

ETHICA

LA REVISTA DIGITAL DE LOS MÉDICOS

Número 183

Agosto 2025

ISSN 1514 - 688 X



EDITORIAL

NO PUEDE VOLVER A OCURRIR

CASI UN CENTENAR DE MUERTOS
POR FALTA DE CONTROL

INFORME ESPECIAL

EL EXAMEN MÉDICO HOY



CUOTA DE
**MATRICULACIÓN
CERO**
DURANTE LOS DOS
PRIMEROS AÑOS.



**BECAS DEL 50%
PARA CURSOS
DE CAPACITACIÓN**
A todos los matriculados
recién egresados y hasta
los 3 años de recibidos.



COBERTURA R
con descuentos adicionales
a los nuevos matriculados
y colegas residentes,
por 3 años mediante débito.

**Adquiera estos beneficios
adhiriéndose
al débito automático**



APOYO SOLIDARIO A LOS NUEVOS MATRICULADOS

El **CMPC** cumple la función de **CONTROL**
de la profesión con el fin de proteger
a los ciudadanos en materia de salud.
A la par que tiene como objetivo **DEFENDER**
la dignidad profesional y **ASEGURAR**
el ejercicio pleno de la medicina.

www.cmpc.org.ar

Mendoza 251, B° Alberdi, Córdoba / Tel: +54 351 4225004
consejomedico@cmpc.org.ar

Es una publicación propiedad del
Consejo de Médicos de la
Provincia de Córdoba
Mendoza 251 • 5000 Córdoba
Tel. (0351) 4225004

E-mail: consejomedico@cmpe.org.ar
Página Web: www.cmpe.org.ar

JUNTA DIRECTIVA

Dr. Héctor Rolando Oviedo
PRESIDENTE

Dr. Diego Bernard
VICEPRESIDENTE

Dr. Jorge Mainguyague
SECRETARIO

Dra. María Cristina Ferrer
TESORERA

Dr. Mario Vignolo
PRIMER VOCAL

Dr. Adolfo Moyano Crespo
SEGUNDO VOCAL

Dra. Carla Carta
Dr. Diego Almada
Dra. Eugenia Peisino
VOCAL SUPLENTE

REVISORES DE CUENTAS

Dr. Eduardo Sacripanti
Dra. Nélida Pussetto

**CONSEJO DE DELEGADOS
DE DISTRITOS**

Dra. Nora Castro
PRESIDENTE

Dra. Marcela Ogas
SECRETARIA

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Luis Otoniel Hormaeche
Dr. Carlos Rosales
Dr. Leandro Molina
Sr. Luis E. Rodeiro
Lic. Alejandra Beresovsky

DIRECTOR

Dr. Luis Otoniel Hormaeche

DIRECTOR PERIODÍSTICO

Luis E. Rodeiro

CORRECCIÓN

Lic. Mónica Taborda

ARTE Y DIAGRAMACIÓN

Hernán Sieber

ISSN 1514-688X

Registro de Propiedad Intelectual N° 28798

Todos los derechos reservados. Se autoriza la reproducción total o parcial, por cualquier medio, citando origen. Los artículos firmados, las notas con entrevistados y la publicidad inserta en la publicación no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus respectivos autores o responsables.

La crisis de la Salud

DE LA “PREOCUPACIÓN” A LA “ALARMA”

El Consejo de Médicos, desde sus orígenes, reconoció y reconoce la importancia del papel del Estado en una política de salud, que sepa integrar intereses contradictorios entre lo público y lo privado, que ejerza el control sanitario, no solo de la atención médica, sino también del control de los medicamentos; de los centros de salud, de los alimentos y de la tecnología médica.

Un papel rector, en ese amplio contexto de actividades vinculadas con lo sanitario, que acerque la salud pública, cubriendo las necesidades de los más desprotegidos y que respalde a todo el personal sanitario con sueldos dignos, formación adecuada y que sepa limitar las apetencias de los que viven la atención de la salud, sólo como una inversión que produzca inmensas ganancias, a costa de grandes sectores de la población. En una palabra, un Estado capaz de hacer realidad un derecho humano esencial, con la participación de todos.

Esta idea de Estado, con políticas erróneas lamentablemente que vienen desde hace tiempo, como subrayamos siempre, ha devenido en una crisis profunda a través de los años, y que nuestro Consejo de Médicos, conjuntamente con el Consejo Federal de Entidades Médicas Colegiadas (ConFeMeco) ha venido reclamando, incluso con los colegas en la calle, proponiendo e invitando a un diálogo profundo y con la participación de todos los involucrados.

Lamentablemente, hasta ahora, no hemos sido escuchados. Por el contrario, la respuesta ha sido una política, llamada de “desregulación”, que en la realidad ahonda la crisis y de esta manera la situación de la salud dejó ya de ser una “preocupación”, para convertirse en una “alarma”, que no deja de sonar para advertir que estamos ya, en materia sanitaria al borde del abismo. Noventa y nueve muertes por el empleo de Fentanilo contaminado es sin duda un signo negativo, del que por ahora parece que nadie quiere hacerse cargo.

El Estado cuenta con un instrumento para la tarea de control, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), que es preciso mantener, controlar y consolidar, pero

lamentablemente, ha sido desmantelado con desfinanciamiento y con cesantías, invocando razones económicas. La política empleada no solo corta puestos de trabajo: pone en riesgo la salud de todos.

Y en ese cuadro trágico, la alarma suena todavía más fuerte, cuando se escucha decir a un alto funcionario, de que “sería mejor vivir sobre un país sin controles sanitarios”, en referencia a la tarea de control, fundamentalmente necesaria, que de este modo se convierte en un símil de la frase histórica que se pronunció, durante la epidemia del Covid, “que debían morir los que tenían que morir”.

Con buen tino, el Ministerio de Salud de la Provincia anunció que se presentará como querellante ante la Justicia en la causa por el fentanilo contaminado, que investiga a los brotes que se produjeron en el país. Una investigación a fondo, que no deje duda sobre la responsabilidad.

Pero no es lo único que enciende la maldita alarma. Desde hace meses los médicos y el personal de salud del Hospital Garrahan, centro pediátrico de referencia nacional en salud pública gratuita y de alta complejidad, enfrenta una crisis sin precedentes debido al mismo argumento anterior: desfinanciamiento, con sueldos indignos que produjeron 236 renuncias en el último año y falta de recursos.

Hay niños sin atención adecuada y muchos sin poder acudir al centro médico especializado. “Se desarman equipos que tardaron décadas en formarse”, dicen los colegas que “aguantan”.

Para completar el cuadro que alarma, desde hace varios días circula, con datos para tener en cuenta e investigar, sobre la vigencia de un sistema de corrupción enorme, nada menos con el dinero de los medicamentos de los discapacitados, que conforma el cuadro que desplaza la preocupación, por la alarma. No prejuzgamos, ni juzgamos. Nuestra tarea es la salud, pero precisamente por sus eventuales consecuencias, no podemos sino exigir que se investigue de una manera profunda y clara, que es función de la Justicia. Es fundamental conocer la verdad.

Lo que nos alarma es que el estado de indefensión, tanto de pacientes como de colegas, llega, aún a nivel de denuncias, a una situación de alarma.

Como lo venimos afirmando junto con los consejos y los colegios del país, estamos dispuestos al diálogo, exigimos ese diálogo, en defensa de políticas de salud y que ese diálogo es urgente.

CAMPAÑAS Y MATERIALES DE DIFUSIÓN



Una sección en nuestro sitio web, donde el usuario puede descargar material gráfico gratuito como afiches, folletos y videos para utilizar en sus actividades de promoción y prevención.

CM PCI Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba


www.cmpc.org.ar



EDITORIAL

■ *La crisis de la Salud*

DE LA "PREOCUPACIÓN" A LA "ALARMA"3

INSTITUCIONALES

■ *Las vacunas salvan vidas*

TRABAJO INTERSECTORIAL PARA PROMOVER LA VACUNACIÓN.....7

■ *La primera mujer después de 148 años*

LA NUEVA DECANA EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
EN LA UNC9

INFORME ESPECIAL

■ *La reflexión de cuatro colegas*

DIÁLOGO PROFUNDO SOBRE LA ACTUALIDAD

DEL EXAMEN CLÍNICO.....10

LA REFLEXIÓN DEL DR. ERNESTO GIL DEZA12

UNA RESPUESTA DEL DR. ALEJANDRO A. BEVACQUA.....14

LA MIRADA DEL DR. ALBERTO L. DAÍN15

LA OPINIÓN DEL DR. MARCELO JUAN MUSSO.....18

DE INTERÉS MÉDICO

■ *Un nuevo aporte de las históricas Guías Clínicas*

ADICCIONES EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL20

CULTURA

■ *El nuevo libro del Dr. Rogelio López Guillemain*

"LA EDUCACIÓN ES EL NUDO GORDIANO

DEL PROCESO CIVILIZADOR"28

NUESTRA PORTADA

Muestra de la ampolla de Fentanilo contaminada que causó la muerte a cerca de un centenar de pacientes.



TRABAJO INTERSECTORIAL PARA PROMOVER LA VACUNACIÓN

SE REALIZÓ EN EL CONSEJO LA SEGUNDA JORNADA ORIENTADA A ANALIZAR ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LAS COBERTURAS. EN ESTA OPORTUNIDAD, SE SUMARON ACTORES SOCIALES, COMO PERIODISTAS Y PERSONAL DE ENFERMERÍA.



El jueves 14 de agosto se realizó el segundo encuentro de la red de expertos convocados por el Consejo de Médicos para contribuir en acciones que promuevan la vacunación, ante la caída de las coberturas.

En esta oportunidad, participaron también profesionales del periodismo, representados por Julio Perotti, Editor digital y columnista en Cadena 3; Ary Garbovetzky, editor jefe de la sección Ciudadanos de La Voz del

Interior, y Carolina Klepp, periodista del diario Comercio y Justicia y miembro de la Red Argentina de Periodismo Científico.

Klepp destacó que existe en la sociedad “una percepción baja del riesgo de no vacunarse”, al tiempo que consideró que las estrategias para impulsar la inmunización “están poco segmentadas”. Sobre este último punto, manifestó que “no se ve una eficacia de un mensaje masivo”.

Perotti fue todavía más allá y opinó que la comunidad, más que segmentada, está fragmentada, atravesada por múltiples divisiones sociales, por lo que –propuso– la difusión de los mensajes debe contar con la mayor capilaridad posible. “Casi es uno a uno”, graficó.

Por su parte, Garbovetzky señaló que “hay un clima de época”, el cual “va a contramano de varios valores positivos”, como por ejemplo el de la solidaridad. “A este clima de época no lo vamos a modificar, porque es un dato. Hay que pensar en cómo transmitir este mensaje a este clima de época”, ilustró.

Asimismo, reflexionó que la vacunación quedó asociada simbólicamente a la pandemia de Covid-19, una experiencia que la población quiere olvidar. “Quizá haya que disociarla fuertemente de la pandemia y conectarla con los valores de época. Generar el sentimiento de que uno se pierde de algo si no se vacuna, por ejemplo, del presentismo”, propuso.

Por su parte, Sandra Belfiore, coordinadora del Departamento de Inmunizaciones de la Provincia precisó que los índices más bajos se registran en el segmento etario de 5 a 11 años y en personas embarazadas.

SEGUNDA JORNADA

Esta es la segunda sesión del trabajo interdisciplinario para promover la vacunación. El primero contó con la presencia de representantes del Ministerio de Salud de la Provincia, la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba, la Sociedad Argentina de Infectología, la Sociedad Argentina de Pediatría y de hospitales como el Materno Neonatal, Pediátrico del Niño Jesús e Infantil.

En aquella oportunidad, entre las posibles causas de la disminución en la cobertura en los últimos años, se apuntó que “el peor enemigo de las vacunas es su propio éxito”, ya que la baja incidencia de algunas enfermedades prevenibles no permite visualizar el riesgo de que disminuya la cobertura.

Asimismo, se señaló que es necesario “llevar las vacunas a la calle”, es decir, crear espacios en ámbitos públicos para que la población tenga fácil acceso y se citó el ejemplo de “llevar un stand al shopping”; al tiempo que se subrayó que el problema es multifactorial, por lo cual también es clave mejorar la accesibilidad y la comunicación.

En este segundo encuentro se sumaron miembros del Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba y del sector de enfermería.

SARAMPIÓN

NO TIENE TRATAMIENTO ESPECÍFICO,
PERO SE PUEDE PREVENIR CON LA VACUNACIÓN

SÍNTOMAS

- FIEBRE ALTA ■ ERUPCIÓN EN LA PIEL (MANCHAS ROJAS)
- SECRECIÓN NASAL ■ CONJUNTIVITIS ■ TOS
- DOLOR DE CABEZA ■ INFLAMACIÓN DE GANGLIOS (ALREDEDOR DE LA NUCA Y DETRÁS DE LAS OREJAS)

VACUNACIÓN

■ **TRIPLE VIRAL:**
Colocar 1era dosis a los 12 meses de vida y 2da dosis a los 4-5 años.

■ **DOBLE VIRAL O TRIPLE VIRAL:**
Para personas adultas, viajeros y personal de salud. Todos los adultos deben tener constancia en su carnet de la colocación de dos dosis.

Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.cmpc.org.ar

LA NUEVA DECANA EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS EN LA UNC

UN HECHO HISTÓRICO, DESPUÉS DE 148 AÑOS DE LA CREACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA, A PARTIR DEL 1 DE AGOSTO, LA DRA. MARTA FIOL DE CUNEO FUE ELEGIDA COMO SU NUEVA DECANA PARA REEMPLAZAR AL DR. ROGELIO PIZZI, DE QUIEN FUERA VICEDECANA Y ES ACOMPAÑADA POR EL DR. JORGE MUKDSI, EN LA CONDUCCIÓN DE UNO DE LOS CENTROS DE FORMACIÓN MÉDICA MÁS PRESTIGIOSOS DEL PAÍS.¹ EL CONSEJO DE MÉDICOS LE DESEA ÉXITOS EN SU TAREA.

Con 75 años, la Dra. Cuneo ingresó a la Facultad de Medicina de la que ahora es decana, ingresó a la Facultad cuando la carrera era cursada en un 25 % de mujeres. Ahora el número de alumnas asciende al 60 % del total. Con amplia trayectoria como médica e investigadora, ha dedicado mucho esfuerzo a la tarea educativa, en una tarea de equipo que viene realizando junto desde hace años.

En entrevista con La Voz del Interior recordó, en este momento tan especial, a quien fuera su punto de referencia, la Dra. Inés López Colombo de Allende, quien fue su docente en la cátedra de Fisiología Humana: "la tuve como profesora, pero nunca me animé a decirle que ella fue mi inspiración".

Admite que en este nuevo desafío, completará la tarea que se viene realizando en la Facultad. Y citó: Por ejemplo los hospitales escuelas son una erogación importante y funcional por las acciones emprendidas por el anterior Decano para que la Nación envíe los fondos: tenemos convenio con Anses, pero creemos que es muy importante que sigan funcionando.

En sus declaraciones al matutino La Voz se refirió a una preocupación compartida: que si bien, el número de estudiantes no ha decrecido en los últimos años, pero admitió que hay especialidades con carencias de egresados y de residentes, como pediatría, gerontología, terapia intensiva, y otras. Entre las causas citó las razones económicas y de oportunidades. Asimismo, expresó su preocupación



por la falta de médicos en muchas zonas del interior provincial.

Destacó que la Facultad está a la vanguardia del uso de innovaciones tecnológicas, con implementación de simulación clínica destinado a distintas unidades hospitalarias. Actualmente, comentó, que el Hospital Nacional de Clínicas cuenta con el Hospital de Simulación, el más grande del país, para que los estudiantes de carreras y especialidades practiquen con maniobras sobre muñecos. El camino está marcado y hay que seguirlo.

1. Fuente: Diario La Voz del Interior del 23 de agosto de 2025.



DIÁLOGO PROFUNDO SOBRE LA ACTUALIDAD DEL EXAMEN CLÍNICO

ETHICA DIGITAL PRESENTA CUATRO NOTAS QUE RESPONDEN A UNA PREGUNTA ACTUAL: ¿POR QUÉ SE HA DEJADO DE EXAMINAR A NUESTROS PACIENTES? ¿ES REALMENTE ASÍ? ¿HAY NUEVAS TÉCNICAS QUE REEMPLAZAN Y MEJORAN EL EXAMEN DE LOS PACIENTES?

LA REFLEXIÓN PARTE DE LA PUBLICACIÓN EN LA REVISTA DIGITAL **INTRAMED**, CON LA MIRADA DE LOS DOCTORES **ERNESTO GIL DEZA**, DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES Y DE **ALEJANDRO BEVACQUA**, DE BAHÍA BLANCA, A LA QUE HEMOS SUMADO EL ANÁLISIS DE DOS COLEGAS CORDOBESES: EL **DR. ALBERTO DAÍN**, UN HISTÓRICO ESPECIALISTA EN EL TEMA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y EL APOORTE DE JOVEN DEL **DR. MARCELO JUAN MUSSO**.



Ernesto Gil Deza



Alejandro Bevacqua



Alberto Daín



Marcelo Juan Musso

LA REFLEXIÓN DEL DR. ERNESTO GIL DEZA¹

EL EXAMEN CLÍNICO Y LA CRISIS DE CONFIANZA

El contacto con el paciente. La proximidad con la persona sufre para mí el instante sublime de la medicina, la razón para practicarla.

Cada paciente es único y es un experto en su propia vida. La práctica de nuestro arte nos permite conocer la intimidad de una persona sin las máscaras con que nos presentamos a los demás.

Nos permite ver la trama que se ha tejido entre lo biológico: molecular, celular, tisular, orgánico, corporal y lo biográfico: edades, transcurso vitales, experiencias, aventuras y desventuras que hacen a nuestro paciente original.

Esto es lo que hace interesante a nuestro arte, poder conocer personas a las que trataremos de curar, aliviar o acompañar en sus padecimientos.

Para eso somos médicos y para eso servimos. Sin embargo, eso, que es tan simple, está en crisis.

No sé cuál será tu experiencia, pero la mía y la de varios de mis coetáneos es que los médicos *han dejado de examinar a los pacientes*, a lo más realizan de un modo mecánico algunas determinaciones o examinan superficialmente un órgano.

Coincidentemente hay una crisis de confianza notable entre médicos y pacientes que ha erosionado la relación entre ambos.

Tendemos a explicar esta crisis como una consecuencia de la modernidad:

1. Hoy tenemos relaciones más fluidas entre nosotros, en nuestra intimidad y con la realidad (Bauman).
2. Disponemos de mayor autonomía y hemos desterrado la relación paternalística del pasado (Guillen).
3. Se ha democratizado el acceso al conocimiento y pronto. Gracias a la Inteligencia Artificial, cualquiera podrá

disponer del conocimiento del mundo en segundos. Sólo hay que saber formular la pregunta adecuada (Hoffman).

En el discurso moderno, los médicos se han hecho innecesarios, cuando no un obstáculo a vencer, pues los métodos complementarios de diagnóstico modernos pueden dar respuesta a nuestros riesgos para la salud, la aparición de dolencias, el curso de nuestras afecciones y la terapéutica adecuada de nuestras enfermedades.

La realidad es que toda esta descripción es un despliegue de respuestas, forma parte de una cacofonía que ha existido siempre y la utopía de una medicina sin médicos dista mucho de ser moderna.

La pregunta que debemos formularnos es ¿por qué ahora son más escuchadas que antes? Por qué el horóscopo genético es más creíble que el astrológico; por qué la lesión es más importante que la persona y por qué una terapéutica fantasiosa es más creíble que una realista.

Yo estoy convencido, como médico, que el mayor bien que podemos darle a un paciente es nuestro tiempo. Que la mejor prevención y la mejor terapéutica que podemos darle a un paciente es nuestro tiempo. Solo así podemos tratar de restaurar la confianza, pues la confianza se basa en el conocimiento y el conocimiento requiere de tiempo.

Mi pregunta entonces es si la crisis de confianza no es sino una crisis de la falta de tiempo que damos a nuestros enfermos.

La falta de tiempo de las consultas tiene varias explicaciones, todas insuficientes.

En primer lugar, el *eficientismo*. La administración del tiempo de la consulta se fundamenta en la idea que la consulta tiene un solo objetivo: el diagnóstico, y una sola finalidad: la terapéutica. Lo ideal es que dure el menor tiempo

1. Médico Oncólogo; Director de Investigación y Docencia del Instituto Henry Moore; Director de la carrera de oncología y de Antropología Médica y Ética Biomédica en la Universidad del Salvador y Académico de la Academia de Ciencias de la Salud de Tucumán.

posible. La consulta óptima sería con toda la enfermedad desplegada: el paciente desnudo, los estudios proyectados, el laboratorio resaltando sus valores anormales y la biopsia tomada. El médico debería entrar unos minutos y seleccionar en la pantalla del ordenador el protocolo más eficaz. Ni hablar. Entra y hace clic.

Eficientismo y Procusto se dan la mano. El administrador eficientista piensa: “en minutos, qué en minutos, diría en segundos, adaptamos el paciente a lo que indica la biología molecular y cada uno en su lecho descansa plácidamente hasta que las Parcas se apiaden”.

En segundo lugar, la inexperiencia. Cuanto más inexperto sea el médico, más creará que todos los pacientes se comportan de la misma manera. Más creará que la evidencia es superior a la experiencia y que los valores del paciente son una manera poética de pensar qué es lo mejor para el otro. A medida que transcurre el tiempo, aquellos médicos que miran la realidad con ojo crítico, es decir, juzgando lo que es cierto y valioso para aprender de ello, descubren con frecuencia que los pacientes frecuentemente están “off side” de las guías y las reglas (Agregt).

En tercer lugar, la falta de confianza en sí mismos. Hemos delegado nuestra capacidad de observar, percibir y elucubrar. Lo que no detectan los estudios complementarios, no lo tectamos. Lo que no percibimos a través de los aparatos, no lo registramos.

¿Para qué vamos a pensar si podemos equivocarnos? Mejor seguir los protocolos, las reglas, las recomendaciones, lo que dicen las etiquetas de los remedios. Nos defenderemos mejor si obramos con sumisión.

No sé cómo funciona en otras especialidades, yo sólo sé oncología (y poco), pero a lo largo de los últimos cincuenta años ciertamente hemos aprendido cómo tratar mejor a los tumores y peor a las personas. Muchos pacientes consultan para obtener una segunda opinión, no porque fueran mal tratados, sino porque han sido maltratados.

Al mismo tiempo, cada vez más médicos jóvenes sufren burnout o dejan la medicina y me pregunto si ambos fenómenos no están relacionados, si no maltratan

a los pacientes con soberbia, falta de amabilidad o descortesía, porque a su vez son médicos que han sufrido malos tratos por sus docentes, sus autoridades o sus pares.

Me parece que uno de los caminos para resolver, en parte, esa crisis de confianza, es recuperar la alegría de ser médicos al servicio de una persona enferma y eso supone revalorar nuestro tiempo y nuestro rol.

Siempre empiezo por los pies y termino en la cabeza y voy de la superficie a la profundidad. De la inspección a la auscultación. Me tomo todo el tiempo necesario y usualmente me lleva quince minutos.

El momento del examen físico es un momento de silencio. En ese lapso en el cual mi atención está puesta en el cuerpo de mi paciente y sus reacciones al tacto y a las preguntas que le formulo, voy en forma paralela construyendo las respuestas posibles que desea llevarse de la consulta.

Es al mismo tiempo un ritual que forma parte de una liturgia ensayada muchos años y un instante de clarificación de ideas. Luego, al finalizar, me retiro a lavarme las manos y le pido que se vista, para que pueda responder a lo que desee.

En nuestro encuentro, luego de haber escuchado y examinado al paciente, y luego de haber evaluado las imágenes o laboratorios que trae, le respondo de un modo prudente, honesto y afectuoso, a lo que desea saber. Prudente significa pensar antes de hablar. Honesto significa decir lo que se piensa. Afectuoso significa sentir lo que se dice. Todo se puede decir, pero no de cualquier manera. Esta forma de actuar me ha brindado satisfacción profesional y serenidad existencial.

Nuestros datos son menores de los que maneja cualquier sistema de inteligencia artificial; nuestros sentidos tienen menos resolución que cualquier imagen o laboratorio; nuestra experiencia debería permitirnos distinguir dato de ruido, realidad de fantasía y conocimiento de sabiduría; asociado a lo anterior deberíamos esforzarnos por conocer a nuestro paciente, a la persona e historia de nuestro paciente, a lo que lo hace verdaderamente único, porque solo así seremos verdaderamente médicos para él y entonces podremos ayudarlo.

UNA RESPUESTA DEL DR. ALEJANDRO A. BEVACQUA²

NO EXAMINAMOS A NUESTROS PACIENTES PORQUE...

Leí y releí con profunda atención las reflexiones del Dr. Ernesto Gil Deza; sin duda alguna, para gente de mi generación (1959) son conmovedoras y retrotraen la memoria a épocas en que la medicina era practicada como bien señala el autor de la nota. Intenté, obviamente, por todos los medios, encontrar una respuesta satisfactoria -al menos parcialmente- a tal pregunta, no menor por cierto, y he aquí mi pensamiento al respecto.

No examinamos a los pacientes porque:

1. No se enseña actualmente, y por ende no se aprende, a examinar los pacientes en el sentido amplio que señala el Dr. Gil Deza. No es solo cuestión de fiebre + soplo + esplenomegalia = fiebre reumática (ello sigue invariable, analógico), sino de tiempo. Tiempo para indagar, para examinar, para esperar la evolución de la enfermedad -no siempre clara en sus primeros estadios-. A ello ha de sumarse el tiempo para aprender a percibir un soplo, para diferenciarlo de otros, a palpar un abdomen y detectar una esplenomegalia o a obtener un registro febril adecuadamente. De allí que no puede practicarse en lo cotidiano lo que no se aprendió, que por ende no se valora y no devengará resultados acordes a nuestra percepción actual de lo que ello -resultados- implica en la era de la hipervelocidad. Hoy, (fiebre + soplo + esplenomegalia) se ha transformado en (registro febril -si acaso- + ecocardiograma + ecografía abdominal) = FR (lo digital -llamémoslo así- por sobre lo analógico).

2. Tiempo: el examen físico, el interrogatorio, todo eso lleva tiempo. Enseñaba el Prof. Dr. Bernardo Manzano allá por los años 80 en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP: "Ante un paciente con un abdomen agudo, lo pri-

mero que hay que pedir es... una silla". Y repetía hasta el cansancio: "Del libro al paciente y del paciente al libro". Todo dicho. Hoy, el libro prácticamente no existe, porque no existe el tiempo -nuevamente, el tiempo- para leerlo. Baste con preguntar en las editoriales o librerías cómo ha caído la venta de textos; o con echar una mirada a las bibliotecas en tiempos de internet y de fragmentación del total: artículo sobre tal tema -insulinorresistencia- en vez de texto de la especialidad (endocrinología o diabetología). Pensar hoy la encarnizada disputa entre partidarios acérrimos de Farreras Rozman vs. los tenaces defensores de Cecil Loeb equivale a reflexionar sobre las batallas de Grunwald o Hastings, o la lucha entre Unitarios y Federales; traer al tapete la Semiología de Egidio S. Mazzei es hablar, a las nuevas generaciones, sobre el papiro de Ebers. Todos y cada uno de esos textos, y muchos más, están en mi biblioteca personal; periódicamente, con nostalgia, pero también cuando me asalta alguna duda fundamental, tomo alguno de ellos y lo releo con atención, sabiendo que, de todos ellos, solo sobreviven esencialmente útiles los seis tomos de Testut Latarjet y los tres de Rouvière, toda vez que la anatomía -que ya no se enseña igual- no ha variado. El resto, *malgré tout*, es digno de figurar en un florilegio.

3. Intolerancia a la incertidumbre: la clínica conlleva titubeo, indecisión y, por ende, inseguridad, porque precisa tiempo (otra vez el tiempo) y hoy, ni médicos -no, al menos, los más jóvenes- ni pacientes estamos dispuestos a tolerar esos aspectos de la vida. La modernidad implica inmediatez y presunta certeza, como la de la inteligencia artificial. Urgen respuestas y, más aún, respuestas que muchas veces satisfagan nuestros presupuestos.

2. Médico en Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires.

Y si verdaderamente pienso y sostengo todo lo anterior: **¿por qué sigo yo examinando a mis pacientes?** Muy simple y concreto: ninguna tecnología, absolutamente ninguna, ningún operador del más sofisticado y moderno aparato y ni el más reputado médico especialista en informes de estudios complementarios podrá jamás establecer un verdadero y profundo vínculo médico-paciente, y sin esa relación no existe (nuevamente) el ejercicio de la profesión que nosotros aprendimos... y añoramos.

Lo invaluable que rescata el Dr. Gil Deza es nada más, y nada menos, que la esencia del ser médico, aquello que

cementa y sostiene la relación médico-paciente en tiempos de vértigo. Subyacen en el inconsciente de los pacientes -más no así en el de los noveles médicos- recuerdos borrosos de ese rito ancestral del trato personalizado, del examen físico minucioso donde radica, a mi juicio, la idea central del artículo del Dr. Gil Deza, al que vanamente trato de hallar una respuesta unívoca.

Las lúcidas digresiones del autor remiten al concepto de palatabilidad en la alimentación posmoderna: extrañamos lo casero de la comida de la abuela mientras consumimos la chatarra impuesta por el tiempo escaso en la sociedad actual.

LA MIRADA DEL DR. ALBERTO L. DAÍN³

INTERROGANTES Y DESAFÍOS EN MEDICINA

■ **¿Porque el ejercicio de la medicina es cada vez más difícil y constituye un desafío permanente?**

■ **¿Recoger y procesar datos para "armar" diagnósticos e indicar al "mejor" tratamiento puede ser suficiente?**

■ **Frente a esos logros ¿puede el médico ante el paciente (¡y ante sí mismo!), decir: "misión cumplida"?**

Es indudable que los recursos recientes disponibles en medicina permiten obtener en cada enfermedad la información de la misma con mayor facilidad y precisión, logrando alcanzar el diagnóstico correcto de modo más seguro y rápido. Pero resulta útil reflexionar acerca de esa premisa tomada como objetivo prioritario y excluyente del acto médico.

La relación médico-paciente comienza cuando se encuentran las dos personas, uno como **enfermo** y otro como **médico**; y se materializa en el **acto médico**. Constituye el acto central de la **actividad clínica** y el **esenario principal** de la medicina.

¿Sigue vigente el modelo actual del acto médico en función de los cambios recientes?

Esta propuesta, ya enunciada en clases personales y anteriores publicaciones, pretende orientar la visión del médico cuando afronta la difícil empresa del **acto médico**.

En nuestra definición de acto médico, incluida en el currículo de la **Carrera de Medicina creada en la Universidad Nacional de Villa María en 2016** de cuya organización participamos, consideramos al acto médico como **"la ciencia del arte de la medicina"**, integrando en ese enunciado los términos: ciencia y arte, para evitar así la clásica controversia entre ambos. Propusimos, además, definir como su objetivo esencial, encontrar el problema de salud/enfermedad de una persona, ayudar a solucionarlo y preocuparnos por su cuidado.

Entendemos a la **MEDICINA** como la **"ciencia única de la persona"**. Todos los seres humanos o somos o seremos enfermos. Somos vulnerables. El ser humano es el único ser

3. Infectólogo, Profesor Emérito de la Universidad Nacional de Córdoba y miembro de la Comisión de Notables del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba.

vivo que tiene conciencia de ser vulnerable. “Soy vulnerable: necesito cuidarme y/o que me cuiden”. Un recién nacido es el ejemplo de la mayor vulnerabilidad humana.

El acto médico tiene sus raíces en el hecho de la vulnerabilidad humana

El **diagnóstico** es un procedimiento cognitivo: *es una técnica, pero también un arte*, que se lleva a cabo en el seno de la *Relación Médico Paciente* para alcanzar el diagnóstico integral, que constituye el *conocimiento médico de un paciente como persona...* y no solo de la enfermedad que lo aqueja. *Diagnosticar es conocer*.

La relación médico-paciente conforma un nuevo contrato social y asienta en la confianza. “Una **confianza** frente a una **conciencia**” (Luis Portes).

La confianza es la piedra fundamental de la relación médico paciente. Surge del juego entre la entrega y la vocación. El acto médico es *un acto* notable de confianza, esperanza y respeto, en el cual una persona pone su vida en manos de otra.

En esos términos, el acto médico es una **relación de ayuda**. El diagnóstico de la enfermedad es un elemento importante, pero *no único ni imprescindible*. Porque diagnosticar la enfermedad (proceso patológico), que es responsabilidad del médico, es apenas un logro (trascendente, por cierto) pero incompleto; además debemos conocer el sentimiento de esa persona al estar enfermo (ante la pérdida de su equilibrio) y la dimensión social de su enfermedad (impacto familiar y en su entorno).

En su conjunto el acto médico constituye un **modelo de comunicación** humana; modelo complejo, original y único, con infinitos matices, para cuyo aprendizaje no alcanza una vida.

El vínculo esencial del acto médico está conformado por tres eslabones primarios: **la palabra, la mirada y el contacto físico**. Ninguna de ellas puede ni podrá ser sustituida por una máquina o un algoritmo. *Al decir de Feinstein: “La complejidad del ser humano sólo puede ser apreciada íntegramente por el único aparato astuto, versátil, perceptivo y suficientemente adaptable para examinar al hombre como*

hombre: ¡Un observador humano!”.

El médico dispone de tres recursos básicos en su metodología: **El razonamiento, la toma de decisiones y la empatía**. Es decir, el médico **razona, decide y comprende**: aplica así un complejo modelo de **creación intelectual y emocional**.

Decidir es una actividad esencial y obligatoria de la medicina, pero es preciso advertir que la decisión médica es una decisión sobre **“incerteza”**. Nuestro conocimiento actual de la medicina asienta sobre un inevitable manto de incertidumbre ante **la muerte, la enfermedad y el dolor**, que constituyen parte de la vida. **No hay certezas: solo probabilidades**. Aceptar esta realidad es parte del proceso de maduración personal de cada uno, que nos permite intentar encaminarnos hacia la sabiduría.

¡SOMOS HUMANOS Y MORTALES! La conciencia de la muerte genera angustia (única entre los seres vivos). La enfermedad revela nuestra vulnerabilidad y provoca incertidumbre. Por eso una persona enferma necesita: solucionar su enfermedad (problema) y también contener su angustia.

Consideramos que esta doctrina debe ser conocida y aplicada precozmente por el médico en el ejercicio de su profesión, para ubicarse en un plano más humano y real, que le permita afrontar su tarea del mejor modo posible, evitando así frustraciones y desgastes personales.

Esta realidad, propia de los límites de la condición humana, incluye factores que la tecnología no podrá reemplazar. Este límite es inevitable e inherente al misterio de la vida y del universo, cuya interpretación y conocimiento total están fuera del alcance de lo humano.

El organismo humano no es solamente una máquina biológica que puede ser reparada con una orientación fragmentaria, que sustrae a la persona de su medio social y ecológico.

¿Cómo debemos prepararnos para el ejercicio Presente y futuro de esta profesión?

Por lo expuesto, consideramos que ante el auge y el aporte de recursos actuales como la *inteligencia artificial* y los avances en la *tecnología médica* (en última instancia la

capacidad de las máquinas) es aconsejable alcanzar un equilibrio que nos permita *recuperar, mantener, modificar, actualizar nuestros conceptos vigentes, sin renunciar a las convicciones y al conocimiento.*

El desafío de este siglo (y casi con seguridad de los tiempos futuros), es retornar a lo humano, al hombre imperfecto en su compleja dimensión, considerando que la muerte, la enfermedad y el dolor, son parte de la vida.

Una dosis renovada de humanismo frente a los nuevos cambios, sin disputarles espacios, pero sin resignar los valores conquistados históricamente, es un desafío ético e intelectual al cual no deberíamos renunciar.

Advertimos en nuestra experiencia asistencial, un abandono progresivo de estos valores. *Se perdió el contacto físico: Ya no se ausculta, ya no se palpa, ya no se escucha, ya no se mira ¡ya no nos conocemos!.*

La tecnología médica aleja al médico del cuerpo del paciente y de su subjetividad. *Pero la tecnología no reemplaza al método clínico.* Aceptamos que hay valores por el momento irrenunciables y dignos de ser difundidos y compartidos, a los que adherimos inspirados en convicciones profundas. Constituyen un cuerpo de doctrina que marcan nuestro presente e iluminan el futuro. No debemos perder la historia.

CONCLUSION:

Nuestra modesta exhortación es rescatar los valores y asumirlos como convicciones, bregando por su vigencia permanente, aun reconociendo la lógica necesidad de adecuarlos a los tiempos presentes y futuros.



CM PCI Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

CURSOS DE ACTUALIZACIÓN MÉDICA

INSCRIPCIONES ABIERTAS 2025

Modalidades:
Presencial, Sincrónico o Asincrónico por Aula Virtual



CM PCI Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

CURSOS DE FORMACIÓN MÉDICA

INSCRIPCIONES ABIERTAS 2025

Modalidades:
Presencial, Sincrónico o Asincrónico por Aula Virtual

LA OPINIÓN DEL DR. MARCELO JUAN MUSSO⁴

¡APRENDAMOS A MANEJAR LA INCERTIDUMBRE!

Al leer el artículo del Dr. Gil Deza “El examen clínico y la crisis de confianza” donde se plantea como interrogante principal el por qué no examinamos a nuestros pacientes la primer palabra que me surge es....: tiempo, no tenemos tiempo, es pérdida de tiempo, es ineficiente, ¿para qué?, si después igual le voy a pedir imágenes, éstas y otras obviedades escuchamos y decimos a diario en nuestra práctica.

Me viene a la mente una película de 1991 donde el experimentado doctor le decía al nuevo. “La medicina es un negocio de volumen”, mientras salía de hacer una liposucción y entraba a colocar unas prótesis mamarias.

Una más pausada y reflexiva lectura, podría decirse “con más tiempo”, nos permite otras miradas.

Si se considera como un buen ejercicio profesional dar un diagnóstico y una terapéutica a un paciente en el menor tiempo posible, eso lo hará la Inteligencia Artificial en algunos meses, a lo sumo un par de años y desde ya que sus respuestas serán superiores a las nuestras, pero eso es como decir que pegar una banana en la pared con cinta adhesiva es arte.

No podemos sacrificar la humanidad de nuestra profesión para adaptarnos a la época, debemos rebelarnos, decir no, esta profesión implica una carga de conocimientos, pero aún esos conocimientos solos son insuficientes para un buen ejercicio profesional, la humanidad es ineludible.

Pero existen otros factores; muchos colegas prefieren hacer consultorios de demanda espontánea o guardias, por diferentes factores, económicos, de cercanía, pero es sorprendente las veces que se escucha que el motivo es que esto “no te genera compromiso” vender golosinas no te genera compromiso pero el acto médico sin compromiso no es acto médico, que sentido tiene tocar, escuchar, ver, si la idea es que no me genere com-

promiso. Atender es acompañar.

Existe también un déficit en lo educacional, en los procesos formativos de los profesionales se le da menos valor a esta básica y fundamental expertise de revisar al paciente que a los nuevos y tecnológicos métodos diagnósticos, otorgándole más importancia a lo que me informan que a lo que veo, lo que hace a un profesional más dependiente de los métodos diagnósticos que de su experiencia y sabiduría. Ningún aparato sofisticado puede reemplazar nuestra humanidad.

Si bien el revisar al paciente se ha vuelto poco frecuente también hemos perdido y creo que aun en mayor medida la capacidad de escucharlo y mirarlo, atendemos mirando la pantalla de la computadora o lo que es peor pendientes del celular, la escucha implica aun más compromiso con el otro, lo reconoce, lo hace sujeto, si te escucho tomás mucha más entidad, ocupás mi tiempo, te dedico mi pensamiento; todo esto el paciente lo percibe y en ocasiones lo sufre; los que atendemos un pool de pacientes desde hace mucho tiempo y los hemos acompañado por su derrotero por el sistema de salud los hemos escuchado infinidad de veces decir “ni me mirò”, “me tocó recién en el quirófano” o por el contrario “me atendió muy bien, me revisó de arriba abajo”. Tocar, escuchar, es atender bien, no solo por lo que sabemos, también así lo percibe el paciente.

Los motivos por los que dejamos de examinar a nuestros pacientes son variados según el lugar y modalidad del ejercicio profesional, de todas maneras es indiscutible que está pasando, no menos cierto es que debemos recuperar esta habilidad básica de nuestra profesión en la búsqueda de la optimización de la atención, no es esto un acto de melancolía de los tiempos pasados, es recuperar un saber básico para la mejor atención del paciente. Al fin y al cabo para eso estudiamos medicina.

4. Medico Generalista MP 2487 ME: 9835. Especialista en Medicina del Trabajo M.E 16948. Postgrado en Salud Publica CMPC. Posgrado en Cuidado Paliativos U. del Salvador.



**COLEGAS,
FRENTA A
LAS AMENAZAS
O AGRESIONES**

**NO DEJEMOS
DE REPORTARLO
a www.cmpc.org.ar**



ADICCIONES EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

LAS GUÍAS CLÍNICAS, ELABORADAS Y EDITADAS POR NUESTRO CONSEJO DE MÉDICOS, ES UNO DE LOS TANTOS PROYECTOS QUE PERDURAN POR LO QUE IMPORTAN COMO MATERIAL DE CONSULTA DE LOS COLEGAS. SU PRIMERA MANIFESTACIÓN FUE LA PUBLICACIÓN DE UN MANUAL DE EMERGENCIAS MÉDICAS, EN UN YA LEJANO 1994. ESE TEXTO, ORIENTADO A LA ATENCIÓN PRIMARIA, DE LA QUE SE ELABORARON VARIAS EDICIONES CONVOCÓ A LOS MÁS RECONOCIDOS ESPECIALISTAS EN DISTINTAS ESPECIALIDADES Y CUMPLIÓ SU OBJETIVO DE CONSULTA PERMANENTE DE LOS COLEGAS. ESTE LOGRO DIO PIE PARA CONVERTIRLO EN EL PROGRAMA DE GUÍAS CLÍNICAS, DESDE 2001, CON LA COORDINACIÓN DE LA COMISIÓN DE PROTOCOLOS, SUMANDO TODO EL ABANICO DE ESPECIALIDAD Y AFRONTANDO LOS NUEVOS TEMAS QUE PLANTEABA LA PRAXIS MÉDICA. DESDE ENTONCES, SON UNA REALIDAD, QUE CON LOS NUEVOS DESARROLLOS TECNOLÓGICOS SE CONVIRTIERON EN UNA EDICIÓN DIGITAL, DE FÁCIL ACCESO, A TRAVÉS DE NUESTRA PÁGINA WEB INSTITUCIONAL. ETHICA DIGITAL SE CONVIRTIÓ EN EL TRATAMIENTO DE NUEVOS TEMAS, QUE SON UN DESAFÍO PARA LA PRAXIS MÉDICA. HOY PRESENTAMOS UNA NUEVA GUÍA Y NUEVA PREOCUPACIÓN SOCIAL: LAS ADICCIONES CONDUCTUALES, JUEGOS DE APUESTAS EN LÍNEA Y ADICCIONES TECNOLÓGICAS EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL, ELABORADA POR LA **DRA. MARÍA LAURA FIORE**, MÉDICA PSIQUIATRA. (LUIS RODEIRO)

DRA. MARÍA LAURA FIORE

MÉDICA ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA, UNC.
PSIQUIATRA FORENSE DEL EQUIPO TÉCNICO DEL FUERO CIVIL
DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA.
CURSO BIANUAL EN PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL, UCC.



DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Los trastornos adictivos se caracterizan por una relación que se establece con una sustancia, una conducta, un vínculo o cualquier actividad que inicialmente produce sensación de placer y sobre la que, paulatinamente, el sujeto pierde el control. La relación se sostiene en el tiempo; por

lo general, se incrementan los tiempos de exposición (tolerancia), la persona exhibe una conducta compulsiva y, ante la interrupción, experimenta un fuerte malestar subjetivo (dependencia), lo cual produce un cuadro de abstinencia (irritabilidad, disforia, ansiedad, insomnio, etc.).

En la actualidad, se habla de trastornos relacionados

con sustancias y trastornos no relacionados con sustancias, con hincapié en la conducta y en la pérdida de control volitivo sobre la misma.

A partir de la conducta, en un comienzo, se experimenta una emoción positiva y placentera mediada por vía de los circuitos de recompensa cerebrales dopaminérgicos. Esta euforia inicial actúa como refuerzo positivo de la conducta y condiciona el deseo de repetirla. Progresivamente, dicho refuerzo disminuye por efecto del desarrollo de tolerancia y el comportamiento comienza a automatizarse. De esta manera, comienza a perderse el control de un hábito que se instala, por lo que adquiere relevancia el refuerzo negativo que implica la compulsividad a realizar la conducta para evitar experimentar un síndrome de abstinencia en forma de irritabilidad, ansiedad, estrés, ánimo disfórico, insomnio y, en algunos casos, crisis externalizadas con marcada agitación psicomotriz.

La población infanto-juvenil es particularmente vulnerable debido a sus características madurativas en relación con el neurodesarrollo y a su constitución subjetiva. Se consideran factores de riesgo o predisposición la dificultad para el afrontamiento de los problemas, la baja autoestima, la impulsividad, la no tolerancia a estímulos físicos o psicológicos desagradables como el dolor o la tristeza, un estado de ánimo depresivo, disfórico y la búsqueda de sensaciones fuertes (Cía, AH. 2013), características todas muy habituales en el período adolescente. Es decir que ser niña, niño o adolescente implica estar particularmente predispuesta/o y ser vulnerable a desarrollar conductas adictivas. Esta cuestión es ampliamente explotada por el mercado de las apuestas online, con un bombardeo publicitario en todos los contenidos consumidos por niñas, niños y adolescentes y estímulos financieros para el inicio del hábito.

En relación con la subjetividad de las niñas y adolescentes actuales, cabe decir que se detectan ciertas características vinculadas a la inmediatez, al proyecto individual, a la virtualidad como nueva forma social y a la pérdida de confiabilidad y potencia simbólica de las instituciones sostenedoras e históricamente proveedoras de sentido (familia, escuela, religión, Estado). El resultado es la ato-

mización del propio sentido, desvinculado del rol y aporte social que para las generaciones precedentes han actuado como estabilizadores de la propia existencia y ordenadores tanto de la realidad externa como interna. En este contexto los padres y otros referentes adultos no logran aportar coordenadas que resulten válidas y vigentes en términos de la realidad que deben habitar niños, niñas y adolescentes. Siempre, la autoridad jerarquizada se ha considerado como un organizador subjetivo y la fragilidad o descrédito de ella, como desorientadora.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Estamos frente a un problema de gran relevancia y penetración en nuestra sociedad que es el de las apuestas en línea de niños/niñas y adolescentes. La expansión y penetración que tienen estas conductas en todo el territorio argentino es muy significativo. El informe Ejecutivo sobre conductas adictivas “Apostar no es un juego”, publicado en septiembre de 2024, da cuenta de que 4 de cada diez niñas/niños y adolescentes han apostado. La relevancia de este informe radica en que fue la primera aproximación estadística que abarca todo el territorio federal argentino, en relación con la extensión y penetración del hábito de las apuestas en línea en una población particularmente vulnerable: adolescentes y jóvenes de entre 15 y 29 años. Para el trabajo, se realizaron más de 9.700 encuestas semiestructuradas autoadministradas de manera online en el período de tiempo del 01 de mayo al 31 de julio de 2024. De ese número, resultaron 7.810 casos válidos que se ajustaron a los parámetros de integridad de datos. Dichas encuestas se recolectaron en las 24 provincias argentinas, en 360 localidades, en zonas urbanas y rurales, en ciudades de desarrollo reciente (Vaca Muerta), como en comunidades originarias y en grupos de distinta situación socio-económica.

El informe del Observatorio de Adicciones y Consumos Problemáticos arroja que, en Argentina, el 30% de la población tiene alguna vinculación con las apuestas y que 7 de cada 100 individuos son considerados adictos. Niñas, niños y adolescentes son más vulnerables, debido a cuestiones madurativas vinculadas con el neurodesarrollo

postnatal y presentan dificultades para extinguir conductas, para frenar impulsos, para la regulación emocional y para dimensionar las consecuencias de las acciones. Incluso, en la etapa prepuberal también les cuesta distinguir fantasía de realidad. Estas características están asociadas al desarrollo tardío de las estructuras corticales prefrontales, proliferación sináptica y arborización dendrítica infantil primero y poda neuronal en la etapa adolescente, con la consecuente estabilización solo de aquellas vías de neurotransmisores más estimuladas, lo que incrementa la vulnerabilidad y produce predisposición en torno a los comportamientos adictivos por activación dopaminérgica. Las vías neurológicas implicadas son primariamente dopaminérgicas, conocidas como “circuito de recompensa”, y, de manera secundaria, pueden afectarse otras vías y neurotransmisores, en la medida en que se genera el hábito y se instalan la dependencia y la tolerancia, produciendo sintomatología ansiosa del estado del ánimo, cognitiva y conductual.

A continuación, se presentan los resultados nacionales del informe ejecutivo “Apostar no es un juego”:

- Casi la totalidad de los adolescentes y jóvenes escucharon hablar de apuestas online. El 40%, apuesta actualmente o apostó recientemente. Tres de cada 4 apostadores dedican hasta 2 horas diarias.

- Tres de cada 4 apostadores creen que las apuestas pueden convertirse en una adicción.

- Un 30% de los apostadores ha experimentado ansiedad o estrés por el hecho de no haber podido realizar una apuesta.

- La mayoría de los apostadores (60%) consideran que ganan por efecto del azar, sobre todo aquellos que apuestan en casinos. Al mismo tiempo, 1 de cada 5 considera que el resultado depende de sus conocimientos en el deporte, disciplina o equipo apostado. Al respecto, especialistas se refieren a la ilusión de dominar los resultados.

- En promedio, los adolescentes y jóvenes apuestan el equivalente a 2 de cada 3 pesos que reciben de sus padres y madres para afrontar gastos cotidianos.

- Los montos apostados mensualmente varían significativamente dependiendo de las edades, del género, del

nivel educativo, de la condición de ocupación, de la condición de permanencia en establecimientos educativos y del estrato socioeconómico del hogar de residencia.

- Se mueven en un ambiente donde predomina el clima de apuestas. Tres de cada 4 conoce amigos, amigas o allegados que realizan apuestas en línea. El extendido entorno de apostadores es un factor de riesgo para quienes aún no han apostado o para quienes, incluso apostando, pretenden dejar el hábito.

- Se destaca la percepción de aislamiento de quienes no participan del hábito, la sensación de “quedarse afuera del grupo” o, en un lenguaje más coloquial, “sentirse un boludo” por no apostar.

- Además, se suma la falsa percepción de un “otro” que supuestamente es ganador. El máximo monto ganado por una persona conocida es, en promedio, más del doble del máximo monto perdido. Si las proporciones fueran estas, los sitios de apuestas no existirían por su falta de rentabilidad.

El testimonio de Agustín (18 años) nos da una pista de esta inconsistencia: “Cuando los chicos pierden, no lo cuentan por vergüenza y de ahí es que parece que ganan mucho; sólo se habla de lo que se gana”. El psicólogo Agustín Dellepiane, especialista en la problemática, refiere al sesgo de confirmación que lleva al apostador sólo a ver y contar las veces que gana, las cosas que logró con ese dinero. A la vez, se registra un “falocentrismo” de ver quién ganó más.

- Seis de cada 10 apostadores consideran que es poco o nada lo que han perdido. Federico Pavlovsky, médico psiquiatra especialista en consumos problemáticos, apunta, al respecto, que la forma virtual de jugar en estos sitios contribuye a la pérdida del dolor de pagar. El apostador no siente que esté perdiendo dinero, sino que solamente está jugando. Pagar físicamente duele, porque uno hace tangible la pérdida y en el cerebro se activan las mismas zonas que registran el dolor físico.

- El 70% considera que el hábito de hacer apuestas tiene efectos negativos.

- El 70% considera las apuestas como una problemática de la juventud a ser tratada.

En síntesis, los porcentajes de difusión del hábito son importantes, como así también el impacto negativo en términos de generar ansiedad, estrés, insomnio, irritabilidad, entre otras manifestaciones de malestar subjetivo. Estos aspectos, junto a la compulsividad desarrollada en torno a la conducta –la que puede llegar a desarrollar tolerancia, incrementándose progresivamente el tiempo invertido en la actividad–, la convierten en una problemática realmente seria a ser abordada.

Sin dudas, esta situación tiene numerosas aristas que complejizan su abordaje, como la accesibilidad a dispositivos electrónicos y a internet, la difusión sin restricciones de publicidad de plataformas de apuestas, los estímulos económicos que ofrecen al inicio, la facilidad con que puede falsearse la edad, la falta de regulación estatal, etc.

CATEGORIZACIÓN DIAGNÓSTICA

Desde el punto de vista diagnóstico, el DSM V (Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, en su quinta edición) ha incluido la adicción a internet como categoría diagnóstica, en tanto la adicción a los videojuegos (Internet Gaming Disorder) se introduce en la sección III correspondiente a condiciones que requieren más estudio a futuro. Dicho manual incorpora el Juego Patológico en el apartado de “Trastornos relacionados con sustancias y adicciones”, cuando históricamente se lo ubicaba en el apartado de “Trastornos del control de los impulsos”. Esta recategorización puede considerarse un avance, debido a las similitudes entre las adicciones a sustancias y las adicciones conductuales, activando los mismos mecanismos neurobiológicos (circuito de refuerzo dopaminérgico en distintas estructuras cerebrales como el núcleo accumbens y el hipocampo), con manifestaciones conductuales equivalentes. En tanto, la CIE 11 (Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS) sí incluye el gaming disorder como categoría diagnóstica.

En relación con la inclusión del Trastorno de Juego por Internet (Internet Gaming Disorder) en la sección III –y específicamente en el apartado “Condiciones para un

mayor estudio”–, se especifica que, dentro de los criterios propuestos, solo se incorporan en este trastorno los juegos de internet que no incluyan apuestas y que no formen parte de las actividades recreacionales o sociales, las profesionales ni las páginas sexuales. Asimismo, se resalta que se trata de condiciones en las cuales es fundamental lo que futuras investigaciones puedan señalar, y que la creación de dichos criterios cumple el único propósito de proveer un lenguaje común para investigadores y clínicos interesados en esta condición, pero que no pueden ser usados con fines puramente clínicos (aclaración establecida para el uso del manual en su totalidad).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM V DE JUEGO PATOLÓGICO

A. Juego patológico problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro (o más) de los siguientes criterios durante un período de 12 meses:

1. Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
2. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
4. A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (p. ej., reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar).
5. A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p.e. desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar “recuperar” las pérdidas).
7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.

9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego.

B. Su comportamiento ante el juego no se explica mejor por un episodio maníaco.

Criterios diagnósticos DSM V trastorno por juegos de internet.

1. Preocupación por los juegos por internet, que pasan a ser la actividad dominante.

2. Síntomas de abstinencia cuando se le impide jugar (irritabilidad, ansiedad o tristeza).

3. Tolerancia: se necesitan cantidades mayores de tiempo para practicarlos.

4. Intentos fracasados para controlar la participación en los juegos de internet.

5. Pérdida de interés en otros hobbies o aficiones y en otras formas de entretenimiento.

6. Uso continuo de los juegos de internet a pesar de conocer los problemas psicosociales que generan.

7. Ha engañado a familiares, terapeutas y otros, respecto de la cantidad de juego por internet que practica.

8. Uso de los juegos desarrollados por internet para escapar o aliviar un humor negativo (por ejemplo, sentimientos de desesperanza, culpa o ansiedad).

9. Ha descuidado o perdido relaciones significativas, su empleo u oportunidades educativas o laborales debido a su participación en juegos por internet.

Nota:

Este trastorno es distinto al juego de apuestas por internet, que se incluye dentro del trastorno por juegos de apuestas.

CRITERIOS CIE PARA TRASTORNO POR USO DE VIDEOJUEGOS PREDOMINANTEMENTE EN LÍNEA:

El desorden de juego se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego persistente o recurrente ("juego digital" o "videojuego"), que puede ser en línea (es decir, a través de internet) o fuera de línea, manifestado por:

1. Deterioro en el control sobre el juego (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto);

2. Incremento en la prioridad dada al juego al grado que se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria;

3. Continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas.

El patrón de comportamiento es lo suficientemente grave como para dar lugar a un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento. El patrón de comportamiento puede ser continuo o episódico y recurrente, y generalmente es evidente durante un período de al menos 12 meses para que se asigne el diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.

ABORDAJE

Dada la alta vulnerabilidad de las poblaciones infanto-juveniles frente a la generación de conductas adictivas vinculadas al uso de pantallas, videojuegos, apuestas on line y otros consumos tecnológicos con riesgos inherentes (grooming, pornografía, exposición de la intimidad, cyber venganza, etc.), el primer recurso es, por supuesto, regular la exposición.

■ Evitar el uso de dispositivos tecnológicos a edades tempranas, teniendo en cuenta que introducir pantallas para aliviar un estado de tensión o displacer en un infante o niño/a pequeño/a implica activar vías dopaminérgicas ligadas al placer de un estímulo intenso y placentero inmediato.

■ Delimitar la cantidad de horas de uso de los recursos tecnológicos y equilibrar con la realización de otras actividades al aire libre, recreativas y de tiempo compartido en familia.

■ Acompañar y supervisar los consumos tecnológicos y las producciones que se comparten en línea, educando sobre riesgos y usos potencialmente nocivos.

■ Favorecer la comunicación en relación con la vida anímica y emocional, permitiendo la expresión de afectos negativos de modo de contribuir a tolerar gestionar dichos afectos.

Cuando se detecta la presencia de una conducta adictiva, es necesario brindar asesoramiento y realizar psicoeducación sobre el impacto de la conducta para la persona y en su vida de relación, teniendo en cuenta que, de igual manera que en las adicciones con sustancia, hay una fuerte negación de la gravedad del síntoma y para reconocer la conducta adictiva como tal.

Para iniciar un tratamiento hay que considerar la particularidad de cada individuo, por lo que resulta necesario un abordaje individualizado. La estrategia debe ser interdisciplinaria, de manera de abordar la salud física y mental y fomentar la mejora de las relaciones familiares, con pares, de la vida escolar, laboral y la estabilidad general.

En el contexto del trabajo con niñas, niños y adolescentes, el abordaje familiar es fundamental. También el trabajo psicoeducativo que permita dimensionar adecuadamente la intensidad de la conducta, su impacto negativo en todas las áreas de desenvolvimiento del sujeto y su asiento en hábitos familiares quizás más amplios (estilos parentales, tiempo compartido, hábitos familiares, comunicación) que puedan revisarse junto a la familia para contribuir a mejorar los vínculos, la comunicación y generar estrategias tendientes a acompañar y sostener el proceso terapéutico y tratamiento del niño, niña o adolescente.

La estrategia psicofarmacológica puede constituirse necesaria tanto para el manejo de la disforia y el descontrol conductual que produce el hábito o la suspensión del mismo, para el manejo de sintomatología relacionada con el estado de ánimo/ansiedad, como para el abordaje de la compulsividad, impulsividad y posibilidad de paso al acto, sobre todo en etapas avanzadas del hábito adictivo en el que predominan sentimientos de desesperanza y desesperación.

CONCLUSIONES

Las adicciones conductuales se presentan como un desafío clínico y de tratamiento, debido a las dificultades

de la persona –y, en ocasiones, también de su entorno– para reconocer las conductas, dimensionarlas y problematizarlas en su impacto global presente y futuro, sobre todo cuando tienen lugar en subjetividades en vías de constitución y sistemas nerviosos en desarrollo. La accesibilidad y la exposición se presentan como los principales factores de riesgo sobre la vulnerabilidad infanto-juvenil. La prevención desde edades tempranas debe considerar la asimetría necesaria en las relaciones de los niños/as con sus referentes adultos, la puesta de límites y la organización de las actividades infantiles, asignando tiempos de uso de pantallas y diversificando intereses y actividades. La introducción de la dimensión virtual, del uso de redes sociales, acceso a internet, a videojuegos y juegos en línea requiere del involucramiento activo de los adultos en la configuración de perfiles, así como parámetros de seguridad y privacidad y un diálogo constante acerca de los consumos y los contenidos producidos los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA:

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association 2013.
- Carbonell, Xavier. El diagnóstico de adicción a videojuegos en el DSM-5 y la CIE-11: Retos y oportunidades para clínicos. The diagnosis of video game addiction in the DSM-5 and the ICD-11: challenges and opportunities for clinicians. *Papeles del psicólogo / Psychologist papers*, 2020 vol. 41(3), pp. 211-218.
- Cía, Alfredo H. Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes.. *Revista de Neuro-Psiquiatría [en línea]*. 2013, 76(4), 210-217.
- Dellepiane, Agustín (2022). *Ludopatía, una adicción silenciosa*. Buenos Aires: Grupo Heterónimos ISBN 978- 987-28115-7-0
- Pavlovsky, F. (2024). *Apuestas online. La tormenta perfecta. Crianza digital y adicciones emergentes. Implicancias clínicas y lineamientos prácticos*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Romeo, M., Cabani, F. y Alonso, C. (2024). *Apostar no es un juego*. Buenos Aires, Argentina.
- World Health Organization. World Health Organization (WHO); 2018. International classification of diseases 11th revision (ICD-11)



El uso indebido de los **ANTIBIÓTICOS** es un gran riesgo para la salud



Tomar antibióticos cuando no se necesitan acelera la aparición de resistencias a estos medicamentos, **que es una de las principales amenazas para la salud mundial.**



Las infecciones por patógenos resistentes a los antibióticos **aumentan la duración de las hospitalizaciones, los costos del tratamiento y la mortalidad.**



El uso inadecuado de los antibióticos hace que las bacterias se vuelvan resistentes, y que los tratamientos actuales dejen de funcionar.

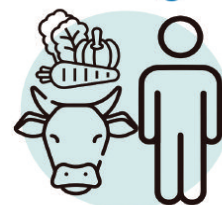
Vos podés ayudar a reducir la resistencia a los antibióticos



Seguí siempre las recomendaciones de un profesional de la salud antes de tomarlos



Las infecciones por patógenos resistentes a los antibióticos **puede afectar a cualquier persona de cualquier edad en cualquier país.**



Son las propias bacterias, y no las personas o los animales, las que adquieren resistencias a los antibióticos.



Debido a estas resistencias, **las infecciones comunes no podrán tratarse.**



“LA EDUCACIÓN ES EL NUDO GORDIANO DEL PROCESO CIVILIZADOR”

EL DR. ROGELIO LÓPEZ GUILLEMAIN PRESENTA EN EL CONSEJO SU NUEVO Y QUINTO LIBRO “BORRÓN Y CUENTA NUEVA. EDUCACIÓN Y GENERACIÓN Z”, DEFINIDO COMO “UNA OBRA QUE ABORDA EL DESAFÍO DE LA EDUCACIÓN EN TIEMPOS EXPONENCIALES, IMPACTADOS POR LA TECNOLOGÍA. EN ESTA ENTREVISTA, EXPLICA QUÉ LO INSPIRÓ Y EL PORQUÉ DE SU INTERÉS POR LA LITERATURA. (ENTREVISTA ALEJANDRA BERESOVSKY).



Este libro es diferente a los últimos dos que presentó anteriormente, que combinaban ficción con reflexión. En este caso, combina reflexión con investigación. ¿Encontró igual, mayor o menor satisfacción en el proceso?

Tengo cuatro libros anteriores, dos de ellos son ensayos políticos y dos son novelas reflexivas. Es verdad que éste hace un trabajo investigativo sobre las generaciones y el sistema educativo, proponiendo una meta en cuanto a la forma de hacer educación ahora. He encontrado mucha satisfacción en el proceso, porque la educación es un tema que me atrae y me atrajo siempre mucho y me ha permitido unir dos puntos de vista: uno, desde lo filosófico y otro, desde lo educativo.

¿Cree que mantendrá este registro a la hora de seguir escribiendo?

Me mantengo escribiendo continuamente artículos y podcasts para difundir conceptos e ideas. Prontamente comenzaré a escribir un próximo libro que será sobre autismo.

¿Cómo encaró el proceso de producción de este libro? ¿Qué tiempo le demandó? ¿Qué investigaciones requirió?

El proceso de producción del libro fue aproximadamente de dos años. Lo encaré desde que comencé a hacer la carrera docente, hace más de diez años, fue el tema de mi tesis, y desde entonces permanentemente estuve estudiando y buscando

bibliografías de distintos autores, puntos de vista psicológicos, filosóficos, tecnológicos, que vayan apoyando lo que venía proponiendo yo.

El texto está atravesado de una visión crítica de la situación actual en diversos ámbitos de la sociedad (aulas, familia, comunidad). ¿Cree que es un libro pesimista?

No me parece que sea un libro pesimista. Creo que es un libro realista y que toma como punto de partida conceptos como el pensamiento crítico, necesario de recuperar. Tomo un punto de partida desde el pasado, entendiendo los cambios que han existido hasta la actualidad, algunos de los cuales considero errados. Creo que se han cambiado cosas que no habría que cambiar y no se han cambiado cosas que sí se deberían cambiar. El pensamiento crítico tiene el punto de reunión en la educación en las distintas generaciones.

¿Cuándo nació su vocación por la escritura? ¿Cómo la combina con el ejercicio de la profesión médica?

Escribo desde hace más de 40 años. Pasé por distintos géneros, algo de poesía, luego, ensayos, artículos y, finalmente, comencé con los libros. El primer libro lo escribí

hace cerca de 20 años. Yo creo que la medicina es una suerte de disección de la salud y del cuerpo humano y escribir es una disección de nuestro lenguaje y del mundo de las ideas, así que no están tan alejadas una de otra.

¿Tiene otros proyectos literarios en carpeta?

Como comenté anteriormente, el próximo libro será acerca del autismo, pero no desde el punto de vista médico, sino desde el punto de vista familiar. Sobre las formas de llevar adelante la convivencia con las personas que tienen este trastorno y el entendimiento de que reconocer sus limitaciones no es una forma de agredirlos, sino que, por el contrario, es el primer punto para poder ayudarlos.

¿Qué efecto espera generar con este libro en los lectores?

La educación es el nudo gordiano del proceso civilizatorio. Lo que podamos hacer que evolucione la educación va a ser en pos de mejorar nuestro país y la sociedad en general. Hoy la educación tiene como característica que el contenido de información no está más en el docente, debemos reinterpretar la forma en que conocemos la educación. Espero que se despierten muchas conciencias y produzcamos los cambios necesarios.



xxx

Cursos de FORMACIÓN

válidos para rendir la **especialidad** junto a los demás requisitos exigidos:

Farmacología Clínica, Medicina Generalista, Psiquiatría, Nutrición Médica, Medicina de Emergencias Pediátricas, Geriátrica, Terapia Intensiva, Auditoría Médica, Medicina Prehospitalaria y Rescate, Medicina del Deporte y Toxicología.

Más información:
educacionmedicacontinua@cmpec.org.ar
www.cmpec.org.ar

CMPC Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba



FIDEICOMISO SOLIDARIO
DE AYUDA PROFESIONAL

¿Por qué debería adherirme al FISAP?

- Porque de 18.723 médicos **más de 12.000** colegas ya están **ADHERIDOS**
- Porque acompañamos hace **25 AÑOS** a todos los colegas
- Porque te defendemos **PENAL y CIVILMENTE**
- Porque tenemos profesionales **EXPERTOS EN MALA PRAXIS**
- Porque no excluimos a colegas **COMO EN OTROS SEGUROS**
- Porque cubrimos a quienes trabajan en **PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**
- Porque tenemos la cuota **MÁS BAJA** y las coberturas **MÁS ALTAS**
- Porque acompañamos a los colegas **QUE RECIÉN COMIENZAN**
- Porque hemos atendido **MÁS DE 1.200 JUICIOS**
- Porque tenemos **SUBSIDIOS QUE NINGÚN SEGURO OTORGA**

*Somos mucho más
que un seguro*