los médicos y en septiembre de 2022 se comenzó a participar en "El Cónsul⁴ de Hemi y TEC" (traumatismo encéfalo craneano) –por falta de médicos fisiatras se abordan ambos diagnósticos de daño cerebral adquirido en un mismo consultorio-.

Físicamente, el consultorio consta de tres boxes, conectados por un pasillo. En cada box atiende un médico fisiatra. Con dos de las médicas fisiatras que ocupan esos boxes el vínculo con la trabajadora social venía siendo asiduo porque conocerlas en el trabajo en internación; la tercera médica no trabaja en internación y el vínculo era escaso. La nueva presencia fue bien recibida. Con el devenir del tiempo una médica renunció a su cargo en el IReP y su rol fue asumido por un médico.

La tarea, en primera instancia, es participar junto al médico en las consultas de usuarios que por primera vez se atienden en el IReP y en este consultorio. Se presenta el médico y se presenta la trabajadora social con su nombre, apellido y profesión.

En términos generales se trata de usuarios y referentes afectivos que se acercan con expectativas acerca del IReP y de la rehabilitación en la mejora de su calidad de vida; personas que necesitan ser escuchadas en el relato de sus vivencias, de sus demandas, de su angustia por la irrupción de la discapacidad; personas, algunas, que traen un itinerario terapéutico en otras organizaciones y que conocen sus derechos, el concepto, gestión y uso del Certificado Único de Discapacidad (CUD), y prestaciones de seguridad social; personas, otras, que aún no han podido reorganizar su vida cotidiana, laboral y de cuidados, con una frágil o inexistente red social de contención, con un

débil bagaje de capitales social, cultural, simbólico y económico, que se sienten desorientadas en la fase de crisis que atraviesan.

El objetivo de la inserción en las consultas de primera vez es sostener la entrevista social con estos usuarios y sus referentes afectivos, contenerlos, asesorar en cuanto a derechos (con énfasis en las leyes 22431 y 24901), orientarlos en la gestión de recursos (CUD, retiro anticipado por invalidez, asignación familiar por hijo con discapacidad, pensión no contributiva por invalidez, afiliación a coberturas del subsistema de seguridad social, medicación, equipamiento ortopédico, derivación a organismos de asesoramiento e intervención legal, pases libres, programas de otros ministerios y/o de otras jurisdicciones, actividades en la Agencia Nacional de Discapacidad -ANDis-), presentar que el IReP tiene Servicio Social y que cada organización del campo de la salud también tiene el propio para solicitar intervención si así lo requieren, presentar al IReP y su dinámica en los casos que el tipo de tratamiento que se ofrece es la internación.

No hay pautas estancas en la intervención profesional de esta trabajadora social en el Cónsul de Hemi y TEC. En primer lugar, porque no todas las orientaciones, tiempo de entrevista, tipo de explicación (oral y escrita), tono y volumen de voz son estandarizados para los usuarios, sino que se adaptan a las características de las personas. Por otro lado, hay usuarios de veces ulteriores cuya situación amerita la intervención de la trabajadora social, y en esas consultas también se participa de manera activa; entre estos usuarios están quienes realizaron su tratamiento de rehabilitación en modalidad internación y se los acompaña en el seguimiento de intervenciones profesionales pretéritas. En tercer lugar, el espacio físico es dinámico: algunas veces la trabajadora social se sienta en una silla; en otras, en la camilla; hay ocasiones en que permanece de pie; si la situación lo requiere sale del consultorio y mantiene una intervención con el familiar en el pasillo. En algunas circunstancias el espacio se vuelve pequeño e invasivo: usuario, más de un referente afectivo, médico del IReP, residente, rotante, médico de otro hospital que consulta, chofer de ambulancia/camillero, trabajadora social; se trata de ingresar o salir de la escena según el modo en que se desenvuelve la consulta. También se desplaza de un box a otro según los espacios en que los usuarios sean atendidos por el médico.

Asimismo, desde una mayor informalidad, colabora en correr la camilla del consultorio si se necesita espacio, traer desde el sector de Archivo una historia clínica en formato papel si se requiere o llamar a un usuario en la sala de espera para que ingrese al consultorio.

Otro espacio que abre al diálogo interdisciplinario se lleva a cabo el cuarto jueves de cada mes, en la reunión de equipo sobre los usuarios hemipléjicos y con TEC que realizan tratamiento de manera ambulatoria. Kinesiólogas, terapistas ocupacionales, fonoaudiólogas, psicólogas, psicopedagogas, médicos fisiatras y trabajadora social abordan la situación de ciertos usuarios para compartir objetivos, avances, dificultades, necesidades, orientaciones y altas de tratamiento.

Se vivencia la inserción como productiva desde lo personal y desde lo profesional, esferas íntimamente imbricadas. Hay personas que se sorprenden al observar una trabajadora social en un consultorio tradicionalmente médico y resaltan esta participación; hay personas que muestran sus laboratorios o el informe de su última resonancia, estudios que se pasan al compañero médico para su evaluación. Los compañeros médicos explican cuestiones de salud de orden biologicista que aportan a contextualizar la situación de salud de los usuarios. Asimismo, sucede que mientras se está en entrevista en un box, se asoma un compañero médico que está atendiendo en otro, y solicita que luego se acerque a su espacio. Los residentes y rotantes médicos preguntan con curiosidad y con respeto la causa de la presencia de la trabajadora social, momento que se aprovecha para presentar al Trabajo Social y al rol del Servicio Social del IReP.

Cada jueves en ese espacio se aprende también con los compañeros médicos a ser más cauta al abordar temas como la gestión del CUD y la derivación a la ANDis, pues (tal vez viciada por la profesión en la defensa de derechos) advierten que no todo usuario es evaluable para emisión de CUD ni que todo usuario tendría criterio para un apto físico a fin de desarrollar actividades deportivas en la ANDis. El impacto de las palabras y las orientaciones pueden ser de arraigo en las personas, y lo que cada uno como personal de salud exprese puede generar sobreexpectativas.

Desde lo vincular como equipo de trabajo, se profundiza confianza con los compañeros médicos con

quienes se trabaja en el área de internación (y hasta se manejan algunas palabras claves); y se ha comenzado a forjar confianza con la compañera con quien antes no se compartían espacios de trabajo.

Cierre, pero con la puerta abierta

Como trabajadora social la intervención profesional es desde la salud, desde la potencialidad, desde los derechos. Retomando las clases y un artículo de Hugo Spinelli⁵, se puede decir que se trabaja con bastante autonomía y que la palabra es la principal herramienta. Los trabajadores sociales no saben trabajar con la enfermedad ni es su incumbencia profesional. Para desarrollar su intervención se cuenta con el bagaje para trabajar con usuarios y con familias cuyos miembros cuentan con diferentes diagnósticos médicos. La diferencia radica en los vínculos y en conformar equipos.

Independientemente de la profesión de cada uno, se considera que esta experiencia que se relata es positiva puesto que la relatora se acercó al "equipo de hemi" desde lo vincular, y desde aquí es que se continuaron construyendo procesos de trabajo relacionales, singulares, situacionales, interdisciplinarios. La intervención de los trabajadores de la salud es siempre con otro.

NOTAS

1. Decreto/Ley 9276 de 1956. Organización de la comisión nacional de rehabilitación del lisiado. 23 de mayo de 1956.
2. Gabás, L. (2003). Antecedentes Históricos del edificio e instalaciones que ocupa el Instituto de Rehabilitación Psicofísica. *Boletín del Departamento de Docencia e Investigación IReP, volumen 7 (2)*, 28-41.
3. Hemi: apócope de hemipléjico/hemiplejía.
4. Cónsul: apócope de consultorio.
5. Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva, volumen 6(3)*, 275-293. <https://doi.org/10.18294/sc.2010.285>