

Ciencias de la Salud



FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

INVESTIGACIÓN

Aspectos terapéuticos del
tratamiento de la leishmaniasis

CULTURA

Deconstrucción del lenguaje

EDUCACIÓN

Programa de Educación a Distancia

ENSEÑANZA

DE LA MEDICINA

Miopía conceptual en el estudiante de Medicina

ARTE Y SALUD MENTAL

Un remedio difícil de digerir



Fundación Barceló, COMUNIDAD EN SALUD



Carreras DE GRADO

■ Medicina 6 AÑOS	■ Psicología 5 AÑOS
■ Nutrición 4 AÑOS	■ Instrumentación Quirúrgica 20 MESES
■ Kinesiología y Fisiatría 5 AÑOS	■ Análisis Clínicos 2 AÑOS
■ Nutrición a distancia 4 AÑOS	■ Analista de Sistemas de Información Médica 3 AÑOS



BUENOS AIRES

Av. Las Heras 2191.
Tel / Fax (011) 4800 0200
informesba@barcelo.edu.ar

LA RIOJA

B. Matienzo 3177
Tel / Fax (0380) 4422090 / 4438698
informeslr@barcelo.edu.ar

SANTO TOMÉ (Corrientes)

Centeno y Rivadavia.
Tel / Fax (03756) 421622
informesst@barcelo.edu.ar
Oficina Posadas
Félix de Azara y Córdoba,
Local 12, Galería "El Paseo"
Tel (0376) 4440521
posadas@barcelo.edu.ar



FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA



DIRECCIÓN

Hugo Arce

CONSEJO EDITORIAL

Diana Gayol

Leandro Rodríguez Ares

Silvina Tognacca

Elisa Schürmann

Rocío Cabaleiro

DIRECCIÓN EDITORIAL

Iris Uribarri

ARTE Y DISEÑO

DG. Oscar Alonso

COMITÉ REVISOR

•en Argentina

Dr. Carlos Álvarez Bermúdez

Dr. Alejandro Barceló

Lic. Diego Castagnaro

Dr. José Fuentes Oro

Lic. Norma Guezikaraian

Dr. Gerardo Laube

Dr. Víctor Martínez

Lic. Hebe Perrone

Dr. Cándido Roldán

Dr. Ricardo Znaidak

•en Estados Unidos

Dr. Gregorio Koss

Dr. Francisco Tejada

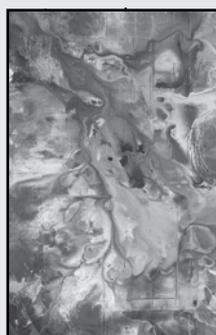


Imagen de tapa. Fotocomposición

Ciencias de la Salud



EDITORIAL 4

Acerca de la Educación Médica

Escribe: Arce, Hugo



INVESTIGACIÓN 6

► Aspectos terapéuticos del tratamiento de la leishmaniasis: consideraciones farmacodinámicas y estado del arte

Escribe: Falkowski, Juan Carlos - Silva, Gustavo



CULTURA 14

► Deconstrucción del lenguaje: habla escrita en el teléfono celular

Escribe: Guillermo Lojo



EDUCACIÓN 20

Programa de Educación a Distancia

Escribe: Arce, Hugo; Gayol, Diana; Otero, Ricardo; Pets, Laura.



ENSEÑANZA DE LA MEDICINA 27

► Miopía conceptual en el estudiante de Medicina

Escribe: Lorenzo Ripetta



ARTE Y SALUD 30

► Un remedio difícil de digerir

Escribe: Ana Elisa Schürmann

Acerca de la Educación Médica

ESCRIBE
Hugo Arce

Desde que se fundó la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina (AFaMeRA) en 1961, las autoridades reunidas tuvieron el propósito de establecer consensos entre las universidades de diferentes regiones del país, con el fin de avanzar hacia criterios comunes para evaluar la calidad de la formación médica. Este propósito se fue acentuando desde 1987, con la creación de múltiples escuelas de ciencias médicas públicas y privadas, fue considerada la 2ª etapa de la entidad, como Asociación de Facultades de Ciencias Médica de la República Argentina (AFaCiMeRA). A lo largo de este medio siglo, se desarrolló un prolongado proceso de discusión y de sucesivos encuentros académicos, a través de las Conferencias Argentinas de Educación Médica (CAEM) que, desde 1999 se organizaron todos los años¹.

Al mismo tiempo, diversos documentos reflejaron intercambios y avances ocurridos en materia de Educación Superior en todo el mundo, como la Declaración de Bologna de 1999¹ y la de Cartagena de 2008². En el campo específico de la Educación Médica fueron sustanciales los encuentros continentales organizados desde 1962 por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina (FePAFeM), que tuvo un desarrollo paralelo y contemporáneo con el de AFaMeRA-AFaCiMeRA. En realidad, habiendo transcurrido otro medio siglo desde 1910³, en los '60 se comenzaba a revisar el impacto del Informe Flexner en América y Europa.

El conjunto de antecedentes detallado más arriba, determinó que en 2007 (Resolución 1314), la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CoNEAU), decidiera tomar una propuesta por consenso de AFaCiMeRA, para definir los criterios de Calidad según los que, en lo sucesivo, se evaluarían las Escuelas de Medicina⁵. Sobre la base de estos

estándares, durante el año 2009 se llevó a cabo un operativo de evaluación de las 32 Carreras de Medicina públicas y privadas existentes en el país. Los estándares de la Resolución 1314, contemplaban en sus Anexos las siguientes pautas: I) Contenidos curriculares básicos; II) Carga horaria mínima; III) Criterios de intensidad de la formación práctica; y IV) Estándares para la Acreditación, y V) Actividades profesionales reservadas.

Los estándares de la citada Resolución merecieron diversas críticas por parte del conjunto de los más de 50 Pares Evaluadores que intervinieron en aquel operativo, por lo que los decanos participantes en AFaCiMeRA alentaron la revisión y perfeccionamiento de las condiciones y contenidos de la formación médica. El nuevo proyecto tuvo un desarrollo más cuidadoso y sistemático, contó con asesores especializados y contempló requisitos más detallados, que mejoraron significativamente las pautas vigentes⁶.

La nueva versión revisada de los estándares de la Resolución 1314 contempla los mismos capítulos que la anterior, pero en lo referente a los Estándares de Acreditación aporta un despliegue más detallados de los requerimientos de calidad educativa, que deben reunir las Escuelas de Medicina: a) Contexto Institucional; b) Plan de estudios y formación; c) Competencias del egresado; d) Diseño curricular; e) Programas; f) Evaluación; g) Cuerpo académico; h) Alumnos y graduados, e i) Infraestructura y equipamiento.

Analizando comparativamente ambos documentos se pueden señalar algunos cambios. La determinación de estándares por el consenso de sus autoridades, para evaluar la calidad de las instituciones de formación médica, significa un gran avance en las perspectivas futuras de las nuevas generaciones de profesionales. Probablemente las competencias esperadas de los egresados resulten demasiado ambiciosas para la realidad actual de las escuelas médicas del país. Si bien se ha avanzado mucho en el mundo con dispositivos e instalaciones

para la observación y simulación de procedimientos, que los estudiantes deberán realizar sobre pacientes en su ejercicio asistencial, debe tenerse en cuenta que no todas las Escuelas disponen de recursos tecnológicos suficientes, para satisfacer todos los requisitos enumerados.

Conviene destacar como innovación, que se prevé una Introducción a la Investigación, dentro del capítulo de “Fundamentos Científicos de la Atención de las Personas”, incluyendo elementos para la comprensión y búsqueda bibliográfica; estudios epidemiológicos, clínicos y de servicios de salud; bioestadística, así como métodos y técnicas para recolección, procesamiento y presentación de datos. Si bien desde Flexner se alienta la actitud hacia la exploración científica del conocimiento médico, conducta que con otros objetivos ahora se califica como Medicina Basada en Evidencia (MBE), resulta importante que durante la formación de grado el estudiante reciba los instrumentos y técnicas para desarrollarlas. Debería avanzarse más aún, volcando las prácticas asistenciales en registros que permitan determinar el impacto, que las prácticas nosocomiales tienen en la mejora del proceso de atención médica.

También puede interpretarse como un avance que, en el capítulo de “Salud-Enfermedad: Atención en las distintas etapas del Ciclo Vital”, los contenidos curriculares hayan sido comprendidos desde la Medicina General. Supera la descripción de conocimientos como parte de las 4 clínicas básicas, y evita brindar al educando una visión fragmentada, que aborda la atención médica como una sumatoria de capítulos especializados, donde el enfoque general queda definido por default, como lo no especializado de la Medicina. Es una aproximación conceptual, que deberá consolidarse con una verdadera integración de la Medicina, donde la formación del generalista ocupe un lugar prioritario.

Llama la atención que, en lo referente al enfoque sanitario con que se formará a los profesionales, sólo se mencione

la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como único paradigma sanitario. Desde hace al menos dos décadas los organismos internacionales (OPS-OMS) y diversas organizaciones no gubernamentales, vienen desarrollando nuevas ideas-fuerza como ejes de la reforma de los sistemas de salud. En los '90 la Calidad de la Atención Médica⁷, y en los 2000 la Seguridad del Paciente⁸. Esta última se menciona en los contenidos, pero no ocupa un lugar relevante. Cabe señalar que desde 2013, la OMS viene promoviendo la inclusión de la Seguridad del Paciente y su participación en las decisiones sobre la conducta terapéutica⁹.

Como corolario, el aporte de AFaCiMeRA debe ser considerado un adelanto importante, que las autoridades educativas deberían transformar en un acto decisorio.

1. Declaración conjunta de los ministros europeos de Educación: El espacio Europeo de la Enseñanza Superior, Bolonia, 19-VI-99.
2. CRES: Declaración de la Conferencia Regional de la Educación Superior en América Latina y el Caribe. UNESCO, Cartagena, 2008.
3. Flexner A.: Medical Education in the United States and Canada. Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bull. N° 4, New York, 1910.
4. Patiño Restrepo J.: Abraham Flexner y el Flexnerismo; Fundamento Impercedero de la Educación Médica Moderna. Página Web FePAFEM, (www.anm.fepafem.org/flexner.htm), Bogotá, 2001.
5. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología: Resolución N° 1314/07 sobre estándares de Acreditación para Carreras de Medicina.
6. AFaCiMeRA: Revisión de la Resolución del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación N° 1314/07. Documento aprobado por el Plenario de Decanos de AFaCiMeRA del 6-XII-13.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH): La Garantía de Calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe. OPS/OMS, publicación HSD/SILOS-13, Washington D.C., 1992. Traducido al portugués, al inglés y al francés.
8. World Health Organization: Patient Safety Solutions, 2007: www.who.int/patient-safety/solutions.
9. Organización Mundial de la Salud-Universidad del Salvador (USal): Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente (versión preliminar en Español). OMS-USal, Buenos Aires, 2013.

Aspectos terapéuticos del tratamiento de la leishmaniasis: consideraciones fármaco-dinámicas y estado del arte

ESCRIBE

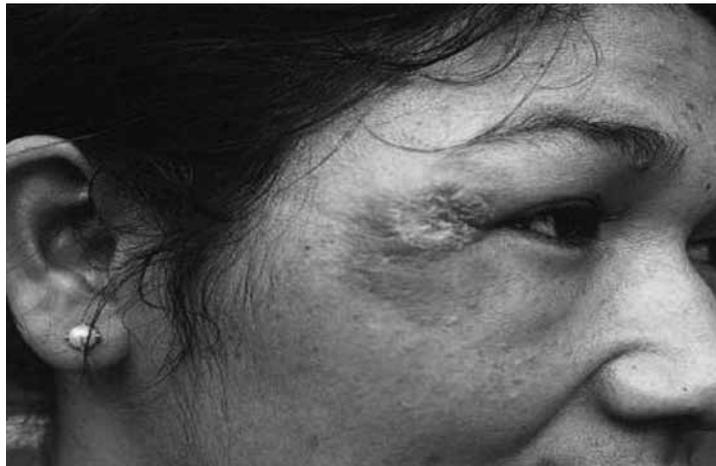
Falkowski, Juan Carlos* - Silva, Gustavo**

* Universidad Nacional de Misiones - Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud - Fundación Barcelo, Sede Santo Tomé

** Hospital Escuela Ramón Madariaga - Ministerio de Salud Pública, Provincia de Misiones

RESUMEN

El presente artículo, es la primera parte de una revisión de aspectos multidisciplinarios referentes a la leishmaniasis, enfermedad compleja en su evaluación diagnóstica y epidemiológica, prevalente desde la década pasada en la Provincia de Misiones; a partir de contenidos generados por profesionales de la región con referencia a conocimientos provenientes de los continuos avances en farmacología y biología molecular, no siempre referenciado en la literatura médica de grado. En una segunda parte efectuaremos referencia a las formas de diagnóstico molecular (basado en PRC aplicables en nuestro entorno), que van a enriquecer los utilizados en forma actual. El rol de la profesión médica en las áreas donde esta enfermedad emerge con prevalencia creciente es múltiple y determina diferentes dimensiones: percepción de las lesiones tegumentarias en atención primaria con orientación al diagnóstico, la evaluación sindrómica aplicada al diagnóstico, a las tomas de biopsias y el futuro del diagnóstico molecular; así como la función social del médico en el no uso veterinario de las drogas antileishmaniasis (por la radical resistencia por selección, propiedad importante del protozoo) y la jerarquización de la erradicación de los flebótomos vectores.



Primera Epidemia de Leishmaniasis en la Provincia de Misiones Febrero / septiembre – 1998 Trabajo presentado en el 35° Congreso Argentino de Patología (Bs. As.)

En la percepción de la epidemia de leishmaniasis en el NEA es necesario remontarse al importante trabajo presentado en el 35° Congreso Argentino de Patología de 1998 presentado por el Dr. Santiago Monzanni y el hoy desaparecido Dr. Lucio Acosta correspondiendo al periodo que abarca desde 1995 a diciembre de 1997, en donde se verificaron 10 casos (1,2% de los casos del país); en 1998 hasta junio se notificaron 157 casos (24,5% del total del país), los cuales en su totalidad correspondieron a formas de Leishmaniasis tegumentaria humana (LTH). En mayo de 2006 un niño de 8 años, residente en un barrio urbano ubicado a 2 km del centro de la Ciudad de Posadas, fue diagnosticado como el primer caso de leishmaniasis visceral humana (LVH) en el Centro Nacional de Parasitología “Dr. Mario Fatala Chabén”.

A noviembre de 2011 se han registrado 75 casos, con 5 óbitos en 8 Departamentos de Misiones. El ciclo epidemiológico, definido como una zoonosis, es bien conocido y puede encontrarse en cualquier bibliografía de referencia, siendo importante el rol de los cánidos como reservorio urbano. En Misiones se ha detectado leishmaniasis visceral canina más al norte de las que registran casos humanos. Se estima que la LVC precede a la humana y que el número de perros infectados es de 10 a 100 veces el de humanos, por lo que se podría esperar la ocurrencia de casos humanos en otras localidades del interior que aún no han denunciado infecciones¹. Estimar la verdadera carga debida a la enfermedad y monitorear el impacto del control, requeriría métodos apropiados de muestreo y análisis. Más aún, se concluye que la erradicación de la LVC y LVH en las Américas no es una meta realista, considerando las complejidades de los escenarios posibles².

UNA SINOPSIS DE LA ENFERMEDAD

Se conoce con el nombre de leishmaniasis a un grupo de enfermedades causadas por protozoos del género *Leishmania*. La infección corresponde a una zoonosis que llega al hombre por la picadura de insectos infectados. El vector corresponde a insectos de la familia Phlebotominae siendo los principales géneros *Phlebotomus* y *Lutzomyia*. El vector principal, *Lutzomyia longipalpis* ha sido encontrado en Corpus, Misiones, en 2001, así como en Clorinda, Formosa, en 2004. En la naturaleza, la infección de los vectores es baja, por lo tanto se requiere que piquen repetidas veces, para una transmisión adecuada. Al penetrar los promastigotes por la piel, invaden las células histiocitarias y en su interior se transforman



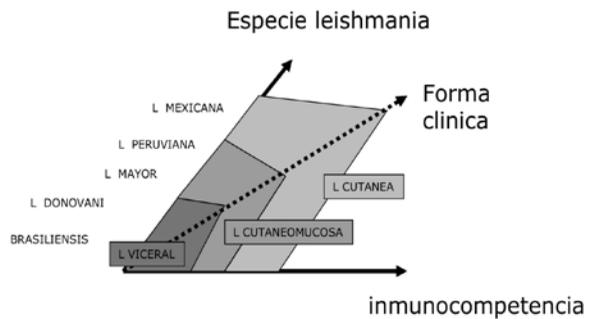
Epidemia actual de leishmaniasis visceral, principalmente síndrome consuntivo y organomegalias.

en amastigotes. Las especies del complejo *L. donovani* y *braziliensi* diseminan a las vísceras, lo cual no ocurre con las otras especies, que sólo se localizan en la piel o mucosas. La enfermedad, que casi siempre tiene un curso crónico, es producida por varias especies y subespecies del parásito. Concepto del tropismo aplicado a las diferentes tipos de formas clínicas, si bien no aclarados al momento pueden resumirse en la figura 1. Como la resultante de dos variables, en primer lugar la especie y en segundo lugar el estado de inmuno-competencia del huésped humano. En referencia al tropismo de la especie Rioux y otros autores hicieron la nueva clasificación de las especies del Viejo Mundo con base en el análisis numérico de las enzimas, agrupando las especies en zimodemos. Kreutzer y otros investigadores basados en los mismos estudios isoenzimáticos calcularon la distancia genética de las especies del Nuevo Mundo. En el género

Leishmania se han separado dos subgéneros: Leishmania con los complejos L. donovani y especies: L. donovani L. infantum y L. chagasi. Complejo L. trópica y especies: L. trópica y L. killicki; complejo: L. major especie: L. major; complejo L. aethiopica ; complejo: L. mexicana especies: L. mexicana L. amazonensis L. garnhami, L. pifanoi , L. venezuelensis. Siendo el segundo subgénero: Viannia con el complejo: L. braziliensis especies: L. braziliensis, L. peruviana y L. colombiense. Complejo: L. guyanensis especies: L. guyanensis y L. panamensis.

El segundo componente se refiere a la inmunocompetencia, dado que la leishmaniasis corresponde a una infección intracelular que presenta dos formas patológicas una en donde se caracteriza una reacción inmune competente que limita la lesión a la zona de inoculación y una forma difusa con proliferación del protozooario a nivel de órganos hematopoyéticos, y del sistema mononuclear fagocítico (SMF), tome como analogía las formas de la lepra. La forma de Leishmaniasis Tegumentaria, localizada en piel y mucosas, corresponde a la puerta de entrada del parásito y subsiguiente inicio de una reacción inflamatoria en el tejido conectivo; la mayoría de las lesiones se encuentran en la piel y ocupan el corion afectando conjuntamente los conductos linfáticos, donde producen linfangitis y linfadenitis. Al desarrollarse la inmunidad se produce necrosis de la dermis y ulceración. Las células histiocitarias invadidas pueden contener varios amastigotes que al generar lisis celular pasan a un estado extracelular con posterior invasión de otros histiocitos. El infiltrado existente está compuesto por plasmocitos, linfocitos y células gigantes; en ciertos pacientes forman un granuloma con infiltrado tuberculoide: hay fibrosis y un bajo contenido de parásitos, existen incluso complejos de leishmania (L. mexicana) en que la lesión autolimitada evoluciona en la curación espontánea.

La forma de Leishmaniasis Visceral presenta la misma puerta de entrada del parásito, en piel, presentándose una lesión inflamatoria localizada. Los histiocitos tienen numerosos amastigotes intracelulares. Los ganglios linfáticos regionales están aumentados de tamaño y también contienen parásitos. Al diseminarse, se compromete todo el sistema reticuloendotelial del organismo. Los órganos más afectados son bazo, hígado, médula ósea y ganglios linfáticos. El bazo crece bastante y puede alcanzar un peso cercano al doble de lo normal, toma un color gris, se vuelve nodular y la cápsula se distiende. La hipertrofia se debe a la gran hiperplasia reticuloendotelial con abundantes amastigotes, que algunos denominan cuerpos de Leishman-Donovan. En las formas muy crónicas, aparecen áreas de fibrosis y de hialinización.



Conceptos aplicados a la fisiopatogenia de la leishmaniasis en humanos.

Se conoce con el nombre de leishmaniasis a un grupo de enfermedades causadas por protozoos del género Leishmania. La infección corresponde a una zoonosis que llega al hombre por la picadura de insectos infectados.

El hígado también está aumentando de tamaño y con hiperplasia reticuloendotelial. Las células de Kupffer están llenas de parásitos y hay infiltrado de células mononucleadas y eosinófilos en las áreas portales. En la médula ósea existe hiperplasia del sistema retículo-endotelial y se observan abundantes amastigotes intracelulares; hay muchos megacariocitos pero con poca actividad productora de plaquetas; se presenta depresión de la formación de células rojas y blancas. Los ganglios linfáticos están generalmente crecidos, en especial los mesentéricos, que son los más frecuentemente invadidos. Hay hiperplasia del tejido linfoide, que también se observa con parásitos. Los riñones, pulmones y tubo digestivo, contienen pocos parásitos, pero existe proliferación de células reticuloendoteliales. Las células de este tipo, en la piel, se encuentran invadidas por amastigotes. En algunos casos hay cambio de coloración en la piel por hiperpigmentación melánica, al dañarse las células y como consecuencia de insuficiencia corticoadrenal. Que determinan ambas formas clínicas dependientes de la inmunidad. En la leishmaniasis experimental en animales se ha establecido el papel de las subpoblaciones de células T y la regulación de las citoquinas (sin bien más ajustado al modelo murino que al humano), lo cual determina la presencia de enfermedad o su tendencia a la curación. El hecho que origina la maduración y diferenciación de las células CD4 (células TH) durante la infección inicial por Leishmania, aún permanece desconocido. Se sugiere que después de la infección se inducen rápidamente, para diferenciarse, las células TH₀₁, a través de citoquinas para



Hepatomegalia palpable en paciente pediátrico de LVH.

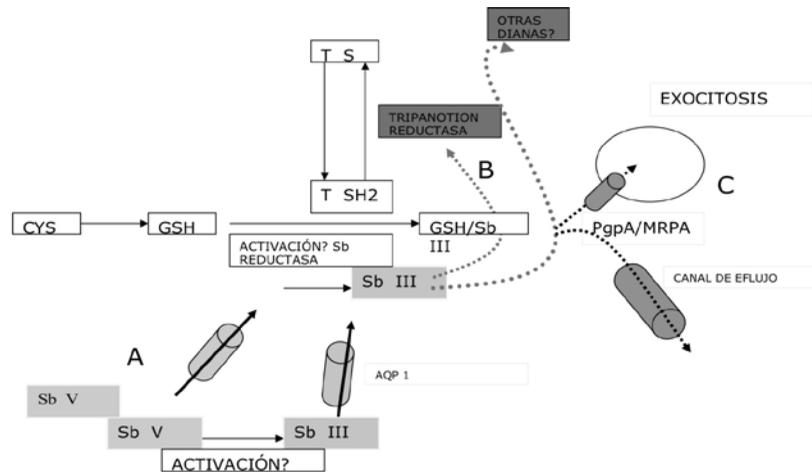
que ocurra una modulación de la enfermedad.

El interés para aclarar el papel de las células ayudadoras se ha centrado en identificar qué antígeno del parásito puede disparar la expansión de la población de células CD4 (TH) para inducir la función de las líneas TH₁ o TH₂, en función de la expresión de los receptores de IL-12 de alta afinidad (compuesto por la regulación del complejo dímero). Experimentalmente la proteasa denominada gp63 de la membrana del promastigote puede interactuar con receptores de la célula T e inducir una respuesta protectora. Es el caso de la activación de la línea TH1 en que la respuesta se hace generando interleuquina-2 (IL-2) sin producir interleuquina-4 (IL-4). Estas células también regulan la producción de otras citoquinas como el interferón gamma (IFN-gamma) que inhibe la proliferación de las células TH₂. En el interior del fagosoma del macroesofago están los amastigotes de Leishmania y el IFN-gamma se ha identificado como el factor más potente de activación de los macrófagos para la destrucción intracelular de los parásitos. El factor de necrosis tumoral (FNT-alfa) por sí solo no activa a los macrófagos para matar los parásitos, pero es capaz de hacer sinergismo con el IFN-gamma, por otro lado también activa la expresión en otros TH0 del receptor de IL-12 de alta afinidad lo que aumenta la conversión al fenotipo TH1. En resumen, las células TH₁ mediante la IL-2, el IFN-gamma y el FNT inducen la actividad leishmanicida de los macrófagos, la amplificación de los linfocitos TH y la enfermedad va hacia la curación. Por el contrario, si los antígenos de Leishmania estimulan el desarrollo de

la línea de células TH₂, se producen la IL-4 e IL10, que inhiben los receptores de la IL-12 de alta afinidad y la producción del FN-gamma. En esta forma no hay activación de los macrófagos, los parásitos no son destruidos y por lo tanto, la enfermedad progresa³. Un campo importante a desarrollar, sería explorar la utilidad del dosaje de interferón gamma en pacientes con diagnóstico dudoso de LV y caracterizar su utilidad como estudio complementario. Ya existe un criterio similar para determinar el diagnóstico de TBC en pacientes con pruebas de ppd no definitivas o dudosas.

CONCEPTOS APLICADOS A LA FISIOLÓGÍA PARASITARIA DE LA LEISHMANIA

Independientemente al estudio del ciclo vector-huésped y el ciclo celular que implica la forma de promastigote en el artrópodo y amastigote en el huésped, fácilmente accesible en los textos de parasitología, nos referiremos a algunos conceptos y particularidades de la especie Leishmania en su forma intracelular. Basándonos en el concepto de que el amastigote constituye un estado celular intrafagosómico, en donde la vitalidad y el metabolismo del protozoo se encuentra determinado por la efectividad de dos procesos adaptativos: a) un proceso de intercambio de nutrientes y sustancias químicas con el citoplasma de la célula huésped: los intercambios de sustancias químicas, metabolitos energéticos y el ingreso de los diferentes medicamentos antileishmaniásicos, así como su concentración en el protozoario intracelular; basado en canales de tipo aquagliceroporinas⁴ (AQP, especialmente las tipo 1) las cuales presentan diferente configuración respecto a las de células de mamíferos y el grupo de proteínas ABC, transportadoras ABC dependientes de ATP. El conjunto de estas proteínas tienen especial interés desde el punto de vista farmacológico dado que permiten la concentración de sustancias en contra de la concentración del medio (tanto en el pasaje de las mismas al interior de la célula, como en los mecanismos de *efusión y concentración* dentro de vesículas. Variaciones en estas proteínas determinantes de procesos de transporte generan resistencia fenotípica de diferentes tipos de células a sustancias químicas (P-gp también definido como *multidrug resistance protein* -MDR1-, aplicado a series de células de cáncer de mama). Este fenómeno es interesante dado que la resistencia a drogas no parece ser determinada por una sola estructura química, pero determina una menor sensibilidad al tratamiento tanto a una como a una combinación de fármacos, que en una población no adaptada.

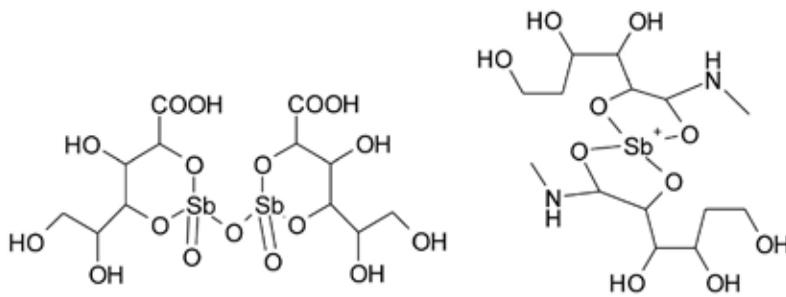


Aspectos farmacodinámicos citoplasmáticos de las drogas derivadas de antimonio y mecanismos de adaptación y resistencia en la leishmania sp: a) reducción del SbV a Sb3 y su transporte al citoplasma del protozoario; b) inhibición de enzimas diana tripanotión reductasa; c) mecanismos de exocitosis o eflujo de iones Sb proteínas ABC. Notas: TS tripanotión oxidado; TSH2 tripanotión reducido; GSH glutamincisteína; P-gpA/MRPA multidrug resistance protein -MDR1; AQP1 aquaglicoporinas

El estudio de estos mecanismos, iniciados por Cole y col. en 1992 fue identificada en líneas de cáncer de mama resistente: a) mitoxantrona, pero parece estar presente en las poblaciones de leishmania resistentes a drogas derivadas del antimonio y de la miltefosina5, y b) un proceso energético y detoxificante específico basado en un complejo químico aceptor de formas electrófilas: el tripanotión y las diferentes reductasas y oxidasas. El tripanotión es un complejo formado enzimáticamente a partir de la espermidina y la glutamincisteína por regulación enzimática (ornitindecarboxilasa y gama glutamincisteinsintetasa), el cual presenta un significado metabólico similar al del glutatión en las células de animales superiores). Estas dos dimensiones permiten generar una revisión actual de los recursos farmacológicos, disponibles para el tratamiento, pero que distan de ser inocuos o de sencillo manejo terapéutico.

Fármacos derivados del Antimonio: desde los años 40, los antimoniales pentavalentes en forma de Pentostam (stibogluconato sódico) y Glucantime (antimoniato de meglumina) constituyen la primera línea de fármacos recomen-

dada por la OMS para todas las formas de leishmaniasis. Se administra intramuscular o intravenosamente durante 21-28 días, y producen efectos colaterales tóxicos como mialgias, pancreatitis, arritmias cardíacas y hepatitis, que en muchos casos llevan a la reducción o el cese del tratamiento. La descripción de sus propiedades farmacológicas y utilización son bien conocidas y pueden referenciarse a cualquier texto clásico. Aunque su mecanismo de acción parcialmente conocido, determina algunas particularidades tanto farmacocinéticas como farmacodinámicas: el antimonio pentavalente es un profármaco que tiene que reducirse a su forma trivalente para ejercer su acción, siendo transportadas en forma activa a través de una aquaglicoporina (AQP1). Estudios recientes⁶ han demostrado que el stibogluconato de sodio es una mezcla compleja, que puede separarse en una resolución parcial por métodos de cromatografía de intercambio iónico, demostrándose en general que todas las fracciones presentan similar potencia tanto in vivo como in vitro, siendo la estructura molecular del SSG de secundaria importancia respecto al contenido absoluto de Sb+V de las fracciones.



Estructura asimilable a las sales de antimonio pentavalente stibogluconato de sodio (Pentostam®) y Antimoniato de Meglumina (Glucantime®)

Sus dianas específicas no se han identificado, pero se sabe que inhiben la biosíntesis de macromoléculas en amastigotes, probablemente al perturbar el metabolismo energético debido a interferencias con la glucólisis y la beta oxidación de ácidos grasos⁶. También se conoce que su modo de acción involucra diversos efectos sobre el metabolismo del tripanotión. La leishmania también tiene la capacidad de generar vacuolas en su interior como mecanismo general tanto de detoxificación a partir del cual logra generar depósitos de iones de SbIII (sustrayéndola de su acción tóxica en el amastigote). Este proceso de secuestro intracelular del Sb acompañado con tioles, ocurre mediado por la sobreexpresión de PgpA, un transportador perteneciente a la superfamilia ABC. Un segundo proceso de inactivación se basa en el eflujo del SbIII acompañado con tioles mediado por un transportador aún desconocido. La mayoría de estos mecanismos han sido descritos experimentalmente in vitro, por lo que es muy importante estudiar si también son importantes en casos clínicos de resistencia. Los mecanismos de resistencia no obstante no se limitan a la eliminación del Sb del citoplasma protozoario sino que se han demostrado dos mecanismos más: el incremento en los niveles de tripanotión^{7,8} debido a la alteración en la actividad de los enzimas limitantes en la síntesis de este tiol, la glutamylcisteinsintetasa y/o la ornitina decarboxilasa. La disminución de la reducción biológica del SbV a SbIII o su transporte por la aquagliceroprina.

Desde el punto de vista químico estudios recientes^{9,10} han demostrado que el stibogluconato de sodio es una mezcla compleja de síntesis sencilla en una etapa de medio homogéneo, que puede separarse en una resolución parcial por métodos de cromatografía de intercambio iónico, no siendo necesario desde el punto de vista farmacéutico, demostrándose en general que todas las fracciones presentan similar potencia tanto in vivo como in vitro, siendo la estructura molecular del SSG de secundaria importancia respecto al contenido absoluto de SbV de las fracciones. Las reacciones claves de la formación del complejo ocurren por la sustitución sucesiva de uno de los cloros en el SbC¹⁵ por un grupo metoxilo u hidroxilo que causa la formación de puentes de hidrógenos, lo que determina el complejo con actividad farmacológica (tanto el SSG como el antimonio de meglumina). Desde el año 2008 el SSG presenta un nuevo interés farmacológico en estudio, dado que presenta un efecto de inhibición de tirosinquinazas, con lo que combinados con interferón, presentarían un mecanismo de interés en el tratamiento del cáncer, verificándose estudios de fase II aprobados por la FDA, también es la droga de uso en la US Army para el tratamiento de la leishmaniasis. En nuestro medio el fármaco antileishmaniasico utilizado

La respuesta al tratamiento varía según la especie de Leishmania, el estado inmunitario del paciente, la forma clínica y la evolución de la enfermedad.

es el Antimonio de Meglumina (Glucantime®), siendo de principal indicación en el tratamiento de la leishmaniasis visceral y cutánea en adultos. La terapéutica de la leishmaniasis con estas drogas es bien conocida y en general en nuestro medio se utiliza en pacientes adultos y en dosis estandarizadas, con adecuado control electrocardiográfico cuando se utiliza por vía intravenosa, también pueden ser utilizados por vía intramuscular, y actualmente se investiga su uso intralesional en el tratamiento de LCH. Una de las monografías más completas, en referencia a las características farmacodinámicas, farmacocinéticas y terapéuticas aún vigente, puede encontrarse en la clásica obra de Manuel Litter, Farmacología Experimental y Terapéutica, 7ª Edición.

En la leishmaniasis visceral, la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{11,12} recomendaba emplear 20 mg de stibogluconato/kg/día, con una dosis máxima de 850 mg durante 20 días o hasta 2 semanas después de la eliminación del parásito. En la actualidad no se aconseja limitar la dosis máxima, ya que la respuesta es superior a mayores dosis y duración del tratamiento si bien los efectos adversos también son discretamente superiores. La respuesta al tratamiento varía según la especie de Leishmania (por ejemplo, *L. aethiopica* generalmente es resistente a los antimoniales), el estado inmunitario del paciente, la forma clínica y la evolución de la enfermedad. En el tratamiento de la leishmaniasis cutánea se deben emplear 20 mg de stibogluconato/día durante 20 días. En caso de pobre respuesta puede prolongarse el tratamiento¹³. En las lesiones poco extensas ciertos autores proponen la administración de antimoniales intralesionales. En la leishmaniasis mucocutánea y en la visceral se recomienda la misma dosis que en la cutánea durante 28 días. Los pacientes que no responden a un primer ciclo de tratamiento pueden recibir un segundo. Existe evidencia^{13,14} que el tratamiento de la leishmaniasis visceral con antimoniales en India debería prolongarse durante 40 días. En la leishmaniasis cutánea tras kala-azar el tratamiento con antimoniales debe mantenerse durante 4 meses. Aunque no hay ensayos clínicos amplios que comparen la eficacia clínica del stibogluconato sódico con la del antimonio de meglumina, algunos expertos opinan que

este último es más eficaz y tiene más efectos adversos que el stibogluconato sodio.

El antimonio de meglumina (Glucantime®) se debe emplear en régimen posológico individualizado, el ciclo corriente ha de ser de 20 mg/kg/día durante 20 días en caso de leishmaniasis visceral durante al menos 20 días, recomendándose prolongar el periodo de tratamiento a los efectos de minimizar el fenómeno de resistencia, en franco ascenso en muchas regiones del mundo. En los niños, la dosis por kilogramo es igual a la de los adultos. Se recomienda iniciar con 5 mg/kg/día hasta alcanzar progresivamente la dosis citada¹⁵. Los pacientes que tienen buena respuesta muestran mejoría clínica en término de una a dos semanas de emprender el tratamiento. El medicamento se puede administrar cada 48 horas o a intervalos más largos, si surgen reacciones adversas en individuos debilitados. Respecto al comportamiento de *Leishmania* sp. frente a los antimoniales¹⁶ se sabe que: en presencia de los fármacos antimoniales el parásito adquiere resistencia tanto *in vitro* como *in vivo*. *In vitro* la resistencia es estable e *in vitro* la virulencia del parásito no varía bajo la presión de los antimoniales. Experiencia en los cultivos demuestran que no hay diferencias de sensibilidad entre diferentes clones obtenidos a partir de un aislamiento clínico de un paciente sin tratamiento. *In vitro* la sensibilidad de los aislamientos de *Leishmania* muestra una correlación del 89% y el 86% con la evolución clínica tras el tratamiento con estibogluconato sódico y antimonio de meglumina, respectivamente. El tratamiento incompleto con estibogluconato sódico puede hacer surgir cepas de *Leishmania* sp. resistentes. Existen cepas parcialmente resistentes en la naturaleza y algunas especies son inherentemente menos sensibles a estos fármacos que otras. El acúmulo de stibogluconato sódico en los parásitos sensibles es 2 a 5 veces mayor que en los resistentes, determinándose que la fase de internalización de las drogas portadoras de Sb es importante en la farmacodinamia del stibogluconato o el antimonio de meglumina. Con el paso de los años, la resistencia a los antimoniales probablemente será más frecuente; en el Mediterráneo italiano y español, como consecuencia del uso extensivo e inadecuado de los antimoniales en animales domésticos (reservorio en la cuenca mediterránea), y en India por el mal uso de estos fármacos en el

Amfotericina B es un potente antifúngico eficaz en la leishmaniasis. Su mecanismo de acción antileishmania se desconoce, pero probablemente interfiere en la integridad de la membrana del protozoo

hombre, único reservorio conocido en esta área geográfica. Éste es el principal concepto por el que no deben utilizarse los antimoniales en tratamiento veterinario, sugiriéndose el seguimiento de la evolución de la enfermedad, con aislamiento del animal para impedir la cadena epidemiológica, o bien su sacrificio sanitario.

Amfotericina B es un potente antifúngico eficaz en la leishmaniasis. Su mecanismo de acción antileishmania se desconoce, pero probablemente interfiere en la integridad de la membrana del protozoo. En los hongos, la amfotericina B se une al ergosterol de la membrana formando unos poros por donde se pierden electrólitos y pequeñas moléculas, provocando la muerte del microorganismo. El modo de acción antileishmania puede ser similar. En este grupo de los fármacos poliénicos, la investigación se está centrando en la búsqueda de nuevas formulaciones y vías de administración, como la encapsulación en el interior de liposomas o partículas lipídicas, que puedan reducir su toxicidad sin disminuir su actividad o bien la utilización de procesos de superagregación en la síntesis de nuevos compuestos o formulaciones como son el éster metilo de amfotericina B; N-ornitil amfotericina B; N-[N'-(3-dimetilaminopropil) N''etilguanil]-anfotericina B, amfotericina B-miceliar (anfotericina B-colesterol sulfato) o amfotericina B-liposomal¹⁷. Algunas de estas formulaciones se encuentran actualmente comercializadas, como Abelcet® y AmBisome® o Amphocil® y están aportando verdaderas ventajas en clínica que están únicamente condicionadas por la relación coste-beneficio del tratamiento concreto. Hay 3 formulaciones de amfotericina B en componentes lipídicos que pretenden mejorar el índice terapéutico de la presentación convencional: amfotericina B con dispersor coloidal, en complejo lipídico y liposomal. Esta última es la más utilizada en general y en la leishmaniasis en particular. En la presentación liposomal, los liposomas unilamelares están formados por lecitina de soja hidrogenada, colesterol, diestearoilfosfatidil glicerol y amfotericina B en una proporción molar 2:1:0,8:0,4 y tienen un tamaño inferior a 100 nm. Esta formulación, por su tamaño y naturaleza lipídica¹⁸, permite una mejor penetración de la molécula activa dentro del macrófago (donde residen los amastigotes). En modelos animales, el 20% a 40% de la dosis administrada de amfotericina B liposomal penetra en el hígado y el bazo y permanece en éstos durante unas dos semanas, lo que permite administrarla en dosis intermitentes.

La amfotericina B liposomal se usa en la leishmaniasis visceral de pacientes pediátricos en la Provincia de Misiones, a través de la provisión por el Ministerio de Sa-

El principal obstáculo del tratamiento con amfotericina B liposomal es el coste, problema realmente importante en los países subdesarrollados.

lud Pública provincial. La administración de 1 mg/kg de amfotericina B al día o en días alternos hasta alcanzar la dosis total de 20 mg/kg ha permitido la curación de todos los casos de leishmaniasis visceral tratados. La amfotericina B liposomal se ha mostrado activa en experimentación animal y en casos aislados de leishmaniasis visceral que no respondían a los antimoniales. En la actualidad se dispone de varios estudios sobre el tratamiento con amfotericina B liposomal a distintas dosis y pautas en la leishmaniasis visceral, tanto en pacientes inmunocompetentes como inmunodeprimidos (con o sin infección por VIH), con buenos resultados¹⁸. La dosis ideal probablemente dependa de la cantidad de parásito que infecta el sistema reticuloendotelial. Para Davidson y col. la dosis total de amfotericina B liposomal aconsejable sería de 20 mg/kg en 5 o más dosis de 3-4 mg/kg repartidas en 10 o más días (días 1, 2, 3, 4, 5 y 10). En los pacientes VIH positivos con leishmaniasis visceral, la administración de amfotericina B liposomal a dosis de 1,38 a 1,85 mg/kg/día durante 21 días o 4 mg/kg/día en los días 1, 2, 3, 4, 5, 10, 17, 24, 31 y 38 (18) curó la infección en todos los casos, pero con una tasa de recidivas del 73% (8 de 11) y 60% (6 de 10 pacientes), respectivamente.

Para prevenir las frecuentes recidivas, otros autores recomiendan la profilaxis secundaria con 100 mg de amfotericina B liposomal dos veces al mes. En general, el tratamiento con la presentación liposomal de amfotericina B es bien tolerado; los pacientes pueden presentar mínimos síntomas, como cefalea, dolor abdominal, náuseas o erupción maculopapular y discreta elevación del nitrógeno ureico en aquellos con insuficiencia renal previa. El principal obstáculo del tratamiento con amfotericina B liposomal es el coste. Para un paciente de 10 kg, el tratamiento cuesta entre 16.000 y 27.000 pesos según el preparado comercial y el esquema terapéutico empleado. El problema del coste es realmente importante en los países subdesarrollados¹⁸. En otro artículo concluiremos los aspectos terapéuticos de la leishmaniasis aplicados en los casos prevalentes en la Provincia de Misiones, como aspectos del diagnóstico molecular de la enfermedad y variaciones de métodos de reacción en cadena de la polimerasa viable de adaptarse al medio hospitalario.

Bibliografía

1. Salomon, O.D., Sinagra A., Nevot, M.C. et al (2008) First visceral leishmaniasis focus in Argentina Memorias do Instituto Oswaldo Cruz, 100,475-476
2. Romero G.A. & Boelaert M. Control of Visceral Leishmaniasis in Latin America-A Systematic Review. PLoS Negl Trop Dis, 4
3. Bare JG, Berger E, Brodhage H, Enfermedades Infecciosas y sus Agentes Patógenos Edición J.R. Geigy S.A. Basilea Suiza (1970)
4. Male Bostoff Inmunology 7 edit. Elsevier. 2006
5. Offermanns S. and Rosenthal W. Encyclopedia of Molecular Pharmacology (2nd edición) Springer 2003
6. Roberts William L. and Rainey Petrie M. Antileishmanial Activity of Sodium Stibogluconate Fractions. Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Sept. 1993, p. 1842-1846
7. Marquis, N., B. Gourbal, B. P. Rosen, R. Mukhopadhyay, and M. Ouellette. 2005. Modulation in aquaglyceroporin AQP1 gene transcript levels in drug-resistant Leishmania. Mol Microbiol 57: 1690-9.
8. Mukhopadhyay, R., S. Dey, N. Xu, D. Gage, J. Lightbody, M. Ouellette, and B.P. Rosen. 1996. Trypanothione overproduction and resistance to antimonials and arsenicals in Leishmania. Proc Natl Acad Sci U S A 93: 10383-7.
9. William L. Roberts and Petrie M. Rainey Antileishmanial Activity of Sodium tibogluconate Fractions Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Sept. 1993, p. 1842-1846
10. Falkowski, Juan C; Bañay, Eduardo; Procesos de Síntesis Química de Antileishmaniasico e Inhibidor de Tirosinquinasa -stibogluconato de sodio (OMS P01CB02) Rev de Ciencia y Tecnología Cidet N°16
11. Grimaldi, G., Tesh, R.B. Leishmaniasis of the new world: Current concepts and implications for future research. Clin Microbiol Rev 1993; 6: 230-250.
12. Khaw, M., Panosian, C.B. Human antiprotozoal therapy: Past, present, and future. Clin Microbiol Rev 1995; 8: 427-439.
13. Berman, J.D. Chemotherapy for leishmaniasis: Biochemical mechanism, clinical efficacy and future strategies. Rev Infect Dis 1988; 10: 560-586.
14. Alvar, J., Gutiérrez-Solar, B., Molina, R., López-Vélez, R., García-Camacho, A., Martínez, P. y cols. Prevalence of Leishmania infection among AIDS patients. Lancet 1992; 339: 1427.
15. Necdet K, Cengiz M, Arzu B, Tahsin T. Successful treatment of visceral leishmaniasis with allopurinol plus ketoconazole in an infant who developed pancreatitis caused by meglumine antimoniate. Pediatric Infect Dis J. 2001;20(4):455-457.
16. Grogl, M., Thomason, T.N., Franke, D.E. Drug resistance in leishmaniasis: Its implication in systemic chemotherapy of cutaneous and mucocutaneous disease. Am J Trop Med Hyg 1992; 47: 117-126.
17. Clemons KV, Stevens DA. Comparison of Fungizone, Amphotec, Ambisome and Abelcet for treatment of systemic murine cryptococcosis. Antimicrob Agents Chemother 1998; 42: 899-902.
18. J.M. Ramos y M. Segovia Estado actual del tratamiento farmacológico de la leishmaniasis Revista Española de Quimioterapia Marzo 1997; Vol. 10, No.1 © 1997 Prous Science, S.A.- Sociedad Española de Quimioterapia

Deconstrucción del lenguaje:

habla escrita en el teléfono celular



ESCRIBE
Guillermo Lojo
Secretario General del
IUCS
Director de Evaluación
Institucional

El teléfono celular reintrodujo la comunicación escrita como modalidad habitual de comunicación, creando un nuevo lenguaje reconstruido y empobrecido gramaticalmente, que es utilizado masivamente por tribus urbanas de jóvenes que, paradójicamente, renuevan el hábito de la escritura, como nueva forma de comunicación en la ciudad digital.

EL TELÉFONO CELULAR EN LA CIUDAD DIGITAL

Entendemos la configuración de la sociedad actual como postindustrial y en proceso de globalización, más allá de las innumerables etiquetas, rótulos y corrientes de pensamiento en lo económico, filosófico y artístico, que conllevan al proceso en sí. Y la definimos como postindustrial en virtud que de las 3 fuerzas que moldean y motorizan los cambios en la sociedad toda -económica, política y social-. Es la primera la que genera los impactos y transformaciones más rápidas y violentas, a las cuales deben adecuarse los individuos y las comunidades como mejor pueden.

En ese proceso de globalización económica, la industria con sus fábricas, otrora corazón del desarrollo económico de las naciones, ha dejado paso a nuevas estructuras de producción, móviles, complejas y más omnicomprendivas ante la desaparición de las antiguas fronteras, y donde la tecnología de las comunicaciones generó no sólo su espacio propio posindustrial, sino también el espacio, no sólo económico sino también social.

Época de nuevos medios, de medios electrónicos, de comunicación mundial con computadoras y otros dispositivos digitales, la revolución tecnológica, canalizó no solo una nueva sociedad de consumo más frenética y efímera, sino también una vanguardia que nos deja obsoletos el día después, lo que hoy encontramos vigente. Época de profundización del mundo financiero global; del dinero plástico y los bloques económicos, que ponen en jaque los antiguos conceptos de estado-nación y soberanía. Y es así como la informática y demás tecnologías de la información han ido mutando los hábitos arraigados de la sociedad. Primero para los integrantes de las economías centrales, para luego dar paso a los habitantes de las economías periféricas.



Así, el mundo fue otro. Y el siglo XX fue, por lo vertiginoso de estos cambios, calificado como corto.

El siglo XXI, sin identidad todavía, más allá de las incertidumbres y fugacidades que desvelan a los pensadores sociales, no ha podido ser clasificado. Las TIC's¹, son parte de este siglo y de nuestras vidas. Ordenadores, redes telemáticas y celulares, entre otros, han transformado rápidamente prácticas y hábitos arraigados en el tiempo, con fuerte incidencia particular sobre la comunicación interpersonal. Esta comunicación cuenta con aquellos elementos que alguna vez dominaron el siglo XX -como el teléfono, el correo y el telégrafo- a lo que debemos agregar la expansión de la red de Internet, el correo electrónico, el chat y la telefonía celular, de alcances aparentemente ilimitados, en relación a su evolución y progreso tecnológico. Esto implica no sólo un incremen-

to de los canales disponibles, sino también una verdadera transformación cualitativa de primer orden, al introducir una nueva percepción del tiempo y el espacio. Nace así la ciudad digital, término posindustrial y posmoderno, acuñado para sugerir un nuevo modo de funcionar en las grandes urbes y de las relaciones con los ciudadanos bajo la influencia de las TIC's. Es también una nueva definición de lo urbano, dentro de la poderosa metáfora de la sociedad de la información y del conocimiento, con la que se intenta aprehender un proceso de cambios de prácticas sociales, a partir de un nuevo paradigma socio-tecnológico².

Pero los medios electrónicos no sólo han cambiado los hábitos de los individuos. Nos han cambiado también la percepción del tiempo y del espacio. Con la invención del teléfono en el siglo XIX, y su posterior masificación a lo largo del siglo XX,

el carácter de la comunicación sufrió drásticos cambios. La distancia geográfica se redujo, optimizando los tiempos y transformándose, y la comunicación social se transformó. Pese a ello, la ubicación temporal y espacial de la persona a la cual se llamaba, estaba garantizada. Sabíamos que estaba contestando nuestro llamado en un lugar específico, que era el de la ubicación del aparato telefónico. Con la llegada e irrupción de la telefonía celular, la relación espacio-comunicación cambió drásticamente. Allí donde la telefonía de línea fija establecía una comunicación localizada, que identificaba al número de la línea con un lugar determinado, el celular introduce la idea de movimiento continuo. El individuo se traslada, muta, no genera certezas en su ubicación.

Paradigma de esta sociedad posindustrial; posmoderna para los pensadores sociales y filósofos, insegura y volátil, el teléfono celular introduce la idea de que el número ya no se corresponde a un lugar físico, o a un espacio determinado, sino a una persona, que al recibir la llamada puede estar en cualquier lugar del mundo. Símbolo emblemático del neo-nomadismo tecnológico³, al que parece conducir la progresiva deslocalización y desmaterialización del *no lugar*⁴, la telefonía celular gráfica, la intangibilidad de la tecnología.

Es así como Nieves (1995) para explicar el fenómeno referenciado, utiliza el símil del teléfono celular, de fácil y cotidiana **comprensión**, para que el lector reflexione sobre el espacio físico en el que se encuentra cuando realiza una conversación con teléfono celular. ¿Dónde se produce la conversación? Ambos, receptores e interlocutores, simultáneos, se desplazan, se detienen, pueden movilizarse en vehículos o aviones, movilizan una posición de sí mismos hasta

un plano intangible, pero existente, para que la comunicación se realice. Genera un *no lugar* de conversación. Los no lugares son espacios de anonimatos, que reciben cada día a un mayor número de individuos.

Aeropuertos, estadios, shoppings se estandarizan ediliciamente para convertirse en lugares de tránsito y no comunicación con el otro. Son instalaciones necesarias para albergar y para hacer circular aceleradamente a las personas y los bienes. Vías rápidas, autopistas, nos transportan y fijan destinos, que impiden encuentros como antaño en cualquier esquina, pero cumplen la función de alimentar las vías de comunicación, de una sociedad cada vez más ávida de consumo y tecnología.

NUEVOS CÓDIGOS. NUEVOS LENGUAJES

La telefonía celular reintrodujo el uso de la escritura como forma habitual de comunicación entre pares, tendencia masificada entre los niños y los jóvenes. Legiones de usuarios, pre y post-adolescentes, codifican y decodifican mensajes de texto, a través de sus teléfonos celulares, intercambiando opiniones; situaciones y estados de ánimo. Pero por otra parte, este fenómeno, cuya trascendencia rara vez es analizada con la profundidad que merece⁵, se desarrolla en un contexto comunicacional que privilegia el universo de la imagen.

Ahora bien, este incesante flujo de comunicación entre pares, hecho por



intermedio del teléfono, genera una nueva escritura y un nuevo lenguaje. La comunicación y el mensaje deben ser rápidos antes que claros. Sintéticos, antes que explicativos. No importa cómo se escriba, sino que se entienda. Se pierden las normas de sintaxis y no se respeta la ortografía. Nuestra lengua se empobrece y nuestra capacidad de escribir es puesta en duda. Filósofos, pedagogos y pensadores sociales se agrupan a favor y en contra, sobre la utilización de este nuevo medio tecnológico y el fenómeno que origina.

Adelantamos nuestra opinión a través del presente trabajo: el acto imitativo de la escritura en relación al habla *-la denominada habla escrita-*, genera una deconstrucción del lenguaje, acorde a otros procesos

reconstructivos sociales (relaciones laborales, deberes, derechos del individuo, etc.) que no son neutros en su impacto sintáctico y gramatical, empobreciendo así la lengua original. El chat y otras formas de comunicación escrita, a través de medios digitales, responden a los rasgos culturales de una sociedad que predominantemente pasa el día rodeada de imágenes.

Genera nuevos códigos y formas de expresión escrita, que tienen necesariamente relación con el lugar que el emisor ocupa en la sociedad, teniendo en cuenta que esta sociedad poco tiene que ver con la sociedad de posguerra, hito histórico al cual nos remitimos, para fijar un horizonte de análisis. Esta nueva forma de sociedad se basa en los cánones del denominado multiculturalismo, expresión

por la cual se intenta legitimar de diferentes formas, aquellas subculturas o memorias que necesariamente coexisten en el gran magma social que atraviesa hoy cualquier comunidad, sobretodo la urbana.

Los emisores y creadores de estos nuevos códigos y lenguajes desestructurados son grupos específicamente urbanos, verdaderas tribus, asistémicas, que a partir de una acción y mensaje de horizontalidad social, intentan romper con lo jerárquico, adueñándose de un lenguaje propio y original.



Y nos detenemos también en este concepto, ya que los emisores y creadores de estos nuevos códigos y lenguajes desestructurados son grupos específicamente urbanos, verdaderas tribus, asistémicas, que a partir de una acción y mensaje de horizontalidad social, intentan romper con lo jerárquico, adueñándose de un lenguaje propio y original. De esta propia ideología de la deconstrucción *foucaultiana*, la estructura social vigente comienza a promover por medio del acratismo, la autonomía y la autogestión, pedidos sociales insatisfechos, que se canalizan en muchísimas ocasiones a través de estas agrupaciones juveniles, que se relacionan en su tiempo ocioso y mantienen una estética canónica a través de sus individuos y de los nuevos códigos creados, como así también de las nuevas tecnologías digitales que tienen a mano. Los mensajes de intercomunicación, vía telefonía celular, generan el *habla escrita*, tal vez el más importante de estos nuevos códigos.

ESCRIBIR HABLANDO

Durante el Encuentro Académico Estado Actual de la Lengua Castellana y el principio “escribo como hablo”⁶, veinticuatro especialistas reunidos provenientes de todo el mundo, fueron reunidos específicamente para elaborar un diagnóstico de la lengua original de España. En tal sentido y dentro de un cúmulo de observaciones socio lingüísticas, concluyeron:

- a) El español no era una lengua que se enseñara adecuadamente a sus propios hablantes;
- b) En rigor, en relación a la exigencia y el tiempo dedicado a la educación lingüística de sus usuarios, la lengua castellana había sido relegada por otras lenguas;
- c) Y ello, en virtud que era una lengua donde el registro coloquial y el

El chat y otras formas de comunicación escrita, a través de medios digitales, responden a los rasgos culturales de una sociedad que predominantemente pasa el día rodeada de imágenes.

literario, o sea *el oral y el escrito*, no estaban perfectamente delimitados.

Estas conclusiones, aunque fueran parciales, no son nuevas. Marcan aquellas deficiencias, por las cuales escribiendo en un nuevo medio electrónico como el *chat*, se dejan de lado las reglas gramaticales y ortográficas, en busca de una mayor eficacia y rapidez comunicativa.

Marca cómo esos modos de escritura buscan recrear agilidad e informalidad de una charla de amigos. Cómo no se aspira a ningún tipo de registro ni trascendencia a través del tiempo. Cómo se crea en otras palabras, una escritura no documental y efímera. Sin embargo, uno de los fundamentos de las denominadas lenguas civilizadas, es justamente la distinción entre su forma escrita y su forma hablada. Resulta asimismo interesante resaltar que los procesos psíquicos y cognitivos que hacen al lenguaje y a la escritura son también totalmente diferentes. Debemos resaltar también, que las correspondencias que pueden establecerse entre los sistemas informáticos y el funcionamiento de nuestra mente/cerebro son mucho más amplias que las pensadas originalmente hace treinta años atrás.

¿Dónde nos deja, como individuos y como comunidades, esta asimilación de nuevos lenguajes producidos por estas nuevas tecnologías? Adelantamos nuestra opinión que estas nuevas tecnologías, que generan construcción de mundos virtuales y de nuevas formas de interacción hombre/hombre y hombre/máquina, deconstruyen los lenguajes origina-

les. No llegan a crear un lenguaje nuevo. Simplemente transforman, sintetizan y mutilan lo ya conocido. Nos están advirtiendo de nuevas necesidades de adecuación para poder seguir comunicándonos; pero también nos están advirtiendo de un empobrecimiento paulatino y sostenido de nuestro lenguaje original.

Internet y teléfonos celulares son mucho más que una tecnología novedosa, o un complejo electrónico-informático que hay que saber utilizar; supone nuevas modalidades de pensamiento y comunicación, donde la idea de alfabetismo y lenguaje deben ser considerados como construcciones sociales, y como tales se expanden permanente e interrumpidamente, englobando el dominio de las nuevas prácticas tecnológicas. En nuestra opinión, la denominada deconstrucción del lenguaje vía teléfono celular, nos propone varias características a analizar:

- a) Resignifica el uso de la escritura, en un contexto témporo-espacial tan informal, que lo hace muy próximo y cercano al de la comunicación oral;
- b) Nace de una manera espontánea, generando códigos en continua construcción y deconstrucción;
- c) Estos códigos y estructuras lingüísticas son consensuados, ya que están legitimados por grupos de usuarios, comúnmente integrados por las denominadas tribus urbanas;
- d) El soporte utilizado para la lectura y escritura es una pantalla electrónica;
- e) La velocidad de transmisión y recepción y las propias características del tipo de codificación utilizada, hace que se diluya hasta casi des-

aparecer, el carácter documental que tuvo el texto escrito hasta no hace mucho tiempo;

f) El registro de estos códigos y nuevos lenguajes es casi nulo. Si bien se han intentado publicar diccionarios con este nuevo lenguaje deconstruido, los mismos quedan rápidamente en desuso, por la propia inercia de la génesis que le dio origen.

Resulta importante detenernos en este último acápite. El vocabulario que utilizan los integrantes de estos grupos urbanos, o amplias franjas de la juventud, se caracteriza por ser simplificado, abreviado y no perdurable. Es muy común, que algunos términos de rápida utilización y divulgación entre los jóvenes comunicadores, caigan en desuso con la misma rapidez que fueron originados. Los intentos de concretar compendios normativos de estos modismos o giros electrónicos no han sido satisfactorios. Y si bien no se puede negar su existencia, sí se puede poner en duda su vigencia.

La pérdida del vocabulario por parte de grandes franjas de la población, no es meramente imputable a la expansión de los medios audiovisuales y electrónicos en detrimento de los sistemas escritos utilizado en los Sistemas Educativos Nacionales. No podemos dejar de lado, la gran cuota de responsabilidad que el estado y la población, en forma conjunta son partícipes. Ni podemos tampoco negar, el paulatino apartamiento del Estado en esa función creadora. Pero sí adelantamos nuestra opinión, de que el uso desmedido de ciertos medios electrónicos como el teléfono celular por parte de la juventud, promueve una cuasi adicción simplificadora comunicacional, en la que mucho tiene que ver la disponibilidad de 24 hs. diarias que estos medios tienen en relación a sus usuarios.

No se puede soslayar, el alto grado

de penetración que el teléfono celular tiene en la cotidianeidad de cualquier individuo de la nueva ciudad digital. Una cotidianeidad que se asemeja vertiginosa y contradictoria, con grandes dosis de incertidumbre; y donde el lenguaje se adapta también con rapidez a esa circunstancia inmediata. Se emula por escrito la fluidez e instantaneidad de una conversación. ¿Pero cómo es una conversación, en un medio saturado de imágenes y en una sociedad totalmente digitalizada? Sintética, instantánea, superficial y lúdica, ya que su objetivo primordial es trasladar a un conocido o desconocido, literatura efímera. Así por lo tanto también se escribe.

Estudios de una consultora especializada en 13 países, han dado como resultados que el e-mail ya ha suplantado a los teléfonos en la comunicación en el trabajo. Los estudios revelaron que 99,6% de los ejecutivos utiliza este medio electrónico en detrimento del antiguo teléfono. Pero para los mismos especialistas de este estudio, el mayor uso de Internet y sus complementos electrónicos aumentan la falta de comunicación verbal y escrita entre el personal⁹. Creemos que el mismo discurso en torno de la tecnología encierra la necesidad de una revisión crítica, en tanto contiene supuestos pedagógicos e ideológicos sobre lo que ella es, y acerca de sus implicancias y sus efectos (Hass, 1996: 166). El análisis de los discursos tecnológicos favorece, la comprensión de los procesos de producción de sentido, pero a su vez también entendemos, que impacta sobre las posibles deconstrucciones de diferentes aspectos de la vida social, cultural y política de una comunidad.

La recurrencia a siglas y abreviaturas y la apelación a lo gestual a través de íconos que significan verdaderos estados de ánimo, se recrean como parte de la interacción cotidiana de

aquellos que se conectan en lo que Walter (1996) describe como *comunidad hiperpersonal*, en el sentido de poder trascender el intercambio individual y focalizarse en el grupo y en el registro textual grupal. Coincidimos con Luis Felipe Noé (2001), en especificar que para que algo nuevo sea en el ámbito social, no basta con su mera existencia. Es necesaria la conciencia social sobre el significado de su aparición. Y en ese aspecto, la irrupción de un nuevo lenguaje deconstruido a través de un medio electrónico como el teléfono celular, no tiene en nuestra opinión sustentabilidad social e histórica a futuro.

1. TIC's: tecnologías de información y comunicación.
2. Freeman, 2001.
3. Levis D.: 2006-2007.
4. Auge Marc N.: 1995.
5. Levis D.: Hablar con el teclado, 2006.
6. Seco M., Salvador G.: La lengua española hoy.
7. De Miguel A.: op. cit., pp 175 -176
8. Al respecto tomaremos los ejemplos del Dr. Diego Levis; el Diccionario del Chat de la telefonía celular personal (2005) y el Concise Oxford Dictionary (2003), que incluyen algunos de los términos de esta nueva forma de escribir.
9. Consultora Dimensión Data. Sudáfrica, en encuesta directa de 524 empresas de EE.UU., Europa; Oriente Medio; África y Asia
10. Litwin, Edith (compiladora): Tecnologías educativas en tiempos de Internet. Pp 203

Referencias

- Auge Marc: Los No Lugares, 2005.
- Consultora Dimensión Data: Sudáfrica, en encuesta directa de 524 empresas de EE.UU., Europa, Oriente Medio, África y Asia. Diario Clarín, 21-agosto-2007, p 30.
- De Miguel Armando: La Lengua Española Hoy, pp 175-176. Encuentro Académico Estado actual de la Lengua Castellana.
- Freeman, 2001.
- Levis Diego, 2006-2007: Los videojuegos un fenómeno de masas. Ed. Paidós, Barcelona, 1997.
- Levis Diego: Hablar con el teclado. El habla escrita en el Chat (y de otros mensajes escritos con computadoras y celulares). Revista Razón y Palabra, N° 53, 2006.
- Litwin Edith (compiladora): Tecnologías educativas en tiempos de Internet. 7 nuevas maneras de pensar tiempos espacios y sujetos. Carina, Lion, p 203.
- Nieves, 1995.
- Seco M., Salvador G.: La lengua española hoy, 2006.

Programa de Educación a Distancia

El presente trabajo fue presentado en 2009 en el Congreso CITICED-CREAD Caribe 2009⁵, dedicado tecnologías de información y comunicación. Recientemente fue aceptado para su presentación en forma oral en la 31ª Conferencia Internacional de ISQua⁶ a realizarse en Río de Janeiro en octubre de 2014. En el corriente año, la diplomatura se sigue dictando para los alumnos de Argentina y demás países de Latinoamérica.

ESCRIBE

Arce, Hugo¹; Gayol, Diana²; Otero, Ricardo³; Pets, Laura⁴.

1. Médico Sanitarista. Director del Departamento de Salud Pública (DSP) del IUCS, Fundación Barceló, Director de la Diplomatura.

2. Psicopedagoga y Lic. En Educación. Asesora Pedagógica y Secretaria del DSP, Asesora Pedagógica de la Diplomatura.

3. Médico Sanitarista. Docente y miembro del Comité Académico del DSP, Coordinador General de la Diplomatura.

4. Directora de televisión, especialista en Educación a Distancia. Directora de Pixelnet e-learning.

5. CITICED: VIº Congreso Internacional sobre Tecnologías de Información, Comunicación y Educación a Distancia. CREAD: VIº Congreso del Consorcio Regional de Educación a Distancia, Caribe.

6. ISQua: International Society for Quality in Health Care.

ANTECEDENTES

En 2008, a propósito de una consultoría desarrollada para evaluar el Sistema de Habilitación de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) de la República Dominicana, llevado a cabo por la Dirección General de Habilitación y Acreditación (DGHA), se planteó la necesidad de capacitar al personal, tanto del nivel central de la SESPAS como de las Direcciones Provinciales de Salud (DSP), en lo relativo a Calidad de Servicios de Salud.

Coincidentemente uno de los consultores había desarrollado un Curso sobre Gestión de Calidad en Servicios

de Salud, que se había dictado -en forma presencial- en 3 oportunidades en Argentina. En función de las necesidades de la SESPAS, se propuso un Programa de Educación a Distancia, tomando como base los contenidos del Curso mencionado. De común acuerdo con directivos de la SESPAS -especialmente de la DGHA- se replantearon algunos temas según las expectativas locales, se ajustaron las exigencias para asignarle el grado académico de Diplomatura y se establecieron los requerimientos de la Plataforma Virtual.

Una vez establecidos los términos de referencia, el Curso contó con el financiamiento de fondos asignados a



capacitación de personal, del Programa de Asistencia para la Reforma del Sector Salud (PARSS1), provenientes de créditos del Banco Mundial. Con la conformidad de la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), se designaron 80 cursantes de la SESPAS, que fueron becados para la cursada. Esta oferta educativa también fue difundida mediante afiches y folletos distribuidos por la SESPAS en el sector privado, pero sólo una persona se inscribió en estas condiciones.

OBJETIVOS

Los objetivos del Curso fueron definidos de común acuerdo con la DGHA, adecuando los establecidos en la propuesta. Las necesidades de capacitación no involucraban solamente a profesionales universitarios, sino también a personal administrativo de prolongada experiencia en sus funciones, de modo que, teniendo en cuenta que -por definición- la Diplomatura es un postgrado universitario, se acordó que quienes no cumplieran ese requisito de nivel educativo, re-

cibirían un Certificado de Experto en Calidad de Servicios de Salud. Naturalmente, los profesionales recibirían el grado académico de Diplomados. Los objetivos fueron definidos de la siguiente manera:

- a) contextualizar la Habilitación dentro de las prácticas de Evaluación de la Calidad de establecimientos de salud;
- b) caracterizar y emplear los diversos aspectos conceptuales que integran el campo de la Calidad;
- c) manejar las herramientas teóricas y prácticas para realizar las inspecciones de establecimientos de salud;
- d) aplicar técnicas y procedimientos prácticos de mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios de salud;
- e) reconocer el respaldo científico, así como la efectividad práctica, entre distintos instrumentos referidos a la Calidad de la atención médica;
- f) contar con la capacitación básica para actuar como orientador, facilitador, evaluador y/o directivo en diversas modalidades de mejoramiento de la calidad en servicios de salud.

Las necesidades de capacitación no involucraban solamente a profesionales universitarios, sino también a personal administrativo de prolongada experiencia en sus funciones.

PROPÓSITO

El propósito de esta experiencia, además de otros objetivos secundarios mencionados anteriormente, es el desafío de transformar un Curso Presencial -que había sido ensayado en 3 oportunidades- en un Programa de Educación a Distancia, manteniendo el mismo cuerpo docente y los mismos contenidos, con las adaptaciones locales determinadas por los cursantes a quienes estaba dirigido. Asimismo fue necesario realizar una cuidadosa tarea de adecuación y homogeneización de las presentaciones, a efectos de optimizar la calidad pedagógica de las clases on line, así

El propósito de esta experiencia es el desafío de transformar un Curso Presencial en un Programa de Educación a Distancia, manteniendo el mismo cuerpo docente y los mismos contenidos, con las adaptaciones locales determinadas por los cursantes a quienes estaba dirigido.

como mantener un fluido diálogo en espacios de Foro, con el objeto de atenuar una despersonalización eventualmente impuesta por esta modalidad educativa.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Curso se desarrolló en 9 Módulos, con materiales docentes equivalentes a aproximadamente 16 horas presenciales por cada Módulo, con un total de alrededor de 140 horas. Los materiales docentes fueron presentados en archivos encriptados -tanto de texto como láminas-, previa adaptación didáctica y homogeneización de la presentación. Algunos textos, por su naturaleza o por su extensión, fueron ubicados en el sector de “biblioteca” de la Plataforma Virtual o mediante un link de Internet, con indicación de lectura obligatoria. Otros textos en inglés fueron colocados en la misma posición, sin indicación de lectura obligatoria. También se agregaron 3 libros aportados por docentes en soporte magnético. Cabe destacar que una parte significativa de los docentes argentinos pertenecen a la Sociedad Argentina para la Calidad en Atención de la Salud (SACAS), y que también se contó con la colaboración de calificados expertos de la Sociedad Latinoamericana para la

Calidad en Atención de la Salud (So-LaCaSa).

En cada Módulo se incluyeron ejercicios de evaluación parciales para evaluar aprovechamiento, en la modalidad *multiple choice o verdadero-falso* con calificación individual. En otros casos se establecieron consignas para elaboración grupal, donde las Tutoras de cada Grupo aportaron sendos informes sobre el grado de participación de los cursantes. Algunos Módulos tuvieron además ejercicios intermedios de actividades prácticas motivadoras, para llevar a cabo en los Foros Grupales, sobre las cuales también se contó con una devolución por parte de las Tutoras. El grado de participación de los cursantes en las discusiones de los Foros fue en general satisfactorio, ya que contaron con la orientación de las Tutoras. Asimismo, a través de ellas tenían la posibilidad de consultar a los docentes del Módulo que se estaba tratando, dado que disponían de las direcciones de *e-mail* de cada uno. Los docentes debían estar disponibles por esta vía durante la semana siguiente al dictado de su clase.

Al término del Curso, todos los cursantes debieron presentar una Monografía Final, en base a una consigna detallada sobre las características que debía tener el trabajo y sus contenidos. Cada cursante debía desarrollar una propuesta, sobre cómo proponer e implementar una reforma en las actividades de su propio lugar de trabajo, indicando objetivos, medidas a tomar, cronograma de implementación y, si correspondía, presupuesto de ejecución. Un aspecto importante a calificar se refería a la capacidad de síntesis: el texto no debía exceder las 6 páginas en fuente Arial 10. Cada Monografía fue calificada por la Asesora Pedagógica, el Coordinador General y el Director, promediando el

resultado final según estos 3 criterios. Las calificaciones empleadas fueron: sobresaliente, aprobado o rehacer. A estos elementos se agregaron las calificaciones conceptuales aportadas por las Tutoras grupales.

Para el diseño del campus se instaló una plataforma LMS (*Learning Management System*) de código abierto según estándares SCORM (*Sharable Content Object Reference Model*) internacionalmente aceptados en un dominio específico. Se realizaron, además, el diseño gráfico de la plataforma y los logos, como así también los protocolos necesarios para la sistematización de los procesos de creación y dictado de cursos. Asimismo se instalaron los módulos de software necesarios para alumnos y profesores, y se adaptaron los mecanismos de autenticación de usuarios, foros, enlace a archivos o páginas externas, estructuración de bloques, actividades y usuarios en línea. Se incorporaron sistemas automáticos de exámenes, con ajustes para calificaciones, resultados y estadísticas, así como encuestas de satisfacción computarizadas. Las actividades de los cursantes se siguieron on line por un sistema de *tracking (rastreo)* automático, que documentó día y hora de cada conexión realizada por el alumno.

Los temas desarrollados a través de la Plataforma Virtual, contaron con un espacio de Biblioteca donde se colocaron textos de referencia, 4 Foros grupales de 18 a 23 personas coordinados por Tutoras, y un Foro “café” para comentario generales. Los Módulos se colocaron en la Plataforma cada 2 semanas y los docentes estuvieron disponibles para consultas y aclaraciones. Los contenidos de los Módulos y tipos de evaluación de cada Módulo se presentan en el Cuadro N° 1:

Cuadro N° 1: Módulos, contenido curricular y tipos de evaluación.

<p>1. Evolución conceptual de la Calidad en el campo de la Salud.</p>	<p>Historia de la Calidad. Calidad y organización. Iniciativas en la región. Cambios de los modelos de calidad. Rol del Estado. Tipo de evaluación: Verdadero o Falso</p>
<p>2. La Habilitación y la Categorización como instrumentos del Estado para ordenar y garantizar la calidad de la oferta de servicios.</p>	<p>Estudio de las experiencias relevantes de Habilitación en la Región. Antecedentes, avances y obstáculos. Marco legal que sustenta la Habilitación en la República Dominicana. Las normas de Habilitación y su instrumentación. Tipo de evaluación: Multiple Choice</p>
<p>3. Modalidades de fiscalización y de evaluación externa en instituciones.</p>	<p>Marco conceptual de la Evaluación Externa: definición, participantes, objeto, metodologías. Descripción de los distintos procedimientos vigentes. Modalidades de Evaluación Externa, posibilidades de convergencia; aspectos competitivos, similitudes y diferencias. Programas de Acreditación. El proyecto de evaluación integrada ExPeRT de Europa. Sistema de Gestión de la Calidad según Norma ISO 9001:2000 y su aplicación en las instituciones de salud, principios, principales puntos normativos. Tipo de evaluación: Multiple Choice</p>
<p>4. Acreditación de establecimientos de salud.</p>	<p>Historia de la Acreditación. Flexner y Codman. El primer estándar. La Joint Commission de EE.UU., creación y evolución. Avedis Donabedian: estructura, proceso, resultados. Incorporación de estándares cuantitativos en la Acreditación. Cómo formular indicadores de resultados. Redes de servicios de salud: definición, conceptualización, características, atributos y componentes de las redes. Clasificación de redes. Acreditación de redes de servicios de salud. Tipo de evaluación: Consigna Grupal</p>
<p>5. Modalidades de gestión orientadas a la efectividad clínica: Medicina Basada en Evidencia, guías de práctica clínica, error médico.</p>	<p>Introducción a la efectividad clínica. Herramientas con datos y variabilidad. Herramientas sin datos. Seguridad del paciente. Medicina basada en evidencia (MBE). Auditoría Clínica. Tipo evaluación: Consigna Grupal</p>
<p>6. Modalidades de gestión orientadas a la eficiencia y productividad: pensamiento sistémico, planificación y gestión estratégica, cuadro de mando integral.</p>	<p>Fundamentos del Pensamiento Sistémico. Cuadro de Mando Integral - formulación de ideas rectoras. Análisis estratégico. Planificación estratégica. Tablero de indicadores de Gestión Estratégica - acciones tácticas. Mejora continua. Problemas administrativos corrientes en los establecimientos asistenciales. Aspectos prácticos de la Gestión de instituciones prestadoras y aseguradoras. Tipo de evaluación: Consigna Grupal</p>
<p>7. Modalidades cuantitativas de evaluación de Calidad.</p>	<p>Evaluación cuantitativa y el sistema de salud. Herramientas informáticas y funciones estadísticas. Evaluación de la gestión ambulatoria y del desempeño clínico. Programa SATI-Q de indicadores de Terapia Intensiva. Programa PICAM de indicadores de calidad hospitalarios. Monitoreo de las infecciones hospitalarias. Evaluación del gasto en salud y equidad. Tipo de evaluación: Consigna Grupal</p>

<p>8. Calidad aplicada a los recursos humanos y tecnológicos: cultura basada en el aprendizaje, liderazgo, motivación y comportamiento, gestión por competencias; evaluación de tecnología; conflicto y negociación.</p>	<p>La gestión integral del desarrollo de las personas. Gestión por competencias. Salud laboral. La comunicación eficaz y resolución de conflictos. Manejo de los conflictos en los grupos. Prevención de los conflictos. Negociación y mediación. Casos prácticos. La calidad en la gestión de los recursos físicos en instituciones asistenciales. Evaluación de los recursos humanos. Certificación Profesional. Tipo de evaluación: Multiple Choice</p>
<p>9. Atención centrada en el paciente, ética y derechos humanos</p>	<p>Bioética: conceptos, componentes, funciones de los comités. La opinión de los usuarios, instrumentos para obtenerla. Uso de la información, manejo de las quejas. Ciclo de mejoras. La nueva patología. Los nuevos sistemas de atención. Seguridad del paciente. Error médico: introducción y conceptos. Experiencia hospitalaria. Gestión del riesgo y seguridad del paciente. Responsabilidad profesional médica. Concepto de riesgo: riesgo clínico, estrategias de prevención. Documentación clínica. Consentimiento informado. El Médico de Familia y los servicios de salud. Mejoramiento de la Calidad y Atención Primaria de la Salud. Tipo de evaluación: Multiple Choice</p>
<p>Monografía Final</p>	

RESULTADOS

A lo largo de la cursada, los alumnos fueron evaluados conceptualmente por las Tutoras de los Foros Grupales, en lo relativo a la continuidad de su dedicación, así como al nivel de participación en la elaboración y discusión de las consignas motivadoras. En cambio, los ejercicios de

evaluación fueron calificados numéricamente en forma automática por la Plataforma Virtual, o por el Cuerpo Docente central en las consignas grupales. Como resultado de estas instancias de evaluación, cada cursante recibió 9 calificaciones conceptuales, 9 calificaciones por ejercicios de evaluación y una por la Monografía Final, lo que permiti

ó observar el desgranamiento de los cursantes, a medida que la sobrecarga de exigencias desbordaba sus posibilidades de dedicación. Este desgranamiento es la primera dimensión del rendimiento de los cursantes. En el Cuadro N° 2 se resumen los resultados registrados en cada Foro Grupal.

Cuadro N° 2: Resultados de rendimiento según Foros Grupales (en cantidad y %).

Foro Grupal	Iniciaron		Incompleto		Completo		Monografía		Diploma	
Grupo 1	21	100	10	47,6	11	52,4	11	52,4	11	52,4
Grupo 2	19	100	6	31,6	13	68,4	13	68,4	9	47,4
Grupo 3	23	100	6	26,1	17	73,9	17	60,9	14	60,9
Grupo 4	18	100	4	22,2	14	77,8	14	72,2	13	72,2
Total	81	100	26	32,1	55	67,9	55	63,0	47	58,0

Aunque se admitía la posibilidad de que cursaran funcionarios con experiencia, sin grado universitario, los 81 cursantes que participaron en esta experiencia fueron profesionales universitarios. Los que completaron la cursada pero no entregaron o aprobaron la Monografía Final, recibieron un Certificado de Asistencia. No todos

los que lo iniciaron, concluyeron la capacitación y estaban en condiciones de regularidad, para la admisión de la Monografía Final. Para esta regularidad se tomó el listado de participantes que cumplieron con continuidad en la Plataforma Virtual, que comprendía 55 personas. De este grupo fueron recibidas 51 Monografías Finales, efectua-

das en base a la consigna mencionada más arriba. Las calificaciones de los revisores promediadas, dieron como resultado que en 8 se indicó rehacer, 15 merecieron sobresaliente y a 28 se las calificó como aprobadas. De las 8 con indicación de rehacer, 5 fueron aprobadas en la 2ª revisión (Cuadro N° 3).

Cuadro N° 2: Resultados de rendimiento según Foros Grupales (en cantidad y %).

Foro Grupal	Admitidas		Sobresaliente		Aprobadas		Rehacer		Diploma	
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Grupo 1	11	100	3	27,3	8	72,7	----	----	11	100,0
Grupo 2	13	100	1	7,7	9	69,2	3	23,1	10	76,9
Grupo 3	14	100	6	42,9	8	57,1	----	----	14	100,0
Grupo 4	13	100	5	38,5	8	61,5	----	----	13	100,0
Total	51	100	15	29,4	33	64,7	3	5,9	47	92,2

Además de la evaluación de aprovechamiento y adquisición de conocimientos, se realizó una encuesta de satisfacción, de contestación voluntaria y anónima. Consistió en 12 preguntas semi-cerradas, con 4 categorías de res-

puesta y comentarios adicionales por cada pregunta, más una pregunta final abierta. Las categorías, aunque con denominaciones diferentes según el texto de la pregunta, correspondieron aproximadamente a: a) inadecuado,

inapropiado o malo; b) regular o escaso; c) bueno o muy bueno, y d) excelente. Hasta el momento del cierre de la Plataforma la habían contestado 33 cursantes. La clasificación de las respuestas se presenta en el Cuadro N° 4.

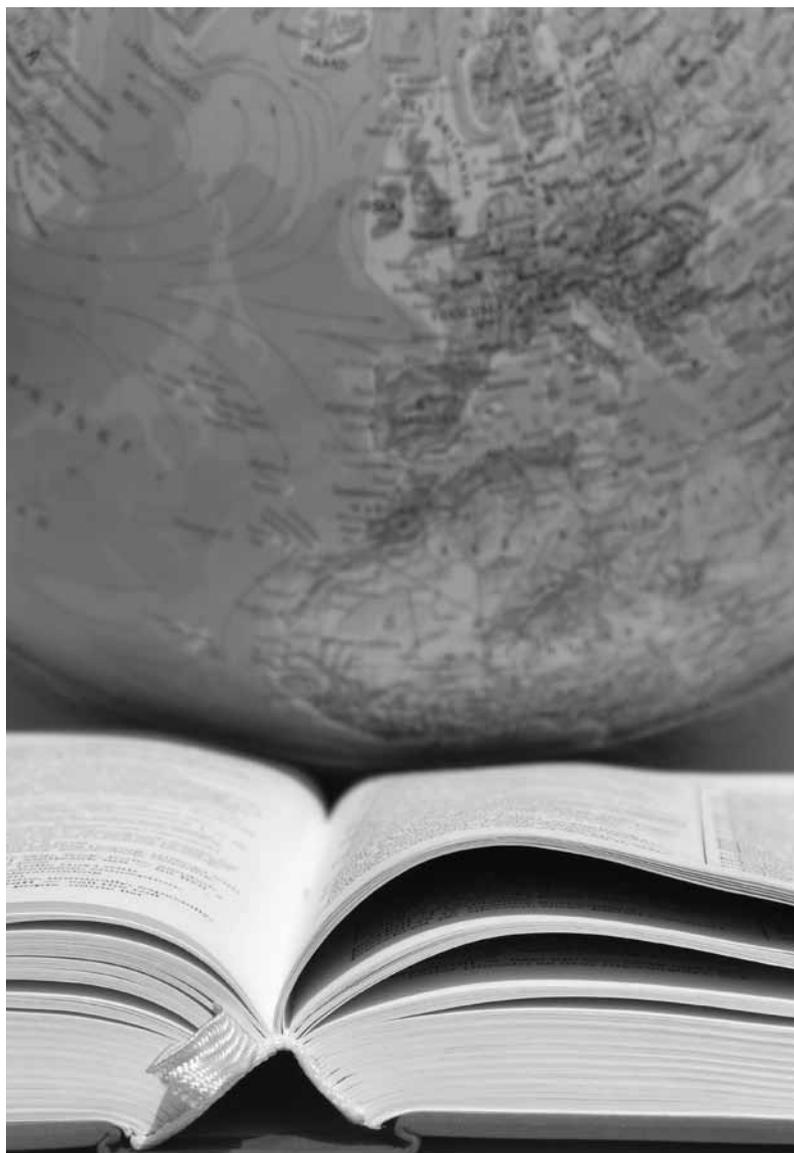
Cuadro N° 4: Resultados de encuesta de satisfacción en porcentajes (N = 33).

Preguntas	Respuestas (N = 33)			
	Malo	Regular	Bueno	Excelente
1. Opinión sobre objetivos en cada Módulo.	----	9,1	48,5	42,4
2. Opinión sobre los contenidos de las clases.	----	9,1	36,4	54,5
3. Documentación bibliográfica en Biblioteca.	----	----	69,7	30,3
4. Opinión sobre la Dirección.	----	9,1	42,4	48,5
5. Opinión sobre la Coordinación Pedagógica.	----	6,1	27,3	66,7
6. Opinión sobre las Tutoras.	----	3,0	24,2	72,7
7. Opinión s/ Soporte Técnico de Plataforma.	----	3,0	36,4	60,6
8. ¿Resultaron motivadoras las actividades?	6,1	9,1	51,5	33,3
9. ¿Adecuado el tiempo de dedicación exigido?	3,0	18,2	51,5	27,3
10. Opinión sobre modalidades de evaluación?	6,1	30,3	42,4	21,2
11. Valore la metodología on line de formación.	3,0	3,0	45,5	48,5
12. Opinión global sobre el Curso.	----	----	48,5	51,5
13. Consideraciones finales (algo no contemplado, mención de algún Módulo en particular, etc.).				

DISCUSIÓN

En términos generales, tanto el desenvolvimiento del Curso, como el nivel de participación de los cursantes y los resultados, fueron ampliamente satisfactorios. Los cursantes que siguieron la totalidad del dictado, cuentan con una gran cantidad de clases en formato didáctico, presentaciones en láminas y textos de consulta sobre Calidad en Salud, con diversas experiencias argentinas y de otros países latinoamericanos. Con estos elementos pueden organizar una biblioteca que, en su conjunto, constituye un completo manual para el abordaje de los distintos métodos y procedimientos del campo de la Calidad. El grado de cumplimiento de la cursada es significativo: sobre 81 aspirantes iniciales, 55 (aprox. 68%) completaron las actividades de aprendizaje, 51 (63%) enviaron la Monografía Final y 47 (58%) recibieron el diploma. De los 51 que entregaron la Monografía, 15 fueron calificados como sobresalientes (casi 30%), 33 como aprobados (casi 65%) y sólo 3 no las terminaron. Si se tiene en cuenta que en las Maestrías y Carreras de Especialización de Argentina, sólo un 50% de los asistentes suelen completar los requisitos de graduación -ya sean tesinas, monografías o exámenes finales- la proporción en este caso, si bien se desconoce el comportamiento local observado, parece alentadora.

Por necesidades de las autoridades dominicanas, la frecuencia de presentación de los Módulos se estableció cada 2 semanas. Sin embargo, para profesionales que están ejerciendo responsabilidades públicas, esta frecuencia resulta excesiva, lo que quizás explique la significativa proporción de desgra-



namiento observada. La experiencia presentada, hace aconsejable establecer un intervalo de al menos 3 semanas entre Módulos. Este programa, que ya había sido ensayado con éxito en forma presencial en 3 oportunidades, también mostró su eficacia en el formato de Educación a Distancia.

RECONOCIMIENTOS

Los autores desean manifestar su reconocimiento a las autoridades

dominicanas por la confianza depositada. En particular, a la Dra. Cristina Hernández de la SESPAS y al Lic. Pedro Hernández de la CERSS, que aportaron su experiencia para el diseño y los trámites de aprobación del proyecto. Asimismo, desean destacar la dedicación y solvencia con que se desempeñaron las Tutoras, Lics. Julieta Garrido, Laura Pérez y Noeli Dalbello. Finalmente, agradecen al Sr. Rector del IUCS, Prof. Dr. Héctor Barceló, por su apoyo a la iniciativa.

Miopía conceptual en el estudiante de Medicina

Diagnóstico y Tratamiento. Importancia de la Integración Vertical y Horizontal

ESCRIBE
Lorenzo Ripetta

INTRODUCCIÓN

Inspirado en los resultados de un trabajo de disección e investigación de estómagos, y conversaciones acerca de la forma en que se enseña la medicina con el Dr. Adrián Barceló, decidí hacer una reflexión sobre lo que aprendí y que tanto se aplica esto en la práctica.

DE LA ANATOMÍA A LA CIRUGÍA A LA BIOQUÍMICA Y A LA DOCENCIA

Hace un tiempo tuve el honor y privilegio de visitar el Center for the Future of Surgery (CFS), en San Diego y presenciar entre otras cosas una operación bariestética llamada Manga Gástrica, operación generalmente realizada por laparoscopia, en la que se remueve el fundus y gran parte de la curvatura mayor del estomago, se le da a éste forma de manga, menor tamaño y se suprime la producción de la hormona ghrelina. Con este conocimiento decidí llevar a cabo una investigación pequeña pero ambiciosa, acerca de la técnica y los efectos de una fundectomía en la cátedra de disección de la Fundación H.A. Barceló.

La idea del trabajo era probar la fundectomía en ratas obesas -a diferencia de la manga gástrica, solo extirparíamos el fundus- para ver únicamente los efectos de la ghrelina y no los de la reducción del volumen estomacal. Sólo remover el fundus no significaría una caída drástica del volumen estomacal para una persona o animal obeso. En preparación para las cirugías en ratas, empecé a disecar estómagos humanos de cadáveres para observar la distribución de pliegues

estomacales, que -para mi sorpresa- en muchos casos no coincidían con los esquematizados en libros de anatomía general, estudiar qué relación podría haber entre éstos a nivel del fundus y la producción de la ghrelina.

El proyecto no alcanzó las expectativas ni los resultados que esperaba cuando decidí realizarlo, pero salí muy enriquecido por la experiencia. Por un lado aprendí mucho acerca del estómago, tanto en el por qué de la distribución de sus pliegues y en la importancia de las hormonas que secreta el fundus, principalmente la ghrelina. Y por otro lado noté la importancia de estudiar a los órganos como estructuras funcionales, y no como accidentes de un “mapa anatómico”, ya que hasta ese entonces jamás había estudiado un estómago por dentro, ni ninguna otra víscera abdominal.

CONCEPTO DE LA INTEGRACIÓN ACADÉMICA VERTICAL Y HORIZONTAL

En una conversación con el Dr. Barceló, él me habló de algo que parecía obvio, pero al igual que la anatomía interna de los órganos, no era tan intuitivo como su simple exterior parecería indicar. Esto era el concepto de la integración, que es algo que carreras como Medicina tienen, pero que no se enseña en la escuela primaria o secundaria.

Cuando uno va al colegio, lo hace con la mentalidad de formarse a nivel académico general y como persona, de modo de poder capacitarse para después seguir la disciplina que prefiera en la vida. Por esta razón, un estudiante polimodal ve a las materias básicas (matemática, historia, geografía, ciencias naturales, etc.), como obstáculos a pasar para graduarse, aceptan a algunas como útiles para la carrera que tienen en mente, y a otras como simples inconvenientes. Sólo estudia sus materias en función de aprobarlas y seguir adelante, se podría decir que sufre de una miopía a nivel académico.

El paso de la secundaria a la facultad trae dos cambios importantes en la vida de un individuo, el primero es el paso de las rueditas de auxilio, de tener horarios y profesores rígidos que le dicen cómo debería manejar sus tiempos -comparable a el superyó de la 2ª tópica freudiana-, a internalizar estas normas, regular sus tiempos y responsabilidades por su cuenta -internalización del superyó y aplicación del yo de la 2ª tópica freudiana-.

El otro gran cambio se da a nivel de la forma, en que el estudiante debe ver a todas las áreas de la medicina en la carrera, en comparación a como veía a las materias en la escuela. El estudiante no puede estudiar anatomía y dejar de lado histología, ya que ambas son caras de la misma moneda, una estudia el cuerpo a nivel macroscópico y

la otra a nivel microscópico. Y a la hora de una operación o una consulta clínica, ambas son elementos que el médico debe tener en cuenta. Cuando referimos a la estrecha relación entre dos materias que se enseñan de la mano, tanto anatomía como histología se enseñan tradicionalmente el mismo año, y acerca de la importancia de que el alumno entienda esta relación, estamos hablando de integración horizontal. Asimismo, no es posible estudiar fisiología y bioquímica, que son el funcionamiento macro y microscópico del cuerpo, sin antes conocer la morfología del cuerpo (anatomía e histología).

Cuando el alumno relaciona todas estas disciplinas, no sólo tiene un entendimiento superior de cada una en particular, sino una comprensión global de todo lo que es Medicina, que es vital para la patología y la clínica. La separación de las distintas materias en Medicina, no es más que una ilusión creada para poder estudiar y enseñarla más fácilmente, por profesionales especializados en el área correspondiente. Pero trae como consecuencia que algunos alumnos se pregunten: ¿cuál es la materia más importante?, que en realidad es como preguntar, ¿cuál es el órgano más importante del cuerpo? Esto no tiene sentido, ya que los órganos no son entidades independientes entre sí, forman parte de un complejo sistema, en el que el fallo de uno condicionara la funcionalidad de los demás. La Medicina es igual, es un sistema integrado en el que la falta del conocimiento de una de sus áreas, condicionara la comprensión de las demás.

CONCLUSIÓN

Cuando comenzó el trabajo de los estómagos fue un proyecto de disección e investigación, que pasó a ser uno de cirugía por las técnicas modernas bariestéticas, en relación a la anatomía interna del órgano, y luego se convirtió en una investigación bioquímica y fisiológica, cuando entró en juego el papel de la ghrelina y sus funciones a nivel del control de peso. O al menos eso creía; el proyecto siempre abarcó todas las disciplinas desde el comienzo, yo simplemente no me había dado cuenta. La razón por la que la cirugía de la manga gástrica es la más eficaz de las operaciones bariestéticas, es porque aborda el tratamiento de la obesidad desde el punto de vista anatómico -por los efectos del menor tamaño estomacal-, quirúrgico -usando laparoscopia para dejar la menor cicatriz posible y reducir la posibilidad de infección iatrogénica-, bioquímico y psicológico -controlando los niveles de ghrelina y sus efectos a nivel del apetito-.

Es por esa misma razón que el estudiante de Medicina exitoso es aquel que pueda corregir esta miopía, cuando se trata de la forma en que ve la carrera, sin ver un montón de materias como obstáculos a pasar, sino como pequeñas piezas de un gran rompecabezas que es la Medicina.

Un remedio difícil de digerir

Desde la pantalla televisiva, “Hannibal” indaga los efectos de una relación médico-paciente destructiva en el plano de la Psiquiatría

ESCRIBE

Ana Elisa Schürmann

*Secretaría de Extensión Universitaria,
Sede Buenos Aires*

La saga cinematográfica basada en las novelas del escritor estadounidense Thomas Harris (1940-) incluye cinco films que exploran distintos momentos en la biografía del ficticio Hannibal Lecter: su tortuosa infancia y cruenta primera juventud (“Hannibal Rising”, 2007), su vida como criminal convicto en un Hospital Psiquiátrico (“Manhunter”, 1986; “The Silence of the Lambs”, 1991; “Red Dragon”, 2002) y, finalmente, su sanguinario accionar como asesino prófugo (“Hannibal”, 2001). Si bien las dos entregas más recientes se sucedieron a modo de pre-cuelas, dejaron intacta una larga etapa vital en la historia del protagonista: aquella constituida por sus años de ejercicio profesional como renombrado médico psiquiatra.

“Hannibal” (EEUU, 2013) viene a llenar este vacío al instalarse en los tiempos inmediatamente anteriores a la condena del Dr. Lecter por asesinato y antropofagia. A diferencia de las versiones filmicas, el personaje se nos muestra aquí en una faceta más estilizada, aunque no por ello menos morbosa y perturbadora. Dado que el desenlace de la historia es hartamente conocido por los seguidores de las obras literarias y cinematográficas, el mérito de la serie televisiva reside en amplificar ciertos aspectos inexplorados del complejo rol protagónico. En este sentido, resulta crucial la pericia del actor danés Mads Mikkelsen para elaborar un perfil que se distingue plenamente de aquellos representados por Anthony Hopkins, Brian Cox y Gaspard Ulliel en la pantalla grande (ver recuadro).

Creada por el guionista y productor Bryan Fuller, la serie indaga la peculiar relación médico-paciente establecida entre el Dr. Lecter y el agente especial William Graham (en la piel del inglés Hugh Dancy), joven criminalista contratado por el FBI para brindar asesoramiento en el trazado de perfiles psicológicos. “Will” ostenta una inusual capacidad: puede empatizar con los criminales a partir de las evidencias obtenidas en la escena del crimen,

y así orientar la investigación hacia el descubrimiento de los culpables. Además de actuar como su superior en la Unidad de Ciencias del Comportamiento, Jack Crawford (Laurence Fishburne) se considera responsable por su integridad mental, por lo cual le sugiere iniciar una supervisión con Hannibal Lecter, notorio psiquiatra forense de origen lituano que ha hecho carrera en los Estados Unidos.

HAZ LO QUE YO DIGO

Desde el primer momento, la distancia entre médico y paciente se ve transgredida por los deseos de cultivar una amistad por parte del profesional, aunque el vínculo adquiere características perjudiciales al mediar la manipulación de la que Will es objeto. Paulatinamente, se revela que el Dr. Lecter fomenta en sus pacientes el desarrollo de las motivaciones más oscuras, en potencia dañinas para sí mismos y los otros. En consecuencia, los pecados del Dr. Lecter no se limitan a los crímenes por él perpetrados, sino que se hacen extensivos a otros hechos en los cuales ejerce una suerte de autoría intelectual. Su principal arma, por ende, es de tipo lingüístico: entre el arsenal de conocimientos que domina, es el lenguaje de la persuasión lo que le facilita manipular a sus pacientes, especialmente vulnerables en virtud de la confianza que en él depositan.

Entre los aspectos más logrados de la serie, se destaca la excelencia de un guion que se demora reflexivamente en cada palabra, en especial cuando se nos invita a presenciar las sesiones en el majestuoso consultorio del Dr. Lecter. A medida que Will profundiza su terapia, su discurso se vuelve autorreflexivo y moroso. Es a través de su voz -y de sus silencios u omisiones- que el narrador nos señala las claves de lectura para abordar la historia. Este trabajo del guion redundará en el carácter memorable de



La mesa está servida: Mads Mikkelsen y Hugh Dancy encabezan el reparto de "Hannibal" (Foto: NBC)

infinidad de frases, que evocan a la tan recordada: "Quid pro quo, Clarice", pronunciada por Anthony Hopkins en "The Silence of the Lambs" (la primera y más célebre adaptación hasta la fecha).

El argumento de la serie incluye un segundo vínculo médico-paciente poco convencional: aquel mantenido entre el Dr. Lecter y su propia psiquiatra, la Dra. Bedelia Du Maurier (Gillian Anderson). En sus sesiones, el discurso se vuelve aún más denso y connotativo. Sin embargo, en el marco de las entrevistas entre colegas, poca luz se echa sobre la traumática infancia de Hannibal y sobre la insuperable pérdida de su hermana menor, Mischa. Las circunstancias que rodean a la muerte de la niña y de sus padres durante la Segunda Guerra Mundial son referidas en la novela *Hannibal Rising* (2006) y en el film homónimo (2007), obras que conviene tener presentes para comprender la constitución subjetiva del antihéroe. La opacidad que caracteriza la vida personal del Dr. Lecter ante la mirada de los otros entra en contraste con su habilidad

para "leer" a la gente de manera intuitiva y con su natural interés en inspeccionar la psiquis ajena.

No menos relevante resulta el tratamiento de lo culinario, en tanto el Dr. Lecter ostenta un gusto refinadísimo por la gastronomía y el buen beber. Como buen dandy, se luce entre sus conocidos (que nada sospechan de sus reales inclinaciones) brindando magníficos banquetes producto de sus manos, en un despliegue escenográfico opulento y visualmente impactante. En el marco de dichas reuniones, la sospecha del canibalismo -cuando no se manifiesta de manera explícita- sobrevuela el ambiente y aporta a los diálogos una gran dosis de humor negro. Así, podemos escuchar advertencias como: "Nada de esto es para vegetarianos", o comentarios aparentemente inocentes como: "Me encantaría cenar con ustedes", cuyo doble sentido queda reservado a los espectadores.

La elegancia con la que se desenvuelve el personaje, sumada a su erudición y su amplia cultura general, contribuyen a crear un aura de sensualidad que enmascara cualquier indicio criminal ante los ojos de su entorno (con la excepción de Will Graham y de otros personajes progresivamente impermeables a sus siniestros encantos). Los vínculos del Dr. Lecter, en apariencia ricos desde el punto de vista profesional, amistoso y conyugal, se limitan a un juego de táctica y estrategia dictado por su propia utilidad, sin cabida para una verdadera empatía. En la escala de valores que dicta su vida, no existe ofensa más imperdonable que la falta de cortesía, ni castigo más ejemplar que el asesinato.

CITAS

- "[Hannibal] Se siente atraído por los campos médicos y psicológicos, ya que ofrecen poder sobre el hombre" (Dr. Frederick Chilton).
- "Los psicópatas no están locos; son plenamente conscientes de lo que hacen, y de las consecuencias de esas acciones" (Dr. Hannibal Lecter).
- "Cada momento de pensamiento convincente bajo su cuidado psiquiátrico es una victoria personal" (Will Graham).



Hannibal, según pasan los años

En los últimos treinta años, el personaje de Hannibal Lecter ha sido encarnado por actores de distintas nacionalidades (de izq. a der.): el escocés Brian Cox (1986), el galés Anthony Hopkins (1991, 2001, 2002), el francés Gaspard Ulliel (2007) y el danés Mads Mikkelsen (2013-). (Fotos: IMDb)

LA ATRACCIÓN DEL ABISMO

Desde una lectura psicológica, no deja de ser llamativa la fascinación que este tipo de personaje ejerce en el público. A pesar de su evidente naturaleza destructiva, nos esforzamos por encontrar en ellos un rasgo de humanidad, y por momentos olvidamos que sus ambigüedades no justifican sus enormes falencias. Esto puede deberse a que Hannibal representa una categoría poco taxativa de personaje protagónico, más cercana a las zonas grises de un antihéroe que a la zona categóricamente negra del villano.

La dificultad que se presenta en el orden de las tipologías literarias se traslada, asimismo, al campo de la Psiquiatría: ¿Podemos afirmar que el Dr. Lecter es un psicópata de manual? ¿Qué lugar ocuparía su devoción por

la amistad en ese esquema? Por otra parte, la naturaleza del personaje dispara una serie de cuestionamientos que nos permiten reflexionar sobre la Ética en Psiquiatría: ¿Se puede establecer con claridad el límite entre una intervención terapéutica y una práctica invasiva? ¿Cuál es el grado de responsabilidad del profesional ante los actos cometidos por sus pacientes, en especial si éstos poseen inclinaciones criminales?

Claro que Hannibal constituye un ejemplo extremo de una actitud anti-ética, y sería una lectura forzada pensar que el objetivo de la serie es desprestigiar la labor psiquiátrica. Se trata, más bien, de indagar los vínculos entre profesionales del comportamiento que poseen -ellos mismos- estructuras psíquicas sumamente complejas. Así, los intercambios entre el Dr. Lecter y William Graham ensayan las posibles consecuencias de una relación



Will Graham se pasea por la biblioteca en el majestuoso consultorio del Dr. Lecter (Foto: NBC)



La Dra. Bedelia Du Maurier y el Dr. Lecter en plena sesión (Foto: NBC)

médico-paciente contaminada y conflictiva, en la cual el profesional manipulador se convierte, asimismo, en objeto de estudio del paciente manipulado. El devenir de las temporadas (siete en total, según los productores de la serie) podrá dar cuenta de cómo se desarrolla esta peculiar “amistad” y de sus repercusiones en la vida laboral de las personas involucradas

LINKS

- Facebook oficial de la serie: www.facebook.com/NBCHannibal
- Canal oficial en YouTube: www.youtube.com/user/nbcHannibal
- Guiones de la primera temporada (en inglés): <http://livingdeadguy.com/shows/hannibal>
- Frases de los capítulos: https://twitter.com/Hannibal_Quotes
- Sobre el escritor Thomas Harris: www.randomhouse.com/features/thomasharris
- Para más información sobre la serie y las películas de la saga, consultar el archivo de Internet Movie Database (IMDb): www.imdb.com

LECTURAS RECOMENDADAS

- Gregory, Bettina. “Hannibal Lecter: the honey in the lion’s mouth”, *American Journal of Psychotherapy*, Vol. 56, N°1, 2002, pp. 100-114. [Texto completo disponible en MEDLINE]
- Peretti, Mario. “La relación médico-paciente en psiquiatría”, en FAHRER, Rodolfo. *Manual de psiquiatría*. Buenos Aires, La Prensa Médica Argentina, 2000, pp. 29-39.
- Szumskyj, Benjamin (ed.). *Dissecting Hannibal Lecter: Essays on the Novels of Thomas Harris*. Jefferson, McFarland & Co., 2008.

FICHA TÉCNICA

- Título: “Hannibal”.
- Género: Thriller - Drama - Suspenso.
- Director: Michael Rymer, David Slade y otros.
- Productores ejecutivos: Bryan Fuller, Martha De Laurentiis y otros.
- Estreno: abril de 2013.
- Temporadas al aire: 2 (26 capítulos).
- País (producción): Estados Unidos
- Locaciones: Canadá.
- Idioma: inglés.
- Libro: Thomas Harris.
- Guión: Bryan Fuller, Thomas Harris.
- Intérpretes: Mads Mikkelsen (Dr. Hannibal Lecter), Hugh Dancy (Will Graham), Caroline Dhavernas (Dra. Alana Bloom), Laurence Fishburne (Jack Crawford), Gillian Anderson (Dra. Bedelia Du Maurier), Raúl Esparza (Dr. Frederick Chilton), Scott Thompson (Jimmy Price), Aaron Abrams (Brian Zeller), Hettienne Park (Beverly Katz), Lara Jean Chorostecki (Freddie Lounds), Kacey Rohl Kacey Rohl (Abigail Hobbs), y otros.
- Dirección de fotografía: James Hawkinson, Karim Hussain.
- Música: Brian Reitzell.
- Decorados: Jaro Dick.
- Diseño de vestuario: Christopher Hargadon.
- Consultor culinario: José Andrés.
- Consultor forense: Dave Wieland.
- Duración: 43 minutos por episodio.
- Canal de emisión original: NBC.
- Distribuidora local: AXN.

CONTACTO

Secretaría de Extensión Universitaria, Sede Buenos Aires:
extensionba@barcelo.edu.ar

Falleció Abraam Sonis

El pasado 19 de mayo falleció Abraam Sonis, un muy importante referente intelectual para todos los que se ocupan, directa o indirectamente, del campo de la salud pública argentina y latinoamericana. Su trayectoria no trasciende sólo por los importantes cargos académicos que ocupó -fue director de la Escuela de Salud Pública de la UBA, del Centro Latinoamericano de Administración Médica (CLAM), de la Biblioteca Regional de Medicina (BiReMe), Decano de la Facultad de Medicina en la Universidad Maimónides, miembro de la Academia Nacional de Medicina y otros-, sino también por el dinamismo que mostró en las funciones que ocupó y, principalmente, por su capacidad de generación de ideas que sirvieron al progreso de la disciplina.

Ser hombre de cultura universal le servía de marco a su producción bibliográfica en la especialidad. En 1964 EUdeBA publicó su libro Salud, Medicina y Desarrollo Económico-Social, en el que anticipó el crecimiento posterior de la epidemiología social, mostrando las fuertes interrelaciones entre los componentes de la condición social y los de la salud. Puede decirse que este libro contribuyó a marcar un camino para el desarrollo del pensamiento sanitario. Después daría a luz Medicina Sanitaria y Administración de la Salud (El Ateneo, 1983), un tratado de dos tomos que aún sirven de consulta en muchos países. Hombre de convicciones democráticas, tenía muy claro que la maduración de la democracia necesita un pueblo en el que la calidad de vida -y dentro de ella la salud- esté garantizada. Como los hombres y mujeres que en el pasado aportaron al análisis de los problemas sociales, Sonis seguirá teniendo presencia en el campo de la Salud Pública.

Sonis era un hombre culto, inteligente, accesible y humilde. Desde su posición de académico, fue uno de los firmantes del documento sobre política sanitaria, Pacto Argentino para la Inclusión en Salud (PAIS, 2012), suscripto por un relevante conjunto de sanitarios y expertos argentinos. Quizá pocos recuerden que en 1992 -presentado por Ernesto Sabato- publicó Van Gogh y el Dr. Gachet, un ensayo sobre el vínculo entre la posible patología psiquiátrica y la genialidad artística, de uno de los pintores que abrió las compuertas del Arte Moderno.

Repositorio Institucional

Las Instituciones de Educación Superior necesitan gestionar el producto de su educación, investigación y recursos de forma más efectiva y transparente, haciendo que el fruto de su producción intelectual se encuentre fácilmente disponible. Los Repositorios Institucionales resuelven el problema de la difusión y el acceso a los resultados de la producción de los investigadores y tesistas propios, formando un auténtico sistema de gestión de contenidos.

Consiste en el desarrollo de una plataforma digital, donde se almacena, difunde y preserva la producción de los diversos departamentos y áreas de la institución. Estas plataformas digitales de contenidos, ofrecen acceso abierto a artículos, libros, documentos de trabajo, tesis, registros de audio y video, informes y actas de congresos, que integran las producciones de la institución. Los objetos son descriptos mediante metadatos o etiquetas, que facilitan su posterior recuperación.

El Repositorio es además una vía de comunicación científica. No debe ser entendido como un canal de publicación, sino debe comprenderse como un complemento del proceso de publicación científica, revisado por pares. En el ámbito docente, el Repositorio (que suele integrarse en el sistema de e-learning) facilita un cambio de paradigma en la enseñanza y el aprendizaje, aportando un entorno pedagógico rico en información.

Las principales características del Repositorio son:

- su naturaleza Institucional;
- su carácter científico, acumulativo y perpetuo;
- su carácter abierto e interoperable con otros sistemas.

Es un proyecto que facilita la comunicación de la Facultad con sus usuarios internos y externos. Con esta finalidad, en una primera etapa; se han desarrollado 4 colecciones:

- Tesis y trabajos finales. Colección que contiene las tesis presentadas por los alumnos de carreras de posgrado y los trabajos finales de las carreras de grado en Kinesiología y Nutrición.
- Contribuciones. Colección que recopila actas de congresos, libros, presentaciones especiales y material didáctico generado por la institución.
- Documentos Institucionales. Colección de documentos institucionales elaborados por las diferentes áreas del IUCS.
- Trabajos de Investigación. Esta colección reúne los trabajos de investigación que se llevan a cabo en todas las sedes del IUCS, por parte del Departamento de Ciencia y Tecnología, como así también de cada unidad académica en particular.

Una vez dentro del Repositorio; la búsqueda se puede realizar utilizando palabras claves o filtros por autor, carrera, título o tema. Asimismo se puede realizar la búsqueda en una colección específica o en todas las colecciones al mismo tiempo, utilizando el metabuscador de la barra de menús. El link de acceso es: <http://www.barcelo.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi>.

El Repositorio se engloba dentro de un proyecto nacional de repositorios digitales, a través de la Ley 26.899, sancionada por el Congreso Nacional en 2013. Establece que las instituciones del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, que reciban financiamiento del Estado Nacional, deben crear repositorios digitales institucionales de acceso abierto y gratuito, en los que se depositará la producción científico-tecnológica nacional.

Según los fundamentos de la Ley, el acceso abierto a la producción científico-tecnológica implica que los usuarios puedan en forma gratuita leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir, buscar o enlazar los textos completos de los artículos científicos, y usarlos con propósitos legítimos, ligados a la investigación científica, a la educación o a la gestión de políticas públicas, sin otras barreras económicas, legales o técnicas, que las que suponga Internet en sí misma.



FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA



Fundación H. A. Barceló
Posgrados



DIPLOMATURAS

- **Diplomatura en TERAPIA MANUAL MÚSCULO ESQUELÉTICA**
Duración: 8 meses.
Modalidad: presencial
- **Diplomatura en LIPIDOLOGÍA CLÍNICA**
Duración: 9 meses
Modalidad: presencial (7 clases) combinado con distancia
- **Diplomatura en DIDÁCTICA Y PEDAGOGÍA EN ÁREAS DE LA SALUD**
Duración: 8 meses.
Modalidad: Distancia
- **Diplomatura en KINESIOLOGÍA ESTÉTICA Y DERMATO FUNCIONAL**
Duración: 5 meses
Modalidad: presencial



CURSOS DE POSGRADO

- **Curso de Posgrado EN AUDITORÍA BÁSICA PARA EL EQUIPO DE SALUD**
Duración: 6 meses
Modalidad: distancia
- **Curso Terapéutica FARMACOLÓGICA DEL DOLOR**
Duración: 5 meses.
Modalidad: distancia
- **Curso de Posgrado Universitario CARDIO – ANATOMIA = "ABC" DEL CORAZÓN**
Duración: 2 meses
Modalidad: distancia
- **Curso Virtual DE FORMACIÓN DE INVESTIGADORES CLÍNICOS**
Duración: 9 meses
Modalidad: distancia
- **Curso de Posgrado en MEDICINA DEL DOLOR**
Duración: 24 semanas
Modalidad: distancia
- **Capacitación en ECOGRAFÍA GENERAL Y DOPPLER PARA MÉDICOS GENERALISTAS**
Duración: 8 meses
Modalidad: presencial
- **Curso de Posgrado en REUMATOLOGÍA PRÁCTICA EN IMÁGENES**
Duración: 4 meses
Modalidad: distancia
- **Curso Intensivo DE EMERGENTOLOGIA**
Duración: 10 días
Modalidad: Presencial
- **Curso Terapéutica FARMACOLÓGICA DEL DOLOR**
Duración: 5 meses.
Modalidad: distancia
- **Curso de ACTUALIZACIÓN EN IMÁGENES DEL TORAX**
Duración: 4 meses
Modalidad: Presencial
- **Curso de Posgrado EN AUDITORÍA BÁSICA PARA EL EQUIPO DE SALUD**
Duración: 6 meses
Modalidad: distancia

SEDE BUENOS AIRES
Av. Las Heras 2191
Tel./Fax: (011) 4800 0200

SEDE LA RIOJA
B. Matienzo 3177

SEDE SANTO TOMÉ (Corrientes)
Centeno y Rivadavia

Informes e inscripción:
admision@barcelo.edu.ar



Fundbarcelo

www.barcelo.edu.ar



fundacionbarcelo



Fundación H. A. Barceló Posgrados

carreras de **POSGRADO**

Doctorado en Ciencias de la Salud

Res. IME
Nº935

2 AÑOS

Maestría en Gerontología Clínica

Resol. CONEAU
211/09

2 AÑOS

Maestría en Neuropsicofarmacología Clínica

Resol. CONEAU
184/09

2 AÑOS

Especialización en Nutrición

Resol. CONEAU
618/08

2 AÑOS

Especialización en Medicina Legal

Resol. CONEAU
781/09

2 AÑOS

Especialización en Salud Social y Comunitaria

Resol. CONEAU
815/09

2 AÑOS

Especialización en Adm. de Servicios de Salud

Resol. CONEAU
1029/10

2 AÑOS

diplomaturas **A DISTANCIA**

Actualización en tecnología
de los alimentos y nutrición

6 MESES

Didáctica y pedagógica
universitaria

9 MESES

Calidad de servicios
de Salud

9 MESES

BUENOS AIRES

Av. Las Heras 2191.

Tel / Fax (011) 4800 0200

informesba@barcelo.edu.ar

LA RIOJA

B. Matienzo 3177

Tel / Fax (0380) 4422090

/ 4438698

informeslr@barcelo.edu.ar

SANTO TOMÉ (Corrientes)

Centeno y Rivadavia.

Tel / Fax (03756) 421622

informesst@barcelo.edu.ar

Oficina Posadas

Félix de Azara y Córdoba,

Local 12, Galería "El Paseo"

Tel (0376) 4440521

posadas@barcelo.edu.ar



FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA