

REVISTA CIENTÍFICA

CAICYT/CONICET 3008-8615

HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Av. Diaz Vélez 5044 CABA. CP. 1405
revistadurand@gmail.com

Abril 2025
Volumen 2 N°1



EDICIÓN ANIVERSARIO 112 AÑOS

Auspicia:

Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires
(Fmed UBA)

Asociación de Médicos Municipales (AMM)

Asociación Médica Argentina (AMA)

Asociación de Profesionales Universitarios Hospital Durand (APUHD)





SEGUROS MEDICOS

Su compañía, su seguridad

SEGUROS MUNICIPALES

PRAXIS MÉDICA

SEGUROS INDIVIDUALES



Autoridades del Hospital

DIRECTOR

Dr. Fernando A. GONZALEZ

SUBDIRECTOR

Dr. Claudio M. STORINO

JEFES DE DEPARTAMENTO

MEDICINA INTERNA

Dr. Carlos UJEDA

QUIRÚRGICO

Prof. Tit. Dr. Adrián DESIDERIO

MATERNO INFANTIL

Dr. Julio FALK

URGENCIAS

Dr. Hugo GARCÍA

CONSULTORIOS EXTERNOS

Dr. Federico GEMELLI

DIAGNOSTICO

Dra. Andrea GERSZTEIN

ÁREA PROGRAMÁTICA

Dra. Claudia NEVISARDI

TÉCNICO

Dra. Susana HERMOSID

SALUD Y SEGURIDAD

Dra. Ilse RIATTI

Consejo Científico Editorial

DIRECTOR

Prof. Tit. Dr. Adrián DESIDERIO

- Esp. en Cirugía General, Cirugía Torácica y Medicina del Deporte
- Prof. Tit. de Cirugía UBA
- Presidente de la Comisión de Postgrado y Residencias Médicas UBA
- Director de carrera de esp. Cirugía Gral. UBA
- Jefe de Departamento de esp. quirúrgicas Hospital Carlos G. Durand

SUBDIRECTOR

Prof. Adj. Dr. Walter DE BONIS

- Esp. en Urología y Medicina Legal
- Prof. Adj. de Urología UBA
- Director carrera de esp. Urología UBA.
- Jefe de Unidad Urología Hospital Carlos G. Durand

EDITOR JEFE

Dr. Cristian. A. FLORES

- Esp. en Cirugía General y Torácica
- Jefe de Trabajos Prácticos de Cirugía UBA Hospital Carlos G. Durand

SUBDIRECTOR ADJUNTO

Prof. Adj. Dr. Anibal J. SAROTTO

- Esp. en Ortopedia y Traumatología y Cirugía de Columna
- Director de carrera de esp. OyT UBA
- Prof. Adj. de Traumatología UBA
- Magister en Ortopedia UBA y Universidad de París-Secretario Institucional UBA
- Jefe de Unidad Ortopedia y Traumatología Hospital Carlos G. Durand

SECRETARÍA GENERAL

Dra. Analía FERNANDEZ

-Jefa de División Áreas Críticas Hospital
Carlos G. Durand

Dr. Emilio YARDIN

-Jefe de Guardia del Departamento de Urgencia
Hospital Carlos G. Durand

Dra. Cristina OLIVERA

-Jefa de Sección de Cirugía Plástica y Reparadora
Hospital Carlos G. Durand

Dra. Cecilia HERNÁNDEZ

-Jefa de División Diagnóstico por Imágenes
Hospital Carlos G. Durand

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Dr. Daniel MOLINARI

-Jefe de Unidad Quirófano
Hospital Carlos G. Durand

Dra. Rocío LEIS

-Medicina Interna
Hospital Carlos G. Durand

Dra. Milagros PASCALE

-Jefa de Residentes Cirugía General
Hospital Carlos G. Durand

Dra. Silvana PRODAN

-Cirugía Pediátrica
Hospital Carlos G. Durand

Consejo Asesor Honorario Nacional

**Dr. Carlos ROJO**

-Presidente de la Asociación de Médicos
Municipales de la
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Prof. Tit. Dr. Ricardo GELPI

-Rector de la UBA

Prof. Tit. Dr. Ignacio BRUSCO

-Decano de la Facultad de Ciencias
Médicas UBA

Prof. Tit. Dra. Claudia NEGRI

-Vicedecana de la Facultad de Ciencias
Médicas UBA

Prof. Tit. Dr. Elías HURTADO HOYO

-Profesor Consulto Cirugía UBA
-Miembro asociado extranjero de la Academia de
Medicina de Francia

Prof. Tit. Dr. Luis SAROTTO

-Jefe de Departamento de Cirugía
General Hospital de Clínicas José de
San Martín

Evaluadores Internos Hospital Durand

Dra. Sandra ALBERTI

-Jefa de Unidad 2 Internación
Clínica Medica

Dra. Laura ÁLVAREZ

-Promoción y Protección
de la Salud

Dra. María Inés BIANCONI

-Jefa de Sección Oncología (a.c.)

Dr. Sebastián A. BOUBEE

-Jefe de Unidad Nefrología

Dr. Santiago BOVALINA

-Jefe de Unidad Ginecología

Dra. Patricia CASTAÑO

-Jefa de Unidad Nutrición y
Diabetes

Dr. Paul L. CORONADO

-Jefe de Unidad de
Terapia Intensiva

Dra. Mariangeles DOMINGUEZ

-Jefa de Unidad Consultorio Externo
Matutino

Prof. Adj. Dr. Néstor EVANGELISTA

-Jefe de Unidad Otorrinolaringología

Dr. Diego FERNANDEZ

-Jefe de Sección Alergia

Dra. Jacqueline GONZALEZ

-Jefa de Sección Hematología

Prof. Adj. Dr. Adrián GINDIN

-Secretario CODEI

Dra. Mirtha GUITELMAN

-Jefa de División Enfermedades
Metabólicas y Endocrinología

Dr. Adrián HELIEN

-Jefe de Sección Salud
Transgénero (a.c.)

Dra. Roxana LAGO

-Jefa de Unidad
Dermatología

Dra. Patricia LANDA

-Jefa de Unidad Pediatría

Dra. Adriana E. LAROTI

-Jefa de Sección T. Intensiva
Neonatal

Prof. Tit. Dr. Omar LATINO

-Obstetricia y Ginecología UBA

Dra. Lorena V. LENGE

-Jefa de Sección
Neumonología

Dr. Gabriel LEVY HARA

-Jefe de Unidad Infectología

Dr. Oscar A. LOPEZ

-Terapia Intensiva

Dr. Facundo LOPEZ PACHOLCZAK

-Jefe de Unidad Obstetricia

Dr. Jorge MARTINEZ

-Jefe de Unidad
Cirugía Cardiovascular

Dra. Paula MICONE

-Jefa de División Tocoginecología

Dr. Andrés MUSOLINO
-Cirugía Cardiovascular

Dr. Gonzalo J. PACHECO
-Reumatología

Dr. Lorenzo PADIN
- Jefe de Unidad Gastroenterología

Dra. Teresa PAREDES
-Jefa de División Anestesiología

Dra. María Victoria PARIS
-Jefa de Sección Internación
Salud Mental

Dra. Mónica PERASSOLO
-Jefa de Sección Neurología

Dra. María Silvina PEREZ
-Tocoginecología

Dr. Alejo PEYRET
-Jefe de Unidad Oftalmología

Dr. Guillermo RANDAZZO
-Otorrinolaringología

Dr. Edgardo RUBIO
-Jefe de División Cardiología

Prof. Adj. Dr. Daniel SCHLEGEL
-Jefe de División Cirugía General

Dra. Natalia TAMBORENEA
-Jefa de Unidad Reumatología

Dr. Lucas TOIBARO
-Jefe de Sección Neurocirugía

Prof. Dra. Adriana VALETTA
-Toxicología, Medicina
del Trabajo y Medicina Interna

Dr. Willians VERDEZOTO
-Cirugía Torácica

Dr. Juan P. VISCARDI
-Gastroenterología y
Endoscopia Digestiva

Dra. Cecilia VOLPE
-Jefa de Unidad Geriatria

Dr. Claudio ZELTMAN
-Jefe de División Pediatría

Evaluadores Externos Nacionales

Prof. Adj. Dr. Rubén ALGIERI
-Jefe de Departamento
de Emergencias
Hospital Municipal de Morón

Dr. Nicolás ALONSO
-Hospital Ramos Mejía

Dra. Gisela S. AQUIJE MATTA
-Directora del
Hospital Dra. Cecilia Grierson

Dr. Raúl BENAVENTE
-Jefe de Departamento de Seguridad y
Riesgo Médico Legal
Hospital de Clínicas José de San Martín

Dr. Juan C. CISNEROS
-Subdirector del
Hospital Muñiz

Prof. Tit. Dr. Carlos DAMIN
-Director del
Hospital Dr. Juan A. Fernández

Dr. Cristian O. DE BONIS
-Hospital Pirovano

Dra. Elena DE MATTEO
-Jefa División Anatomía Patológica
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Prof. Ads. Dr. Diego FERRO
-Jefe de Departamento de Cirugía
Hospital de Gastroenterología
Dr. Carlos B. Udaondo

Dr. Pedro FULLONE
-Jefe de División Cirugía General
Hospital Francisco Santojanni

Dr. Miguel A. GALMÉS
-Presidente AMA

Dr. Gustavo JANKILEVICH
-Director del
Hospital de Oncología Maria Curie

Dr. Flavio LEIRO
-Jefe de Departamento de Cirugía
Hospital J. M. Penna

Dr. Iván NICOLAEVSKY
-Hospital Teodoro Álvarez

Dr. Gustavo NOYA
-Hospital Dr. Enrique Tornú

Dr. Francisco PEDROUSO
-Hospital J. M. Penna

Dra. Tamara PEPE
-Subsecretaria Postgrado Fmed UBA
-Jefa de Sección CODEI del
Hospital Vélez Sarsfield

Dr. Héctor RIVERO
-Jefe de Servicio Cirugía de
Tórax y Endoscopia
Hospital Ferrer

Dra. Fernanda SANCHEZ
-Jefa de Sección Estudios Especiales
Hospital Lagleyze

Prof. Adj. Dr. Pablo SISCO
-Jefe de División Cirugía General
Hospital Pirovano

Dr. Diego SLIPAK
-Coordinador del Programa
de Docencia e Instrucción
Permanente del SAME

Dr. Ricardo SOLARI
-Vicepresidente de la Asociación de
Médicos Municipales de la
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Hospital Bernardino Rivadavia

Dr. Javier VIGUIE
-Jefe de Urgencia
Hospital de Quemados

Prof. Adj. Dr. Hugo ZANDALAZINI
-Jefe de Unidad Cirugía General
Hospital Dr. Cosme Argerich

Consejo Asesor Editorial Internacional



Dra. Jessica BORENSZTEIN
-Esp. en Psiquiatría
-Docente CDMX, México
-Máster en Psicoterapias de Tercera Generación
Distrito Federal. México

Dr. Luis RODRIGUEZ
-Esp. en Urología y Cirugía General
-Máster en Sexología y Actualización en Cirugía
Urológica Hospital Reina Sofía, Andalucía. España

Dr. Javier KELLY GARCÍA
-Esp. en Cirugía oncológica y Cirugía de Tórax
-Máster en Administración de negocios
Distrito Federal, México



	Página
AUTORIDADES	3
CARTA DE LECTORES	7
EXPERIENCIA DE 4 AÑOS EN LA DETECCIÓN DE ANTICOAGULANTE LÚPICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO: OPORTUNIDADES DE MEJORA- 4-YEAR EXPERIENCE IN LUPUS ANTICOAGULANT DETECTION IN A PUBLIC HOSPITAL: OPPORTUNITIES FOR IMPROVEMENT AUTORES: QUIROGA, LAURA M. INVALIDI, M. FLORENCIA, PAVONI, MICAELA, SMALDORE VEIGA, IGNACIO M., SCHUSTER, DEBORA R, ARANDA, CLAUDIO.	10
DERMATITIS FLAGELADA SECUNDARIA A BLEOMICINA: IMPLICANCIAS CLÍNICAS.- FLAGELLATE DERMATITIS SECONDARY TO BLEOMYCIN: CLINICAL IMPLICATIONS. AUTORES: PALACIO, JOHANNA; GARRO, G; LAUKO, M; CAMPOMINOSI, J; CINZER, M; VÁZQUEZ, C; DE LUCA, C.	16
ENFOQUE DE LA PSIQUIATRÍA POSITIVA EN EL ADULTO MAYOR Y EN LAS DEMENCIAS - APPROACH TO POSITIVE PSYCHIATRY IN THE ELDERLY AND DEMENTIA AUTOR: BORENSZTEIN JESSICA	20
MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS COMO DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ASOCIADO A SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO: REPORTE DE UN CASO - NEUROPSYCHIATRIC MANIFESTATIONS AS ONSET OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS ASSOCIATED WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME: A CASE REPORT AUTORES: RICARDO MENDEZ RENGEL, HERNÁN M GAVIÑO, TOMAS GILLIGAN, NADIA GAETO, SABRINA PORTA, M NATALIA TAMBORENEA.	26
ABORDAJE ONCOPLASTICO EN CÁNCER DE MAMA - ONCOPLASTIC APPROACH TO BREAST CANCER AUTORES: CARLA TRAPANI, MARÍA C. FELDMAN, ANDREA L. VOLPINI CRESPO, SANTIAGO BOVALINA TELCELAN, MARIA C. OLIVERA, M. MICAELA GOYA.	31
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ESTRATEGIAS DE DISCRIMINACIÓN PERCIBIDA Y AFRONTAMIENTO EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DE ARGENTINA - DESCRIPTIVE STUDY OF PERCEIVED DISCRIMINATION AND COPING STRATEGIES AMONG OLDER ADULTS IN ARGENTINA AUTORES: HERNÁNDEZ SILVERA, DIDES ILIANA, AGOSTINELLI, VIVIANA, MARIELA GHILARDELLI.	38
DESARROLLO DE UNA CLÍNICA DE TRANSICIÓN PARA PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE - DEVELOPMENT OF A TRANSITION CLINIC FOR PATIENTS WITH MYELOMENINGOCELE AUTORES: VIEDMA, CAROLINA; SÁNCHEZ, BERNARDO ; CARRANZA, LORENA; SAGER,CRISTIAN; VERA, MARIA; DE BONIS, WALTER.	59
HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE: UN MODELO DE GESTIÓN CENTRADO EN EL PACIENTE Y SU FAMILIA- MULTIDISCIPLINARY PEDIATRIC DAY HOSPITAL: A PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE MODEL AUTORES: MARCIANO GABRIEL, ENRIQUEZ ROCIO, GINDIN ADRIAN, SERRANO NURIA, VANS LANDSHOOT FLORENCIA	62
CONTACTO- REGLAMENTO DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS	69

CARTA DE LECTORES

HISTORIA DEL COMITÉ DE DEPORTE Y SALUD DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA – CODESAMA

AUTORES: DR. ADRIÁN DESIDERIO, DRA. CAROLINA BORTOLAZZO

LUGAR DE TRABAJO: COMITÉ DE DEPORTE Y SALUD DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA (CODESAMA), A V. SANTA FE 1171, CP 1059 C A B A . PRESIDENTE DEL COMITÉ DE DEPORTE Y SALUD DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA . MIEMBROS DEL COMITÉ DE DEPORTE Y SALUD DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA. DRA. CAROLINA BORTOLAZZO: AV. SANTA FE 3996. CABA . TE: 48318327. CBORTOLAZZO1970@YAHOO.COM.AR

El Comité de Deporte y Salud de la Asociación Médica Argentina (CODESAMA) está conformado por distintos profesionales de las ciencias médicas y no médicas, cuya visión y sus aportes específicos están dirigidos a generar conciencia en la comunidad del amplio campo temático que relaciona la disciplina deportiva con la salud física y mental. El 17 de octubre de 2002 durante la presidencia del Dr. Elías Hurtado Hoyo en la Asociación Médica Argentina; el Prof. Dr. Adrián Desiderio creó el Comité de deporte y salud, y se hizo un acto inaugural con figuras reconocidas en el mundo del deporte, como Javier Maquirriain y Alejandro Gatiker (Tenis), Miguel Hladilo (Artes marciales), Alejandra García (Atletismo), Roberto De Vincenzo (Golf), Ricardo Petracca (Fútbol), Carlos Vigil y Magdalena Aicega (Hockey), Ángel Guastella y Agustín Pichot (Rugby), Ernesto Trotz (Polo) y Marcelo Milanésio (Básquet). Así comenzó un trabajo para consolidar el concepto de: deporte como vehículo para la salud. Se realizaron jornadas y eventos relacionando con el deporte y la salud. El objetivo era implementar la idea de que el entrenador o instructor deportivo sea “agente de salud”. Hubo un convenio entre la AMA y la AFA con lo cual el comité se integra al fútbol infantil junto a su dirigente Ricardo Petracca.

En el año 2020, se desarrolló un proyecto que dio como resultado el libro del Dr. Adrián Desiderio: Taekwondo + Salud. Además, en ese año tan especial debido a la pandemia por COVID 19, en donde el aislamiento impidió la práctica deportiva; en octubre el comité desarrolló un protocolo para el inicio del retorno a las actividades deportivas.

CODESAMA entiende que el deporte y la salud demandan un enfoque multidisciplinario, donde a la mirada del médico deportólogos, se le suman los aportes de especialistas del campo de la kinesiología, nutrición, psicología, instructores deportivos y profesores de educación física, entre otros. Se impulsa la formación de profesores de educación física e instructores deportivos como agentes de salud, lo que permite fortalecer el vínculo entre ambas esferas. Se desarrollan jornadas, cursos, artículos y talleres para acompañar el avance en el deporte y la salud y contribuir a la capacitación de todos los profesionales relacionados con estos temas. En el año 2023 se renovaron algunos de sus miembros y el 30 de agosto del 2024 se realizó la jornada: El deportista: una mirada bio-psico- social”, sumando el apoyo de nuestros nuevos padrinos, la excampeona mundial de boxeo, Marcela “La Tigresa” Acuña, y del exjugador de la selección masculina de hockey sobre césped, Fernando Sylberberg. Desde ese momento continuamos con el desarrollo de eventos y comunicación a la sociedad a través de nuestras redes: de Instagram: CODESAMA10 y Facebook: Codesama Ama.

CODESAMA se propone seguir trabajando para que los conceptos de deporte como vehículo para la salud y que los entrenadores deportivos sean agentes de salud, con la formación adecuada, esté día a día más presente en la cotidianidad de nuestra sociedad.



ACTO INAUGURAL DE CODESAMA Y CONVENIO AFA-AMA En el año 2004 se realizó una conferencia sobre deporte y salud con la presencia de “Mostaza” Merlo (futbolista)



SIMPOSIO DE DEPORTE Y SALUD 2004, “MOSTAZA” MERLO

LIBRO: TAEKWON-DO +SALUD EN EL AÑO 2020





EVENTOS DESARROLLADOS EN LA FACULTAD DE MEDICINA (UBA)



PADRINOS DE CODESAMA 2024

EXPERIENCIA DE 4 AÑOS EN LA DETECCIÓN DE ANTICOAGULANTE LÚPICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO: OPORTUNIDADES DE MEJORA

4-YEAR EXPERIENCE IN LUPUS ANTICOAGULANT DETECTION IN A PUBLIC HOSPITAL: OPPORTUNITIES FOR IMPROVEMENT

AUTORES: QUIROGA, LAURA M.***, INVALIDI, M. FLORENCIA****, PAVONI, MICAELA****, SMALDORE VEIGA, IGNACIO M.****, SCHUSTER, DEBORA R.**, ARANDA, CLAUDIO*

LUGAR DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND - SECCIÓN DE HEMOCITOLOGÍA - DIVISIÓN LABORATORIO - AV. DIAZ VELEZ 5044-C.P. 1405 - CABA, ARGENTINA.

****RESIDENTE EN BIOQUÍMICA CLÍNICA.

***BIOQUÍMICA SECCIÓN HEMOCITOLOGÍA.

**JEFA DE SECCIÓN HEMOCITOLOGÍA.

*JEFE DIVISIÓN LABORATORIO.



ABSTRACT:

INTRODUCTION: Recently, the 2020 guidelines from the SSC for Lupus Anticoagulant/Antiphospholipid Antibodies of the International Society on Thrombosis and Haemostasis were developed. These guidelines establish the criteria to be considered when requesting lupus anticoagulant testing.

OBJECTIVE: Evaluate for lupus anticoagulant testing: compliance with clinical criteria for patient selection, if the requests are complete, and the persistence of positivity, according to the aforementioned guidelines.

METHODS: A total of 705 outpatient requests for lupus anticoagulant testing submitted to the Central Laboratory between October 2020 and January 2024 were analyzed. The presence of lupus anticoagulant was determined using diluted Russell's viper venom time and silica clotting time assays. Citrate plasma was used and processed in an ACL TOP-300 coagulometer with IL® reagents.

RESULTS: Of 705 requests for lupus anticoagulant testing, only 65% were complete. Twenty-four percent were positive, of which only 27% returned to the laboratory for a second test after 12 weeks. Regarding clinical manifestations, 31.5% of requests presented symptoms not included in the aforementioned guidelines.

CONCLUSION: A considerable percentage of patients were found with requests for lupus anticoagulant study that do not fit the selection criteria. We identified deficiencies in the requests, such as incomplete lupus anticoagulant requests and lack of confirmation of persistence of positivity in a second sample, for which we propose opportunities for improvement.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Recientemente, se ha desarrollado la guía "Guidance from the SSC for lupus anticoagulant/antiphospholipid antibodies of the International Society on Thrombosis and Haemostasis-2020" que establece los criterios a tener en cuenta para solicitar correctamente la determinación de anticoagulante lúpico.

OBJETIVOS: Evaluar para el estudio de anticoagulante lúpico: el cumplimiento de criterios clínicos para la selección de pacientes, si las solicitudes están completas y la persistencia de la positividad, según la guía antes mencionada.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se analizaron 705 solicitudes de anticoagulante lúpico de pacientes ambulatorios enviadas al Laboratorio Central entre octubre del 2020 y enero de 2024. La presencia del mismo fue determinada mediante el veneno de víbora de Russell diluido y el tiempo de coagulación con sílica. Se utilizó plasma citratado, procesado en un coagulómetro ACL TOP-300 con reactivos IL®.

RESULTADOS: De 705 solicitudes para el estudio de anticoagulante lúpico, solamente el 65% estaban completas. Un 24 % fueron positivas, de las cuales únicamente un 27 % regresó al laboratorio para un segundo estudio luego de las 12 semanas. En cuanto a las manifestaciones clínicas, el 31,5% de las solicitudes presentaba manifestaciones no incluidas en la guía anteriormente citada.

CONCLUSIÓN: Se encontró un porcentaje considerable de pacientes con solicitudes para estudio de anticoagulante lúpico que no se ajustan a los criterios de selección. Se identificaron deficiencias en las solicitudes, como solicitudes de anticoagulante lúpico incompletas y falta de confirmación de la persistencia de la positividad en una segunda muestra, para las cuales proponemos oportunidades de mejora.

KEY WORDS: Lupus anticoagulant, antiphospholipid syndrome
PALABRAS CLAVES: Anticoagulante lúpico, síndrome antifosfolipídico

INTRODUCCIÓN

El síndrome antifosfolipídico (SAF) es una enfermedad autoinmune que requiere el cumplimiento de criterios clínicos y de laboratorio para poder ser diagnosticado como tal. Se asocia con un cuadro clínico de hipercoagulabilidad caracterizado por la presencia de trombosis vascular, que puede afectar el sistema venoso, arterial o los vasos de pequeño calibre. Asimismo, el SAF se vincula con complicaciones obstétricas, incluyendo muerte fetal a partir de la décima

semana de gestación, aborto espontáneo recurrente temprano antes de la semana diez y parto prematuro antes de la semana 34 debido a preeclampsia grave o insuficiencia placentaria (4).

La presencia de estas manifestaciones clínicas en pacientes que expresan de manera persistente anticuerpos antifosfolípidos (aPL) en sangre; ya sea anticardiolipinas (aCL), anti β 2-glicoproteína I (a β 2GPI) y/o anticoagulante lúpico (AL), es diagnóstico de SAF. Puede presentarse de forma aislada, denominándose SAF primario, o bien asociado a otras enfermedades autoinmunes sistémicas, fundamentalmente a lupus eritematoso sistémico (LES) (2). Los anticuerpos antifosfolípidicos también pueden detectarse en otras condiciones, como infecciones, neoplasias o en asociación con el uso de ciertos fármacos (4).

Un estudio reciente estimó que la prevalencia general del SAF es de 50 casos por cada 100.000 personas, mientras que su incidencia anual se aproxima a 2 casos por cada 100.000 personas (6).

Desde que se hizo evidente que los anticuerpos antifosfolípidos (aPL) estaban significativamente asociados con la trombosis vascular y la morbilidad del embarazo, la necesidad de criterios de consenso para el SAF resultó en 1999 en criterios de clasificación preliminares para el SAF definitivo, llamados criterios de Sapporo. A medida que los datos de investigación y la experiencia clínica crecieron en los años siguientes, los criterios de clasificación actualizados se publicaron en 2006, llamados criterios de Sydney (12). Desde entonces, las guías y consensos han seguido evolucionando, permitiendo la estandarización y mejora continua de los procesos analíticos. Recientemente, se han desarrollado los lineamientos de la Guidance from the SSC for lupus anticoagulant/antiphospholipid antibodies of the ISTH (ISTH-2020) (5) y de la 2023 ACR/EULAR antiphospholipid syndrome classification criteria (ACR/EULAR-2023) (3).

El anticoagulante lúpico es uno de los tres criterios de laboratorio para la identificación del SAF (5). Éste es categorizado como un inhibidor de interferencia y consiste en autoanticuerpos con especificidad contra protrombina humana o β 2glicoproteína I, los cuales prolongan las pruebas de coagulación dependientes de fosfolípidos (PL). Esta interferencia es un efecto in vitro, ya que los

pacientes con AL no presentan problemas hemorrágicos. El mecanismo por el cual estos anticuerpos presentan el efecto de interferencia se debe a la unión de ellos a proteínas, provocando su dimerización y aumentando su afinidad por la superficie fosfolipídica. Como consecuencia, se reduce la disponibilidad de los PL para las reacciones de coagulación, especialmente cuando se utilizan reactivos con baja concentración de PL (10).

El estudio del AL incluye dos pruebas de laboratorio con distinto fundamento que permitan evidenciar su presencia en base a la dependencia de PL. La guía de la ISTH-2020 indican que las pruebas de primera elección son el tiempo de veneno de víbora de Russell diluido (dRVVT) que es una prueba con alta especificidad para la detección de AL, y el tiempo de coagulación con sílica (SCT) que es una prueba de aPTT con mayor sensibilidad para la determinación de AL (5). Para ambas pruebas (dRVVT y SCT), se realizan dos ensayos: un ensayo de screening, que emplea un reactivo con una baja concentración de PL, y un ensayo confirmatorio, que utiliza un reactivo con una alta concentración de PL (10).

La presencia de AL en el plasma del paciente se evidencia por el acortamiento del tiempo de coagulación en la prueba confirmatoria en comparación con la de screening. Esto ocurre porque el exceso de fosfolípidos en el reactivo confirmatorio neutralizan el efecto del AL presente en la muestra del paciente (1).

El ensayo dRVVT se basa en la activación directa del factor X por una enzima presente en el veneno de las víboras de Russell. El ensayo aPTT (SCT) se basa en la activación de la vía de contacto (intrínseca). Cabe destacar que, dRVVT es más específico para AL, mientras que SCT es más sensible, aunque depende en gran medida del reactivo utilizado. Ambos ensayos son complementarios ya que los anticuerpos antifosfolípidos no siempre reaccionan en ambos sistemas de prueba (12).

El hecho de detectar al menos una prueba positiva (dRVVT y/o SCT) será considerado como compatible con la presencia de AL, debiendo confirmarse su persistencia a las 12 semanas (1).

Para expresar los resultados de los estudios de AL,

se utiliza la Razón Normatizada (RN), la cual debe acompañarse del valor de referencia calculado en el laboratorio. Además, se debe incluir una conclusión del estudio, indicando si los resultados son o no compatibles con la presencia de AL. La RN se calcula como el cociente entre la Razón de la prueba de screening (RS) y la Razón de la prueba confirmatoria (RC). La RS se obtiene dividiendo el tiempo en segundos de la prueba de screening del paciente por el tiempo en segundos de la prueba de screening de un Pool de Plasma Normal (PPN). De manera similar, la RC se calcula dividiendo el tiempo en segundos de la prueba de confirmatoria del paciente por el tiempo en segundos de la prueba de confirmatoria del PPN (10).

OBJETIVOS

Evaluar si en nuestra institución se cumplen los criterios de selección de pacientes para el estudio de AL, según las manifestaciones clínicas establecidas por la guía de la ISTH-2020.

Analizar si se estudió de manera conjunta la presencia de AL, aCL y a β 2GPI.

Analizar si en los pacientes con una determinación de AL positivo, se les solicitó una nueva determinación de AL luego de las 12 semanas para evaluar la persistencia de la positividad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo observacional descriptivo. Se analizaron las solicitudes de AL en pacientes ambulatorios de sexo femenino y masculino sin tratamiento anticoagulante o con suspensión previa del mismo. Se evaluaron 705 solicitudes de estudio de AL enviadas al Laboratorio Central del Hospital Carlos G. Durand entre octubre del 2020 y enero de 2024. La información y los datos que se han analizado en el presente trabajo se obtuvieron a partir de interrogatorios realizados por el laboratorio al momento de la extracción de la muestra de sangre, así como también del Sistema Informático del Laboratorio y de las historias clínicas del Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGEHOS).

Las variables consideradas incluyeron el sexo, la repetición del estudio tras un resultado positivo inicial (realizada al menos 12 semanas después para confirmar la positividad), la detección en

simultáneo de aCL y a β 2GPI, así como las manifestaciones clínicas asociadas.

Los criterios de laboratorio y la selección de las manifestaciones clínicas a evaluar se basaron en las recomendaciones de la guía de la ISTH-2020.

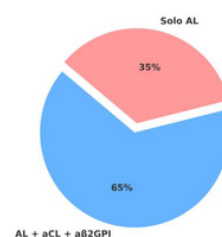
Las manifestaciones clínicas se clasificaron en trombosis venosa (TV); trombosis arterial (TA); accidentes cerebrovasculares (ACV); complicaciones obstétricas y LES. También se tuvieron en cuenta las manifestaciones clínicas en donde se podría considerar llevar a cabo el estudio de AL (aPTT prolongado sin explicación, trombocitopenia inmune asociado a otras patologías, livedo reticularis, etc.) y por último, otras manifestaciones que no están incluidas en la mencionada guía. Las complicaciones obstétricas, se dividieron en las siguientes categorías: aborto aislado; aborto y prematuridad; aborto y muerte fetal; muerte fetal; muerte fetal y preeclampsia; y preeclampsia aislada.

Para el estudio del AL, se utilizó plasma citratado, procesado en un coagulómetro ACL TOP-300 con reactivos IL®. La presencia de AL fue determinada mediante dos pruebas de coagulación dependientes de fosfolípidos con distinto fundamento: dRVVT y SCT. Para cada una se realizó la prueba screening y su correspondiente confirmatoria. Los puntos de corte de los RN (dRVVT = 1.18 y SCT=1.16) fueron establecidos localmente.

RESULTADOS

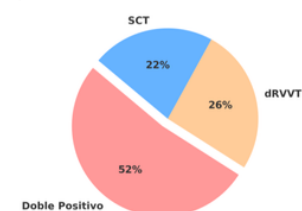
De las 705 solicitudes de AL estudiadas, el 65% (459 solicitudes) incluían el estudio de AL en conjunto con aCL y a β 2GPI, y en las 35% restantes (246 solicitudes) solo se solicitó AL, siendo estas incompletas (figura N°1).

Figura N°1: Distribución de solicitudes de AL.



Nota: Gráfico con porcentajes que muestran el perfil de laboratorio completo e incompleto. Elaboración propia.

Figura N°2: Distribución de resultados positivos en % de SCT, dRVVT y doble positivo.



Nota: Gráfico en porcentajes de los resultados positivos de AL. Elaboración propia.

En cuanto a la distribución por sexo, el 88% de las solicitudes (617) correspondían a pacientes de sexo femenino, y el 12% (88) a pacientes de sexo masculino.

En la población estudiada, el 24% (169 solicitudes) arrojaron resultados compatibles con presencia de Inhibidor de tipo Anticoagulante Lúpico (positivas) y el 76% restante (536 solicitudes) presentaba resultados de RN para dRVVT como SCT menores al rango de referencia calculado para nuestro laboratorio, considerándose estas negativas.

Además, podemos observar que de las 88 solicitudes de pacientes de sexo masculino, un 62,5% - (55) resultaron negativas y un 37,5% - (33) positivas. Mientras que de las 617 solicitudes de pacientes de sexo femenino, observamos que un 78% - (481) resultaron negativas y 22% - (136) positivas.

Analizando los datos, se refleja que, del total de solicitudes con resultado positivo (169): 33 correspondían a solicitudes de pacientes de sexo masculino (25 pacientes, considerando que 8 de ellos repitieron con una segunda muestra); 136 a solicitudes de pacientes de sexo femenino (105 pacientes, considerando que 23 repitieron con segunda muestra y 4 con segunda y tercera muestra). En total se identificaron 130 pacientes con resultado positivo, de los cuales solo el 27% de los pacientes (35) regresaron al laboratorio para realizar el estudio de AL luego de las 12 semanas, considerando que 4 de ellos lo realizaron incluso una tercera vez, obteniendo siempre el mismo resultado positivo. Con lo cual, podemos afirmar que sólo 27% de los pacientes confirmaron la persistencia de la positividad.

Por otro lado, del total de solicitudes con resultado negativo (536): 55 correspondían a solicitudes de pacientes de sexo masculino (siendo 51 pacientes, considerando que 4 repitieron con segunda muestra); 481 a solicitudes de pacientes de sexo femenino (siendo 412 pacientes, considerando que 47 repitieron con segunda muestra a las 12 semanas, 8 con segunda y tercera muestra; y 2 pacientes con segunda, tercera y cuarta muestra). En total se identificaron 463 pacientes con resultado negativos, de los cuales solo el 13% (61) regresaron al laboratorio para realizar el estudio de AL luego de las 12 semanas, considerando que 8 de

ellos lo realizaron incluso una tercera vez, 2 pacientes tuvieron 4 resultados.

Asimismo, se examinaron las 169 solicitudes positivas, donde el 52% mostró positividad tanto para dRVVT como para SCT (doble positivas). Del resto, el 26% fue positivo únicamente para dRVVT y el 22% fue positivo solo para SCT (figura N°2).

En cuanto a las manifestaciones clínicas según el sexo de los pacientes encontramos que, de las 617 solicitudes estudiadas de pacientes femeninas, el 31,7% presentaban complicaciones obstétricas; el 18,6% presentaban LES; el 10,4% TV; el 4,2% ACV; y el 0,3% TA. Además, se evidenció un 3,4% de pacientes femeninas que presentaban manifestaciones en donde se podría considerar la determinación de AL (aPTT prolongado, trombocitopenia inmunitaria, livedo reticularis, etc) y un 31,4% presentaba manifestaciones no incluidas en la guía de la ISTH-2020, como artritis reumatoidea, síndrome de Sjögren, esclerosis múltiple, esclerodermia, vasculitis, síndrome de Raynaud, entre otras (figura N°3).

De las 195 solicitudes de estudio en mujeres con complicaciones obstétricas, el 74,4% se debió a aborto aislado; el 9,2% a aborto y muerte fetal; el 7,7% a muerte fetal aislada; el 4,1% a muerte fetal y preeclampsia; el 3,1% a aborto y prematuridad; y el 1,5% a preeclampsia aislada (figura N°4).

En cuanto a las 88 solicitudes estudiadas en pacientes masculinos, el 50,0% presentó TV; el 6,8% ACV; el 4,5% LES; el 2,3% TA; el 4,5% evidenció manifestaciones en donde se podría considerar realizar la determinación de AL; y el 31,9% presentaban manifestaciones no incluidas en la guía de la ISTH-2020 (figura N°5).

A partir de estos datos, es posible afirmar que el 31,5% de las 705 solicitudes de AL presentaban manifestaciones no incluidas en la guía de la ISTH-2020.

Por último, se presenta una tabla que resume las manifestaciones clínicas de los pacientes discriminando entre los que obtuvieron un resultado para AL positivo o negativo (figura N°6).

DISCUSIÓN

Dado que el SAF se define mediante criterios clínicos que incluyen eventos trombóticos y morbilidad obstétrica, los cuales son comunes en

Figura N°3: Distribución de manifestaciones clínicas en pacientes de sexo femenino.

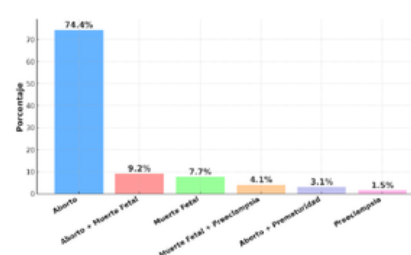
Nota: Distribución, expresado en porcentajes, de las manifestaciones clínicas en pacientes femeninas. Elaboración propia.

la población general y carecen de especificidad para esta condición, sumado al hecho de que los aPL pueden encontrarse en individuos sin SAF, los criterios de laboratorio se convierten en un componente crucial para su diagnóstico. Para establecer el diagnóstico de SAF, es necesario que al menos uno de los marcadores incluidos en los criterios de laboratorio sea positivo. En este contexto, la responsabilidad del laboratorio es fundamental, ya que los resultados obtenidos influyen directamente en la toma de decisiones clínicas y en la estrategia terapéutica para el paciente. El diagnóstico erróneo, generalmente asociado a sobrediagnóstico, puede ser consecuencia de múltiples factores, entre los que se incluyen la selección inapropiada de los pacientes para el estudio o la elección incorrecta del momento para la realización de las pruebas. Otros factores que contribuyen a un diagnóstico impreciso incluyen la ausencia de seguimiento para verificar la persistencia de los hallazgos en el tiempo. La interpretación incorrecta de los resultados puede llevar a decisiones clínicas subóptimas. En este trabajo, evaluamos retrospectivamente las solicitudes médicas para el estudio de AL en nuestra institución de acuerdo a lo establecido en la guía de la ISTH-2020, identificando deficiencias en el cumplimiento de los criterios de selección de pacientes, lo que implica que no siempre se realizan las pruebas en aquellos con probabilidad de padecer SAF. Además, observamos falta de repetición de la prueba AL en los pacientes que presentaron resultados positivos en la primera evaluación, lo que impide la confirmación de la persistencia de la positividad a lo largo del tiempo, elemento esencial para el diagnóstico definitivo. Así mismo,

es pertinente mencionar la inadecuada repetición de la determinación de AL en aquellos pacientes que ya habían presentado un resultado negativo previo.

Un hallazgo destacable de nuestro estudio es que solo el 65% de las solicitudes se solicitaron de manera completa, incluyendo además del AL, las determinaciones de aCL y a β 2GPI.

La relevancia de una solicitud adecuada en este sentido radica en que estos tres parámetros son importantes para el diagnóstico o la exclusión del SAF, así como para la estratificación del riesgo. La triple positividad se asocia con trombosis y permite identificar a los pacientes con SAF de alto riesgo¹³. Por otro lado, se obtuvo un 24% de resultados positivos en la determinación de AL, lo que concuerda con lo reportado por Simmons DP y colaboradores (11).

Figura N°4: Distribución de complicaciones obstétricas en pacientes femeninas.

Nota: Gráfico expresado en porcentajes, de las complicaciones obstétricas en pacientes femeninas. Elaboración propia.

Figura N°5: Distribución de manifestaciones clínicas en pacientes de sexo masculino.

Nota: Distribución expresado en porcentajes de las manifestaciones clínicas en los pacientes masculinos. Elaboración propia.

En las pacientes de sexo femenino las complicaciones obstétricas fueron la manifestación clínica más frecuente, mientras que la trombosis venosa fue la más frecuente en los pacientes de sexo masculino. Estos resultados coinciden con Duboscq C y colaboradores (7). También observamos que el 31,5% de las solicitudes de AL correspondían a manifestaciones

Figura N°6: Porcentaje de solicitudes a las cuales se le solicitó el estudio de AL.

	Con manifestaciones clínicas en las que se debe estudiar AL (%)	Con manifestaciones clínicas en las que se podría estudiar AL (%)	Sin manifestaciones clínicas incluidas en la guía de la ISTH-2020 (%)	Total (%)
POSITIVOS	16.6	1.8	5.5	23.9
NEGATIVOS	48.4	1.7	26.0	76.1
TOTAL	65	3.5	31.5	100

Nota: Porcentaje de solicitudes a las cuales se les solicitó el estudio de AL, discriminando su resultado y las manifestaciones clínicas.

no incluidas en la guía de la ISTH-2020. Esto podría deberse a la reciente publicación de los criterios de clasificación de SAF ACR/EULAR-2023 que incorporaron nuevas patologías.

El hecho de que sólo 27% de los pacientes positivos para AL haya confirmado su resultado con una nueva muestra después de 12 semanas, sugiere que nos enfrentamos a un problema con la falta de confirmación de las pruebas positivas, lo que podría llevar a un diagnóstico erróneo de SAF debido a la positividad transitoria de algunas pruebas de AL. Este porcentaje es menor con respecto a los publicados por Kobylecki CJ y colaboradores (9). Se ha observado que el AL es positivo durante condiciones inflamatorias y/o infecciosas, aunque sin una asociación clara con el fenotipo clínico del SAF (12).

CONCLUSIÓN

En este estudio, se encontró un porcentaje considerable de pacientes con solicitudes para la evaluación de anticoagulante lúpico que no se ajustan a los criterios de selección de pacientes, según las manifestaciones clínicas establecidos por la guía de la ISTH-2020.

Además se identificaron deficiencias en las solicitudes para diagnóstico de síndrome antifosfolipídico, como solicitudes de anticoagulante lúpico incompletas y falta de confirmación de la persistencia de la positividad del anticoagulante lúpico en una segunda muestra.

De acuerdo con nuestros resultados se proponen 3 oportunidades de mejora:

- Mejorar la comunicación y control entre los profesionales bioquímicos especializados en Hematología y los servicios médicos solicitantes del estudio de anticoagulante lúpico.
- En aquellas solicitudes de anticoagulante lúpico incompletas, incorporar las determinaciones de aCL y a β 2GPI.
- Desde el sector de Hemocitología del laboratorio, recomendamos a los servicios médicos solicitantes la implementación de un seguimiento a las 12 semanas en pacientes con resultados positivos para anticoagulante lúpico, con el objetivo de confirmar la persistencia de la positividad.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.

Recibido: 05/03/2025 - Aceptado: 21/03/2025

BIBLIOGRAFÍA

1. Adamczuk Y, Annetta E, y col. Aspectos destacados del Taller de Laboratorio de Anticuerpos Antifosfolípidos XIII Congreso Argentino de Hemostasia y Trombosis, organizado por el Grupo CAHT. Hematología 2018; 22: 326-347.
2. Ambati A, Knight JS, Zuo Y. Antiphospholipid syndrome (APS) management: a 2023 update and practical algorithm-based approach. Curr Opin Rheumatol 2023; 35: 149-160.
3. Barbaiya M, Zuily S, y col. The 2023 ACR/EULAR Antiphospholipid Syndrome Classification Criteria. Arthritis & Rheumatology 2023; 75:1687-1702.
4. Cervera R. Estrategias terapéuticas en el síndrome antifosfolipídico. Reumatol Clin 2010; 6:37-42.
5. Devreese KM, y col. Guidance from the Scientific and Standardization Committee for lupus anticoagulant/antiphospholipid antibodies of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. J Thromb Haemost 2020; 18: 2828-2839.
6. Duarte-García A, y col. The Epidemiology of Antiphospholipid Syndrome: A Population-Based Study. Arthritis & Rheumatology 2019; 71:1545-52.9
7. Duboscq C, y col. Diferencias en los resultados de la detección del inhibidor lúpico según el algoritmo diagnóstico utilizado. Hematología 2017; 21: 281-288.
8. Favaloro EJ, Pasalic L, Selby R. Testing for the lupus anticoagulant: the good, the bad, and the ugly. Res Pract Thromb Haemost 2024; 8:e102385.
9. Kobylecki CJ, Vedel-Krogh S, Afzal S, Coetze JP. Laboratory assessment of antiphospholipid syndrome: Laboratory data. Int J Lab Hematol 2024; 46: 714-721.
10. Martinuzzo M, y col. Guía para el estudio de anticoagulante lúpico. Primera Edición. Grupo CATH 2019.
11. Simmons DP, y col. Lupus anticoagulant testing using two parallel methods detects additional cases and predicts persistent positivity. Clin Chem Lab Med 2018; 56: 1289-1296.
12. Vandevelde A, Devreese KM. Laboratory Diagnosis of Antiphospholipid Syndrome: Insights and Hindrances. J Clin Med 2022. <https://doi.org/10.3390/jcm11082164>.
13. V Pengo y col. Incidence of a first thromboembolic event in asymptomatic carriers of high-risk antiphospholipid antibody profile: a multicenter prospective study. Blood 2011; 118: 4714-4718.

DERMATITIS FLAGELADA SECUNDARIA A BLEOMICINA: IMPLICANCIAS CLÍNICAS.

FLAGELLATE DERMATITIS SECONDARY TO BLEOMYCIN: CLINICAL IMPLICATIONS.

AUTORES: PALACIO, JOHANNA. A***; GARRO, G**; LAUKO, M*; CAMPOMINOSI, J**; CINZER, M***; VÁZQUEZ, C***; DE LUCA, C.***

LUGAR DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND - UNIDAD 3 DE INTERNACIÓN, SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA - AV. DIAZ VELEZ 5044-C.P. 1405-CABA, ARGENTINA.

*JEFA DE UNIDAD 3 INTERNACIÓN- SERVICIO DE CLINICA MÉDICA

**MEDICA DE PLANTA SERVICIO DE CLINICA MÉDICA

***RESIDENTE DE CLÍNICA MÉDICA



ABSTRACT:

INTRODUCTION: Flagellate dermatitis is a rare dermatosis characterized by linear erythematous or hyperpigmented skin lesions, mainly on the trunk and upper limbs, recognized as an adverse effect of Bleomycin, an antineoplastic agent used in solid tumors. Its incidence is 8-20%, appearing up to 9 weeks post-treatment. The pathophysiology is theorized to be linked to bleomycin hydrolase deficiency, with drug accumulation and inflammation. Histologically, basal hyperpigmentation, mild spongiosis, and eosinophilic perivascular infiltrate are observed. Treatment includes antihistamines and corticosteroids, with resolution in 6-8 months without discontinuing Bleomycin, except in extensive cases.

OBJECTIVE: To present a case of flagellate dermatitis induced by Bleomycin in testicular cancer.

CASE REPORT: A 41-year-old male with stage III non-seminomatous testicular cancer, undergoing BEP chemotherapy, developed pruritic linear lesions and erythematous macules after the last cycle. Biopsy showed epidermal lymphocytic infiltrate, vacuolar degeneration, spongiosis, and perivascular mononuclear infiltrate with eosinophils, diagnosing flagellate dermatitis due to Bleomycin. Cetirizine and topical corticosteroids led to a good response, allowing continuation of chemotherapy without Bleomycin. The dermatosis resolved in 7 months, but a CNS relapse occurred.

CONCLUSION: Given the frequent use of Bleomycin in regimens like BEP, flagellate dermatitis should be considered as an early adverse effect. Its recognition allows for symptomatic management and, usually, continuation of oncological treatment. Knowledge of this reversible reaction is vital for clinical management, considering Bleomycin discontinuation in extensive cases.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La dermatitis flagelada es una dermatosis infrecuente caracterizada por lesiones lineales eritematosas o hiperpigmentadas, principalmente en tronco y miembros superiores, reconocida como efecto adverso de la Bleomicina, un antineoplásico usado en tumores sólidos. Su incidencia es del 8-20%, apareciendo hasta 9 semanas post-tratamiento. Se

teoriza una fisiopatología ligada a déficit de bleomicina hidrolasa, con acumulación del fármaco e inflamación. Histológicamente, se observa hiperpigmentación basal, espongiosis leve e infiltrado perivascular eosinofílico. El tratamiento incluye antihistamínicos y corticoides, con resolución en 6-8 meses sin suspender Bleomicina, salvo en casos extensos.

OBJETIVO: Presentar un caso de dermatitis flagelada inducida por Bleomicina en cáncer testicular.

CASO CLINICO: Varón de 41 años con cáncer testicular no seminomatoso estadio III, en quimioterapia BEP, desarrolló lesiones lineales pruriginosas y máculas eritematosas tras el último ciclo. La biopsia mostró infiltrado linfocítico epidérmico, degeneración vacuolar, espongiosis e infiltrado mononuclear perivascular con eosinófilos, diagnosticándose dermatitis flagelada por Bleomicina. Con cetirizina y corticoides tópicos hubo buena respuesta, permitiendo continuar la quimioterapia sin Bleomicina. La dermatosis se resolvió en 7 meses, pero hubo recaída en SNC.

CONCLUSIONES: Dada la frecuencia de Bleomicina en esquemas como BEP, la dermatitis flagelada debe considerarse como efecto adverso temprano. Su reconocimiento permite manejo sintomático y, usualmente, continuar el tratamiento oncológico. Conocer esta reacción reversible es vital para el manejo clínico, considerando suspender Bleomicina en casos extensos.

KEY WORDS: Flagellate dermatitis, Dermatitis, Bleomycin

PALABRAS CLAVES: Dermatitis flagelada, Dermatitis, Bleomicina.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis flagelada es una dermatosis infrecuente caracterizada por máculas eritematosas o hiperpigmentadas de disposición lineal, localizadas en tronco y miembros superiores. Se describió por primera vez en 1970 como efecto adverso vinculado a la Bleomicina, antineoplásico utilizado en tumores sólidos como

el carcinoma de cérvix y testicular. Se presenta en un 8-20% de los casos y puede aparecer desde las primeras horas hasta 9 semanas posteriores al tratamiento.

La fisiopatología no es clara; una teoría se relaciona con el déficit enzimático de bleomicina hidrolasa con su consecuente acumulación, que provocaría un efecto tóxico sobre los tejidos y secreción de citoquinas por inflamación. La histopatología es inespecífica, se espera hiperpigmentación de la capa basal, espongiosis mínima, inflamación perivascular con eosinófilos y licuefacción de la capa basal.

Los antihistamínicos y corticoides tópicos o sistémicos son parte del tratamiento. Se obtiene resolución de la enfermedad en 6 a 8 meses después de la finalización del uso de Bleomicina, sin necesidad de suspensión. Sin embargo, en pacientes con gran compromiso cutáneo, se continúa esquema retirando sólo esta droga.

OBJETIVOS

Presentación de un caso de dermatitis flagelada como dermatosis infrecuente inducida por Bleomicina en un paciente con cáncer testicular.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 41 años con antecedentes de hipertensión arterial, ex-tabaquismo, tromboembolismo pulmonar anticoagulado con enoxaparina, diagnosticado con cáncer testicular mixto no seminomatoso estadio III, con requerimiento de orquifuniculectomía derecha. Realizó quimioterapia con esquema BEP durante dos ciclos. En la tercera semana post infusión del último ciclo, es internado en Clínica Médica por síndrome febril inespecífico. Al examen físico se evidenciaron lesiones de disposición lineal, pruriginosas en cuello, brazo derecho y espalda y máculas eritematosas dolorosas a la palpación en ambas manos. (Imagen 1-2) Es valorado por el servicio de Dermatología quienes toman biopsia de las lesiones. En la misma, se observaba a nivel superficial, infiltración epidérmica por linfocitos y focos de degeneración vacuolar, abundante espongiosis e infiltrado inflamatorio mononuclear con aislados eosinófilos rodeando estructuras vasculares en dermis subyacente. (Imagen 3,4,5,6)

Se interpreta el cuadro como dermatitis flagelada secundario a la Bleomicina, sin compromiso sistémico. Inicia cetirizina vía oral y corticoides tópicos con adecuada respuesta. Se decidió continuar los ciclos posteriores de quimioterapia con Etopósido y Cisplatino, suspendiendo la Bleomicina por toxicidad cutánea. El cuadro se resuelve aproximadamente a los 7 meses; sin embargo, el paciente evoluciona con recaída en SNC.

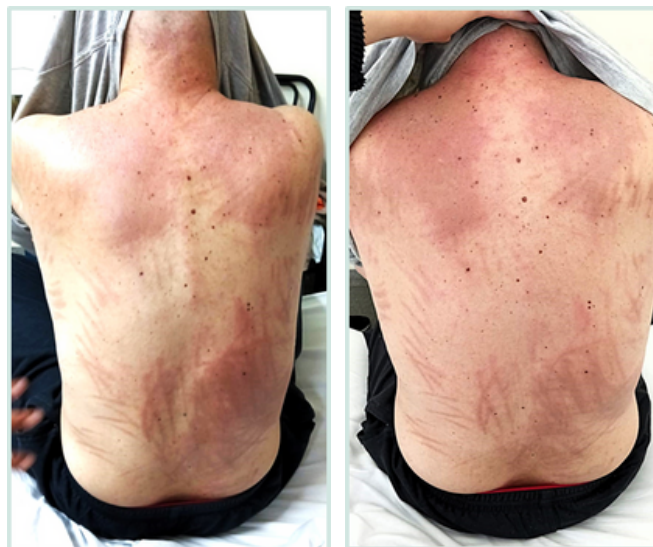
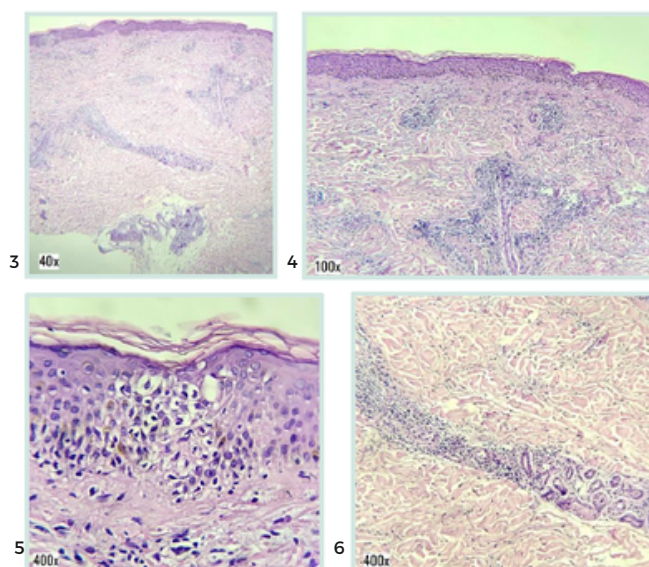


Imagen 1-2: lesiones lineales eritematosas en dorso



Imágenes 3-4-5-6: Biopsia cutánea donde se observa a nivel superficial, infiltración epidérmica por linfocitos y focos de degeneración vacuolar, abundante espongiosis e infiltrado inflamatorio mononuclear con aislados eosinófilos rodeando estructuras vasculares en dermis subyacente.

DISCUSIÓN

El caso presentado de dermatitis flagelada en un paciente con cáncer testicular estadio III, secundario a la administración de Bleomicina como parte del esquema BEP, ilustra una reacción adversa cutánea infrecuente pero bien reconocida asociada a este agente quimioterapéutico. La aparición de las características lesiones lineales pruriginosas y máculas eritematosas dentro de las nueve semanas posteriores a la última infusión de Bleomicina se alinea con el rango temporal descrito en la literatura, que oscila desde horas hasta aproximadamente dos meses después de la exposición al fármaco. Esta temporalidad es crucial para establecer la relación causal entre la Bleomicina y la dermatosis. (1,3)

La fisiopatología de la dermatitis flagelada inducida por Bleomicina aún no está completamente dilucidada. La teoría más aceptada involucra una deficiencia en la enzima bleomicina hidrolasa, responsable de la inactivación del fármaco en los tejidos. Esta deficiencia conduciría a una acumulación local de Bleomicina en la piel, desencadenando un efecto tóxico directo sobre los queratinocitos y la subsiguiente liberación de citoquinas proinflamatorias. Esta cascada inflamatoria se manifestaría clínicamente con las lesiones características. Si bien la histopatología observada en nuestro paciente – infiltrado linfocítico epidérmico, degeneración vacuolar, espongiosis e infiltrado mononuclear perivascular con eosinófilos – es consistente con descripciones previas, es importante señalar que estos hallazgos son inespecíficos y pueden observarse en otras dermatosis inflamatorias. Por lo tanto, el diagnóstico de dermatitis flagelada se basa fundamentalmente en la correlación clínico-temporal con la exposición a la Bleomicina y la morfología distintiva de las lesiones. (3)

El manejo de la dermatitis flagelada se centra en el alivio sintomático. En este caso, la administración de un antihistamínico oral (cetirizina) y corticoides tópicos resultó en una respuesta adecuada, disminuyendo el prurito y la inflamación de las lesiones. La literatura respalda el uso de antihistamínicos y corticoides tópicos o sistémicos como tratamiento de primera línea, logrando generalmente una resolución completa de las

lesiones en un periodo de 6 a 8 meses tras la finalización del tratamiento con Bleomicina, sin necesidad de interrumpir la quimioterapia en la mayoría de los casos.

Una consideración importante en el manejo de pacientes con dermatitis flagelada inducida por Bleomicina es la necesidad de evaluar la extensión del compromiso cutáneo. En pacientes con afectación limitada, como el presentado, el tratamiento sintomático suele ser suficiente para controlar los síntomas sin interferir con el esquema quimioterápico oncológico. Sin embargo, en casos de compromiso cutáneo extenso y sintomatología severa, se debe considerar la relación riesgo-beneficio de continuar con Bleomicina. En tales situaciones, la suspensión selectiva de este fármaco, manteniendo el resto del esquema quimioterápico (Etopósido y Cisplatino en el caso BEP), puede ser necesaria para mejorar la calidad de vida del paciente y evitar complicaciones cutáneas mayores. (2,5)

La evolución posterior del paciente, con la resolución de la dermatosis aproximadamente a los siete meses pero con la aparición de una recaída en el sistema nervioso central, subraya la importancia del seguimiento integral de los pacientes oncológicos. Si bien la toxicidad cutánea de la Bleomicina puede ser manejable, la progresión de la enfermedad subyacente sigue siendo una preocupación primordial. Este caso enfatiza la necesidad de un abordaje multidisciplinario, con una comunicación fluida entre los servicios de dermatología y oncología para optimizar el manejo de las toxicidades asociadas al tratamiento y la enfermedad oncológica en sí.

CONCLUSIONES

La dermatitis flagelada es una reacción adversa cutánea característica y reconocible de la Bleomicina. Su diagnóstico temprano, basado en la presentación clínica y la historia de exposición al fármaco, permite implementar un manejo sintomático adecuado y, en la mayoría de los casos, la continuación del tratamiento quimioterápico oncológico. Sin embargo, es crucial estar alerta a la posibilidad de compromiso cutáneo extenso, en

cuyo caso la modificación del esquema terapéutico, con la suspensión selectiva de Bleomicina, puede ser necesaria para mejorar el bienestar del paciente. La información sobre esta reacción adversa reversible es fundamental para asesorar adecuadamente a los pacientes que reciben Bleomicina.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.

Recibido: 19/12/2024 - Aceptado: 05/03/2025

Bibliografía:

1. Biswas, A., Chaudhari, P. B., Sharma, P., Singh, L., Julka, P. K., & Sethuraman, G. (2013). Bleomycin induced flagellate erythema: revisiting a unique complication. *Journal of cancer research and therapeutics*, 9(3), 500-503.
2. Flores, I. C., Guerra, M. A., & Cabello, D. G. (2012). Dermatitis flagelada. *Dermatología Argentina*, 18(4), 307-309.
3. Indrastuti, N., Mariyani, S., & Meidiyanti, P. (2022). Flagellate dermatitis in bleomycin chemotherapy: a causality?. *BMJ Case Reports CP*, 15(7), e249704.
4. Langhi, J., Lorient, D. M., Fondati, F., García, S., & Della Giovanna, P. (2015). Dermatitis flagelada: nuestra experiencia. *Dermatología Argentina*, 21(3), 197-201.
5. Verma, P., Rajaram, S., Heda, A., Sundriyal, D., Tiwari, P., Sahoo, I., ... & Sharma, D. (2022). Bleomycin-induced flagellate dermatitis: revisited. *Cureus*, 14(9).

ENFOQUE DE LA PSIQUIATRÍA POSITIVA EN EL ADULTO MAYOR Y EN LAS DEMENCIAS

APPROACH TO POSITIVE PSYCHIATRY IN THE ELDERLY AND DEMENTIA

AUTORA: JESSICA L. BORENSZTEIN.*

LUGAR DE TRABAJO: CLINICA ENDI. CENTRO MEDICO PALMAS. AV PASEO DE LAS PALMAS 745. CDMX. MÉXICO. CONSULTORIOS MEDICOS-HUIXQUILUCAN, ESTADO DE MÉXICO. MÉXICO.

*MÉDICA PSIQUIATRA



ABSTRACT

INTRODUCTION: The aging population has increased the prevalence of chronic diseases and mental disorders in older adults, especially dementia, which affects 50 million people worldwide and is expected to triple by 2050. Positive psychiatry emerges as an innovative approach, complementing traditional treatments.

OBJECTIVE: Review the approach proposed by Positive Psychiatry in relation to the aging process and dementia, in order to provide possible complementary approaches to current pharmacological treatments. **Methodology:** A systematic review of the literature was conducted in databases such as PubMed/Medline, covering studies in English and Spanish published in the last 20 years.

RESULTS: Findings reveal that interventions focused on promoting autonomy, social connection, self-acceptance, and a sense of purpose not only improve psychological well-being but also favor neuroplasticity and active aging. Additionally, practices like mindfulness and self-compassion contribute to reducing stress and improving quality of life in patients with dementia.

DISCUSSION: Positive psychiatry offers a complementary framework to pharmacological treatment, emphasizing the importance of fostering personal strengths and meaningful relationships to address aging and dementia.

CONCLUSION: The integration of positive psychiatry into the approach to aging represents a paradigm shift in geriatric care, promoting healthy aging and better quality of life.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El envejecimiento poblacional ha incrementado la prevalencia de enfermedades crónicas y trastornos mentales en adultos mayores, especialmente la demencia, que afecta a 50 millones de personas a nivel mundial y se espera que se triplique para 2050. La psiquiatría positiva emerge como un enfoque innovador, complementando los tratamientos tradicionales.

OBJETIVO: Realizar un acercamiento al enfoque que propone la Psiquiatría Positiva con relación al proceso de envejecimiento y las demencias, con el fin de brindar posibles abordajes complementarios a los tratamientos farmacológicos actuales.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó una revisión sistematizada de la literatura en bases de datos como PubMed/Medline, abarcando estudios en inglés y español publicados en los últimos 20 años.

RESULTADOS: Los hallazgos revelan que las intervenciones enfocadas en la promoción de la autonomía, la conexión social, la autoaceptación y el sentido de propósito no solo mejoran el bienestar psicológico, sino que también favorecen la neuroplasticidad y el envejecimiento activo. Asimismo, se observó que prácticas como mindfulness y autocompasión contribuyen a reducir el estrés y mejorar la calidad de vida en pacientes con demencia.

DISCUSIÓN: La psiquiatría positiva ofrece un marco complementario al tratamiento farmacológico, destacando la importancia de fomentar fortalezas personales y relaciones significativas para enfrentar el envejecimiento y las demencias.

CONCLUSIONES: La integración de la psiquiatría positiva en el abordaje del envejecimiento representa un cambio de paradigma en la atención geriátrica, promoviendo un envejecimiento saludable y una mejor calidad de vida.

Keywords: aging- mental disorders

Palabras clave: envejecimiento- patología psiquiátrica

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno demográfico de creciente relevancia a nivel mundial. Según datos del Banco Mundial, en 2021, las personas de 65 años o más representaban el 9,54% de la población global. Se proyecta que para 2050, este grupo etario constituirá el 16% de la población mundial (2).

Este incremento en la proporción de adultos mayores conlleva una serie de desafíos en el ámbito de la salud. Entre las problemáticas más prevalentes en esta población se encuentran en

primer lugar las enfermedades crónicas no transmisibles, la hipertensión arterial presenta una prevalencia del 38% en adultos mayores de 60 a 69 años (7). Asimismo los trastornos de salud mental se llevan un alto porcentaje. Aproximadamente el 15% de las personas de 60 años o más padecen algún trastorno mental, siendo la demencia, la depresión y el síndrome confusional agudo los más comunes. Otra complicación frecuente en esta población son la fragilidad y las caídas ya que cerca del 30% de los adultos mayores de 65 años que viven en la comunidad experimentan al menos una caída al año, y de estos, el 50% sufrirá caídas recurrentes. Las afecciones relacionadas con huesos y articulaciones son frecuentes en esta población, impactando en su movilidad y funcionalidad (30).

La demencia afecta a aproximadamente 50 millones de personas en todo el mundo, y se espera que esta cifra se triplique para 2050 (1)

Es un síndrome caracterizado por un deterioro cognitivo que afecta la vida diaria y la funcionalidad de los individuos. A medida que la población envejece, la prevalencia de las demencias, como la enfermedad de Alzheimer, se ha incrementado, afectando actualmente a aproximadamente 50 millones de personas en todo el mundo, y se espera que esta cifra se triplique para 2050. Esto plantea un desafío significativo para los sistemas de salud (1). Tradicionalmente, el enfoque en el tratamiento de las demencias ha estado centrado en la reducción de síntomas y la gestión de la enfermedad. Sin embargo, la psiquiatría positiva ofrece un nuevo paradigma que enfatiza el bienestar emocional y la resiliencia (26)

OBJETIVO

En esta revisión bibliográfica, se intentará un acercamiento al enfoque que propone la Psiquiatría Positiva con relación al proceso de envejecimiento y las demencias, con el fin de brindar posibles abordajes complementarios a los tratamientos farmacológicos actuales.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistematizada de la literatura en las bases de datos PubMed/Medline,

incluyendo ensayos clínicos, estudios observacionales, metaanálisis y revisiones sistemáticas. La búsqueda se llevó a cabo utilizando palabras clave, combinadas con operadores booleanos (AND, OR, NOT), con el objetivo de identificar estudios relevantes publicados sin límite de temporalidad.

Se consideraron estudios en inglés y español que abordaran la relación entre psiquiatría positiva y bienestar en el adulto mayor y como parte del proceso de selección, se conservaron los artículos de los últimos 20 años.

RESULTADOS

Conceptualización y Orígenes de la Psiquiatría Positiva

La psiquiatría positiva es un enfoque emergente en el campo de la salud mental que promueve el bienestar psicológico, emocional y social de los individuos, más allá de la simple reducción de síntomas patológicos. Este enfoque pone énfasis en los aspectos saludables de la psique humana, tales como la resiliencia, las fortalezas personales, las relaciones interpersonales y la autoaceptación, reconociendo que el bienestar integral de una persona no solo se alcanza mediante el tratamiento de enfermedades mentales, sino también potenciando su capacidad para florecer a pesar de los desafíos. Su conceptualización está basada en la integración de la psicología positiva, que se centra en las fortalezas humanas y la mejora de la calidad de vida, en el contexto de la psiquiatría (25).

El concepto de psiquiatría positiva comenzó a ganar terreno a finales del siglo XX, cuando se observó que muchos modelos tradicionales de la psiquiatría se centraban casi exclusivamente en la patología y la disfunción. Este enfoque reduccionista limitaba la capacidad de comprender y abordar la complejidad del bienestar humano en su totalidad. En este sentido, la psiquiatría positiva propone un cambio paradigmático, considerando que, además de tratar las condiciones patológicas, es crucial también promover las capacidades individuales que permiten a las personas vivir vidas plenas y satisfactorias, incluso en contextos adversos como las enfermedades mentales (27).

Los orígenes de la psiquiatría positiva pueden rastrearse hasta la psicología positiva, un campo desarrollado por Martin Seligman a fines de la década de 1990, que promovió el estudio científico de lo que hace que las personas lleven vidas más felices y satisfactorias. Seligman y sus colaboradores pusieron en evidencia que la promoción del bienestar emocional y psicológico, como la gratitud, la esperanza, el optimismo y el sentido de la vida, tiene efectos beneficiosos sobre la salud mental (25). La psiquiatría positiva adaptó estas ideas al ámbito de los trastornos mentales, buscando integrar el enfoque de las fortalezas y el bienestar en el tratamiento y la prevención de enfermedades psiquiátricas, particularmente en contextos de enfermedades crónicas como las demencias y trastornos afectivos (12).

A medida que la psiquiatría positiva se fue consolidando, comenzó a encontrar aplicaciones prácticas en la prevención y tratamiento de trastornos psiquiátricos. En este sentido, varios estudios han demostrado que enfoques basados en la psicología positiva, como la promoción de la resiliencia, el fortalecimiento de las redes sociales y la mejora del bienestar subjetivo, pueden ser efectivos en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales. Por ejemplo, investigaciones han evidenciado que la intervención en la resiliencia y la promoción del bienestar pueden desempeñar un papel crucial en la prevención de enfermedades neurodegenerativas, como la demencia, al reducir el riesgo de deterioro cognitivo en adultos mayores (19).

Definición de Demencia, Tipos, y Abordajes Farmacológicos y No Farmacológicos

La demencia es un término amplio que describe un conjunto de síntomas caracterizados por el deterioro progresivo y generalizado de las funciones cognitivas, lo cual afecta gravemente la capacidad de una persona para realizar actividades diarias. Esta condición no es una enfermedad específica, sino más bien un síndrome causado por diversas enfermedades subyacentes que afectan el cerebro. La demencia se asocia con la pérdida de memoria, dificultades en el razonamiento, la resolución de problemas y la

capacidad de juicio, así como trastornos en el lenguaje y la orientación. A medida que avanza, puede involucrar cambios en el comportamiento y la personalidad, lo que impacta significativamente la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores (12).

Existen varias formas de demencia, siendo las más comunes la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia con cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal. Se realizará una breve descripción de cada una, ya que la finalidad del artículo no es profundizar en ellas.

1. Enfermedad de Alzheimer: Es la causa más frecuente de demencia, representando aproximadamente el 60-70% de los casos. Se caracteriza por un deterioro gradual de la memoria y las funciones cognitivas, con una acumulación anormal de proteínas en el cerebro, como la beta-amiloide y la tau, que provocan la muerte neuronal (24).

2. Demencia Vascular: Este tipo de demencia se produce como resultado de una serie de pequeños accidentes cerebrovasculares o un solo gran evento, lo que interrumpe el flujo sanguíneo al cerebro y causa daño cerebral. Los síntomas varían dependiendo de las áreas del cerebro afectadas, pero suelen incluir problemas de memoria, lenguaje y, en ocasiones, dificultades motoras (20).

3. Demencia con Cuerpos de Lewy: Esta demencia se caracteriza por la presencia de cuerpos de Lewy, que son depósitos anormales de proteína alfa-sinucleína en el cerebro. Los pacientes suelen experimentar fluctuaciones en el estado cognitivo, alucinaciones visuales y síntomas parkinsonianos, como rigidez muscular y temblores (16).

4. Demencia Frontotemporal: La demencia frontotemporal incluye un grupo de trastornos cerebrales caracterizados por la degeneración de los lóbulos frontal y temporal del cerebro. A menudo, los síntomas iniciales incluyen cambios en la personalidad, el comportamiento y el lenguaje, y se presenta a una edad más temprana que otras formas de demencia (22).

En cuanto a los abordajes farmacológicos de la demencia, estos se centran en aliviar los síntomas y ralentizar la progresión de la enfermedad, ya que aun no existen medicamentos que curen estos padecimientos. Los fármacos más comúnmente

utilizados son los inhibidores de la colinesterasa, como el donepezilo, la rivastigmina y la galantamina, que ayudan a mejorar la comunicación entre las células cerebrales al inhibir la enzima colinesterasa, que descompone la acetilcolina, un neurotransmisor crucial para la memoria y el aprendizaje (4). Estos medicamentos son especialmente efectivos en la enfermedad de Alzheimer leve a moderada. Además, en algunos casos de demencia con cuerpos de Lewy y enfermedad de Alzheimer, se utilizan antagonistas del receptor NMDA, como la memantina, que modulan la actividad del glutamato, un neurotransmisor implicado en el aprendizaje y la memoria. La memantina ha mostrado beneficios en el tratamiento de la demencia moderada a grave, ayudando a reducir la velocidad de deterioro cognitivo (23).

Neuroplasticidad y envejecimiento activo

El envejecimiento activo es un concepto desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se refiere al proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen (32). Este enfoque enfatiza que el envejecimiento no debe verse solo desde la perspectiva de la pérdida de capacidades, sino como una etapa en la que se pueden mantener y promover la autonomía, la funcionalidad y el bienestar integral.

El enfoque desde la psiquiatría positiva, está intimamente vinculada con este concepto en relación al proceso de envejecimiento, y se ha asociado con la promoción de la neuroplasticidad; un proceso fundamental para la adaptación y la mejora de la salud cerebral.

La neuroplasticidad en la vejez hace referencia a la capacidad del cerebro para reorganizarse, formar nuevas conexiones neuronales y generar nuevas neuronas, incluso en etapas tardías de la vida.

Tradicionalmente, se pensaba que la neuroplasticidad disminuía con la edad, pero investigaciones recientes han demostrado que el cerebro mantiene su capacidad de adaptación y cambio incluso a través el tiempo. Gage et al. investiga la capacidad del cerebro adulto para

generar nuevas neuronas, un proceso conocido como neurogénesis, en el hipocampo, una región clave para la memoria y el aprendizaje. Los autores descubrieron que, en ratones adultos, la exposición prolongada a un entorno enriquecido (con estímulos físicos y sociales) aumentó la neurogénesis en el hipocampo en un factor de cinco en comparación con los ratones en ambientes estándar. Este hallazgo sugiere que, incluso en la vejez, el cerebro mantiene una notable capacidad de adaptación y regeneración neuronal, lo que podría tener implicaciones para el tratamiento de trastornos cognitivos relacionados con la edad, como la demencia. Además, el estudio destaca la importancia de factores ambientales en la promoción de la neuroplasticidad y el bienestar cerebral en la edad avanzada (10).

La estimulación cognitiva, la actividad física y las interacciones sociales son factores clave que favorecen este proceso de plasticidad cerebral en adultos mayores, lo que sugiere que la neuroplasticidad es crucial para mantener las funciones cognitivas y emocionales a medida que envejecemos (9).

St. Jacques et al., en 2009 explora cómo la conectividad funcional de la corteza prefrontal medial (CPFm) se activa durante la recuperación de memorias autobiográficas. Utilizando imágenes por resonancia magnética funcional (fMRI), los autores observaron que la CPFm se activa al recordar eventos personales, y esta activación está asociada con la intensidad emocional y la vivencia de las memorias. Además, identificaron que la conectividad entre la CPFm y otras regiones cerebrales, como el hipocampo y la corteza parietal posterior, varía según la naturaleza de la memoria recuperada. Estos hallazgos sugieren que la CPFm desempeña un papel crucial en la recuperación de memorias autobiográficas, facilitando la integración de información emocional y contextual (28). Además, la neuroplasticidad inducida por el ejercicio físico y el bienestar emocional también se asocia con una mayor resiliencia y una mejor capacidad para enfrentar los desafíos de esta etapa vital (6). Asimismo un enfoque desde la psiquiatría positiva, tendría efectos directos sobre la salud cerebral,

permitiendo que las personas mayores enfrenten el envejecimiento con mayor adaptabilidad y menos riesgo de desarrollar trastornos neurocognitivos (efecto preventivo) (3)

Abordajes del proceso de envejecimiento desde la Psiquiatría Positiva

Takashi Maeno, en su obra *Mechanisms of Happiness* (2013), propone un modelo basado en cuatro factores clave que contribuyen al bienestar humano: El primero, Autorealización y Crecimiento, promoviendo la búsqueda de desafíos y la superación personal. El segundo, la Conexión Social y Gratitud, destacando la importancia de las relaciones interpersonales y la expresión de agradecimiento; en tercer lugar ubica al Optimismo y Positividad, fomentando una mentalidad resiliente ante la adversidad; y finalmente la Autenticidad e Independencia, resaltando la coherencia entre valores personales y acciones. Este modelo ofrece un enfoque integral para comprender la felicidad y sugiere estrategias aplicables en la psicología positiva y el bienestar mental. La investigación respalda la relación entre estos factores y la mejora en la calidad de vida y la salud emocional (15).

El enfoque de la psiquiatría positiva aplicado al adulto mayor busca fomentar el bienestar y la felicidad mediante el desarrollo de las fortalezas personales y la promoción de la salud mental. En línea con ello, la evidencia actual propone algunas estrategias.

Fomentar la autonomía en los adultos mayores es crucial para su bienestar psicológico. Se pueden emplear estrategias como la intervención psicoeducativa y la terapia cognitivo-conductual, las cuales ayudan a los adultos mayores a mejorar la toma de decisiones y a mantener el control sobre sus vidas. Las intervenciones basadas en la terapia cognitivo-conductual son eficaces en la mejora de la autonomía en adultos mayores con depresión (31). Además, los programas de entrenamiento en habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones ayudan a mejorar el sentido de control, lo que contribuye a una mayor autonomía (17).

La conexión social es un factor esencial para la salud mental en los adultos mayores. Fomentar la

interacción social mediante programas de apoyo comunitario y actividades grupales, como el voluntariado o las actividades recreativas, puede tener efectos positivos en la salud emocional. La participación en actividades sociales y el fortalecimiento de redes de apoyo son fundamentales para reducir la soledad y promover un sentido de pertenencia, reduciendo el riesgo de depresión y mejorando la calidad de vida en los adultos mayores (8).

Actualmente se propone el trabajo de la autoaceptación utilizando terapias basadas en la autocompasión y la *mindfulness* (atención plena). Éstas han demostrado ser útiles para ayudar a los adultos mayores a aceptar los cambios en sus vidas y mantener una actitud positiva. La práctica de *mindfulness* y la terapia de aceptación y compromiso pueden aumentar la satisfacción personal y reducir los síntomas depresivos en los adultos mayores (13). Además, los programas de intervención enfocados en la promoción de la autoaceptación pueden disminuir la ansiedad relacionada con el envejecimiento y mejorar el bienestar general (14).

Se ha evidenciado que la participación en actividades que benefician a los demás proporcionan un sentido de propósito y pueden mejorar la salud mental en los adultos mayores. Participar en actividades de voluntariado o en roles activos dentro de la comunidad no solo beneficia a otros, sino que también aumenta la autoestima y reduce la percepción de soledad. Este tipo de actividades está asociado con una menor prevalencia de depresión y una mayor satisfacción con la vida (21). Los adultos mayores que practican actos altruistas tienden a tener un mayor sentido de propósito, lo que está estrechamente relacionado con una mayor longevidad y bienestar (18).

La Psiquiatría Positiva en la Prevención y Tratamiento de Demencias

Siguiendo con la línea de revisión presentada en este artículo, cabe mencionar que estudios recientes han mostrado que los enfoques de bienestar emocional, la participación en actividades cognitivas y el fortalecimiento de las redes sociales son fundamentales para reducir el

riesgo de deterioro cognitivo (11). La estimulación cognitiva, el ejercicio físico regular y la interacción social están estrechamente relacionados con la disminución del riesgo de desarrollar demencia, así como con la preservación de la función cognitiva en etapas tempranas de la enfermedad. La psicoeducación, la estimulación cognitiva y las intervenciones basadas en la fuerza pueden ofrecer a los pacientes una mejor calidad de vida, además de reducir síntomas comórbidos como la ansiedad y la depresión, frecuentes en el contexto de las demencias (29).

En términos de tratamiento, la psiquiatría positiva también ha sido aplicada con éxito en la creación de entornos terapéuticos que favorecen el bienestar emocional. Las estrategias de enriquecimiento ambiental, como el uso de terapia artística, música y ejercicio físico, han mostrado ser eficaces en el aumento de la satisfacción y la conexión emocional en pacientes con demencia. Estos enfoques, al centrarse en las fortalezas y capacidades de los pacientes, ofrecen una alternativa a los tratamientos tradicionales centrados exclusivamente en los síntomas, promoviendo una experiencia más holística y empoderante para los pacientes (5).

DISCUSIÓN

De la información recabada, se podría plantear como línea de investigación, la relación entre la prevención del desarrollo de patologías mentales y el envejecimiento activo, entendiendo a éste desde la perspectiva planteada por Maeno (15). Asimismo, podría investigarse los efectos de incorporar las prácticas mencionadas desde edades más tempranas, proponiéndolas como parte de hábitos de vida saludable.

CONCLUSIONES

La psiquiatría positiva ha emergido como un enfoque prometedor que amplía los límites tradicionales de la psiquiatría al integrar la promoción del bienestar junto con el tratamiento de los trastornos mentales. Así mismo presenta interesantes herramientas y recursos que mejoran la calidad de vida de los adultos mayores, incluyendo la prevención de padecimientos mentales, como el deterioro cognitivo y por lo

tanto los procesos demenciales. A medida que se realiza más investigación en este campo, es probable que la psiquiatría positiva continúe desempeñando un papel crucial en la atención integral a la salud mental, y a la salud en general.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.

Recibido: 15/02/2025 - Aceptado: 05/03/2025

Bibliografía

1. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2021.
2. Banco Mundial. Población de 65 años o más (% del total) [Internet]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>
3. Bangen KJ, Weiner MW, Thomas KR, et al. Cerebral blood flow and amyloid- β interact to affect memory and hippocampal function in older adults. *J Neurosci*. 2012;32(16):5605-5613.
4. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(1):CD005593.
5. Bratt J, Dileo C. Music interventions for mechanically ventilated patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(12):CD006902.
6. Brassen S, Gerner M, Büchel C. Don't look back in anger! Responsiveness to missed chances in successful and unsuccessful aging. *Psychol Sci*. 2012;23(2):203-207.
7. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Rojas-Martínez R, Pedroza A, Medina-García C, Barquera S. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *Salud Publica Mex*. 2013;55(Supl 2):S144-S150.
8. Chou R, Clark E, Helfand M. Screening for depression in adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;301(6):660-664. doi:10.1001/jama.2009.104
9. Dennis NA, Cabeza R. Neuroimaging of healthy cognitive aging. *Trends Cogn Sci*. 2008;12(7):272-277.
10. Gage FH, Kempermann G, Palpucci S, et al. Neuroplasticity in old age: sustained fivefold induction of hippocampal neurogenesis by long-term environmental enrichment. *Ann Neurol*. 2002;52(3):337-345.
11. Gilbert T, Bédard M, Tanguay-Carneau L, Hébert R. The role of social networks in the quality of life of elderly persons with dementia. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020;75(5):1079-1086.
12. Jeste DV, Palmer BW, Kraemer HC, et al. A case for a new category of mental disorder: positive psychiatry. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020;28(9):951-958.
13. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract*. 2003;10(2):144-156. doi:10.1093/clipsy.bpg016
14. Lahti M, Järvelin-Pasanen S, Pietilä AM, et al. The impact of an intervention program to improve elderly people's mental health. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2017;32(12):1442-1450. doi:10.1002/gps.4683
15. Maeno T. Mechanisms of Happiness. Tokyo: Kodansha; 2013.
16. McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology*. 2017;89(1):88-100.
17. Morrow-Howell N, Hong S, Tang F. Effects of volunteering on the well-being of older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009;64B(4):P473-P481. doi:10.1093/geronb/gbp053
18. Musick MA, Wilson J. Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. *J Health Soc Behav*. 2003;44(3):346-359. doi:10.2307/1519783
19. Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Ukoumunne OC, Brayne C. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurol*. 2014;13(8):788-794.
20. O'Brien JT, Thomas A. Vascular dementia. *Lancet*. 2014;383(9930):1679-1687.
21. Post SC. Altruism, happiness, and health: it's good to be good. *Int J Behav Med*. 2005;12(2):66-77. doi:10.1207/s15327558ijbm1202_4
22. Rasovsky K, Hodges JR, Knopman D, et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*. 2011;134(9):2456-2477.
23. Reisberg B, Auer S, Shulman MB. Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2003;17(3):151-156.
24. Scheltens P, Blennow K, Breteler M, et al. Alzheimer's disease. *Lancet*. 2021;397(10284):1545-1555.
25. Seligman MEP. Learned optimism: How to change your mind and your life. New York: Knopf; 1998.
26. Seligman MEP. Positive psychology: An introduction. *Am Psychol*. 2000;55(1):5-14.
27. Seligman MEP, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *Am Psychol*. 2005;60(5):410-421.
28. St. Jacques PL, Dolcos F, Cabeza R. Functional connectivity of the medial prefrontal cortex during autobiographical memory retrieval. *Psychol Sci*. 2009;20(1):52-58.
29. Surr CA, Robinson J, Selwood A, et al. The efficacy of psychological interventions for people with dementia and their carers: a systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 2017;29(4):551-562.
30. Tapia-López E, Morales-García A, González-González JG, Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T. Salud mental y calidad de vida en adultos mayores: revisión sistemática. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2020;58(4):384-393.
31. Turner's EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med*. 2008;358(3):252-260. doi:10.1056/NEJMsa065779
32. World Health Organization (WHO). Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO; 2002.

MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS COMO DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ASOCIADO A SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO: REPORTE DE UN CASO

NEUROPSYCHIATRIC MANIFESTATIONS AS ONSET OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS ASSOCIATED WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME: A CASE REPORT

AUTORES: RICARDO MENDEZ RENGEL*, HERNÁN M GAVIÑO**, TOMAS GILLIGAN**, NADIA GAETO**, SABRINA PORTA*, M NATALIA TAMBORENEA*.

LUGAR DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND - UNIDAD DE REUMATOLOGÍA - SERVICIO DE PEDIATRÍA- AV. DIAZ VELEZ 5044-C.P. 1405 - CABA, ARGENTINA.

*UNIDAD DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL CARLOS G. DURAND

**SERVICIO DE PEDIATRIA HOSPITAL CARLOS G. DURAND



ABSTRACT:

INTRODUCTION: Patients with SLE may experience a variety of neurological and psychiatric manifestations, collectively called NPSLE, which are responsible for significant morbidity and mortality (12). The prevalence of NPSLE varies widely, from 21% to 95% in various cohorts (6), in part due to the heterogeneity of the manifestations and definitions used. In NPSLE, attribution of neuropsychiatric events to lupus warrants thorough investigation and exclusion of alternative causes.

OBJECTIVE: to perform a bibliographic review of neuropsychiatric manifestations in Lupus based on a clinical case.

CASE REPORT: We present the case description of a 15-year-old patient, with no clinical history, who during a visit to a relative hospitalized in this hospital presented a generalized crisis.

CONCLUSION: Neuropsychiatric involvement in SLE presents a significant challenge in clinical practice due to its complex nature and the diversity of manifestations, which translates to high morbidity and mortality and necessitates an exhaustive differential diagnostic process.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con LES pueden experimentar una variedad de manifestaciones neurológicas y psiquiátricas, denominadas colectivamente NPSLE, las cuales son responsables de una morbilidad y mortalidad significativas (12). La prevalencia de NPSLE varía ampliamente, desde un 21% hasta un 95% en diversas cohortes (6), en parte debido a la heterogeneidad de las manifestaciones y las definiciones utilizadas. En la NPSLE, la atribución de eventos neuropsiquiátricos al lupus justifica una investigación exhaustiva y la exclusión de causas alternativas.

OBJETIVO: Realizar una revisión bibliográfica de las manifestaciones neuropsiquiátricas en Lupus a propósito de un caso clínico.

REPORTE DE CASO: Presentamos la descripción del caso de una paciente de 15 años, sin antecedentes clínicos, quien durante una visita a un familiar hospitalizado en este hospital presentó una crisis generalizada.

CONCLUSIÓN: La afectación neuropsiquiátrica en el LES plantea un reto significativo en la práctica clínica debido a su

naturaleza compleja y la diversidad de manifestaciones, lo que se traduce en una elevada morbilidad y la necesidad de un exhaustivo proceso de diagnóstico diferencial.

Keywords: systemic lupus erythematosus, neuropsychiatric symptoms

Palabras Clave: Lupus eritematoso sistémico, síntomas neuropsiquiátricos

INTRODUCCION

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune idiopática crónica que afecta a varios órganos, incluido el sistema nervioso central. Los pacientes con LES también pueden presentar numerosas manifestaciones neuropsiquiátricas. Estas manifestaciones se denominan lupus eritematoso sistémico neuropsiquiátrico (NPSLE). El NPSLE afecta tanto al sistema nervioso central (SNC) como al sistema nervioso periférico (SNP) y puede presentarse de modo heterogéneo como disfunción cognitiva, síndromes cerebrales orgánicos, delirio, convulsiones, psicosis entre otros síntomas y signos (20). Las estimaciones de incidencia y prevalencia de los síntomas neurológicos y psiquiátricos entre los pacientes con LES varían mucho, debido en gran parte a la heterogeneidad en las definiciones y metodología (11). El compromiso del sistema nervioso generalmente ocurre temprano en el curso del LES, y en el 39 a 50% de los pacientes es la forma de presentación de la enfermedad (9).

La presentación de síntomas neurológicos en el LES representa un desafío clínico, y obliga a

descartar infecciones, fármacos, trastornos metabólicos o el impacto psicológico de la enfermedad crónica. Representando solo una minoría de los síntomas neuropsiquiátricos vinculados a la inflamación por LES (5).

En 1999, el Colegio Americano de Reumatología (ACR) propuso un conjunto de definiciones para 19 síndromes de NPSLE, con la intención de homogenizar la terminología para fines de investigación y práctica clínica (14). Así, estos síndromes se dividieron en centrales (un total de 12) y periféricos (un total de 7), así como en afectación focal o difusa (21). Tabla 1

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 15 años, sin antecedentes clínicos, que durante acompañamiento a su padre quien se realiza diálisis en este centro hospitalario, presenta evento crítico de características tónico clónicas, subintrantes. No responde a primera y segunda línea de tratamiento (benzodiacepinas y difenilhidantoína), requiriendo impregnación con fenobarbital ev. Sin requerimiento de ARM, ni otra sedación, con escala de coma de Glasgow 15/15. Al interrogatorio refiere fatiga y poliartralgias de 3 meses de evolución, al examen físico por sistemas se evidencia presencia de úlceras orales, sin sinovitis articular.

Valorada por neurología, los datos positivos al examen neurológico fueron: presencia de adinamia, bradilalia, bradipsiquia, alucinaciones visuales, disgrafía con aumento de la proporción en las letras, con pérdida de alineación y forma (imagen 1), fuerza muscular 5/5, reflejos osteotendinosos 2/4, sin signos piramidales, romberg negativo, marcha eubásica. Valorada por Psiquiatría, con episodios marcados de desorientación y comportamiento desorganizado de tipo fluctuante, se evidencia curso del pensamiento enlentecido, no se observan alteraciones sensorio-perceptivas, aunque no se descartan, refiere dificultad en conciliar el sueño.

En los estudios complementarios presento los siguientes resultados; punción lumbar con estudio citoquímico sin células inflamatorias, bacteriológico y panel reacción en cadena de polimerasa (PCR) negativo para Meningitis.

Estudios complementarios: Tomografía simple de encéfalo; Resonancia magnética simple y con contraste de encéfalo (RNM), Angio RNM de encéfalo, electroencefalograma, todos estos estudios sin alteración, ecocardiograma transtorácico con derrame pericárdico laminar.

En el laboratorio dentro de los datos positivos, Hb 10 g/dl, Hto 34%, VCM 88, HCM 29, plaquetas 81.000, KPTT 76 (no corrige con plasma normal), FAN 1:1280 (VR: 1:80) patrón nuclear moteado discreto, Anti-Ds DNA 1:20 (VR 1:10) c3: 95 mg/dl (VR 81-157 mg/dl) c4: 4 (VR 13-39 mg/dl), Anticuerpo Anti P ribosomal: positivo, Anti beta 2 glicoproteína IgG: 207 (positivo), Anticoagulante lúpico: positivo, a las 12 semanas se repite anticuerpos para SAF con anticoagulante lúpico y anti-β2 glicoproteína IgG positivo confirmándose el diagnóstico de Síndrome Antifosfolípido.

Se confirma el diagnóstico de LES y se calculó la actividad de la enfermedad con SLEDAI 2 K, con puntaje de 39 (VR < 10 puntos), dado por la presentación de los siguientes parámetros: convulsiones, psicosis, síndrome cerebral orgánico, cefalea, artritis, úlceras en mucosas, anti Ds-DNA positivo, complemento bajo, trombocitopenia, por lo que se interpreta como actividad grave de la enfermedad.

Recibió dos ciclos de pulsos de corticoide con metilprednisolona 500 mg/d endovenoso por 3 días, con desaparición de las úlceras en mucosa oral, artralgias y mejoría parcial de los síntomas neurológicos, pero con persistencia de crisis convulsiva, disgrafía, bradipsiquia, bradilalia, episodios de desorientación y agitación.

Se cataloga a paciente con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico asociado a Síndrome Antifosfolipídico con síntomas neuropsiquiátricos graves. Ante la ausencia de manifestaciones tromboticas por imagen cerebral, se interpreta el Síndrome Antifosfolipídico como no trombotico. Por todo lo mencionado se decide iniciar terapia biológica con Rituximab, se infunde 1 gramo endovenoso en el día 0 y 15, asociado a aspirina 100 mg día.

Luego del primer pulso de Rituximab la paciente vuelve a presentar crisis convulsiva generalizada que cede con la administración de levetiracetam en impregnación y síndrome conversivo definido

Tabla 1 Síndromes neuropsiquiátricos acorde al Colegio Americano de Reumatología 1999

		Sistema Nervioso Central	Sistema Nervioso Periférico
Síndromes Neurológicos	Focal	1. Meningitis Aséptica 2. Enfermedad Cerebro vascular 3. Síndrome desmielinizante 4. Cefalea 5. Desórdenes de movimiento 6. Mielopatía 7. Convulsiones	13. Síndrome de Guillan Barre 14. Desorden autonómico 15. Mononeuropatía (simple-múltiple) 16. Miastenia gravis 17. Neuropatía Craneal 18. Plexopatía 19. Polineuropatía
Síndromes Psiquiátricos	Difuso	8. Estado confusional agudo 9. Desorden de ansiedad 10. Disfunción cognitiva 11. Desorden del estado de ánimo 12. Psicosis	

por el servicio de Psiquiatría, que requiere la administración de sertralina y risperidona, posterior a lo cual se evidencia leve mejoría de los síntomas neuropsiquiátricos. Al día 15 se infunde segunda dosis de Rituximab, luego del cual la paciente comienza a experimentar mejorías significativas en la lectura, escritura (imagen 2) y comportamiento, no repite episodios convulsivos y se inicia descenso de medicación. Por parte de neurología se inicia ácido valproico como estabilizador de estado de ánimo y para control de convulsiones, con suspensión paulatina de levetiracetam, por parte de psiquiatría se mantiene con sertralina y risperidona, por reumatología se mantiene con hidroxiclороquina, ácido acetilsalicílico, dosis decrecientes de corticoide vía oral, e inicio de Micofelonato Mofetilo hasta la dosis de 2 gr día.

DISCUSION

La heterogeneidad de los síntomas neuropsiquiátricos (NPSLE) es amplia en el LES, y el diagnóstico sigue siendo un desafío en ausencia de marcadores diagnósticos fiables para cada tipo de manifestación clínica. Los mediadores inmunes del NPSLE incluyen genes, citocinas, quimiocinas, células y anticuerpos. En el año de 1999 el ACR agrupa los NPSLE en manifestaciones del Sistema Nervioso Central y Periférico (13). Las primeras representan el 90% de los síndromes, siendo las manifestaciones más frecuentes cefalea, depresión, ansiedad y los trastornos neurocognitivos. A pesar del creciente número de biomarcadores y autoanticuerpos que han sido probados, además de avances en técnicas de imagen, todavía no hay un estándar de oro para el diagnóstico de NPSLE, el

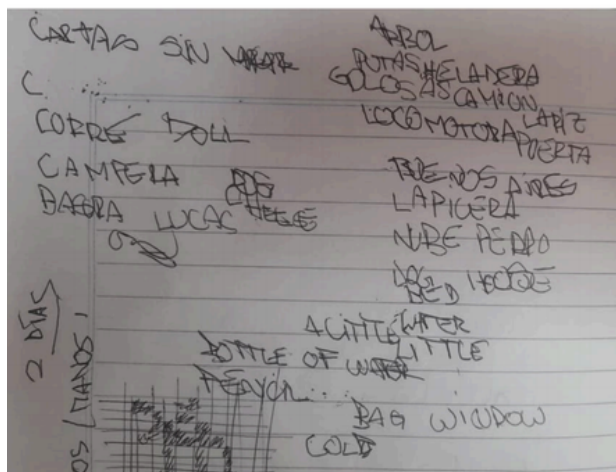


Imagen 1: disgrafía

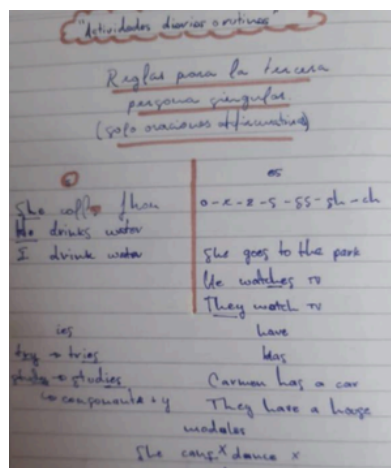


Imagen 2: escritura luego del segundo pulso de Rituximab

cual sigue siendo de exclusión luego de haber descartado infecciones, causas metabólicas y psiquiátricas puras.

Destacamos el rol de los exámenes complementarios en la estrategia diagnóstica y en vistas al seguimiento. Dentro de éstos, la RM de cerebro es el estudio de elección, aunque puede presentarse normal hasta en el 40% de los casos, igual a lo evidenciado en nuestra paciente, la cual no presento alteraciones cerebrales en imagen (18,22). Se ha propuesto que los métodos avanzados de neuroimagen basados en la resonancia magnética (imágenes ponderadas por difusión, espectroscopia por resonancia magnética de protones e imágenes por transferencia magnética) y las pruebas de imagen nuclear (tomografía por emisión de positrones y tomografía computarizada por emisión de fotón único) sean útiles para la identificación de la afectación de NPSLE en pacientes con LES; sin embargo, la relevancia clínica de estas pruebas en pacientes individuales requiere más evidencia y validación. Los estudios electrofisiológicos se utilizan cuando se sospecha clínicamente convulsiones y neuropatías. Estas pruebas ayudarán en el proceso de diagnóstico del síndrome neurológico; sin embargo, no hay signos específicos para NPSLE. Las alteraciones de la electroencefalografía pueden ser de alguna manera útiles para guiar la terapia. Los patrones epileptiformes típicos están presentes en menos de la mitad de los pacientes con LES con convulsiones, lo que puede ser predictivo de la recurrencia de las convulsiones (2,8).

Una característica predominante del LES es la participación del sistema inmunológico y la producción de autoanticuerpos. Los mediadores inmunes del NPSLE son bastante extensos e incluyen autoanticuerpos, citocinas y quimiocinas. Los autoanticuerpos pueden provocar daño neuronal y promover la patogénesis del NPSLE. Se han reportado más de 116 anticuerpos para LES, y al menos 11 anticuerpos cerebrales específicos y 9 sistémicos se han asociado con NPSLE (15,19). Sin embargo, ninguno de estos autoanticuerpos tiene implicaciones definitivas en la patogénesis del NPSLE, y su asociación sigue siendo controvertida (17). Los anticuerpos cerebrales específicos

asociados con NPSLE incluyen Anticuerpo antineuronales, Anticuerpo reactivos (BRAA), Anticuerpo anti-receptor de N-metil-D-aspartato (NMDA), anticuerpo anti-microtúbulos de proteína 2 (MAP-2) entre otros (1). Los anticuerpos sistémicos incluyen antifosfolípidos (aPL)/cardiolipina (aCL), anticoagulante lúpico (LAC), anti-beta 2-glicoproteína (2GPI), anticuerpo anti-P ribosomal (anti-P), anti-Ro, anti-Sm, anticuerpo antiendoteliales (AECA), anticuerpo antiserina proteinasa (anti-PR3/C-ANCA) y anticuerpo anti-Nedd. Dentro de éstos, cabe destacar el rol del anticuerpo anti P-Ribosomal, relacionado fundamentalmente con manifestaciones psiquiátricas como psicosis, depresión y disfunción cognitiva, el cual resulto positivo en el caso de nuestra paciente.

El tratamiento implica determinar la naturaleza inflamatoria o vascular de las manifestaciones, si bien frecuentemente no es sencillo diferenciar unas de otras. Así mismo podríamos decir que se debe pensar el tratamiento de esta entidad en función de los síntomas que presente cada paciente debido a la gran variabilidad clínica que puede tener esta enfermedad. En el caso de nuestra paciente se catalogó el NPSLE de tipo inflamatorio ante la ausencia de trombosis e isquemia cerebral por RNM y angio RNM, con lo que se inició aspirina la cual inhibe la enzima ciclooxigenasa-1 (COX-1), que reduce la producción de tromboxano A2, un mediador protrombótico. Este previene la agregación plaquetaria y reduce el riesgo de trombosis arterial y venosa, que puede causar accidente cerebrovascular, ataque isquémico transitorio u otras complicaciones neurológicas en pacientes con NPSLE (3,4).

CONCLUSIONES

Los inmunosupresores son la base del tratamiento, el cual consiste en emplear Metilprednisolona asociado a inmunosupresor intravenoso como Ciclofosfamida o Rituximab en pulsos como terapia de inducción seguida de otro fármaco como terapia de mantenimiento en base a inmunosupresores y corticoides en pauta descendente (10,16). Las dosis de metilprednisolona de 250 -500 mg/d y Rituximab a dosis fijas de 1000mg en pulsos al día 0 y 15 se

ajustaron a las pautas de la EULAR para el manejo de lupus neuropsiquiátrico (7). Cabe destacar que la depleción de linfocitos B alcanza su nadir a los 15 días, momento en el tiempo de evolución clínica donde se evidencio mejoría en la función cognitiva, cese de convulsiones y mejora de la escritura, con ausencia de disgrafía. El tratamiento de mantenimiento suele realizarse con Azatioprina o Micofenolato de Mofetilo, asociado a Hidroxicloroquina y la menor dosis posible de glucocorticoides. En relación a este último, es aconsejable llegar a dosis de mantenimiento de Prednisona o equivalente menores o iguales a 5 mg/día dentro de los primeros tres meses de tratamiento.

Por último, cabe mencionar el manejo no inmunosupresor de estos pacientes y el uso de antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos y medicamentos anticonvulsivantes a menudo se requieren de sostén hasta que los inmunosupresores hagan efecto, además las intervenciones no farmacológicas, entre estas el seguimiento por neuropsicología y terapia de rehabilitación con apoyo de trabajo social desempeñan un papel fundamental en el tratamiento del Lupus Neuropsiquiátrico.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.

Recibido: 17/03/2025 - Aceptado: 03/04/2025

Bibliografía

- Andman-Goddard, G.; Chapman, J.; Shoenfeld, Y. Autoantibodies Involved in Neuropsychiatric SLE and Antiphospholipid Syndrome. *Semin. Arthritis Rheum.* 2007; 36, 297-315. [CrossRef] [PubMed]
- Appenzeller S, Cendes F, Costalat LT. Epileptic seizures insystemic lupus erythematosus. *Neurology.* 2004;63(10):1808-12.
- Arnaud, L.; Mathian, A.; Devilliers, H.; Ruffatti, A.; Tektonidou, M.; Forastiero, R.; Pengo, V.; Lambert, M.; Lefevre, G.; Martinez Zamora, M.A.; et al. Patient-Level Analysis of Five International Cohorts Further Confirms the Efficacy of Aspirin for the Primary Prevention of Thrombosis in Patients with Antiphospholipid Antibodies. *Autoimmun. Rev.* 2015; 14, 192-200.
- Arnaud, L.; Mathian, A.; Ruffatti, A.; Erkan, D.; Tektonidou, M.; Cervera, R.; Forastiero, R.; Pengo, V.; Lambert, M.; Martinez- Zamora, M.A.; et al. Efficacy of Aspirin for the Primary Prevention of Thrombosis in Patients with Antiphospholipid Antibodies: An International and Collaborative Meta-Analysis. *Autoimmun. Rev.* 2014; 13, 281-291. [CrossRef]
- Bertsias GK, Ioannidis JP, Aringer M, Bollen E, Bombardieri S, Bruce IN, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus with neuropsychiatric mani- festations: report of a task force of the EULAR standing committee for clinical affairs. *Ann Rheum Dis.* 2010;69(12):2074-82.
- Brey RL, Holliday SL, Saklad AR et al. Neuropsychiatric syndromes in lupus: prevalence using standardized definitions. *Neurology* 2002;58:1214-20.
- Farinha F, Abrol E, Isemer DA. Biologic therapies in patients with neuropsychiatric systemic lupus erythematosus. *Lupus* (2016) 25, 1278-79.
- Gonzalez-Duarte A, Cantu-Brito CG, Ruano-Calderon L, Garcia-Ramos G. Clinical description of seizures in patients with systemic lupus erythematosus. *Eur Neurol.* 2008;59(6):320-3.
- Hanly JG, Urowitz MB, Sanchez-Guerrero J, Bae SC, Gordon C, Wallace DJ, et al. Neuropsychiatric events at the time of diag- nosis of systemic lupus erythematosus: an international incep- tion cohort study. *Arthritis Rheum.* 2007;56(1):265-73.
- Houssiau FA, Vasconcelos C, D'Cruz D, Sebastiani GD, Garrido Ed Ede R, Danieli MC, et al. Immunosuppressive therapy in lupus nephritis: the Euro-Lupus Nephritis Trial, a randomized trial of low-dose versus high-dose intravenous cyclophosphamide. *Arthritis Rheum* 2002; 46: 2121-31.
- Jeltsch-David H, Muller S. Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus: pathogenesis and biomarkers. *Nat Rev Neurol.* 2014;10(10):579-96.
- Jennekens FGI, Kater L. The central nervous system in systemic lupus erythematosus. Part I: Clinical syndromes: a literature investigation. *Rheumatology (Oxford)* 2002;41:605-18.
- Kampylafka EI, Alexopoulos H, Kosmidis ML, Panagiotakos DB, Vlachoyiannopoulos PG, Dalakas MC, et al. Incidence and Prevalence of Major Central Nervous System Involvement in Systemic Lupus Erythematosus: A 3-Year Prospective Study of 370 Patients. *PLoS One.* 2013;8 (2):1-8
- Liang MH, Corzilius M, Bae SC, et al. The American College of Rheumatology nomenclature and case definitions for neuropsychiatric lupus syndromes. *Arthritis Rheum* 1999;42:599-608.
- Liu, Y.; Tu, Z.; Zhang, X.; Du, K.; Xie, Z.; Lin, Z. Pathogenesis and Treatment of Neuropsychiatric Systemic Lupus Erythematosus: A Review. *Front. Cell Dev. Biol.* 2022, 10, 998328.
- Martin-Suarez I, D'Cruz D, Mansoor M, Fernandes AP, Khamashta MA, Hughes GR V. Immunosuppressive treatment in severe connective tissue diseases: effects of low dose intravenous cyclophosphamide. *Ann Rheum Dis.* 1997;56(8):481-7.
- Saleki, K.; Shirzad, M.; Banazadeh, M.; Hosein Mohamadi, M.; Alijanizadeh, P.; Javanmehr, N.; Pourahmad, R.; Shakeri, M.; Nikkhoo Amiri, R.; Payandeh, P.; et al. Lupus and the Nervous System: A Neuroimmunological Update on Pathogenesis and Management of Systemic Lupus Erythematosus with Focus on Neuropsychiatric SLE. In *Systemic Lupus Erythematosus-Pathogenesis and Management*; IntechOpen: London, UK, 2022.
- Sarbu N, Alobeidi F, Toledano P, Espinosa G, Giles I, Rahman A, et al. Brain abnormalities in newly diagnosed neuropsychiatric lupus: systematic MRI approach and correlation with clinical and laboratory data in a large multicenter cohort. *Autoimmun Rev.* 2015;14(2):153-9.
- Sciascia, S.; Bertolaccini, M.L.; Roccatello, D.; Khamashta, M.A.; Sanna, G. Autoantibodies Involved in Neuropsychiatric Manifestations Associated with Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review. *J. Neurol.* 2014, 261, 1706-1714. [CrossRef]
- Schwartz, N.; Stock, A.D.; Putterman, C. Neuropsychiatric Lupus: New Mechanistic Insights and Future Treatment Directions. *Nat. Rev. Rheumatol.* 2019, 15, 137-152.
- The American College of Rheumatology nomenclature and case definitions for neuropsychiatric lupus syndromes. *Arthritis Rheum.* 1999;42(4):599-608.
- Zardi EM, Taccone A, Marigliano B, Margiotta DP, Afeltra A. Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus: Tools for the diagnosis. *Autoimmun Rev.* 2014 Aug;13(8):831-9.

ABORDAJE ONCOPLASTICO EN CÁNCER DE MAMA

ONCOPLASTIC APPROACH TO BREAST CANCER

AUTORES: CARLA TRAPANI****, MARÍA C. FELDMAN**, ANDREA L. VOLPINI CRESPO**, SANTIAGO BOVALINA TELCELAN*, MARIA C. OLIVERA**, M. MICAELA GOYA*****.

LUGAR DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND - UNIDAD DE MASTOLOGÍA - SERVICIO DE TOCOGINECOLOGÍA- SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA. AV. DIAZ VELEZ 5044-C.P. 1405 - CABA, ARGENTINA.

*JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA

**JEFA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

*** MASTÓLOGA DE PLANTA

**** MÉDICA RESIDENTE DE MASTOLOGÍA

***** MÉDICA DE LA CARRERA DE ESPECIALISTA CIRUGÍA PLÁSTICA - UBA



ABSTRACT:

INTRODUCTION: Oncoplastic surgery (OS) has emerged as a leading strategy in the locoregional management of breast cancer (BC), combining oncologic safety with aesthetic outcomes. Its various surgical techniques aim to achieve complete tumor resection with clear margins while minimizing functional and cosmetic sequelae.

OBJECTIVE: To present a clinical case of multifocal right-sided BC and describe the oncoplastic surgical approach utilized.

CASE REPORT: A female patient diagnosed with multifocal right-sided BC, classified as T2N0M0, Luminal A subtype, underwent breast-conserving surgery with an oncoplastic technique. The procedure included an inverted T-pattern therapeutic mammoplasty with an inferior pedicle on the right breast, sentinel lymph node biopsy of the right axilla, and contralateral symmetrization via mastopexy and breast reduction. Subsequently, due to oncologic considerations, the patient underwent a skin-sparing mastectomy with preservation of the nipple-areola complex and placement of a definitive implant

DISCUSSION: The case highlights the selection criteria, indications, and benefits of different OS techniques, emphasizing their role in ensuring oncologic control while preserving breast aesthetics.

CONCLUSION: OS represents an integral component of contemporary BC treatment. Its successful implementation requires specialized training, a multidisciplinary approach, and consideration of oncologic, aesthetic, and socioeconomic factors relevant to each clinical setting.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La cirugía oncoplástica (CO) fue ocupando cada vez más un lugar preponderante en la terapéutica del cáncer de mama (CM), para el control locorregional de la enfermedad. Las distintas técnicas quirúrgicas tienen como objetivo la resección oncológica con márgenes satisfactorios y la minimización de las potenciales secuelas del tratamiento.

OBJETIVO: Descripción de un caso clínico, de una paciente con diagnóstico de CM derecha multifocal y las estrategias quirúrgicas con abordaje oncoplástico empleadas.

REPORTE DE CASO: Paciente con diagnóstico de CM derecha multifocal T2N0M0 Luminal A, a la cual se le realizó en primera instancia una cirugía conservadora con abordaje oncoplastico (mastoplastia terapéutica en T invertida de mama derecha de pedículo inferior, biopsia de ganglio centinela axilar derecho y simetrización contralateral mediante mastopexia y reducción mamaria) y posteriormente una mastectomía con conservación de piel y complejo areola pezón con colocación de prótesis definitiva. **DISCUSIÓN:** Se describen las diferentes técnicas de CO, criterios de elección e indicaciones. **CONCLUSIÓN:** La CO es en la actualidad parte integral del tratamiento del CM, requiere una constante capacitación y abordaje multidisciplinario, considerando no sólo los factores oncológicos y estéticos, sino también las limitaciones socioeconómicas de nuestro medio.

KEY WORDS: Oncoplastic surgery. Breast cancer. Aesthetic results

PALABRAS CLAVES: Cirugía oncoplástica. Cirugía mamaria. Cáncer de mama. Mastoplastias

INTRODUCCIÓN: El CM es la neoplasia más frecuente en el sexo femenino; se presenta en una de cada ocho mujeres en alguna etapa de su vida. Como parte del tratamiento existen herramientas para el control sistémico (quimioterapia, terapias target, hormonoterapia) y para el control locorregional (cirugía y radioterapia) de la enfermedad. En los últimos años se ha comprobado que técnicas quirúrgicas más agresivas no proporcionan un mejor pronóstico de control locorregional del CM. El tratamiento conservador, ha probado ser un procedimiento seguro (1). Incluye la resección tumoral con un margen oncológico satisfactorio, el estudio axilar (biopsia de ganglio centinela o vaciamiento axilar)

y radioterapia según protocolos de tratamiento. El diagnóstico temprano de la enfermedad es un pilar fundamental para poder acceder a cirugías mamarias conservadoras.

La cirugía reconstructiva fue ocupando cada vez más un lugar preponderante en la terapéutica del cáncer de mama. Las técnicas quirúrgicas propuestas para prevenir o corregir las secuelas del tratamiento quirúrgico son clasificadas bajo el término de "Cirugía Oncoplástica" (CO). Esta denominación la utilizó por primera vez Werner Audretsch en 1994 para incluir a todos los abordajes quirúrgicos de cirugía plástica y reconstructiva tendientes a lograr en el tratamiento conservador una resección oncológica con márgenes satisfactorios tratando de minimizar las potenciales deformidades y obtener mejores resultados cosméticos (2,3,4).

OBJETIVO: Descripción de un caso clínico, de una paciente con diagnóstico de CM derecha multifocal y las estrategias quirúrgicas con abordaje oncoplástico empleadas.

REPORTE DE CASO: Paciente de 48 años, con diagnóstico de CM derecha multifocal T2N0M0 Luminal A. Al examen físico se constataron mamas voluminosas, ptósicas, en mama derecha H2, alejado del complejo areola pezón, un nódulo palpable de 3x3 cm, adenopatías axilares móviles bilaterales, huecos supra e infraclaviculares libres. Por mamografía y ecografía se constató un segundo nódulo en H1 de 10x6 mm, sólido, irregular (BIRADS 4), no palpable. Se solicitó una resonancia mamaria con contraste endovenoso que no evidenció otras áreas de realce sospechoso. Se confirmó la sospecha diagnóstica mediante biopsia con aguja gruesa de ambos nódulos que informaron carcinoma infiltrante NST grado histológico 2 de la clasificación de Nottingham, receptor de estrógenos (RE) (95%), receptor de progesterona (RP) (98%), Her2 Neu negativo, Ki67: 5%. Se discutió su caso en ateneo oncológico, se decidió tratamiento quirúrgico de inicio. Considerando el volumen mamario, la ptosis mamaria y la ubicación de las lesiones, se realizó una mastoplastia terapéutica en T invertida de mama derecha (de pedículo inferior), biopsia de ganglio centinela axilar derecho y simetrización contralateral mediante mastopexia y reducción mamaria.



FIGURA 1. Examen físico de inicio.



FIGURA 2. Marcación prequirúrgica.



FIGURA 3. Examen físico postquirúrgico

Al recuperar el resultado de la anatomía patológica se constataron los dos focos de carcinoma ya conocidos (Carcinoma infiltrante NST grado histológico 2 de la clasificación de Nottingham de 3.7 x 1.6 x 1.1 cm y 1.5 x 1.2 x 1.1 cm respectivamente con márgenes de resección libres, RE 90%, RP 90%, HER Score 0, Ki67 20%) y múltiples focos de carcinoma (no evidenciados por resonancia mamaria previa) con márgenes de resección en contacto con lesión en dos focos de 0.2 cm. Ganglio centinela negativo. Se discutió en ateneo oncológico, en conjunto al servicio de cirugía plástica y se decide realizar mastectomía con conservación de piel, areola y pezón con colocación de prótesis definitiva.

Se recuperó nuevo resultado del estudio de la pieza quirúrgica en el cual se constata ausencia de compromiso neoplásico residual.

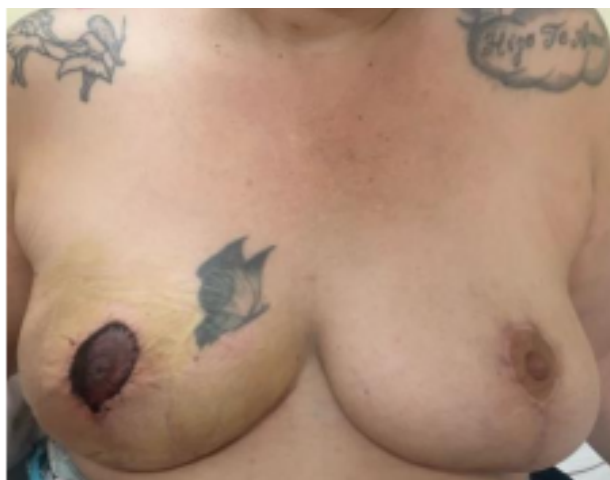


FIGURA 9. Examen físico 5to día postquirúrgico.

DISCUSIÓN: Esquemáticamente la reconstrucción mamaria se puede dividir en: Reconstrucción mamaria post-Mastectomía y Reconstrucción post cirugía conservadora. La misma puede ser inmediata, en el momento de la resección oncológica parcial de la mama para prevenir las secuelas; o diferida, transcurrido un período variable después del tratamiento conservador para corregir las secuelas quirúrgicas y actínicas. En las técnicas de reconstrucción se pueden utilizar tejidos autólogos como colgajos dermograsos, colgajos pediculados miocutáneos, colgajos libres miocutáneos y/o lipotransferencia; elementos heterólogos como prótesis y expansores tisulares ; o ambos. Se deberán considerar tres puntos esenciales, en cada caso clínico, para determinar la aplicabilidad de las diferentes técnicas: el tamaño tumoral, el volumen mamario y la localización del tumor. Al planificar una CO conservadora en una paciente con lesiones centrales y mamas voluminosas y/o ptósicas, la reconstrucción con técnicas de mastoplastia "T" invertida es una opción a considerar. Permiten resecar amplias porciones de tejido que incluyen el tumor, con adecuados márgenes de resección y piel, con lo cual queda suficiente tejido para restaurar la mama. Estas técnicas permiten la reducción de volumen y la reubicación del complejo areola-pezones con un buen resultado estético. Para tumores ubicados en cuadrantes inferiores se realiza la mamoplastia vertical de pedículo superior, y para tumores ubicados en cuadrantes superiores la mamoplastia vertical de pedículo inferior

En pacientes con imposibilidad de realizar una CO conservadora, ya sea por factores oncológicos o estéticos, consideramos las diferentes opciones oncoplasticas de mastectomías.

La reconstrucción mama inmediata post-mastectomía puede clasificarse en: mastectomía convencional (la envoltura cutánea se reseca sin dejar piel de la mama en exceso), mastectomía con conservación de piel o Skin Sparing Mastectomy (SSM) (cuando se conserva la mayor cobertura cutánea posible y el surco submamario pero resecando el complejo areola-pezones), mastectomía con conservación de piel y Areola o Areola Sparing Mastectomy (ASM) (se conserva toda la cobertura cutánea, la areola y el surco submamario pero resecando el pezón), mastectomía con conservación de piel y complejo areola pezones o Nipple Sparing Mastectomy (NSM) (se conserva toda la cobertura cutánea, la areola, el pezón y el surco submamario e incisiones de biopsias previas y/o cicatrices de biopsias percutáneas diagnósticas) (2).

En todos estos procedimientos (SSM-NSM) es imprescindible, como lo establece el NCCN (National Comprehensive Cancer Network) en su versión de 2012, que el equipo quirúrgico esté experimentado en la técnica, se seleccionen correctamente a los pacientes (estadios, tratamientos adyuvantes, etc.), se evalúe correctamente la morbilidad previa (tabaquismo, radioterapia) y siempre se obtengan márgenes de resección apropiados. Las indicaciones de NSM terapéuticas deben ser todavía consideradas

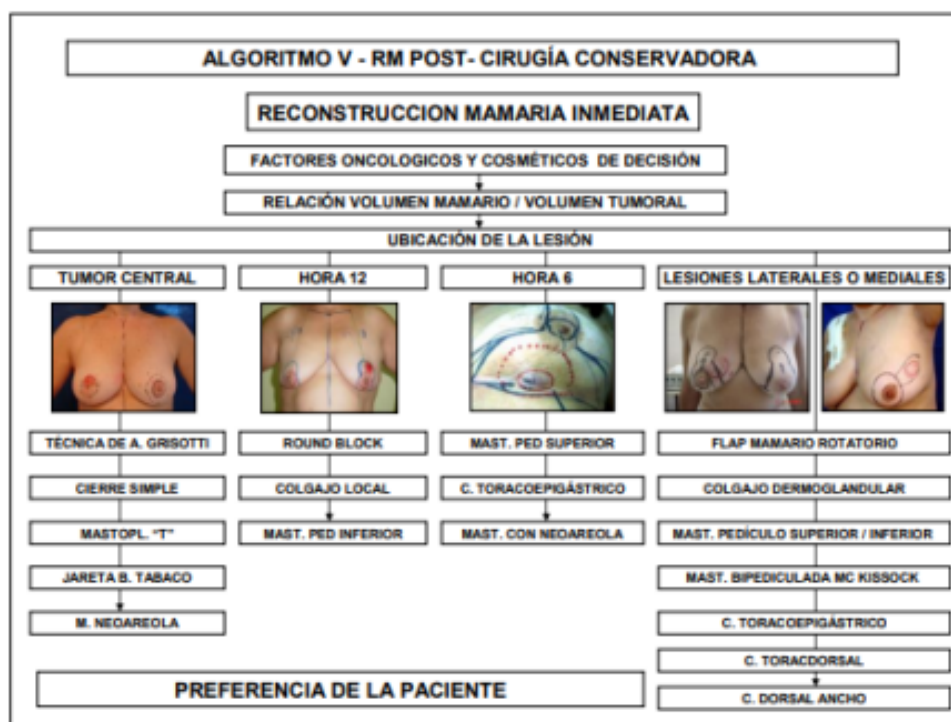


FIGURA 5. Algoritmo de reconstrucción mamaria post cirugía conservadora, según localización del tumor, volumen mamario y tumoral.

dentro de protocolos de investigación. Las indicaciones de NSM son: distancia del Tumor al CAP >2 cm (determinado por mamografía o RNM), tumor < o = 2.5 cm (determinado por clínica, ecografía, mamografía o RNM), ausencia de invasión vásculo-linfática, ganglios axilares clínicamente negativos, subgrupo de pacientes con indicación de tratamiento conservador que prefieren mastectomía, mastectomías de reducción de riesgo (2,5).

La simetría de las mamas es el factor principal para que una mujer logre satisfacción después de la reconstrucción mamaria. El lograr dicha simetría es uno de los desafíos más importantes para el cirujano reconstructivo. En muchos casos es necesaria la modificación de la mama contralateral sana haciendo uso de diversas técnicas quirúrgicas. Se suele utilizar una técnica de reducción mamaria en aquellos casos en los que la mama contralateral es voluminosa, para poder de este modo igualar a la mama reconstruida. En todos los casos el tejido extirpado en la reducción mamaria se deberá remitir para su control anatomopatológico (2).

CONCLUSIÓN: La CO es en la actualidad parte integral del tratamiento del CM. Al momento de planificar la cirugía, existe una amplia variedad de técnicas a considerar evaluando siempre 3 factores esenciales (volumen mamario, tamaño y localización del tumor). En nuestro medio (Hospital público en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) es imprescindible considerar las limitantes socioeconómicas. La adquisición de elementos heterólogos (prótesis y expansores) para planificar la reconstrucción mamaria es el principal factor limitante, por lo cual las cirugías conservadoras y las reconstrucciones mamarias con tejido autólogo forma parte de las estrategias quirúrgicas de primera elección. Los abordajes quirúrgicos son muy amplios y demandan una constante capacitación y coordinación multidisciplinaria para lograr óptimos resultados tanto oncológicos como estéticos.



FIGURA 6. Mamoplastia vertical de pedículo superior FIGURA 7. Mastoplastia vertical de pedículo inferior

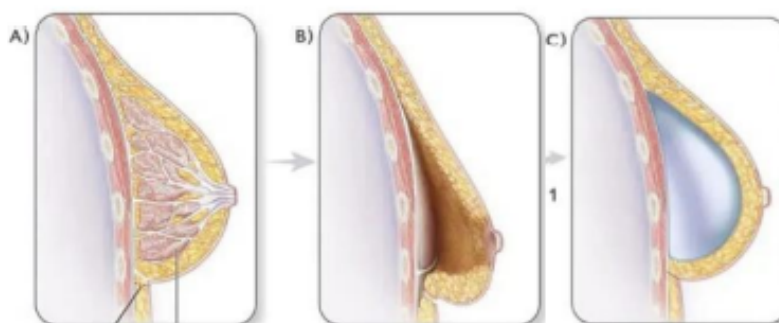


FIGURA 8. Esquema de NSM.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.

Recibido: 20/02/2025 - Aceptado: 29/03/2025

BIBLIOGRAFÍA:

1. Audretsch W et al. Oncoplastic Surgery: "Target" volume reduction, (BCT mastopexy) lumpectomy reconstruction (BCT reconstruction) and flap supported operability in breast cancer. Proceedings of the Second European Congress on Senology, Viena, Austria, 1994, pp. 139-157.
2. Masetti, R., Di Leone, A., Franceschini, C., Magno, S., Terribile, D., Fabbri, M. C., & Chiesa, F. (2006). Oncoplastic techniques in the conservative surgical treatment of breast cancer: an overview. The breast journal, 12(5 Suppl 2), S174-S180.
3. Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades. Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas. Consenso Nacional inter-sociedades sobre cirugía oncológica en cáncer de mama, 2012.
4. Tousimis E, Haslinger M. Overview of indications for nipple sparing mastectomy. Gland Surg. 2018 Jun;7(3):288-300.
5. Veronesi, U., Cascinelli, N., Mariani, L., Greco, M., Saccozzi, R., Luini, A., Aguilar, M., & Marubini, E. (2002). Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. The New England journal of medicine, 347(16), 1227-1232. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa020989>



PRINCIPIOS ACTIVOS

Inversión • Innovación • Crecimiento • Compromiso
Excelencia • Liderazgo



Conciencia por la Vida

Nuestro propósito es mejorar la calidad de vida de las personas a través del desarrollo de medicamentos con altos estándares de calidad que garanticen la efectividad de los tratamientos de quienes los necesitan.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ESTRATEGIAS DE DISCRIMINACIÓN PERCIBIDA Y AFRONTAMIENTO EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DE ARGENTINA

DESCRIPTIVE STUDY OF PERCEIVED DISCRIMINATION AND COPING STRATEGIES AMONG OLDER ADULTS IN ARGENTINA

AUTORAS: DRA. HERNÁNDEZ SILVERA, DIDES ILIANA*, LIC. AGOSTINELLI, VIVIANA**, LIC. MARIELA GHILARDELLI***

LUGAR DE TRABAJO: UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA. AV. ALICIA MOREAU DE JUSTO 1300 CABA. ARGENTINA

*PROFESORA TITULAR, FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y PSICOPEDAGOGÍA, UCA, MIEMBRO ILC, ARGENTINA.

**PSICÓLOGA, PSICOPEDAGOGA, UCA, MIEMBRO ILC ARGENTINA.

***PSICOPEDAGOGA, UCA.



Abstract

With the aim of raising awareness about the effects of discrimination on older adults in the country, the International Longevity Center Argentina (ILC) launched a campaign in 2024 to increase societal awareness of this issue. As part of this initiative, a study was conducted to identify indicators of perceived discrimination and coping mechanisms in individuals aged 59 to 85. The sample consisted of 304 individuals (M = 67.42 years, SD = 9.89). The exploratory approach analyzed these factors, seeking to understand their causes and effects on the participants' quality of life.

The process included the creation of a pilot instrument with expert judgment and 46 responses, followed by adjustments. The final 22-item inventory assessed the factors of discrimination (12 items) and coping (10 items), with Cronbach's alpha coefficients of .92 and .78, respectively, and a Cohen's Kappa coefficient of .92, validating the construct's accuracy.

The goal is to raise awareness among the community and healthcare professionals about the effects of ageism, promoting inclusive and respectful treatment of older adults. At the macrosystem level, the questionnaire would contribute to the design of inclusive public policies, the training of professionals to identify biases, community diagnostics, and the promotion of emotional well-being for this population, adapting to different contexts and age groups.

The mixed-methods study revealed the importance of strengthening the well-being of older adults, emphasizing the need to move towards a more inclusive and equitable society.

Resumen

Con el objetivo de sensibilizar sobre los efectos de la discriminación en los adultos mayores del país, el Internacional Longevity Center Argentina (ILC) lanzó en 2024 una campaña destinada a generar conciencia sobre este problema en la sociedad.

Como parte de esta iniciativa, se llevó a cabo un estudio con fines a identificar los indicadores de discriminación percibida y los mecanismos de afrontamiento en personas de entre 59 y 85 años. La muestra estuvo compuesta por 304 individuos (M= 67,42 años, DE = 9,89). El enfoque exploratorio analizó estos factores,

buscando entender sus causas y efectos en la calidad de vida de los participantes.

El proceso incluyó la creación de un instrumento piloto con juicio de expertos y 46 respuestas, seguidos de ajustes. El inventario final de 22 ítems evaluó los factores discriminación (12 ítems) y afrontamiento (10 ítems), con coeficientes alfa de Cronbach de .92 y .78, respectivamente, y un coeficiente Kappa de Cohen de .92, validando la precisión del constructo.

Se busca sensibilizar a la comunidad y profesionales de la salud sobre los efectos del edadismo, promoviendo un trato inclusivo y respetuoso hacia los mayores. A nivel macrosistema, el cuestionario contribuiría al diseño de políticas públicas inclusivas, la formación de profesionales en la identificación de prejuicios, diagnósticos comunitarios y el fomento del bienestar emocional de esta población, adaptándose a distintos contextos y grupos etarios.

El estudio, de enfoque mixto, reveló la importancia de fortalecer el bienestar de los adultos mayores, destacando la necesidad de avanzar hacia una sociedad más inclusiva y equitativa

Keywords: older adults - perceived discrimination - coping mechanisms - inventory - society - emotional well-being

Palabras clave: adultos mayores- discriminación percibida- mecanismos de afrontamiento- inventario- sociedad- bienestar emocional

INTRODUCCIÓN

El término vejez proviene del latín vetus, que significa "viejo" o "antiguo", y está relacionado con el paso del tiempo y la acumulación de años.^[1]

Durante el siglo XVIII, en Occidente se produjo una transformación en la estructura familiar, donde el rol de los abuelos adquirió mayor relevancia. En este período, los abuelos comenzaron a participar activamente en la crianza de los nietos, mientras los adultos jóvenes se dedicaban al trabajo para sostener a la familia, fortaleciendo así los lazos

intergeneracionales y promoviendo la integración de las personas mayores en el núcleo familiar.^[2]

Sin embargo, con el avance de la modernidad y la especialización del trabajo, la experiencia y el conocimiento acumulado de las personas mayores comenzaron a perder valor en las esferas políticas y sociales. Este cambio llevó a una disminución del reconocimiento de las personas mayores y a su relegación a roles secundarios o de dependencia respecto a las generaciones más jóvenes.^[3]

La percepción negativa de la vejez persiste en diversas culturas. Términos como "viejo" suelen tener connotaciones peyorativas, en marcado contraste con "joven" o "niño", que evocan vitalidad y potencial. Sin embargo, estas percepciones están moldeadas por construcciones sociales y culturales, y es fundamental reconocer que la vejez es una etapa de la vida con valor propio y contribuciones significativas para la sociedad (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas).^[4]

Esta breve reseña nos abre paso a otras reflexiones, ya que la vejez es una etapa del ciclo vital que puede estar acompañada de experiencias de discriminación percibida, definida como la percepción subjetiva de ser tratado de manera desigual debido a la edad.^[5]

Este fenómeno, conocido también como edadismo, impacta negativamente en diversos aspectos de la salud mental y física del adulto mayor, exacerbando sentimientos de exclusión social y reduciendo el bienestar psicológico.^[6]

Los adultos mayores enfrentan estos desafíos a través de diferentes estrategias de afrontamiento, las cuales pueden clasificarse en dos grandes categorías: estrategias centradas en el problema y estrategias centradas en la emoción.^[7] Estudios recientes han explorado cómo estas estrategias pueden moderar los efectos adversos de la discriminación percibida, destacando que aquellas orientadas al fortalecimiento de la resiliencia y la búsqueda de apoyo social tienden a ser más efectivas.^[8]

Comprender cómo los adultos mayores perciben y enfrentan la discriminación resulta esencial para desarrollar intervenciones que promuevan su bienestar integral. En este contexto, la identificación de patrones de afrontamiento específicos en poblaciones mayores se convierte

en un paso crucial para mitigar los efectos del edadismo y fomentar un envejecimiento activo y saludable.

En la presente fase del estudio, se ha optado por mantener un enfoque general sobre la muestra total, sin segmentar los datos según la presencia de depresión. Aunque la depresión puede ser un factor relevante que influya en la percepción de discriminación y en las estrategias de afrontamiento, se ha decidido no realizar comparaciones entre los grupos con y sin depresión en esta etapa del análisis. El objetivo principal de esta fase es describir las características del contexto acerca de la discriminación percibida por edadismo y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas adultas mayores, sin segmentar aún los datos por la presencia de depresión.

Quedan delimitados así los objetivos de trabajo:

- Describir las características del contexto y la respuesta de las personas adultas mayores frente a situaciones de discriminación percibida por edadismo, identificando las estrategias de afrontamiento utilizadas.
- Analizar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la valoración de la discriminación percibida y las estrategias de afrontamiento según variables sociodemográficas, como género, nivel educativo o situación laboral.
- Explorar la relación entre los niveles de discriminación percibida y las estrategias de afrontamiento más frecuentemente empleadas por personas adultas mayores.
- Proponer recomendaciones para la implementación de estrategias psicopedagógicas orientadas a reducir los efectos negativos del edadismo en personas adultas mayores.

ANTECEDENTES

La discriminación hacia los adultos mayores, conocida como edadismo, es un fenómeno generalizado que afecta la salud física, mental y emocional de esta población. Según la Organización Mundial de la Salud,^[9] una de cada dos personas en el mundo tiene actitudes edadistas, lo que se traduce en exclusión social, barreras en el acceso a servicios de salud y una disminución en la calidad de vida. Este tipo de discriminación no solo se basa en la edad

cronológica, sino que también interactúa con otros factores como la identidad de género, la orientación sexual y las condiciones socioeconómicas, exacerbando sus efectos negativos.^[10] En Argentina, el International Longevity Center (ILC) se manifiesta sobre la importancia de garantizar la inclusión y el respeto hacia las personas mayores, destacando la necesidad de erradicar los prejuicios y las prácticas discriminatorias hacia este grupo.^[11]

En términos de salud mental, estudios recientes han evidenciado que el edadismo y la discriminación percibida están asociados con mayores niveles de estrés, depresión y ansiedad en los adultos mayores.^[12] Estas experiencias discriminatorias afectan particularmente a quienes pertenecen a minorías sexuales o culturales, intensificando su vulnerabilidad. Por otra parte, los adultos mayores que enfrentan discriminación por múltiples factores suelen desarrollar sentimientos de aislamiento social y rechazo,^[13] lo que puede deteriorar su bienestar psicológico.

Para contrarrestar estos efectos, las estrategias de afrontamiento y resiliencia desempeñan un papel crucial. La OMS.^[14] promueve el fortalecimiento de factores protectores como el apoyo social, el acceso a servicios de salud mental y el empoderamiento de los adultos mayores para enfrentar situaciones discriminatorias. En línea con esto, Levy et al, argumentan que las intervenciones que fomentan la reinterpretación positiva y el sentido de propósito son efectivas para mitigar los efectos del edadismo y mejorar la calidad de vida de esta población.^[15] En Argentina, el ILC^[11] resalta la importancia de implementar políticas públicas que combatan el edadismo y promuevan la inclusión social de los adultos mayores. Estas políticas deben basarse en un enfoque de derechos humanos, reconociendo la diversidad de la vejez y fortaleciendo las capacidades individuales para enfrentar situaciones adversas.^[11]

Por último, actualmente se destaca que los mecanismos de afrontamiento adaptativos, tanto individuales como colectivos, pueden transformar experiencias negativas en oportunidades de crecimiento.^[16] Estas estrategias no solo fortalecen la resiliencia, sino que también contribuyen al desarrollo de competencias emocionales y cognitivas, potenciando un envejecimiento activo y saludable.

Hoy sabemos que la salud, el estado funcional y el desempeño cognitivo de las personas mayores influyen significativamente en cómo la sociedad establece estereotipos negativos hacia este grupo etario.^[17] Estos estereotipos, a su vez, contribuyen a experiencias de discriminación concretas, como el rechazo o exclusión de actividades sociales, la falta de oportunidades laborales, la ausencia o insuficiencia de una pensión que cubra sus necesidades básicas, y la discriminación basada en género o discapacidades. Estas vivencias refuerzan la marginalización de las personas mayores, afectando su bienestar emocional, cognitivo y social.

JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La discriminación hacia los adultos mayores, conocida como edadismo, es una problemática ampliamente documentada que impacta negativamente su calidad de vida y salud mental.^[5] Este fenómeno no solo se limita a la edad, sino que interactúa con otras características personales, como la identidad de género, la orientación sexual y antecedentes culturales, creando una intersección de discriminaciones que complican aún más su experiencia vital.^[18] Asimismo, las personas mayores que pertenecen a minorías sexuales enfrentan un doble estigma que combina prejuicios por la edad y la orientación sexual, lo que puede llevarlas a negar su propia identidad o exponerse al riesgo de rechazo social.^[13] El afrontamiento de estas circunstancias depende de la capacidad del individuo para desarrollar y aplicar estrategias de resiliencia. Por ello, los adultos mayores que logran integrar experiencias adversas en su narrativa personal tienden a mostrar mejores resultados en términos de bienestar psicológico y emocional.^[16] Las estrategias de afrontamiento orientadas a la resiliencia, como la búsqueda de apoyo social, la reinterpretación positiva de experiencias y el fortalecimiento del sentido de propósito, son fundamentales para mitigar los efectos de la discriminación.^[15]

Además, la promoción de factores protectores, como el fortalecimiento de redes de apoyo y el desarrollo de habilidades de afrontamiento, puede contribuir a reducir los efectos negativos de situaciones de riesgo en la salud mental. Estas intervenciones no solo abordan los efectos

inmediatos de la discriminación, sino que también estimulan el potencial cognitivo, conductual y emocional de los adultos mayores, promoviendo un envejecimiento activo y saludable.^[7,19]

La relevancia de investigar este tema radica en comprender las causas y consecuencias de los prejuicios y estereotipos sociales, así como en explorar cómo las estrategias de afrontamiento pueden servir como mecanismos de protección frente a experiencias discriminatorias. Esto aporta un marco teórico valioso para el diseño de intervenciones que fomenten la inclusión social y el bienestar integral de las minorías en la vejez.

LA DISCRIMINACIÓN: UNA MIRADA DESDE LOS ESTEREOTIPOS Y PREJUICIOS SOCIALES

Según Guerrero Torres et al., "la discriminación consiste en proferir un trato excluyente a individuos o colectivos por motivos racistas, sexistas, clasistas, culturales" (p. 2).^[20] En la actualidad, estos factores continúan generando diferenciaciones en la sociedad, sustentadas en creencias y estructuras mentales basadas en estereotipos y prejuicios. De hecho, la discriminación no solo afecta a los adultos mayores, sino que se inicia desde edades tempranas, provocando graves consecuencias en la salud mental, como depresión, ansiedad e incluso ideación suicida.^[20]

La discriminación tiene su origen en los estereotipos,^[19] entendidos como creencias o imágenes mentales negativas hacia ciertos individuos, que después de una evaluación prejuiciosa pueden dar lugar a actos discriminatorios. Estos comportamientos están profundamente arraigados en las estructuras sociales y se agravan cuando se cruzan con otras variables como género, discapacidad o etnia, intensificando la exclusión y el rechazo social.^[18]

Desde una perspectiva de la psicología social, se describe la discriminación como un comportamiento negativo que emerge, se construye y desarrolla en contextos sociales específicos.^[22] La discriminación no solo se manifiesta en actos evidentes, como la exclusión de actividades sociales o laborales, sino también en prácticas más sutiles como el lenguaje y las actitudes que perpetúan el rechazo hacia grupos vulnerables.

Estudios recientes enfatizan la importancia de

estrategias de afrontamiento y resiliencia para mitigar los efectos de la discriminación.^[21] Asimismo la OMS,^[21] impulsa la necesidad de las redes de apoyo, la autoeficacia y la promoción de políticas inclusivas son esenciales para reducir el impacto de la discriminación en la salud mental y mejorar la calidad de vida de los grupos afectados. Por otra parte, se debe diferenciar la resiliencia con la invulnerabilidad, puesto que la resiliencia se promueve, en cambio la invulnerabilidad es considerada una característica intrínseca de la personalidad del individuo.^[23]

En la misma línea con el autor,^[23] estudios recientes, coinciden en que es crucial diferenciar entre resiliencia e invulnerabilidad. La resiliencia se entiende como una capacidad que puede ser promovida y fortalecida a lo largo de la vida, mientras que la invulnerabilidad se considera una característica estática de la personalidad, que no puede desarrollarse ni modificarse.^[23] En este sentido, la resiliencia está influenciada por diversas características individuales, como la personalidad, las experiencias previas y el contexto social en el que se encuentra la persona.^[24]

La resiliencia es una capacidad humana universal que permite a las personas enfrentar las adversidades de la vida, superándolas o incluso transformándolas en oportunidades de crecimiento personal.^[25] Por ello, se considera un proceso dinámico que se desarrolla a lo largo del tiempo, dependiendo del entorno y las experiencias del individuo. Así, se considera que la resiliencia no es exclusiva de las primeras etapas de la vida, sino que puede seguir desarrollándose en la adultez, aunque no todas las personas logran este proceso de manera similar.

En este contexto, se propone que la resiliencia se articula en tres niveles:^[26] el primero es el apoyo social, que abarca tanto las relaciones familiares como el contexto social; el segundo, la fortaleza interna, que se refiere a los recursos personales, como la autoestima y la autocompasión; y el tercero, las habilidades de afrontamiento, las cuales son desarrolladas por el individuo para manejar el estrés y las adversidades de manera efectiva.

Por otro lado, la discriminación, particularmente cuando está basada en estereotipos y prejuicios, puede afectar gravemente la resiliencia de las personas. Asimismo, la discriminación crea

barreras psicológicas y sociales que impiden el desarrollo de la resiliencia, generando un círculo vicioso de exclusión y afectación en la salud mental.^[27] En estos casos, la discriminación actúa como un factor de riesgo adicional que exacerba los efectos negativos de las adversidades y debilita los recursos internos necesarios para afrontar las dificultades de manera efectiva.

LAS ESTRATEGIAS INDIVIDUALES DE AFRONTAMIENTO DEL PREJUICIO

Existen diversas estrategias para afrontar el estrés general, basadas en modelos clásicos.^[7] Sin embargo, investigaciones más recientes han identificado mecanismos específicos para afrontar el estrés relacionado con la pertenencia a un grupo estigmatizado. Estudios más actuales han identificado mecanismos más detallados que enfrentan los prejuicios en contextos contemporáneos.

1. Comparación social con otros estigmatizados: Esta estrategia se refiere al proceso mediante el cual las personas estigmatizadas protegen su autoestima comparándose con otros miembros de su mismo grupo social. Esto evita la devaluación que podría surgir si se comparan con personas fuera de su grupo. La comparación intragrupal permite reafirmar su valor y pertenencia dentro de su propio grupo, especialmente cuando tienen una fuerte identificación con él. Esta estrategia para quienes encuentran que las comparaciones dentro del grupo estigmatizado proporcionan un buffer importante contra las experiencias negativas relacionadas con el estigma.^[12]

2. Atribución del prejuicio a la discriminación: En esta estrategia, los individuos estigmatizados explican las experiencias de rechazo y fracaso atribuyéndolas a la discriminación externa, lo que les permite proteger su autoestima al desvincular el fracaso de su propio esfuerzo personal. Esta atribución también facilita la percepción de injusticia, lo que puede movilizar la resistencia.^[28] Las personas que utilizan esta estrategia suelen tener una mayor conciencia de los sistemas de poder y de los prejuicios hacia su grupo, lo que aumenta la visibilidad del prejuicio y contribuye a una mejor gestión emocional frente a estas adversidades.

3. Desanclaje selectivo: Algunas personas estigmatizadas evitan áreas de desempeño en las que su grupo podría ser desfavorecido y, en su lugar, se enfocan en características o roles donde pueden obtener reconocimiento. Este mecanismo permite a los individuos mantener una buena salud mental al evitar el riesgo de fracaso en áreas donde su grupo estigmatizado es evaluado negativamente.^[29] Sin embargo, este tipo de desanclaje puede tener consecuencias negativas a largo plazo si limita el desarrollo personal y la posibilidad de intervenir en espacios importantes para la igualdad social.

4. Minimización de la discriminación (Teoría de la Identidad Social): Según la teoría de la identidad social, las personas que experimentan discriminación pueden minimizar su percepción de los actos prejuiciosos hacia sí mismos, enfocándose en la percepción de su grupo. De esta manera, las personas con una fuerte identidad grupal tienden a ver las injusticias de manera menos personal, protegiendo así su autoestima frente a experiencias negativas.^[30] Sin embargo, este mecanismo puede ser limitado en situaciones donde el prejuicio es menos explícito y más sutil, lo que plantea un desafío para aquellos que intentan enfrentar formas de discriminación menos evidentes.

Queda claro, que la eficacia de estas estrategias depende de factores como el nivel de identificación con el grupo y el tipo de discriminación enfrentada. Por otra parte, las formas de prejuicio sutil o encubierto afectan de manera distinta a estas estrategias adaptativas, ya que las personas que se enfrentan a una estigmatización menos visible encuentran más difícil atribuir su experiencia a la discriminación de manera clara.^[31]

En consecuencia, la resiliencia, como una cualidad que permite transformar un evento adverso en una experiencia adaptativa, juega un papel importante en la gestión del estigma. La resiliencia se compone de dos factores clave: la competencia personal, que implica un reconocimiento de fortalezas y debilidades, y la auto-aceptación, que facilita la adaptación y el bienestar frente a las adversidades.^[32, 33] Es decir, un alto nivel de resiliencia facilita una mejor adaptación y un menor impacto del prejuicio, protegiendo la

autoestima y mejorando la salud mental de las personas estigmatizadas.

MÉTODO

Tipo y diseño de estudio:

El presente estudio se enmarca dentro de un estudio no experimental de tipo descriptivo-comparativo. La recopilación de información se llevó a cabo mediante un cuestionario tipo Likert, diseñado para evaluar la percepción de discriminación (edadismo) y las estrategias de afrontamiento utilizadas por personas adultas mayores. Adicionalmente, se utilizó el cuestionario EDG-5^[40] (Escala de Depresión Geriátrica de 5 ítems) como criterio de exclusión en una segunda instancia de la investigación, con el objetivo de identificar y excluir participantes que presentaran posibles síntomas significativos de depresión que pudieran influir en sus respuestas y afectar la validez de los datos recolectados.

La metodología cuantitativa permitió analizar los resultados obtenidos en relación con las características sociodemográficas, comparar las estrategias de afrontamiento empleadas según los niveles de discriminación percibida, y evaluar diferencias estadísticamente significativas entre distintos grupos.

Participantes:

La muestra estuvo conformada por 304 personas adultas mayores, de 59 años o más, con edades comprendidas entre los 59 y 85 años, (M = 67,42 años, DE = 9,89), 59 % mujeres y 41% hombres. Los participantes provienen de diversas provincias argentinas, siendo la mayor parte de ellos de Buenos Aires (60.1%), seguido por CABA (13.1%) y Santa Fe (8.6%). En menor medida, participaron adultos mayores de provincias como Corrientes (5.9%), Chaco (5.2%), Mendoza (4.7%), Córdoba (4.3%) y Misiones (4.1%). También se incluyeron personas de Tucumán (3.4%), Salta (3.1%), Formosa (2.9%), Neuquén (2.5%), Río Negro (2.3%), Santiago del Estero (1.7%), San Juan (1.5%), La Pampa (1.2%), San Luis (1.0%), Catamarca (0.8%), La Rioja (0.6%) y Jujuy (0.3%). Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico, considerando su disposición a participar, su capacidad para responder de manera autónoma al cuestionario, y el cumplimiento de los criterios de exclusión basados en los resultados diagnósticos del EDG-5³⁶ (dos ítems otorgan

diagnóstico de criterios de depresión), edad +59 y procedencia solo adultos argentinos. En total, 107 participantes fueron excluidos inicialmente, por cumplir con más de dos criterios de depresión, conformando una muestra de 197 adultos. Al realizar el análisis comparativo el análisis de las preguntas realizadas presentaba en su conjunto igual resultado en cuanto a percepción, por ende se decide tomar para este trabajo la muestra completa de 304 participantes. A su vez, se consideró en las preguntas sociodemográficas, si continuaban en actividad laboral obteniendo 57 % si y 45% no.

Instrumento

Para la recopilación de datos, se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario piloto de Percepción de Discriminación y Estrategias de Afrontamiento (IDEA):

2. Un cuestionario tipo Likert diseñado específicamente para esta investigación. Evalúa dos dimensiones principales:

○ Discriminación percibida: Mide la frecuencia y magnitud con la que los participantes perciben situaciones de edadismo en su entorno cotidiano.

○ Estrategias de afrontamiento: Identifica las estrategias cognitivas, emocionales y conductuales empleadas por los adultos mayores para gestionar el impacto del edadismo.

1. Cuestionario EDG-5^[40] (Escala de Depresión Geriátrica de 5 ítems):

Esta escala es una versión abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica, diseñada para evaluar posibles síntomas de depresión en personas mayores. Fue utilizada como parte del inventario y con criterio de exclusión para una segunda etapa de revisión, con una muestra mayor y considerando indicadores. Los participantes con puntuaciones superiores a este punto de corte fueron excluidos del análisis principal, con el objetivo de garantizar que los resultados no estuvieran influenciados por la presencia de depresión significativa.

1. Ficha sociodemográfica:

Recolectó datos generales sobre los participantes, como edad, género, nivel educativo, situación laboral y tiempo libre. Estos datos permitieron realizar análisis comparativos en función de las características de los grupos.

Todos los instrumentos fueron administrados de forma anónima y confidencial, respetando las normativas éticas correspondientes.

Procedimiento:

La recopilación de datos se llevó a cabo mediante un proceso que combinó métodos digitales y presenciales para garantizar una muestra diversa y representativa.

1.Administración digital:

El cuestionario fue enviado a diferentes grupos de adultos mayores a través de plataformas digitales, utilizando Google Forms como herramienta principal. Esta modalidad permitió la participación individual y autónoma de los participantes, facilitando el acceso a quienes contaban con habilidades tecnológicas básicas.

1.Administración presencial:

Con el objetivo de incluir a personas adultas mayores con menos acceso o familiaridad con las tecnologías digitales, el cuestionario también se aplicó de manera presencial en diversos espacios comunitarios, como:

- Lugares de reunión social.
- Plazas públicas.
- Colas de banco.
- Entradas a parroquias y otros lugares de encuentro frecuentes.

En estos casos, los participantes completaron el cuestionario de forma individual, con la asistencia de un investigador en caso de ser necesario, para garantizar la comprensión adecuada de las preguntas y respetar la autonomía en las respuestas.

Esta combinación de enfoques permitió evaluar comparativamente las percepciones y estrategias de afrontamiento de adultos mayores en diferentes contextos y condiciones de participación, enriqueciendo el análisis y aumentando la validez externa del estudio.

1.Control de calidad:

Una vez recopilados los datos:

- Se revisaron los cuestionarios digitales y físicos para identificar posibles duplicaciones, inconsistencias o respuestas incompletas.
- Las respuestas duplicadas, identificadas por coincidencias en los códigos únicos o en los datos sociodemográficos (como edad, género y lugar de recolección), fueron eliminadas del análisis.
- Los datos se almacenaron en una base

protegida con contraseña para garantizar la confidencialidad y evitar manipulaciones. Estas medidas permitieron mantener la calidad de los datos, asegurando que cada participante emitiera una única respuesta al estudio y que los resultados reflejaran de manera precisa las percepciones y estrategias de afrontamiento de los adultos mayores. Eliminando duplicados, cuestionarios incompletos, aquellos de menor edad a la solicitada y pertenecientes a otra zona geográfica a la estipulada siendo muestra argentina en esta oportunidad.

ANÁLISIS DE CATEGORÍAS EMERGENTES Y REPRESENTACIÓN AXIAL

En esta sección se presenta un análisis cualitativo de las respuestas obtenidas en la encuesta, en particular las relacionadas con los comentarios adicionales de los participantes. A través de un proceso de codificación, se han identificado varias categorías y subcategorías que permiten comprender las principales preocupaciones y percepciones sobre los temas investigados.

Para realizar una interpretación más profunda de los datos, se utilizó un enfoque de codificación axial, que agrupa las categorías emergentes según su relevancia y frecuencia en los comentarios. A continuación, se presenta el diagrama (Figura 1), el cual ilustra las relaciones entre las categorías y las subcategorías identificadas.

En el diagrama, podemos observar que la discriminación percibida es el tema más frecuente, seguido por el bienestar emocional y los criterios de afrontamiento, que también se mencionan de manera recurrente. Estos temas reflejan las preocupaciones principales de los participantes sobre los factores sociales, laborales y de salud que impactan en su experiencia.

El diagrama ayuda a visualizar la manera en que estas categorías se interrelacionan, mostrando no solo los temas predominantes, sino también las percepciones y reflexiones sobre las respuestas a estas dificultades, como la resiliencia y el desarrollo personal. También se identificaron subtemas importantes, como la falta de oportunidades saludables en hogares de ancianos, que apuntan a áreas específicas de mejora.

Representación Axial de Códigos y Subcategorías

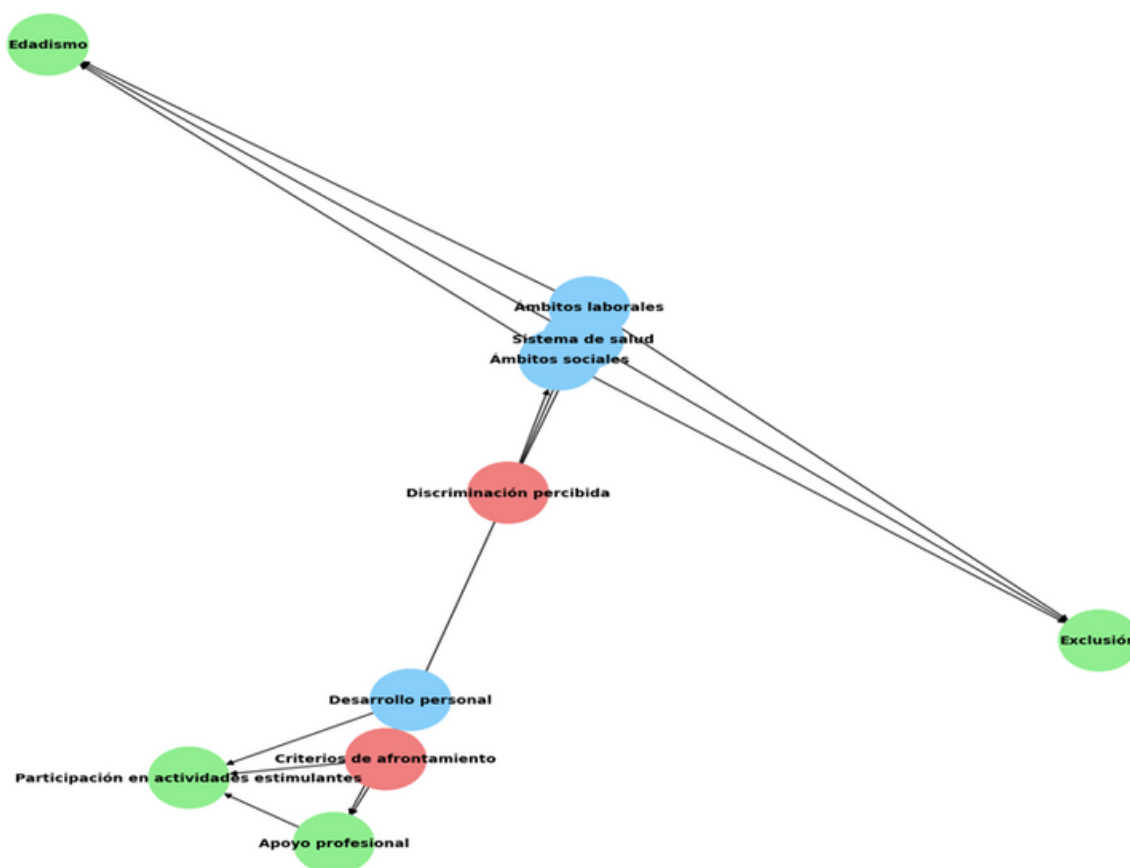


Figura 1. Relaciones entre codigos y subcategorias

La Figura 2, corresponde a actividades realizadas en el tiempo libre, reflejadas a partir de:

- Actividades físicas y deportivas: Las caminatas, el yoga y la gimnasia son algunas de las actividades más comunes entre los adultos mayores. Estos ejercicios no solo fomentan la salud física, sino que también brindan bienestar emocional. Muchos mencionan también la natación y otras actividades recreativas al aire libre, lo que resalta el interés por mantenerse activos y saludables.

- Actividades sociales y de ocio. Las actividades sociales como salir con amigos y familiares, asistir a eventos culturales como el cine o teatro, y viajar también ocupan un lugar destacado en el tiempo libre de los adultos mayores. Estas actividades permiten la interacción social y el disfrute de su entorno, siendo esenciales para mantener un buen estado emocional y psicológico.

- Actividades creativas y artísticas: Muchas personas mencionan realizar actividades como la pintura, el dibujo, la costura, el tejido y la escritura.

Estas actividades no solo permiten la expresión artística, sino que también proporcionan un sentido de logro personal y satisfacción.

- Actividades domésticas y de cuidado: Los quehaceres domésticos, como limpiar, cocinar y cuidar la casa, son tareas recurrentes para muchos adultos mayores. Si bien son funciones cotidianas, también representan una forma de mantenerse activos y organizados en su entorno.

En términos generales, los adultos mayores dedican su tiempo libre a una combinación de actividades físicas, actividades sociales, actividades creativas y actividades domésticas. Esto refleja un deseo de mantener una vida activa y equilibrada en diversas áreas de su vida. Las actividades creativas y domésticas también tienen un papel importante, lo que sugiere que valoran tanto el desarrollo personal como el cuidado de su entorno.

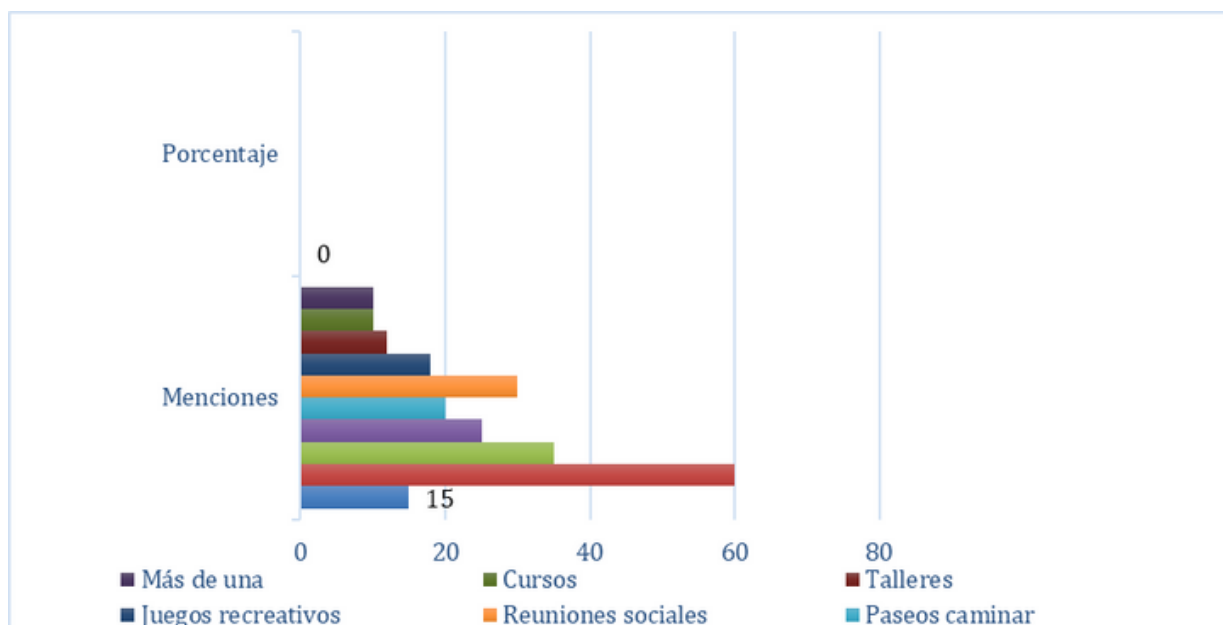


Figura 2. Distribución de actividades realizadas en el tiempo libre por adultos mayores

En la Figura 3 se presentan las categorías más destacadas, basadas en las respuestas obtenidas tanto en las primeras impresiones como en los resultados finales.

● **Familia:** Se menciona como el ámbito donde más se observa descortesía hacia los adultos mayores. Esto sugiere que, en ocasiones, los adultos mayores experimentan falta de comprensión y paciencia dentro de su núcleo familiar, lo que puede estar relacionado con dinámicas de dependencia o sobrecarga de los familiares.

● **Sistemas de salud:** Este ámbito también destaca en las respuestas, indicando que muchos adultos mayores sienten que reciben un trato indiferente o impersonal en los servicios de salud, donde a veces se les subestima o se les otorgan tiempos de atención reducidos.

● **Lugares públicos:** El trato hacia los adultos mayores en espacios públicos como supermercados, bancos o comercios es otro ámbito donde se percibe la falta de paciencia, a menudo vinculada con la apresurada atención que se da a las personas mayores en comparación con los jóvenes.

● **Otro no mencionado:** Este ítem si bien tiene un porcentaje bajo, está referido a leyes que resultan discriminatorias como el hecho de no poder obtener un crédito con un monto igual a los

de un adulto joven, o que no se pueda abonar en un tiempo más corto. A su vez, se percibe un trato diferenciado al renovar el registro de conducir no habiendo incluso tenido infracciones en toda la vida de manejo de automotor,

En base a las respuestas que reflejan una percepción de discriminación o falta de paciencia hacia los adultos mayores son la familia, los sistemas de salud, y los lugares públicos. Esto refleja una necesidad de sensibilización y cambios en los comportamientos sociales y servicios hacia este grupo etario.

En la encuesta realizada a 304 participantes, la categoría con mayor porcentaje de respuestas fue la opción "Todos" (38.56%), indicando que una proporción significativa de los encuestados percibe trato discriminatorio o poco cortés en múltiples ámbitos de su vida. Le siguieron las respuestas correspondientes a "Laboral" (12.55%) y "Familia" (11.53%), reflejando que los lugares laborales y familiares son también puntos relevantes de preocupación. Las categorías de "Servicios de salud" y "Educación" recibieron un porcentaje considerablemente menor, mientras que "Transporte público", "Otro ámbito no mencionado" y "Ninguno" fueron las categorías con menor frecuencia de respuestas.

Ambos gráficos y sus análisis resaltan cómo los adultos mayores equilibran su vida social,

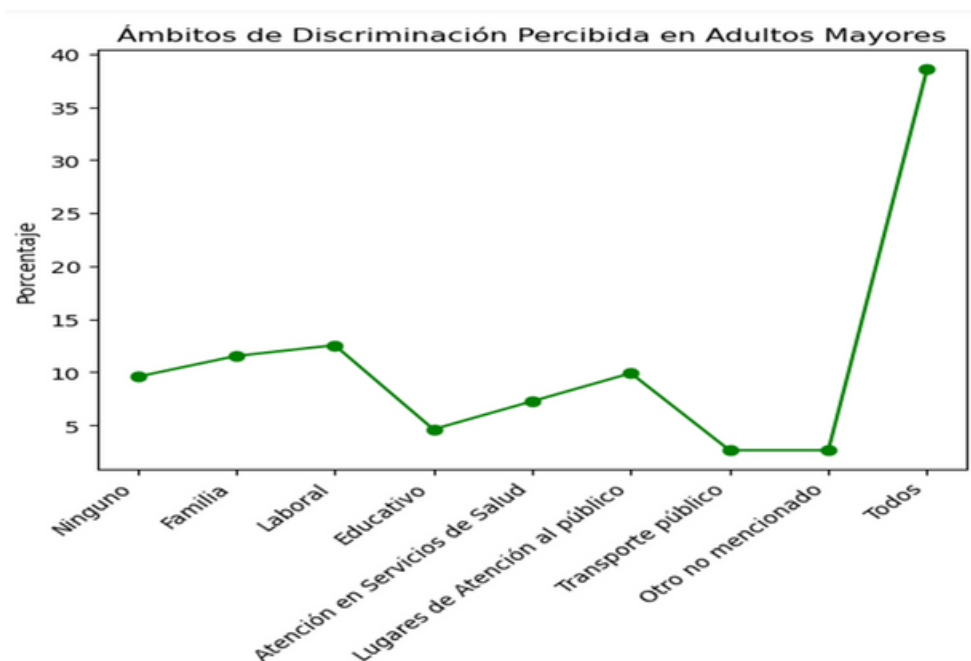


Figura 3. Frecuencia de descortesía y falta de paciencia a adultos mayores según diferentes ámbitos

recreativa, profesional y doméstica, mientras enfrentan ciertos desafíos en su interacción con otros, especialmente en áreas como la familia y la atención sanitaria.

Análisis de Respuestas Abiertas: Categorías y Frecuencia

El gráfico muestra las principales categorías identificadas en las respuestas abiertas del cuestionario, junto con su frecuencia relativa. Estas categorías representan los temas más relevantes mencionados por los participantes:

1. **Discriminación percibida:** Es el tema más frecuente, destacándose en ámbitos laborales, sociales y del sistema de salud. Refleja experiencias de edadismo y exclusión en diversos contextos.
2. **Bienestar emocional:** Incluye tanto las dificultades para aceptar cambios asociados al envejecimiento como reflexiones positivas que promueven resiliencia.
3. **Criterios de afrontamiento:** Aborda estrategias utilizadas por los adultos mayores, como el desarrollo personal, el apoyo profesional y la participación en actividades estimulantes.
4. **Percepciones sobre espacios sociales:** Resalta la falta de oportunidades saludables en hogares de ancianos y el impacto positivo de actividades inclusivas.

El análisis sugiere que la discriminación y los

desafíos emocionales son temas centrales en la experiencia de los adultos mayores, lo que subraya la importancia de intervenciones orientadas a la inclusión y el bienestar integral.

ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA ESCALA

En primer lugar, interesa analizar la fiabilidad de la escala de Discriminación percibida y Criterios de afrontamiento, en forma global, la cual muestra .88 para los 22 ítems

Según el primer objetivo, describir las características del contexto y la respuesta de las personas adultas mayores frente a situaciones de discriminación percibida por edadismo, identificando las estrategias de afrontamiento utilizadas. Interesó conocer, si existe correlación positiva en las personas que perciben mayor discriminación, si usan más, ciertas estrategias de afrontamiento, y si realizan más de una actividad en su tiempo libre. En el análisis realizado, se han identificado diversas formas de discriminación percibidas y sus respectivas correlaciones con los métodos de afrontamiento utilizados por los individuos, correspondientes al objetivo Explorar la relación entre los niveles de discriminación percibida y las estrategias de afrontamiento más frecuentemente empleadas por personas adultas mayores observa los resultados siguientes:

Variable de Discriminación	Afrontamiento: Reflexión	Afrontamiento: Propias experiencias	Afrontamiento: Actividades valiosas	Afrontamiento: Apoyo emocional	Afrontamiento: Relajación	Afrontamiento: Autoestima	Afrontamiento: Metas personales	Afrontamiento: Reinterpretación	Afrontamiento: Humor
Inclusión en conversaciones grupales	0.333**	0.246**	0.036	0.238**	0.083	0.193**	-0.039	0.112*	-0.006
Dificultades para comprender	0.328**	0.280**	0.118*	0.161**	0.064	0.152**	-0.023	0.193**	0.115*
Exclusión en actividades laborales y sociales	0.378**	0.335**	0.099	0.200**	0.076	0.174**	0.071	0.164**	0.128*
Tareas o roles inapropiados	0.424**	0.341**	0.227**	0.297**	0.056	0.161**	0.076	0.389**	0.152**
Juzgar sin consultar	0.323**	0.284**	0.128*	0.238**	0.106	0.224**	0.067	0.291**	0.174**
Cuestionamiento de decisiones	0.348**	0.323**	0.164**	0.116*	0.028	0.142*	0.056	0.200**	0.137*
Ayuda innecesaria	0.416**	0.297**	0.093	0.141**	0.005	0.112**	0.083	0.375**	0.240**
Esteriotipos sobre servicios	0.334**	0.284**	0.190**	0.159**	0.121*	0.174**	0.087	0.347**	0.293**

Tabla 1. Correlaciones Bivariadas entre las Dimensiones de Discriminación y Criterios de Afrontamiento

Discriminaciones más percibidas:

Las discriminaciones relacionadas con tareas o roles inapropiados y exclusión en actividades laborales y sociales son las más percibidas, con correlaciones estadísticamente significativas en varias estrategias de afrontamiento.

■ Tareas o roles inapropiados mostró las correlaciones más fuertes con las estrategias de afrontamiento: Reflexión ($r = 0.424$), Propias experiencias ($r = 0.341$), Actividades valiosas ($r = 0.227$), Apoyo emocional ($r = 0.297$) y Reinterpretación ($r = 0.389$).

■ Exclusión en actividades laborales y sociales también tuvo correlaciones notables, como Reflexión ($r = 0.378$), Propias experiencias ($r = 0.335$), y Reinterpretación ($r = 0.164$).

1. Métodos de afrontamiento:

En cuanto a los métodos de afrontamiento, se destaca que la Reflexión es la estrategia más utilizada para abordar las discriminaciones percibidas, mostrando correlaciones significativas con todas las formas de discriminación analizadas. La correlación con Inclusión en conversaciones grupales es $r = 0.333$, con Dificultades para comprender $r = 0.328$, y con Exclusión en actividades laborales y sociales $r = 0.378$.

○ Propias experiencias también es un método de afrontamiento relevante, con correlaciones significativas en casi todas las formas de discriminación. Por ejemplo, Tareas o roles

inapropiados ($r = 0.341$) y Dificultades para comprender ($r = 0.280$).

○ Reinterpretación es otra estrategia importante, especialmente en situaciones como Tareas o roles inapropiados ($r = 0.389$) y Exclusión en actividades laborales y sociales ($r = 0.164$), aunque con correlaciones más débiles en comparación con la reflexión.

1. Otras estrategias de afrontamiento:

○ Estrategias como Apoyo emocional ($r = 0.174$ para Exclusión en actividades laborales y sociales y $r = 0.116$ para Cuestionamiento de decisiones), Relajación y Autoestima mostraron correlaciones más débiles y menos consistentes en relación con las discriminaciones percibidas.

○ Humor y Metas personales fueron las estrategias con menor relevancia, con correlaciones muy bajas en la mayoría de las situaciones.

1. Correlaciones significativas y patrones generales:

○ Las correlaciones con Reflexión son generalmente las más fuertes, especialmente en formas de discriminación como Tareas o roles inapropiados ($r = 0.424$) y Exclusión en actividades laborales y sociales ($r = 0.378$), lo que sugiere que las personas perciben estas discriminaciones y tienden a procesarlas a través del análisis introspectivo.

○ Las formas de discriminación que involucran una exclusión social o dificultades para

m	Prueba de Levene (Sig.)	Prueba t (Sig. bilateral)	Diferencia de medias	Intervalo de confianza (95%)
¿Con qué frecuencia las personas mayores son incluidas en temas de conversación que son de interés común durante las conversaciones grupales?	0.737	0.080	-0.178	-0.377 a 0.021
Cree que algunas personas consideran que las personas de edad tienen dificultades para comprender ciertos temas o conceptos, sin preguntarles antes	0.619	0.315	-0.095	-0.280 a 0.090
¿Consideras que en actividades sociales o laborales se excluye a personas de edad debido a diferencias en gustos, lenguaje o intereses?	0.727	0.452	-0.074	-0.269 a 0.120
Considera que algunas actitudes protectoras hacia las personas mayores asumen que no son capaces de realizar ciertas actividades o tomar decisiones por sí mismas.	0.429	0.106	-0.159	-0.353 a 0.034
Piensa que a las personas de mayor edad se les asignan tareas o roles que no corresponden con sus capacidades o intereses.	0.977	0.203	-0.130	-0.332 a 0.071
Cree que en general las personas juzgan cosas sobre las personas de mayor edad sin consultarlas, debido a su edad.	0.977	0.419	-0.087	-0.299 a 0.125
¿Considera posible que las decisiones o juicios de las personas mayores se cuestionan más que los de otras personas?	0.565	0.390	-0.087	-0.287 a 0.112
Se ofrece a las personas de mayor edad ayuda o apoyo innecesarios para tareas que podrían manejar por sí mismas.	0.857	0.072	-0.171	-0.357 a 0.015
¿En qué medida cree que las actividades o servicios disponibles se basan en estereotipos sobre las personas mayores?	0.575	0.839	0.022	-0.190 a 0.234
¿La experiencia y capacidad laboral de las personas mayores se considera al momento de ascender en su trabajo?	0.868	0.699	0.042	-0.171 a 0.254
El acceso a la formación académica universitaria de las personas adultas mayores, ¿es respaldado por la comunidad científica/educativa?	0.764	0.280	-0.129	-0.365 a 0.106
La paciencia y cortesía son un trato observado en espacios públicos o servicios hacia las personas de mayor edad.	0.260	0.249	-0.130	-0.353 a 0.092

Tabla 2. Resultados de la prueba t para la comparación de las medias de la discriminación percibida entre hombres y mujeres

comprender parecen estar asociadas de manera más consistente con el afrontamiento basado en Reflexión y Propias experiencias, lo que indica una tendencia a abordar estos problemas de manera personal y reflexiva.

En el análisis de las respuestas de hombres y mujeres a los ítems de discriminación percibida hacia las personas mayores, se realizó una prueba t para muestras independientes. Los resultados mostraron que en la mayoría de los ítems no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en sus valoraciones sobre la

Provincia	Discriminación Percibida (%)	Cant de Participantes
Buenos Aires	60.1%	257
CABA (Ciudad Autónoma de Bs As)	13.1%	56
Santa Fe	8.6%	37
Corrientes	5.9%	25
Chaco	5.2%	22
Mendoza	4.7%	20
Córdoba	4.3%	18
Tucumán	3.4%	14
Salta	3.1%	13
Formosa	2.9%	12
Neuquén	2.5%	11
Río Negro	2.3%	10
Santiago del Estero	1.7%	7
San Juan	1.5%	6
La Pampa	1.2%	5
San Luis	1.0%	4
Catamarca	0.8%	3
La Rioja	0.6%	2
Jujuy	0.3%	1

Tabla 3. Tabulación cruzada entre lugar de residencia y discriminación percibida por edadismo

discriminación percibida. En particular, todos los valores de Sig. (bilateral) fueron mayores a 0.05, lo que indica que no hay diferencias significativas en las respuestas entre ambos grupos.

Sin embargo, hubo una tendencia interesante en algunos ítems, como "¿Con qué frecuencia las personas mayores son incluidas en temas de conversación que son de interés común durante las conversaciones grupales?", con un valor p cercano a 0.05, lo que podría sugerir una diferencia potencial, aunque no estadísticamente significativa al nivel del 95% de confianza.

En resumen, no se encontraron diferencias sustanciales entre los géneros en relación con la discriminación percibida, según las medidas evaluadas en este cuestionario.

Análisis Comparativo de Discriminación Percibida en Relación a la Participación en las Provincias

En el análisis de la tabla proporcionada, se observa que las provincias con mayor porcentaje de discriminación percibida son Buenos Aires (60.1%) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA, con 13.1%). Sin embargo, lo que resulta más interesante es observar cómo se distribuye la participación de los encuestados, ya que esta información permite obtener una perspectiva más precisa de la percepción de discriminación en las distintas regiones.

Relación Entre Porcentaje de Discriminación y Participación:

Buenos Aires: Con 60.1% de los encuestados reportando discriminación percibida, Buenos Aires es la provincia con el mayor porcentaje. No obstante, es importante destacar que la cantidad

Nivel Educativo	N	M	Desviación estándar	Error estándar	95% Intervalo de confianza	Mínimo	Máximo
Primaria	10	3.20	1.033	0.327	2.46 – 3.94	1	4
Secundaria	56	2.27	0.863	0.115	2.04 – 2.50	1	4
Terciario/Universitario	156	1.94	0.821	0.066	1.81 – 2.07	0	4
Postgrado	82	2.23	0.821	0.091	2.05 – 2.41	0	4
Total	304	2.12	0.868	0.050	2.02 – 2.22	0	4

Tabla 4. Descriptivos de la inclusión de personas mayores según percepción de discriminación y el nivel educativo

de participantes en esta provincia fue de 257 personas, lo que representa una muestra considerablemente mayor en comparación con las demás provincias. Esto significa que, aunque el porcentaje de discriminación percibida es alto, la cifra es más representativa debido a la gran cantidad de respuestas obtenidas.

CABA: A pesar de que el porcentaje de discriminación percibida es de 13.1%, una cifra relativamente baja comparada con Buenos Aires, la cantidad de participantes fue de 56 personas. Si bien la participación es menor que en Buenos Aires, este número sigue siendo representativo para un área urbana como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que cuenta con una población diversa y dinámica.

Provincias con Baja Participación: En provincias como Catamarca (con 0.8%), La Rioja (con 0.6%) y Jujuy (con 0.3%), las respuestas provienen de un número extremadamente bajo de personas, con apenas 3, 2 y 1 participantes, respectivamente. En estos casos, los porcentajes de discriminación percibida no son necesariamente representativos, ya que el tamaño de la muestra es tan pequeño que cualquier variación en las respuestas puede generar un porcentaje relativamente alto, aunque no sea significativo a nivel poblacional.

Se realizó la prueba de homogeneidad de varianzas utilizando el estadístico de Levene para evaluar la igualdad de varianzas entre los diferentes grupos educativos. Los resultados muestran que las varianzas son homogéneas en la mayoría de las variables, excepto en la variable "Cree que algunas personas consideran que las personas de edad tienen dificultades para comprender ciertos temas o conceptos, sin

preguntarles previamente" ($p = 0.020$), lo que sugiere que no se cumple la suposición de homogeneidad de varianzas para esta variable en los diferentes niveles educativos. Se realizó un análisis descriptivo de 12 preguntas relacionadas con la inclusión, trato y percepciones hacia las personas mayores, considerando cuatro niveles educativos: Primaria, Secundaria, Terciario/Universitario y Postgrado. Los resultados muestran que las percepciones y actitudes varían notablemente según el nivel educativo de los participantes.

En general, las personas con Primaria tienden a mostrar una mayor percepción de exclusión y actitudes protectoras hacia las personas mayores. Por ejemplo, consideran que las personas mayores son incluidas con mayor frecuencia en temas de conversación ($M = 3.20$) y se sienten más propensas a atribuirles dificultades para comprender ciertos conceptos ($M = 3.50$). También perciben con mayor frecuencia la asignación inapropiada de tareas a las personas mayores ($M = 3.50$), y creen que estos individuos son juzgados más a menudo por su edad ($M = 3.60$).

Por otro lado, los participantes con Terciario/Universitario y Postgrado muestran una percepción más moderada. En cuanto a la inclusión en conversaciones, los de Terciario/Universitario reportan una menor inclusión de las personas mayores ($M = 1.94$), y en relación con la percepción de que las personas mayores son incapaces de comprender ciertos conceptos, la media baja ($M = 2.12$ y $M = 2.10$). De igual manera, consideran que se cuestiona menos la capacidad de toma de decisiones de las personas mayores ($M = 2.22$ y $M = 2.20$).

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	18.836	3	6.279	8.984	0.000
Dentro de grupos	209.660	300	0.699		
Total	228.497	304	6.279		

Tabla 5. Análisis de varianza (ANOVA) de la inclusión de personas mayores en conversaciones grupales según el nivel educativo

El análisis también revela que los participantes con Secundaria y Postgrado tienden a reportar respuestas intermedias, situándose entre los extremos observados en los grupos de Primaria y Terciario/Universitario. Por ejemplo, en cuanto a la percepción de que las personas mayores reciben ayuda innecesaria, los participantes con Postgrado tienen una media de 2.01, mientras que aquellos con Primaria alcanzan un 3.40, lo que refleja una notable diferencia en la percepción de la ayuda protectora.

En resumen, los resultados sugieren que a medida que aumenta el nivel educativo, las percepciones hacia las personas mayores se vuelven más neutrales o moderadas, mientras que los participantes con Primaria tienden a percibir de manera más frecuente los estereotipos y las actitudes protectoras hacia los mayores. Este patrón subraya la influencia del nivel educativo en las percepciones y trato hacia las personas mayores en diversos contextos sociales y laborales. El análisis de varianza (ANOVA) mostró que existen diferencias significativas en la frecuencia con la que las personas mayores son incluidas en conversaciones grupales según el nivel educativo, $F(3, 300) = 8.984$, $p < 0.001$. Los resultados indican que los participantes con nivel educativo primario reportaron una mayor inclusión de las personas mayores en las conversaciones grupales en comparación con aquellos con niveles educativos superiores.

En general, los resultados indican que el nivel educativo tiene un impacto significativo sobre las percepciones de inclusión, discriminación y respeto hacia las personas mayores en diferentes contextos (conversaciones grupales, actividades laborales, etc.). Las diferencias entre los grupos fueron significativas en varias variables, lo que sugiere que el nivel educativo influye en la forma

en que los individuos perciben a las personas mayores y sus capacidades.

Por último, se analiza el objetivo, Explorar la relación entre los niveles de discriminación percibida y las estrategias de afrontamiento más frecuentemente empleadas por personas adultas mayores.

Se realizó un análisis multivariante de la varianza (MANOVA) para evaluar la relación entre las respuestas de discriminación percibida y diversos criterios de afrontamiento. La muestra estuvo compuesta por 304 participantes. Se incluyeron tanto efectos principales de cada criterio de afrontamiento (AFRONT_1 a AFRONT_10) como algunas interacciones entre ellos. A continuación, se resumen los hallazgos principales:

1. Efecto global (Interceptación):

Los resultados muestran que el efecto global de la discriminación percibida sobre el conjunto de criterios de afrontamiento fue altamente significativo en todos los estadísticos multivariantes (Traza de Pillai, Lambda de Wilks, Traza de Hotelling y Raíz mayor de Roy; $p < .001$). Esto indica que, en conjunto, el patrón de respuestas en las variables de afrontamiento difiere significativamente según los niveles de discriminación percibida.

1. Efectos de AFRONT_1 a AFRONT_4:

○AFRONT_1: Se encontraron efectos significativos en los cuatro estadísticos ($p = .011$, $.007$, $.005$ y $.000$, respectivamente), lo que sugiere que la variable relacionada con el primer criterio de afrontamiento está significativamente asociada a las percepciones de discriminación.

○AFRONT_2: Tres de los estadísticos (Pillai, Wilks y Hotelling) no mostraron significación ($p > .05$; $p = .108$, $.098$ y $.087$), mientras que la prueba de Raíz mayor de Roy sí arrojó un efecto significativo ($p = .002$). Esto indica una cierta asociación, aunque la

0	Estadístico	Valor	F	gl de hipótesis	gl de error	p
Interceptación	Traza de Pillai	0.884	109.868	12	173	.000
	Lambda de Wilks	0.116	109.868	12	173	.000
	Traza de Hotelling	7.621	109.868	12	173	.000
	Raíz mayor de Roy	7.621	109.868	12	173	.000
AFRONT_1	Traza de Pillai	0.306	1.658	36	525	.011
	Lambda de Wilks	0.715	1.706	36	512	.007
	Traza de Hotelling	0.368	1.755	36	515	.005
	Raíz mayor de Roy	0.268	3.903	12	175	.000
AFRONT_2	Traza de Pillai	0.248	1.314	36	525	.108
	Lambda de Wilks	0.767	1.333	36	512	.098
	Traza de Hotelling	0.283	1.351	36	515	.087
	Raíz mayor de Roy	0.192	2.805	12	175	.002
AFRONT_3	Traza de Pillai	0.208	1.089	36	525	.336
	Lambda de Wilks	0.804	1.093	36	512	.331
	Traza de Hotelling	0.230	1.096	36	515	.326
	Raíz mayor de Roy	0.134	1.960	12	175	.031
AFRONT_4	Traza de Pillai	0.182	1.557	36	870	.020
	Lambda de Wilks	0.826	1.578	36	852	.018
	Traza de Hotelling	0.201	1.599	36	860	.015
	Raíz mayor de Roy	0.141	3.405	12	290	.000

Tabla 6. Resultados de los análisis multivariados (AFRONT_1 a AFRONT_4)

consistencia entre pruebas es menor.

○ AFRONT_3: De igual forma, solo el estadístico de Raíz mayor de Roy resultó significativo ($p = .031$), mientras que las demás pruebas no alcanzaron significación ($p > .05$).

○ AFRONT_4: Se observó un efecto significativo en todos los estadísticos ($p = .020$, $.018$, $.015$ y $.000$), lo que indica una relación robusta entre la percepción de discriminación y este criterio de afrontamiento.

A continuación, se presentan los resultados de Efectos de AFRONT_5 a AFRONT_10 y sus interacciones, para estas variables se utilizaron pruebas basadas en Wilks' Λ :

● La Interceptación nuevamente resultó altamente significativa (Wilks' $\Lambda = 0.190$, $F = 71.533$, $p = .000$).

● De los efectos principales, AFRONT_5, AFRONT_7, AFRONT_8, AFRONT_9 y AFRONT_10 no mostraron diferencias significativas ($p > .05$), mientras que AFRONT_6 presentó un efecto significativo (Wilks' $\Lambda = 0.769$, $F = 1.534$, $p = .026$).

● Entre las interacciones, se destaca que:

○ La interacción AFRONT_6 * AFRONT_7 fue significativa (Wilks' $\Lambda = 0.552$, $F = 1.502$, $p = .003$), lo que sugiere que el efecto de la discriminación percibida en el criterio AFRONT_6 varía según el nivel de AFRONT_7 (o viceversa).

○ Asimismo, la interacción AFRONT_7 * AFRONT_8 resultó significativa ($p = .017$) y la triple interacción AFRONT_5 * AFRONT_6 * AFRONT_7 también fue significativa ($p = .022$).

Efecto	Estadístico	Valor	F	gl de hipótesis	gl de error	p
Intercepción	Wilks' Λ	0.190	71.533	12	201	.000
AFRONT_5	Wilks' Λ	0.839	1.010	36	595	.455
AFRONT_6	Wilks' Λ	0.769	1.534	36	595	.026
AFRONT_7	Wilks' Λ	0.792	1.357	36	595	.083
AFRONT_8	Wilks' Λ	0.799	1.300	36	595	.116
AFRONT_5 * AFRONT_6	Wilks' Λ	0.608	0.968	108	1,475,823	.576
AFRONT_6 * AFRONT_7	Wilks' Λ	0.552	1.502	84	1,239,040	.003
AFRONT_7 * AFRONT_8	Wilks' Λ	0.662	1.448	60	945	.017
AFRONT_5 * AFRONT_6 *	Wilks' Λ	0.668	1.419	60	945	.022
AFRONT_7	Wilks' Λ	0.888	0.932	36	816	.586
AFRONT_9	Wilks' Λ	0.893	0.884	36	816	.665
AFRONT_10	Wilks' Λ	0.768	0.693	108	2,021,831	.993
AFRONT_9 * AFRONT_10	Wilks' Λ					

Tabla 7. Resultados de los análisis multivariados (AFRONT_5 a AFRONT_10 e interacciones)

○ Las demás interacciones (por ejemplo, AFRONT_5 * AFRONT_6 y AFRONT_9 * AFRONT_10) no alcanzaron significación ($p = .576$ y $.993$, respectivamente). Los resultados del MANOVA indican que, en general, existe una relación significativa entre la discriminación percibida y el conjunto de criterios de afrontamiento evaluados. En particular:

● Los criterios correspondientes a AFRONT_1 y AFRONT_4 muestran una asociación consistente y robusta con las percepciones de discriminación, sugiriendo que las personas que perciben discriminación tienden a emplear estos criterios de manera diferente.

● En el caso de AFRONT_2 y AFRONT_3, solo se observó significación en uno de los estadísticos (Raíz mayor de Roy), lo que invita a una interpretación cautelosa y podría indicar que estos criterios presentan asociaciones más débiles o menos consistentes.

Entre los criterios evaluados con Wilks' Λ (AFRONT_5 a AFRONT_10), únicamente AFRONT_6 mostró un efecto principal significativo. Además, se encontraron interacciones significativas (por ejemplo, entre AFRONT_6 y AFRONT_7 y en combinaciones de tres variables), lo que sugiere

que la relación entre la discriminación percibida y ciertos criterios de afrontamiento puede depender de la combinación o interacción de estos criterios. El efecto principal de la estrategia "Me esfuerzo en recordar momentos o logros personales" (AFRONT_6) fue estadísticamente significativo (Wilks' $\Lambda = .769$, $F(36, 594.605) = 1.534$, $p = .026$), lo que sugiere que esta estrategia influye en las variables dependientes. Además, se encontraron efectos significativos en la interacción entre "Me esfuerzo en recordar momentos" y "Me concentro en establecer metas personales" (AFRONT_6 * AFRONT_7) (Wilks' $\Lambda = .552$, $F(84, 1239.040) = 1.502$, $p = .003$) y entre "Me concentro en establecer metas" y "Trato de reinterpretar las situaciones discriminatorias" (AFRONT_7 * AFRONT_8) (Wilks' $\Lambda = .662$, $F(60, 944.983) = 1.448$, $p = .017$). Finalmente, la interacción entre las tres estrategias AFRONT_5, AFRONT_6 y AFRONT_7 también resultó significativa (Wilks' $\Lambda = .668$, $F(60, 944.983) = 1.419$, $p = .022$). Los resultados del análisis MANOVA revelan que las estrategias de afrontamiento no operan de manera aislada, sino que sus combinaciones pueden potenciar o atenuar sus efectos sobre las variables dependientes.

En particular, recordar logros personales y establecer metas independientes de la opinión ajena parecen ser estrategias clave en la adaptación a experiencias de discriminación. Además, la reinterpretación de situaciones negativas contribuye significativamente cuando se combina con otras estrategias de afrontamiento. Aunque el uso del humor y la creatividad no mostraron efectos significativos por sí solos, su combinación con otras estrategias podría requerir mayor exploración en futuros estudios. Estos hallazgos refuerzan la importancia de intervenciones que promuevan estrategias combinadas para mejorar la resiliencia y el bienestar psicológico en contextos de discriminación percibida.

En conclusión, es posible decir que el análisis multivariante demuestra que la discriminación percibida se asocia de manera significativa con varios criterios de afrontamiento. Sin embargo, la fuerza y la dirección de estas asociaciones varían según el criterio específico y la presencia de interacciones entre ellos. Estos resultados pueden servir de base para futuras investigaciones que exploren mecanismos específicos de afrontamiento en contextos de discriminación, así como para el diseño de intervenciones que tengan en cuenta la complejidad de estas relaciones.

DISCUSIONES

Los resultados de la encuesta sobre las actividades realizadas en el tiempo libre por los adultos mayores revelan patrones interesantes sobre cómo estos individuos equilibran su tiempo y sus intereses. La categoría más frecuente, "Más de dos actividades" (27.39%), sugiere que una parte significativa de los adultos mayores mantiene un estilo de vida activo y diverso, lo cual es positivo para su bienestar físico y mental. Esto podría indicar que muchos adultos mayores están comprometidos con actividades que favorecen su salud y su participación social, lo que es coherente con estudios previos que sugieren que las actividades recreativas y sociales son esenciales para la calidad de vida en la vejez. Sin embargo, también es relevante observar que un porcentaje considerable de los encuestados realiza principalmente "Quehaceres domésticos" (21.02%). Esto podría reflejar las obligaciones cotidianas que muchas personas mayores aún asumen, lo cual

puede ser tanto un indicativo de responsabilidad dentro del hogar como una limitación en la posibilidad de disfrutar de un tiempo libre verdaderamente relajante. La alta proporción de personas que se dedican a tareas domésticas podría sugerir que las expectativas sociales y familiares aún pesan considerablemente sobre los adultos mayores, reduciendo el tiempo disponible para otras actividades recreativas.

Por otro lado, las actividades menos frecuentes, como "Nada" (2.97%) y "Paseos" (3.40%), podrían interpretarse como un indicio de que algunos adultos mayores no encuentran motivación o las oportunidades necesarias para participar en actividades recreativas o físicas. Esto podría estar relacionado con factores como limitaciones de salud, falta de acceso a lugares adecuados para realizar paseos, o incluso la falta de apoyo social para realizar estas actividades. Respecto a la percepción de discriminación hacia los adultos mayores, los resultados de la encuesta reflejan preocupaciones significativas sobre cómo este grupo es tratado en diversos ámbitos de la vida cotidiana. En la Figura 3, se observa que la categoría con mayor porcentaje de respuestas fue "Todos" (38.56%), lo que indica que una parte considerable de los encuestados percibe la discriminación en múltiples contextos, tanto en el ámbito familiar, como en el laboral, en los sistemas de salud y en lugares públicos. Esta percepción de discriminación o falta de paciencia refleja la realidad de muchas personas mayores que enfrentan una sociedad donde a menudo se subestima su capacidad o se les trata de manera impersonal.

En particular, los resultados destacan a la familia como el ámbito donde más se observa descortesía hacia los adultos mayores. Esto podría estar relacionado con las dinámicas familiares en las que los adultos mayores, debido a su dependencia física o emocional, podrían experimentar falta de paciencia por parte de sus familiares. La carga emocional y física que muchos familiares asumen al cuidar de sus mayores podría derivar en actitudes de frustración o impaciencia, lo cual subraya la necesidad de apoyo para los cuidadores y de promover una cultura de respeto y cuidado mutuo dentro del hogar. El ámbito de los sistemas de salud también emergió como una preocupación destacada, indicando que los

adultos mayores experimentan un trato que a menudo se percibe como indiferente o incluso despectivo. El tiempo reducido de atención y la posible subestimación de sus problemas de salud son cuestiones que afectan negativamente su experiencia en el sistema sanitario, lo cual apunta a la necesidad de una formación más adecuada del personal de salud en cuanto al trato hacia los adultos mayores, así como una mejora en la accesibilidad y calidad de los servicios médicos que se les ofrecen. La percepción de discriminación en lugares públicos, como supermercados, bancos o comercios, también es relevante. Este hallazgo refleja un patrón de trato apresurado o impersonal hacia los adultos mayores, lo que podría derivar de una falta de empatía o comprensión de sus necesidades. Las intervenciones en la atención al cliente y la sensibilización sobre el trato respetuoso hacia las personas mayores en estos entornos podrían mejorar la calidad de sus interacciones diarias.

El análisis de las respuestas abiertas complementa estos hallazgos, destacando la discriminación percibida como uno de los temas más recurrentes. Las categorías de bienestar emocional y criterios de afrontamiento sugieren que los adultos mayores, aunque conscientes de las dificultades derivadas de su edad, buscan formas de enfrentar estos desafíos, como la participación en actividades estimulantes o el apoyo profesional. Las respuestas también enfatizan la importancia de los espacios sociales inclusivos, lo que pone de manifiesto la necesidad de crear entornos que favorezcan el bienestar integral de los adultos mayores. Con respecto a la inclusión educativa, si bien la ley Nacional de Educación argentina garantiza la educación para todas las personas, en todos sus niveles, durante toda la vida, sería necesario educar a las nuevas generaciones, desde la primera infancia, en el respeto por la experiencia del adulto mayor. Este cambio de mentalidad que sería la primera necesidad en las sociedades modernas es lo último en lograrse. Por este motivo, debería ser indispensable en las sociedades modernas, promover políticas públicas que fomenten la inclusión educativa y el acceso a derechos para las personas adultas mayores. La creación de un entorno normativo favorable es clave para asegurar la plena participación de las personas adultas mayores en el ámbito educativo.

Por otro lado, se observa que la relación entre la representatividad de las muestras y la discriminación percibida varía según la cantidad de participantes. En provincias con menos participantes, como Catamarca o La Rioja, los porcentajes de discriminación percibida pueden estar sesgados debido a la baja cantidad de respuestas. En cambio, en provincias con mayor participación, como Buenos Aires, las opiniones de los habitantes están mejor representadas, lo que permite inferir que la discriminación percibida podría ser más frecuente en esas áreas.

Si bien Buenos Aires tiene un alto porcentaje de discriminación percibida, la cantidad de personas que participaron (257) sugiere que la muestra es representativa de una parte significativa de la población de la provincia. Las provincias con menos participación podrían estar reflejando únicamente la opinión de un pequeño grupo, lo que no necesariamente representa la percepción general en esas áreas.

Aun cuando la representatividad en las provincias es menor, el tema abordado ha reflejado comentarios de agradecimiento por haber incluido esta encuesta, que les ha permitido participar de una realidad poco estudiada. Asimismo, queda evidenciado que el tema ha generado sensibilidad en ciertas regiones. Por otro lado, a pesar de que las provincias con menos participación muestran porcentajes bajos, las áreas con mayor cantidad de participantes, como Buenos Aires, permiten observar con más claridad que la discriminación percibida es un fenómeno relevante en muchas regiones del país.

Propuesta de Estrategias Psicopedagógicas para Reducir los Efectos del Edadismo:

A partir de los resultados obtenidos en este estudio y según el último objetivo planteado para este diseño, es posible identificar áreas clave en las que se pueden implementar estrategias psicopedagógicas orientadas a mitigar los efectos negativos del edadismo en las personas adultas mayores. Es fundamental desarrollar enfoques que favorezcan tanto el bienestar emocional como las habilidades de afrontamiento frente a las situaciones de discriminación percibida por edadismo.

A medida que la población mundial envejece, es crucial repensar las políticas públicas y los

enfoques sociales para garantizar que los adultos mayores vivan de manera plena, participativa y autónoma. El bienestar y la inclusión social de los adultos mayores dependen de una combinación de factores, incluyendo la salud, el acceso a recursos educativos, la participación activa en la comunidad, y la reducción de la discriminación por edad. Las siguientes sugerencias buscan promover un entorno inclusivo y empático, favoreciendo la autonomía y la participación activa de las personas mayores en la sociedad.

1. Acceso a Recursos Educativos y Espacios de Aprendizaje Continuo

El derecho a la educación es fundamental en todas las etapas de la vida, especialmente en la adultez avanzada, cuando el aprendizaje continuo no solo mejora la salud mental, sino que también fortalece la autoestima y la autonomía. Los programas educativos destinados a los adultos mayores deberían enfocarse en fomentar el aprendizaje de nuevas habilidades, que pueden ir desde la gestión financiera, el desarrollo de capacidades cognitivas, hasta temas relacionados con la salud y la prevención de enfermedades.

Es crucial que las instituciones educativas y los centros de salud ofrezcan cursos adaptados a las necesidades y capacidades de los adultos mayores, tanto en formato presencial como en línea, para asegurar que todos tengan acceso a la educación, independientemente de su ubicación o limitaciones físicas.

Además, el diseño de espacios de participación intergeneracional puede ser una forma efectiva de compartir experiencias y conocimientos entre generaciones, promoviendo la integración social y la construcción de una sociedad más inclusiva.

2. Fomento de la Participación Social y Comunitaria

La participación activa de los adultos mayores en la comunidad es fundamental para su bienestar emocional y su salud mental. Actividades como voluntariado, participación en asociaciones de vecinos, y el fomento de redes de apoyo son recursos esenciales para contrarrestar el aislamiento social, una de las principales preocupaciones en la vejez.

La creación de espacios inclusivos en donde los adultos mayores puedan compartir sus experiencias, conocimientos y habilidades

contribuye no solo a su autoestima, sino también a la cohesión social. Estos espacios pueden incluir actividades culturales, deportivas o artísticas, que permiten a los adultos mayores mantener un estilo de vida activo y saludable, además de generar sentido de pertenencia.

3. Promoción de la Salud Física y Mental

La salud, especialmente en los adultos mayores, no se limita solo a la ausencia de enfermedades, sino que también involucra el bienestar físico y mental. En este sentido, las políticas públicas deben fomentar el acceso a programas de ejercicio físico, especialmente aquellos que están diseñados para las necesidades y capacidades de los adultos mayores, como gimnasia suave, yoga o caminar en grupo.

A su vez, es importante crear programas de apoyo emocional que promuevan la salud mental, como talleres sobre estrategias de afrontamiento frente a la ansiedad, la depresión y la soledad. Las intervenciones psicoeducativas pueden ayudar a los adultos mayores a reducir los estereotipos negativos hacia el envejecimiento, mejorar la autoeficacia y promover actitudes positivas sobre el proceso de envejecimiento.

4. Acceso a Servicios de Salud Integral

El acceso a servicios de salud adecuados es vital para los adultos mayores. En este sentido, es fundamental que los sistemas de salud implementen políticas inclusivas que proporcionen atención preventiva y seguimiento médico continuo para detectar a tiempo problemas de salud como enfermedades crónicas, problemas de movilidad o trastornos cognitivos.

Además, se debe garantizar que los profesionales de la salud, especialmente los médicos en formación estén capacitados para tratar de manera adecuada a los adultos mayores, comprendiendo sus necesidades particulares y reduciendo los estereotipos de edad que puedan existir en el ámbito sanitario.

5. Reducción de la Discriminación por Edad

La percepción negativa hacia las personas mayores sigue siendo un obstáculo importante para su inclusión en diversos ámbitos de la sociedad. Por ello, es imprescindible promover campañas de sensibilización que rompan los estereotipos relacionados con el envejecimiento y la vejez, tanto a nivel social como en el entorno laboral. Estas campañas deben estar orientadas a valorar la

experiencia y el conocimiento acumulado por los adultos mayores, y reconocer el valioso aporte que realizan a la sociedad.

.6. Fortalecimiento de Redes de Apoyo Social

La vulnerabilidad y pobreza son factores que afectan de manera significativa el bienestar de los adultos mayores. En este contexto, el fortalecimiento de las redes de apoyo social, tanto familiares como comunitarias, es esencial para ofrecer contención emocional y material a aquellos adultos mayores que enfrentan dificultades económicas.

CONCLUSIÓN

En esta fase del estudio, se ha optado por mantener un enfoque general en la muestra total, sin segmentar a los participantes según la presencia de depresión. Si bien este diseño ha permitido explorar las percepciones de discriminación y las estrategias de afrontamiento en un grupo amplio, estudios posteriores podrían incluir un análisis más detallado que contemple la influencia de la depresión en las respuestas frente al edadismo. Esta segmentación proporcionará una visión más profunda de cómo la depresión podría modificar la forma en que las personas adultas mayores experimentan y enfrentan situaciones de discriminación. Dichos análisis permitirían avanzar en el desarrollo de estrategias psicopedagógicas aún más específicas y efectivas, adaptadas a las necesidades particulares de los distintos grupos dentro de la población adulta mayor. Los datos obtenidos muestran tanto las dificultades que enfrentan los adultos mayores en términos de discriminación y falta de empatía en diversos ámbitos, como su capacidad para mantenerse activos y comprometidos en su tiempo libre. Estos hallazgos subrayan la importancia de crear políticas públicas y programas que fomenten la inclusión, el respeto y la creación de espacios de participación social para los adultos mayores, promoviendo su bienestar físico, emocional y social. La sensibilización y el cambio de actitudes en la familia, los servicios de salud y los espacios públicos son esenciales para mejorar la calidad de vida de este grupo etario. Por ello, promover el bienestar de los adultos mayores requiere un enfoque integral que abarque no solo la salud física y emocional, sino también la educación continua, la participación social y la reducción de la discriminación.

A medida que la población envejece, es crucial adoptar políticas públicas y estrategias que favorezcan la inclusión y el empoderamiento de este grupo, garantizando que puedan disfrutar de una vida plena y satisfactoria.

Asimismo, los porcentajes observados en discriminación percibida son bajos en algunas provincias debido a la limitada participación, la comparación entre la cantidad de respuestas obtenidas en Buenos Aires y otras provincias sugiere que, en áreas con mayor participación, la discriminación percibida es un fenómeno significativo y con mayor representación en la muestra en su cantidad, pero no difiere de la percepción. Para obtener una imagen más precisa y generalizable de la discriminación en todo el país, es necesario aumentar la participación en las provincias con muestras más numerosas y asegurar una representación adecuada en todas las regiones.

Es necesario un esfuerzo conjunto entre el Estado, la sociedad y las organizaciones comunitarias para crear oportunidades que mejoren la calidad de vida de los adultos mayores, permitiéndoles participar activamente en la sociedad y sentir que siguen siendo una parte valiosa de la comunidad.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.

Recibido: 25/02/2025 - Aceptado: 2/04/2025

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.Carazo Vargas V. Resiliencia y coevolución neuroambiental. Rev Educación. 2018;42(2):528-55. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/edu/v42n2/2215-2644-edu-42-02-00528.pdf>
- 2.Huerta Orozco A. El sentido de pertenencia y la identidad como determinante de la conducta, una perspectiva desde el pensamiento complejo. IE Rev Investig Educ REDIECH. 2018;9(16):83-97. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5216/521654339005/html/>
- 3.Moreno Durango L, Ramírez Restrepo M, Sarasty Gómez K, Castaño Vélez L, Caycedo Zambrano L. Estrategias de afrontamiento y regulación emocional utilizadas por el adulto mayor y su influencia en la calidad de vida en el barrio Santo Domingo, Comuna 1 de Medellín en el CPSAM Betania Hermanas Misioneras. [Tesis]. Medellín: Tecnológico de Antioquia, Institución Universitaria; 2024. Disponible en: <https://dspace.tdea.edu.co/handle/tdea/5182>
- 4.Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre edadismo.2022. <https://www.paho.org/es/documentos/informe-mundial-sobre-edadismo>
- 5.Velázquez L. Un enfoque filosófico de la vejez y algunas consideraciones bioéticas. Bioethics Update. 2020;6(1):46-61. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2020.03.001>
- 6.Zhu Z, Hu Y, Xing W, Guo M, Wu B. Perceived discrimination and cognitive function in middle-aged and older adults living with HIV in China. AIDS Care. 2019;31(12):1-7. doi:10.1080/09540121.2019.1601674.

DESARROLLO DE UNA CLÍNICA DE TRANSICIÓN PARA PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE

DEVELOPMENT OF A TRANSITION CLINIC FOR PATIENTS WITH MYELOMENINGOCELE

AUTORES: VIEDMA, CAROLINA*; SÁNCHEZ, BERNARDO**; ; CARRANZA, LORENA***;
SAGER, CRISTIAN****; VERA, MARIA*****; DE BONIS, WALTER*****

LUGAR DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND - SERVICIO DE UROLOGÍA.
SERVICIO DE PEDIATRÍA. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. SERVICIO ADOLESCENCIA. AV. DIAZ VELEZ 5044-C.P.
HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. J. P. GARRAHAN PICHINCHA 1890 CABA. ARGENTINA SERVICIO
DE UROPEDIATRÍA.

* MÉDICA DE PLANTA - DIVISIÓN UROLOGÍA - HOSPITAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND.
** RESIDENTE TERCERAÑO - DIVISIÓN UROLOGÍA - HOSPITAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND.
*** MÉDICA DE PLANTA - DIVISIÓN NEFROLOGÍA - HOSPITAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND.
**** MÉDICO DE PLANTA - DIVISIÓN UROPEDIATRÍA - HOSPITAL DE PEDIATRÍA GARRAHAN.
***** JEFA SECCIÓN ADOLESCENCIA - DIVISIÓN PEDIATRÍA - HOSPITAL DE AGUDOS G. G. DURAND.
***** JEFE DE UNIDAD UROLOGÍA - HOSPITAL DE AGUDOS C.G. DURAND - PROFESOR ADJUNTO
DE UROLOGÍA. FACULTAD DE MEDICINA - UBA.



Abstract

Introduction: The transition process of adolescents with myelomeningocele from a pediatric hospital to an adult medical service represents a very complex situation from every point of view. In addition to the period of changes typical of adolescence, patients need to attend frequent medical check-ups and receive multiple treatments.

Objective: Describe the organization, structure, and role of the Myelomeningocele Clinic at the Dr. C.G. Durand General Acute Care Hospital. Myelomeningocele Transition Clinic at the C. G. Durand General Acute Care Hospital: A care program has been developed between the Myelomeningocele Team of the Prof. J. P. Garrahan Pediatric Hospital and the Interdisciplinary Team of the Carlos G. Durand General Acute Care Hospital to carry out a Transition Clinic for adolescent and adult patients with myelomeningocele.

State of the art: Globally, carrying out the transition stage in patients with this pathology is highly complex.

Conclusions: Interdisciplinary teams are the best option to provide comprehensive follow-up to patients with myelomeningocele.

Resumen

Introducción: El proceso de transición de los adolescentes con mielomeningocele de un hospital pediátrico a un servicio médico de adultos representa una situación muy compleja desde todo punto de vista. Los pacientes además del período de cambios propios de la adolescencia necesitan asistir a controles médicos frecuentes y recibir múltiples tratamientos.

Objetivo: Describir la organización, estructura y rol de la Clínica de Mielomeningocele en el Hospital General de Agudos Dr. C.G. Durand. Clínica de transición de mielomeningocele del Hospital General de Agudos C. G. Durand: Se ha desarrollado un

programa asistencial entre el Equipo de Mielomeningocele del Hospital de Pediatría Prof. J. P. Garrahan y el Equipo Interdisciplinario del Hospital General de Agudos Carlos G. Durand, para llevar a cabo una Clínica de Transición de pacientes adolescentes y adultos con mielomeningocele. Estado del arte: A nivel global resulta de gran complejidad llevar a cabo la etapa de transición en pacientes con esta patología.

Conclusiones: Los equipos interdisciplinarios son la mejor opción para brindar un seguimiento integral a los pacientes con mielomeningocele.

Key Words: adolescent urology; adult healthcare; health transition; complex genitourinary diseases; congenitalism; spina bífida.

Palabras Claves: adolescente; cuidado de salud para adultos; transición de salud; enfermedades genitourinarias complejas; congenitalismo; espina bífida.

INTRODUCCIÓN

La espina bífida es un término que engloba las distintas anomalías congénitas de la médula espinal. El tipo más grave es el mielomeningocele. Este se define como la herniación de las envolturas menígeas y de la médula espinal y/o raíces nerviosas a través de un defecto óseo en la columna vertebral (1). Los pacientes afectados presentan compromiso de múltiples órganos y sistemas; produciendo una discapacidad de

carácter permanente que requiere de cuidados especiales de salud. El Registro Nacional de Anomalías Congénitas informa una prevalencia de espina bífida en nuestro país de 8.42 (IC 95% 7.29 -9.67) cada 10.000 recién nacidos en el año 2022. Estos pacientes además del período de cambios propios de la adolescencia necesitan asistir a controles médicos frecuentes y recibir múltiples tratamientos. El sistema sanitario es responsable de brindar una respuesta eficaz considerando su autonomía progresiva. De lo contrario se puede producir un deterioro en su estado de salud con efectos negativos y consecuencias nosológicas durante la adultez. Además, estos pacientes presentan dificultades para relacionarse e integrarse socialmente con alto riesgo de marginalización (3).

La transición de un hospital pediátrico a un servicio médico de adultos representa una situación muy difícil para los adolescentes que deben establecer nuevas relaciones con otros médicos y servicios de salud. Como complicación adicional, hay un número muy limitado de médicos de adultos que tienen la experiencia necesaria para tratarlos (2,4,5). La mejor estrategia terapéutica en enfermedades complejas como el mielomeningocele (MMC) es el abordaje interdisciplinario. En el año 2005 se formó en el Hospital Garrahan el equipo interdisciplinario de atención para pacientes con MMC, integrando a muchas especialidades que facilitan el enfoque terapéutico adecuado.

El dilema actual es encontrar médicos de adultos receptores en los hospitales generales de agudos y desarrollar la transición de manera adecuada para continuar con el mismo nivel de seguimiento interdisciplinario de la edad pediátrica durante la edad adulta.

OBJETIVO

Describir la organización, estructura y rol de la Clínica de Mielomeningocele en el Hospital General de Agudos Dr. C.G. Durand.

CLÍNICA DE TRANSICIÓN DE MIELOMENINGOCELE DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS C. G. DURAND

En el mes de Junio 2024 se realizó en el Hospital General de Agudos C. G. Durand la primera reunión del equipo multidisciplinario donde se estableció un diagnóstico de situación y plan de acción

conjunto. Los profesionales integrantes de este grupo de trabajo son:

- Urología: Dra. Carolina Viedma (coordinadora del proyecto)
- Pediatría: Dra. María Vera, Dra. Amalia Ruiz, Dra. Gabriela Benitez
- Gastroenterología: Dra. Florencia Marceno
- Nefrología: Dra. Lorena Carranza
- Pediatria Htal. de Día: Dra. Florencia Vans
- Alimentación: Lic. Silvina Galeano, Y Lic. Gabriela Merr
- Neurocirugía: Dr. Matías Dorman
- Salud Mental: Dra. Mabel Witzel

En el Programa de Transición se incluirán pacientes con mielomeningocele de 16 a los 19 años (por acuerdo del Hospital de Pediatría Prof. J. P. Garrahan con el Hospital General de Agudos C.G. Durand).

Se realizará una consulta interdisciplinaria una vez al mes, el primer miércoles de cada mes, donde concurrirán 2 (dos) pacientes con mielomeningocele a partir de los 16 años de edad en adelante. Se coordinará la comunicación por medio del Pasaporte de Transición elaborado por el equipo de transición de la Sociedad Argentina de Urología (6). El seguimiento de los pacientes será desde los 16 a los 18 años, luego de esa edad dejarán de tener seguimiento pediátrico.

Se requiere de una agenda particular para la "Clínica de Mielomeningocele" la cual será manejada desde el hospital pediátrico brindando a los pacientes un turno con el equipo de adultos quién los recibirá en el Hospital de día pediátrico. Agenda con 2 (dos) turnos el primer miércoles de cada mes.

ESTADO DEL ARTE

La transición es un proceso novedoso y complejo a nivel global. En nuestro país existe desde el año 2017 el Capítulo de Transición en Urología dentro de la Sociedad Argentina de Urología que busca nuclear la atención de estos pacientes generando una Red Nacional de atención (8). La dependencia exclusiva en profesionales motivados no asegura continuidad de los programas y se hace fundamental políticas nacionales con recursos

asociados que velen por los cuidados de estos pacientes.

En el resto de Latinoamérica se presenta limitada experiencia en cuanto a las clínicas de transición. En el equipo de urologíapediátrica del Hospital E. G. Cortés en Chile, ha existido una preocupación constante por este tema. Aquí se impulsó la creación de un policlínico de transición en el año 2010. Sin embargo, este proyecto ha sido de difícil implementación y con un funcionamiento intermitente (8).

En Estados Unidos, la transición de pacientes con mielomeningocele (MMC) de hospitales pediátricos a adultos se caracteriza por un enfoque proactivo y coordinado, con énfasis en la atención centrada en el paciente. Actualmente las clínicas multidisciplinarias de mielomeningocele del Hospital Infantil de Filadelfia (CHOP) y el Great Ormond Street Hospital (GOSH) en Estados Unidos, ofrecen atención integral desde el diagnóstico prenatal hasta la edad adulta, con equipos de neurocirujanos, urólogos, ortopedistas, neurólogos, rehabilitadores, psicólogos y trabajadores sociales. Estas y otras clínicas se enfocan en la prevención y tratamiento de complicaciones, así como en el apoyo psicosocial y la promoción de la independencia (7). Se apoya el desarrollo de habilidades para la vida independiente y la participación en actividades comunitarias. El proceso se enfoca en una transición gradual, coordinada y centrada en el paciente, buscando garantizar la continuidad de la atención y la adaptación a las necesidades cambiantes de los individuos con MMC (6,8).

En España 8 a 10 de cada 100000 RN vivos padecen espina bífida, esto representa el 0,73 % en discapacidad. La Unidad de Espina Bífida en Barcelona existe hace varias décadas y aglutina diferentes propuestas terapéuticas desde la vida intrauterina a la adultez con abordaje multidisciplinario de todas las complicaciones neurológicas, nefrourológicas, gastrointestinales, traumatológicas y ortopédicas de los pacientes. La transición a la vida adulta contempla la atención y acompañamiento permanente donde van siendo abordados los desafíos en el camino hacia la adultez como actividad sexual y reproductiva, inserción social, salud mental. Todos estos nuevos temas impactan de forma directa en la calidad de vida del adulto con mielomeningocele (2,6).

Además de las complicaciones renales, el MMC puede ocasionar secuelas neurológicas (hidrocefalia, malformación de Chiari tipo II, déficits motores y sensoriales), ortopédicas (deformidades de la columna y extremidades), intestinales (incontinencia fecal, estreñimiento) y otras (alergia al látex, problemas de la piel, dificultades psicosociales). El enfoque multidisciplinario es fundamental para abordar todas las necesidades del paciente y coordinar la atención de manera integral y personalizada, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y promover la independencia (3).

CONCLUSIONES

Resulta esencial brindar los medios sanitarios durante y luego de la etapa de la adolescencia para que el paciente con MMC continúe con su seguimiento durante la etapa adulta.

El acceso a una salud integral de calidad a lo largo de la vida es un derecho de todos los adolescentes y jóvenes; pero sobre todo resulta relevante en aquellos pacientes con enfermedades complejas crónicas como el MMC que en caso de no realizarse tiene repercusión notoria sobre su estado de salud con mayor riesgo de morbimortalidad.

El programa propuesto, es un modelo asistencial de trabajo interdisciplinario entre el Hospital de Pediatría Prof. J. P. Garrahan y el Equipo Interdisciplinario del Hospital de Agudos C.G. Durand. Los equipos interdisciplinarios son la mejor opción para brindar un seguimiento integral a los pacientes con mielomeningocele.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.

Recibido: 25/03/2025 - Aceptado: 5/04/2025

BIBLIOGRAFÍA

1. Análisis epidemiológico sobre las anomalías congénitas en recién nacidos registradas durante 2022 en la República Argentina. Renac-Ar. Registro Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina. Reporte anual 2023.
2. Campbell F, et al.. Transition of care for adolescents from paediatric service to adult health services. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Apr 29;4(4):CD009794.
3. Dillon CM, Davis BE, Duguay S, Seidel KD, Shurtleff DB. Longevity of patients born with myelomeningocele. Eur J Pediatr Surg. 2000;10:33-4.
4. Great Ormond Street Hospital (GOSH): <https://www.gosh.nhs.uk/>
5. Hospital Infantil de Filadelfia (CHOP): <https://www.chop.edu/>
6. Imanol, A. et al. Systematic Review Memory in Spina Bífida, from Childhood to Adulthood: A Systematic Review J. Clin. Med. 2024;13,5273
7. Rocque BC, Hopson BD, Blount JP. Caring for the Child with Spina Bífida. Pediatric Clin North Am. 2021 Aug;68(4):915-927.
8. SAU <https://www.sau-net.org/especialidades/transicion>

HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE: UN MODELO DE GESTIÓN CENTRADO EN EL PACIENTE Y SU FAMILIA

MULTIDISCIPLINARY PEDIATRIC DAY HOSPITAL: A PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE MODEL

AUTORES: MARCIANO GABRIEL*, ENRIQUEZ ROCIO**, GINDIN ADRIAN***, SERRANO NURIA****, VANS LANDSHOOT FLORENCIA****

LUGAR DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND - HOSPITAL DE DÍA CODEI. AV. DIAZ VELEZ 5044-C.P. 1405 - CABA, ARGENTINA.

*JEFE SECCIÓN HOSPITAL DE DÍA PEDIATRICO POLIVALENTE. HOSPITAL DURAND.

** MÉDICA BECARIA HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE. HOSPITAL DURAND.

***MÉDICO ENCARGADO DEL CODEI

**** MÉDICA DE PLANTA HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE. HOSPITAL DURAND



ABSTRACT

Introduction: The Multipurpose Day Hospital (MDH) is a mode of care that lies between outpatient consultation and traditional hospitalization. It performs procedures and consultations, characterized by an interdisciplinary approach, where the patient and their family are at the center of the process.

Objectives: To describe the function, purpose, and distinctive characteristics of the MDH, highlighting its impact on care and its role within the institution.

Materials and Methods: A cross-sectional descriptive study of the functions of the day hospital from January to December 2024, including all patients treated. Records were reviewed and a bibliographic search was conducted.

Development: Our MDH began in 1998 as a pilot project focused on oncology, respiratory, and chronic pathology patients. In 2012, it was consolidated as a section belonging to the Pediatrics Division. Teaching activities are fundamental. Admission is through scheduled referrals managed by our own agenda. Care is provided through five programs. An integrated approach is offered, with consultants from various specialties. In 2024, 861 patients were treated, with care distribution being uniform throughout the months. The absenteeism rate stands at 12%, and treatment effectiveness reaches 99% of discharges.

Conclusion: The MDH presents strengths such as patient-centered care, multidisciplinary teamwork, and cost reduction. However, there are weaknesses, such as building requirements, scheduling, and administrative processes. Despite this, the MDH has great potential to strengthen its role in pediatric care, provided that the identified weaknesses and threats are addressed.

RESUMEN

Introducción: El Hospital de Día Polivalente (HDP) es una modalidad de atención entre la consulta ambulatoria y la internación tradicional. Se realizan procedimientos e interconsultas, caracterizado por un enfoque interdisciplinario, donde el paciente y su familia son el centro del proceso. **Objetivos:** Describir la función, finalidad y características distintivas del HDP, destacando su impacto en la atención y rol en la institución.

Materiales y Métodos: estudio descriptivo transversal de las funciones del hospital de día entre enero y diciembre de 2024, incluyendo todos los pacientes atendidos. Se revisaron registros y realizó una búsqueda bibliográfica.

Desarrollo: Nuestro HDP inició en 1998, como proyecto piloto enfocado en pacientes oncológicos, respiratorios, patologías crónicas. En 2012, se consolida como Sección perteneciente a la División Pediatría. La actividad docente es fundamental. El ingreso es por derivación programada que se gestiona por agenda propia. Se atiende a través de cinco programas. Se ofrece un enfoque integral, con interconsultores de diversas especialidades. En 2024 se atendieron 861 pacientes, La distribución de la atención es uniforme en los meses. La tasa de ausentismo es del 12%, y la efectividad de los tratamientos alcanza el 99% de altas.

Conclusión: El HDP presenta fortalezas como la atención centrada en el paciente, el trabajo en equipo multidisciplinario y la disminución de costos. Sin embargo, existen debilidades como requerimientos edilicios, horarios y circuito administrativo. A pesar de ello, el HDP tiene un gran potencial para fortalecer su rol en la atención pediátrica, siempre y cuando se aborden las debilidades y amenazas identificadas.

PALABRAS CLAVE: Hospital de día pediátrico, atención multidisciplinaria, calidad, atención integral.

INTRODUCCIÓN

El hospital de día Polivalente (HDP) es una modalidad de atención que se sitúa entre la consulta ambulatoria y la internación tradicional, que permite la realización simultánea de procedimientos e interconsultas, cubriendo las necesidades específicas de los pacientes. Se caracteriza por organizar su gestión en procesos, es decir donde se valora al paciente de manera integral, con una mirada interdisciplinaria. Este enfoque pone al paciente y a su familia en el centro del proceso, optimizando la comunicación

y la calidad de la atención¹.

Respecto a la administración de los recursos, se caracteriza por ser diferente a la hospitalización convencional, es una alternativa que favorece la continuidad asistencial y promueve una atención programada, ágil y ambulatoria, sin los inconvenientes del ingreso, ni la prolongación de la estancia hospitalaria, y con racionalización de recursos sanitarios, con la consecuente disminución de gastos^{1,2,3}.

Los pacientes asisten durante unas horas (menos de 12 horas), ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la internación convencional¹.

La difusión y consolidación del HDP, la diversidad de sus configuraciones organizativas, estructurales y funcionales, que permiten adaptarlo a las necesidades de cada institución, así como sus repercusiones en términos de calidad y seguridad del paciente, privilegian su inclusión dentro de un plan integral de atención sanitaria eficiente y racional^{3,4,5}.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los primeros hospitales de día en el mundo fueron creados para pacientes con enfermedades psiquiátricas. En 1932, en Moscú inició su funcionamiento el primer hospital diurno para la rehabilitación de pacientes esquizofrénicos y neuróticos. Dzhangarov, que fue médico jefe del primer hospital psiquiátrico de Moscú, en 1937 planteó para los pacientes psicóticos, la implementación de hospitalización semipermanente; su propuesta consistía en asistieran al hospital durante la jornada de trabajo y permanecieran el resto del tiempo en su atmósfera familiar. El primer hospital de día occidental fue fundado en 1946 en Canadá por el Dr. D. Ewen Cameron en el servicio de Psiquiatría del Hospital General Allan Memorial Institute de Montreal. Con meses de diferencia, Joshua Bierer en Inglaterra iniciaba un movimiento de hospitales diurnos. En la Argentina en 1967, el Dr. Jorge García Badaraco creó el primer hospital de día mixto para pacientes psiquiátricos con el fin de proporcionar tratamiento ambulatorio a quienes dejaban la internación. En 1970, se crearon hospitales de día en el Tobar García y en el Centro de Salud Mental

Nº 1. En 1972, en el Hospital de Salud Mental Braulio Moyano y en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Posteriormente, en los años 80, surgen en el Hospital Torcuato de Alvear y en el Teodoro Álvarez. Actualmente esta modalidad de atención no se limita a los pacientes con enfermedades mentales sino que se ha extendido a otras áreas como la cirugía, la oncología, la pediatría, etc^{4,6}.

MARCO LEGAL

En la ciudad de Buenos Aires la Ley Básica de Salud Nº 153, promulgada en 1999 y reglamentada en 2001, en su artículo 21 inciso e, hace referencia a: "Desarrollar nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, la internación domiciliaria y el hospital de día"⁷.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es describir la función, finalidad y características distintivas del Hospital de Día Pediátrico (HDP), destacando su impacto en la atención pediátrica y su rol dentro de nuestra institución.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal de las funciones del hospital de día entre enero y diciembre de 2024. Se incluyeron todos los pacientes atendidos en el hospital de día durante este periodo. Se revisaron los registros de actividad de la base de datos, incluyendo lugar de origen, número de pacientes atendidos por mes y año, origen de derivación, tipo de programas, ausentismo, etc.

Asimismo se realiza una búsqueda bibliográfica referente a la modalidad de hospital de día.

DESARROLLO

Nuestra historia se remonta al año 1998, cuando la jefa del servicio de internación de pediatría propuso un proyecto piloto basado en un modelo previamente formado en el Hospital Italiano. Inicialmente, el proyecto contó con dos médicos y una enfermera asignada temporalmente y se enfocó en la atención de pacientes oncológicos, respiratorios, patologías crónicas y aquellos derivados de la guardia para observación, dado que no se tenía muy claro la función del sector. En 1999, debido al aumento de la demanda y la carga

horaria, se designa un médico adicional del servicio de internación. De esta forma, el plantel primario quedó conformado por tres médicos y una enfermera, atendiendo en una habitación con dos camas y una cuna, que fue dada de baja de la dotación de internación tradicional. En el año 2000, se incorpora al registro diario, una base de datos computarizada, para sistematizar y estadificar la información. Posteriormente, en 2001, impulsado por la legislación vigente, el servicio evolucionó hasta conformar un grupo de trabajo, concretando la misma en el 2011, agregando al grupo previamente formado, un administrativo. Al año siguiente, se consolida como sección dentro del hospital, perteneciendo a la división pediatría, e incluyendo la creación de una sala de juegos para los pacientes. Actualmente el equipo cuenta con un jefe, dos médicas de planta, una becaria, una enfermera y una administrativa.

En relación a la parte edilicia en el servicio a lo largo del tiempo se fueron incorporando diversas dotaciones, al día de hoy el Hospital de día pediátrico cuenta con una sala de procedimientos con 3 camas, 1 cuna y un sillón, sala de juegos y sala de espera, baño propio para pacientes y familia y un espacio para el equipo médico e interconsultores.

La actividad docente en nuestro servicio es un pilar fundamental, abarcando diversos niveles y modalidades, por lo tanto todos los profesionales cuentan con cargo docente. Se fomenta la participación activa de todos los integrantes del Hospital de Día en la docencia de pregrado, práctica final obligatoria y en la capacitación de residentes de la especialidad. Desde el 2001 formamos parte del Comité de Medicina interna de la Sociedad Argentina de Pediatría, fuimos parte de la red de Hospitales de día del Gobierno de la ciudad, se realizó la presentación de trabajos, posters, talleres y mesas redondas en las jornadas hospitalarias a lo largo de estos años, participación en congresos y publicaciones en libros y revistas. Nuestro objetivo es promover la capacitación continua y el crecimiento profesional del equipo de salud.

¿Cómo trabajamos?

“NO TRABAJAMOS CON PATOLOGÍAS, SINO CON PACIENTES”

Nuestro equipo está conformado por médicos y personal de enfermería de dedicación exclusiva, altamente capacitados en el cuidado infantil. Esto permite un correcto funcionamiento del equipo, teniendo cada uno funciones específicas, detalladas a continuación:

● **Médicos:** Coordinan la atención del paciente, realizan procedimientos e indicaciones de enfermería, toman decisiones sobre el plan de acción, coordinan interconsultas y solicitan análisis complementarios. Las decisiones se toman en conjunto.

● **Enfermería:** Su labor es fundamental en el cuidado de los niños. La experiencia demuestra que su reemplazo impacta negativamente en la actividad del área y en los resultados de las intervenciones.

Nuestro objetivo es trabajar con una visión grupal, respetando y valorando nuestras diferencias, fortaleciendo las relaciones interpersonales y priorizando el éxito del equipo por encima del éxito individual.

Proceso de atención

En el gráfico 1 se puede observar como es el proceso de atención en Hospital de Día, teniendo presente que el ingreso siempre es por derivación. Gestionamos una agenda propia con pacientes programados derivados de consultorios externos, departamento de urgencias, sala de internación y neonatología y otros servicios, tanto de la institución como de otras.

Esta variada procedencia de pacientes permite que el HDP atienda una amplia gama de necesidades pediátricas a través de sus cinco programas principales:

- Pacientes con patología crónica para etapas diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento
- Pacientes crónicos con episodios agudos
- Pacientes agudos de difícil manejo ambulatorio
- Pacientes con patología quirúrgica de baja complejidad
- Paciente ambulatorio que requiere múltiples procedimientos y consultas

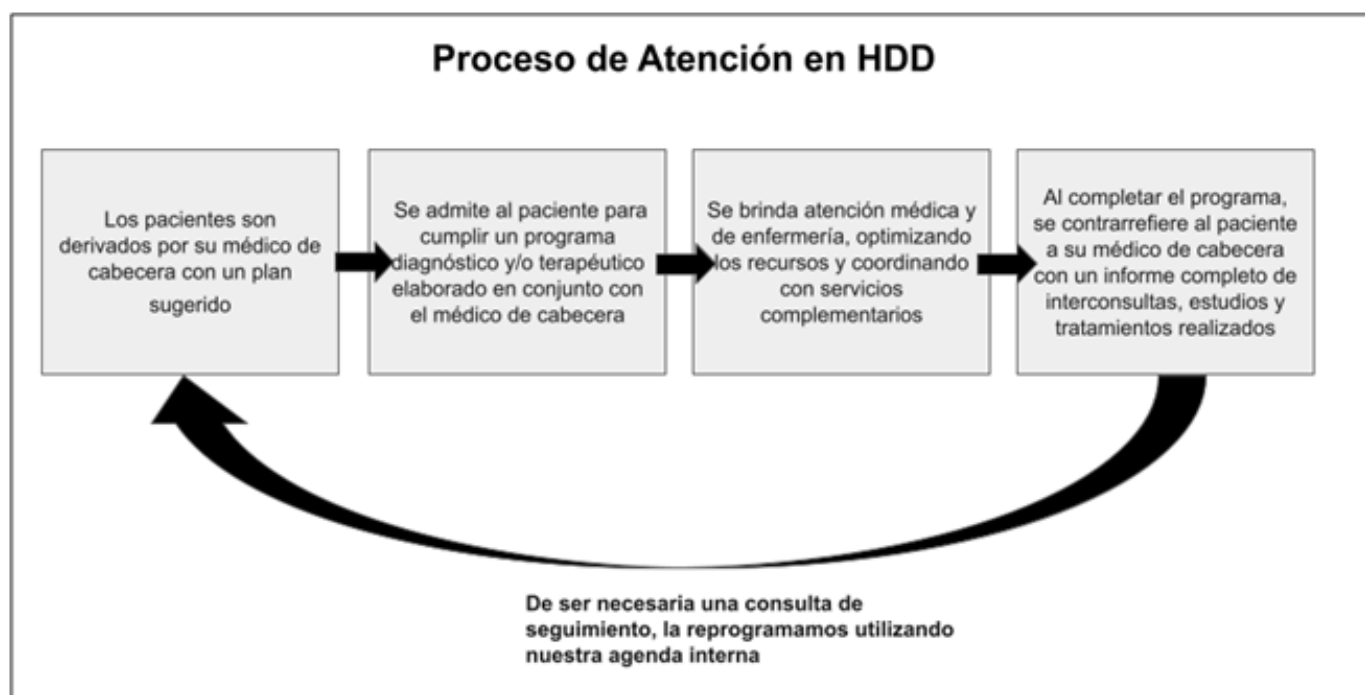


Gráfico 1: Proceso de Atención

Al igual que en las áreas de internación, actualmente se utiliza historia clínica en papel, pero contamos con que prontamente se realice la implementación de la historia clínica informatizada del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, lo que optimizará la gestión de la información.

Si bien no actuamos como médico de cabecera, trabajamos en estrecha colaboración con él para determinar el seguimiento y la terapéutica más adecuada para cada paciente. En caso de que no cuente con un médico de cabecera, lo derivamos a un profesional del sistema para garantizar una atención integral.

El Hospital de Día Pediátrico del Hospital Carlos G Durand, ofrece un enfoque multidisciplinario para la atención, facilitado por un amplio rango de interconsultores con diversas especialidades (endocrinología, hematología, nutrición, cirugía, cardiología, neumología, oftalmología, neurología, infectología, dermatología, ginecología, salud mental, servicio social, kinesiología, nefrología).

La disponibilidad de estas interconsultas es de vital importancia porque permite una evaluación integral del paciente, abordando no sólo los aspectos físicos de su enfermedad, sino también

las dimensiones psicológicas y sociales que puedan influir en su bienestar. Este enfoque holístico contribuye a mejorar la calidad de la atención, optimizar los resultados del tratamiento y proporcionar un soporte completo tanto para el paciente como para su familia. La coordinación eficiente entre las diferentes especialidades asegura una atención integral personalizada, adaptada a las necesidades específicas de cada individuo.

Para el equipo es fundamental la seguridad del paciente, por ende se intenta garantizar la calidad de las instalaciones, protocolos y tratamientos, por lo que se cuenta con guías de prácticas y procedimientos para lograr este objetivo. Esta modalidad requiere del respaldo constante de la internación tradicional, se intenta trabajar en cooperación con dicho sector para beneficiar al paciente.

Queremos destacar que durante la pandemia de COVID-19, la actividad del HDP se mantuvo en funcionamiento, adaptándose a las circunstancias y protocolos sanitarios. A pesar de los desafíos que presentó la pandemia, se continuó brindando atención a los pacientes, demostrando su capacidad de adaptación y compromiso con la salud de los niños.

ESTADÍSTICA

El Hospital de Día Pediátrico atendió a un total de 861 pacientes durante el 2024, lo que representa un aumento en comparación con años anteriores (gráfico 2).

Es importante mencionar que existe un sesgo en cuanto a los últimos dos años, dado que se modifica la admisión de pacientes de modalidad de sesión múltiple a única, generando un aumento de las atenciones registradas, asociado paralelamente al aumento de la demanda.

Un aspecto destacable, como se observa en el gráfico 3, es la distribución uniforme de la atención a lo largo de los meses, sin la estacionalidad que caracteriza a otras áreas pediátricas. En cuanto al lugar de residencia, la distribución de pacientes es equitativa, con un 50% proveniente de la Capital Federal y el otro 50% de la Provincia de Buenos Aires. La mayoría (87%) es derivado principalmente de endocrinología, hematología, nutrición, internación tradicional y consultorios externos. En el gráfico 4 se observa la distribución en cuanto a los programas. La tasa de ausentismo se mantuvo en un 12%, siendo los principales motivos

informados por los pacientes la dificultad en adquisición de la medicación y problemas externos (laborales, climáticos). Queremos destacar que la efectividad de los tratamientos se puede constatar en que el 99% de los pacientes son dados de alta. Estos datos, son fundamentales para la mejora continua del servicio y la planificación de estrategias que garanticen una atención de calidad para todos los pacientes.

CONCLUSIÓN

A través de un análisis FODA, podemos observar que nuestro HDP cuenta con fortalezas significativas, como la atención centrada en el paciente y la familia, la reducción del impacto emocional, un sólido trabajo en equipo multidisciplinario, una relación estrecha con el médico de cabecera para decidir en conjunto seguimiento y terapéutica, la rápida reinserción del paciente en su familia y en la comunidad, y la disminución del costo directo e indirecto. Estas fortalezas, sumadas a oportunidades, tales como la mejor adherencia al tratamiento y seguimiento, la revalorización del juego como elemento terapéutico, la interacción con otros hospitales de

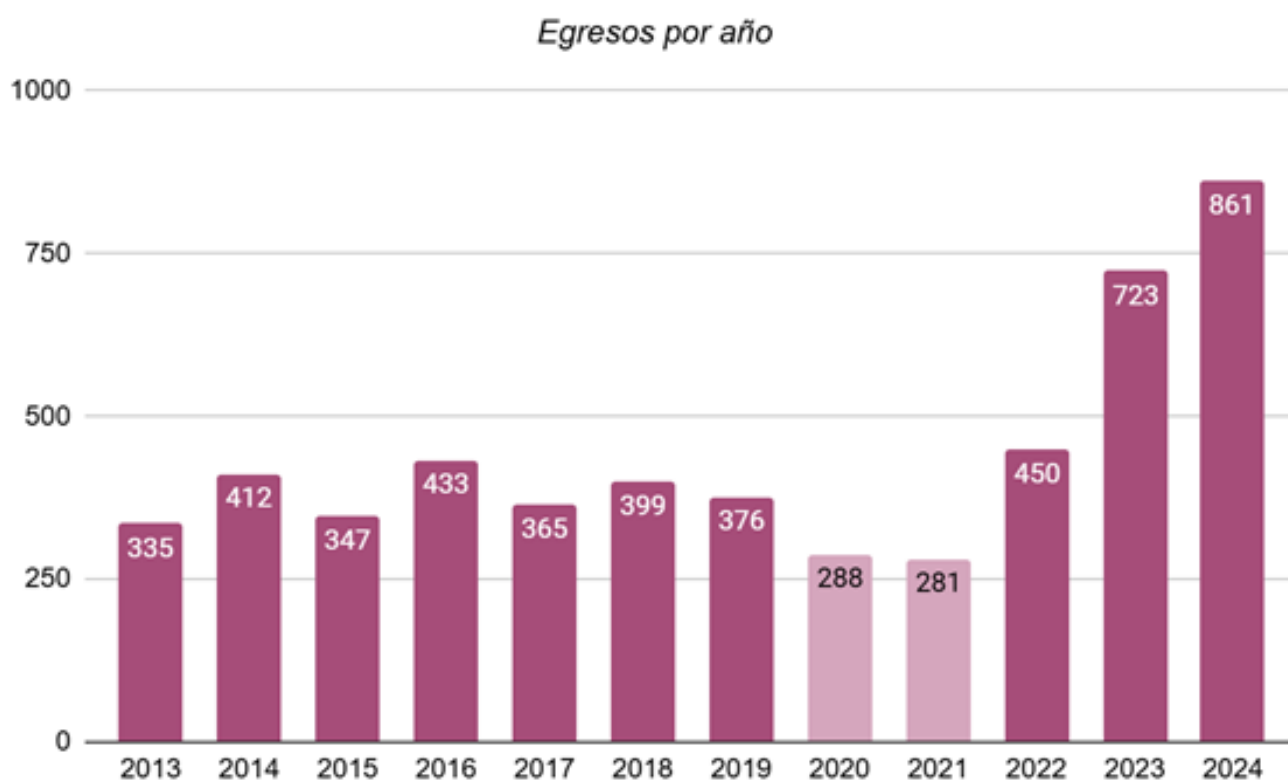


Gráfico 2: Egresos por año

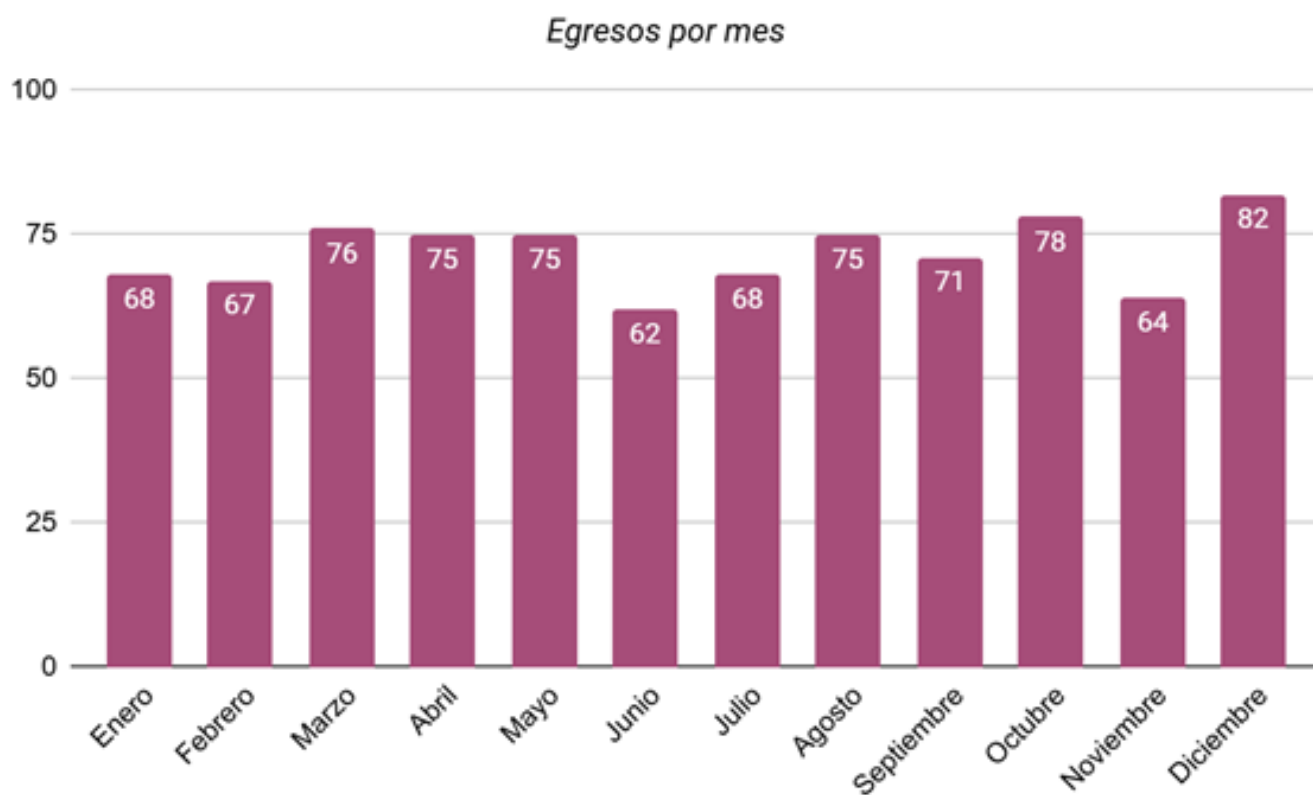


Gráfico 3: Egresos mensuales

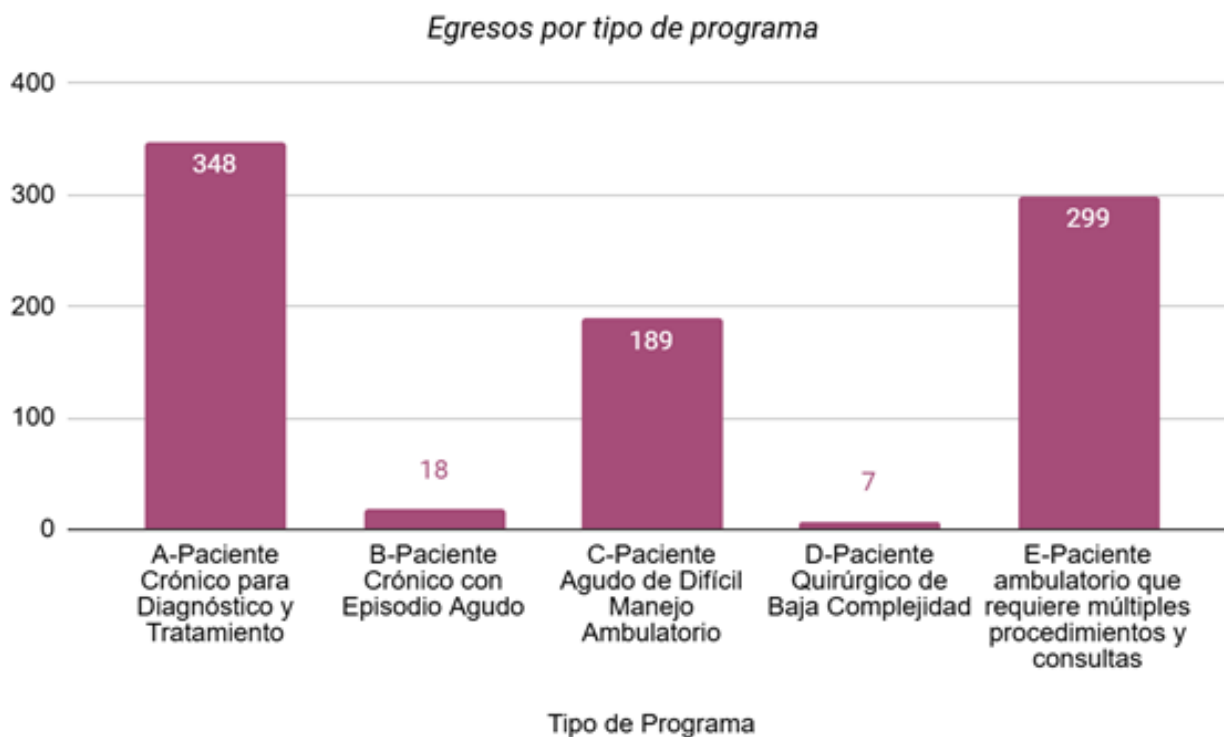


Gráfico 4: Egresos por programa

día a nivel nacional y la posibilidad de realizar más procedimientos de baja complejidad, posicionan al HDP para un crecimiento y mejora continua. Sin embargo, existen debilidades importantes que deben abordarse, como los requerimientos edilicios, los horarios de los profesionales e interconsultores, y el circuito administrativo. Estas debilidades, junto con amenazas como la disminución la mala señalización hospitalaria que dificulta la localización del servicio, la falta de una sala de observación en la guardia externa, así como la sala de procedimientos compartida con internación tradicional. En conclusión, el HDP tiene un gran potencial para fortalecer su rol en la atención pediátrica, pero es crucial abordar las debilidades y amenazas identificadas para garantizar su sostenibilidad y éxito a largo plazo.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.

Recibido: 25/02/2025 - Aceptado: 2/04/2025

BIBLIOGRAFÍA

1. Alazraqui, H. F. (2017). Historia de la Psiquiatría: el caso del dispositivo de Hospital de Día. *Revista Científica*, 22(2), 32-41.
2. Boletín Científico del Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud de la AMM. Hospital de Día. Una alternativa a la hospitalización convencional. año 18 n° 77. Agosto 2021
3. Boletín Científico del Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud de la AMM. Hospital de Día Médico Polivalente. año 20 n° 86 Junio 2024.
4. Buono, C. A. Rosa, S., Santa María, C. M., et al (2021). ANEXO 1 HOSPITAL DE DÍA DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO. Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, Ministerio de Salud de la Nación.
5. Escobar, M. A., García-Egido, A. A., Carmona, R., et al. (2012). Ingresos evitados por el hospital de día médico polivalente. *Revista Clínica Española*, 212, 63-67. DOI: [10.1016/j.rce.2011.08.003](https://doi.org/10.1016/j.rce.2011.08.003)
6. Hernando Ortiz L, Hinojosa Mena-Bernal C, González Sarmiento E, et al. Rentabilidad de un hospital de día: análisis de actividad, coste y eficacia. *Gac Sanit*. 2012; 26 (4): 360-365. doi: [10.1016/j.gaceta.2011.09.034](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.034)



CONTACTO- REGLAMENTO DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

REVISTA HOSPITAL DURAND

Vol.2- Nro 1 CAICYT/CONICET 3008-8615

Página 69

REVISTA CIENTÍFICA DURAND - CAICYT/CONICET 3008-8615

Abril 2024- Volumen 1 N° 1 - Edición 111 Aniversario Hospital General de Agudos "Carlos G. Durand"

revistadurand@gmail.com

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "CARLOS G. DURAND"- Avenida Diaz Velez 5044- C.P. 1405- C.A.B.A. Argentina

PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

Los trabajos presentados Podrán versar sobre investigación clínica o experimental, artículos originales inéditos, revisiones actualizadas, presentación de casos, cartas de lectores y otras formas de publicación que resulten aceptadas por el Comité Editorial.

Todos los artículos presentados deberán ser inéditos.

1.PORTADA

La Portada tendrá el Título del Trabajo, Nombre y Apellido de los autores y Lugar de Trabajo.

1.a. Título del Trabajo: No debe exceder 2 líneas de 50 caracteres cada una. El título debe figurar en español y en inglés.

1.b. Autores: Nombre, Inicial del segundo nombre y Apellido de cada uno de los autores separados por coma, cada uno con el grado académico más destacado señalado con asteriscos debajo del lugar de trabajo (Ej. *Jefe de Servicio **Médico Residente). No más de seis (6) autores por trabajo, a excepción de los trabajos cooperativos, donde podrán figurar no más de cinco (5) por institución interviniente. Adjuntar una foto del primer autor, de frente, de 3 x 3 cm.

1.c. Lugar de Trabajo: Nombre del Servicio al que se atribuye el trabajo, Institución a la que pertenece, Dirección, Código postal y Localidad o Provincia.

1.d. Asimismo, debe figurar dirección, teléfono y e-mail del autor principal.

Los trabajos a publicar pueden encuadrarse dentro de las siguientes categorías:

Artículo Original: Reportes originales de investigaciones científicas en el campo de la salud.

Artículo Especial: Reportes en áreas no relacionadas con la salud que sean de interés a la comunidad médica.

Revisión Bibliográfica: Artículos de revisión de temas relevantes a la práctica médica. Incluye Conceptos Actuales, Terapéutica Farmacológica Mecanismos de Enfermedad, Progresos Médicos

Reporte de Caso: Reportes breves de hasta seis casos clínico-quirúrgicos. Perspectivas: Artículos de interés en el cuidado de la salud y su relación con la sociedad.

Carta de Lectores: Foro de lectores sobre artículos publicados.

Editoriales: Análisis de un tema en cuestión solicitado por el Comité Editorial.

2. ORDENAMIENTO GENERAL

Deberán presentarse en formato tipo Word, en hoja tamaño A4 de un solo lado, con interlineado 1,5 y con márgenes de 30 mm. Utilizar tipo de fuente Arial y tamaño de fuente 10, alineación a la izquierda, no justificado. Numerar las páginas debajo y a la derecha, en forma consecutiva, con números arábigos. Evitar el uso de abreviaturas, siglas, acrónimos o símbolos en el título y en el resumen. En el texto la primera vez que se empleen

deben estar precedidas por el término completo. Los artículos no deben exceder de 12 páginas escritas. Los reportes de casos, editoriales y cartas no deben exceder de 4 páginas.

2.a. Resumen (Abstract) Todos los trabajos deben contar con resumen, exceptuando cartas y editoriales. Debe figurar en la segunda página, en español y en inglés, no debiendo cada uno excederlas 250 palabras. No colocar abreviaturas en los resúmenes. El resumen estructurado consta de: Introducción (Background), Objetivo (Objective), Material y Método (Methods), Resultados (Results) y Conclusiones (Conclusions). Sólo si se tratase de un reporte de caso, conformarlo en Introducción (Background), Objetivo (Objective), Reporte de Caso (CaseReport) y Discusión (Discussion). Incluir a continuación del resumen, hasta seis palabras clave (Keywords), preferentemente MeSH.

2.b. Ordenamiento de los Manuscritos: El texto debe estar organizado en Introducción, Objetivos, Material y Método, Resultados, Discusión, Conclusión y Bibliografía. Los artículos más largos pueden necesitar subtítulos en algunas de las secciones (resultados y conclusiones). La publicación de casos debe ordenarse en Introducción, Objetivos, Reporte de Caso, Discusión y Bibliografía. Las perspectivas, cartas y editoriales no requieren un ordenamiento específico. Si corresponden, escriba los agradecimientos, incluyendo los subsidios o becas recibidos, al finalizar el texto antes de las citas bibliográficas.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

La bibliografía debe ser seleccionada y pertinente al artículo presentado. Deberá contener todas las referencias por orden alfabético (Apellido de Autor Principal), debiendo figurar el número correspondiente al lado de cada cita. Las referencias corresponden en la introducción y/o discusión del

Trabajo y deben identificarse en números arábigos en superíndice.

El estilo de las referencias se basa en las publicadas por la National Information Standards Organization (<http://www.niso.org>), que también utiliza la National Library of Medicine para sus bases de datos.

Corresponde según el tipo de referencia, por ejemplo:

3.a. Artículos de revistas: apellidos e iniciales de todos los autores separados por comas, el título del trabajo iniciado con mayúscula y finalizado con punto, nombre abreviado de la Revista según el Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov>), año seguido de punto y coma, N° de volumen seguido de dos puntos y la página inicial y final. Ej: Schwartz BR, Lage JM, Pober BR, Driscoll SG. Isolated congenital renal tubular immaturity in siblings. Hum Pathol 2022;18:1259-60.

3.b. Libros: Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: editorial; año.

CONTACTO- REGLAMENTO DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

REVISTA HOSPITAL DURAND

PÁGINA 70

Vol.2- Nro 1 CAICYT/CONICET 3008-8615



3.c. Capítulos de libros: Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: director/coordinador/editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: editorial; año; página inicial-final del capítulo.

3.d. Medios electrónicos: Autor/es. Título [sede Web]. Lugar de publicación: editor; fecha de publicación [fecha de actualización; fecha de acceso]. Dirección electrónica.

sobre la aceptación del manuscrito, su rechazo o la aceptación condicionada a correcciones o cambios. No se aceptarán trabajos incompletos para su revisión editorial. El Consejo Editorial se reserva el derecho de efectuar correcciones gramaticales, de estilo y otras dependientes de las necesidades de impresión.

4. GRÁFICOS, TABLAS, FIGURAS O IMÁGENES

Deben encontrarse en la última página del manuscrito y citadas en el texto. Presentarlas con números arábigos y título precedente, con notas o leyendas al pie si fuese necesario, de modo que sean suficientemente explicativas por sí mismas. Las imágenes deben tener la suficiente claridad y definición para que se mantengan luego de su reducción para publicar. Incluya el permiso escrito del autor y editor si reproduce cualquier figura previamente publicada.

5. CONSIDERACIONES FINALES

5.a. Autoría: La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponde exclusivamente a los autores. Los autores deben garantizar y poseer la solicitud de los permisos para reproducir material ya publicado o para el uso de ilustraciones que puedan identificar personas. El autor del material remitido asume encargarse de la comunicación y aprobación de las posibles modificaciones y deja constancia junto con la fecha de envío en el artículo para su publicación que el citado artículo es original.

5.b. Conflictos de Interés: La Revista solicita a los autores que revelen cualquier asociación comercial que pueda originar un conflicto de interés en relación con el manuscrito.

5.c. Investigación en seres humanos y/o animales: Queda por cuenta de los autores del trabajo el asegurar previo de la aprobación por el Comité Institucional de Ética y la conservación de pautas éticas seguidas por los investigadores/autores con el consentimiento informado respectivo. Los trabajos que involucren seres humanos deberán indicar que se obtuvo consentimiento informado de los mismos, sus padres o tutores, según corresponda.

5.d. Los manuscritos deben ser inéditos: No recibirá material de trabajo cuyo contenido se haya publicado previamente en su totalidad o en su parte. Ningún material publicado podrá ser reproducido parcial o totalmente excepto con la previa autorización del Consejo Editorial de la Revista.

5.e. Enunciado de Responsabilidad Científica. Publicación Exclusiva: Consignar al final (adjunto al manuscrito) fecha de envío y enunciados de Responsabilidad Científica y Publicación exclusiva.

6. ENVÍO DE TRABAJOS

Presentar el manuscrito en formato digital, como adjunto vía correo electrónico a revistadurand@gmail.com para revisión por el Consejo Editorial. Adjuntar una copia de las imágenes en formato .jpg.

Después de la revisión se notifica al autor responsable



Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires



**Instituto para el desarrollo
humano y la salud**



☒ **Cursos de administración, auditoría,
gestión y calidad**

☒ **Capacitaciones en todas las especialidades**

☒ **Simulación quirúrgica**

☒ **Inglés intermedio y avanzado**

☒ **Cursos de verano**

📍 Marcelo T. de Alvear 1422 | 📞 (+54 11) 4813-0604/0490
🌐 www.idhs.org.ar | 📧 curso@idhs.org.ar

Lunes a Viernes de 10:00 a 17:00 h



SEGUROS MEDICOS

Su compañía, su seguridad

**LA COMPAÑÍA CON
MAYOR PRESENCIA
Y EXPERIENCIA
EN EL PAÍS EN
DEFENSA DEL EQUIPO
DE SALUD.**



Con la experiencia y el respaldo de la
ASOCIACIÓN DE MÉDICOS MUNICIPALES
DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

SEGUROS MEDICOS Viamonte 1674 - CABA.

Tel (5411) 5811-3228 / 5811-3510 / 5811-3519 / 5811-3918

info@segurosmedicos.com.ar - www.segurosmedicos.com.ar

Nº de inscripción
en SSN 0749

Atención al asegurado
0800-666-8400

Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn



SSN SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN