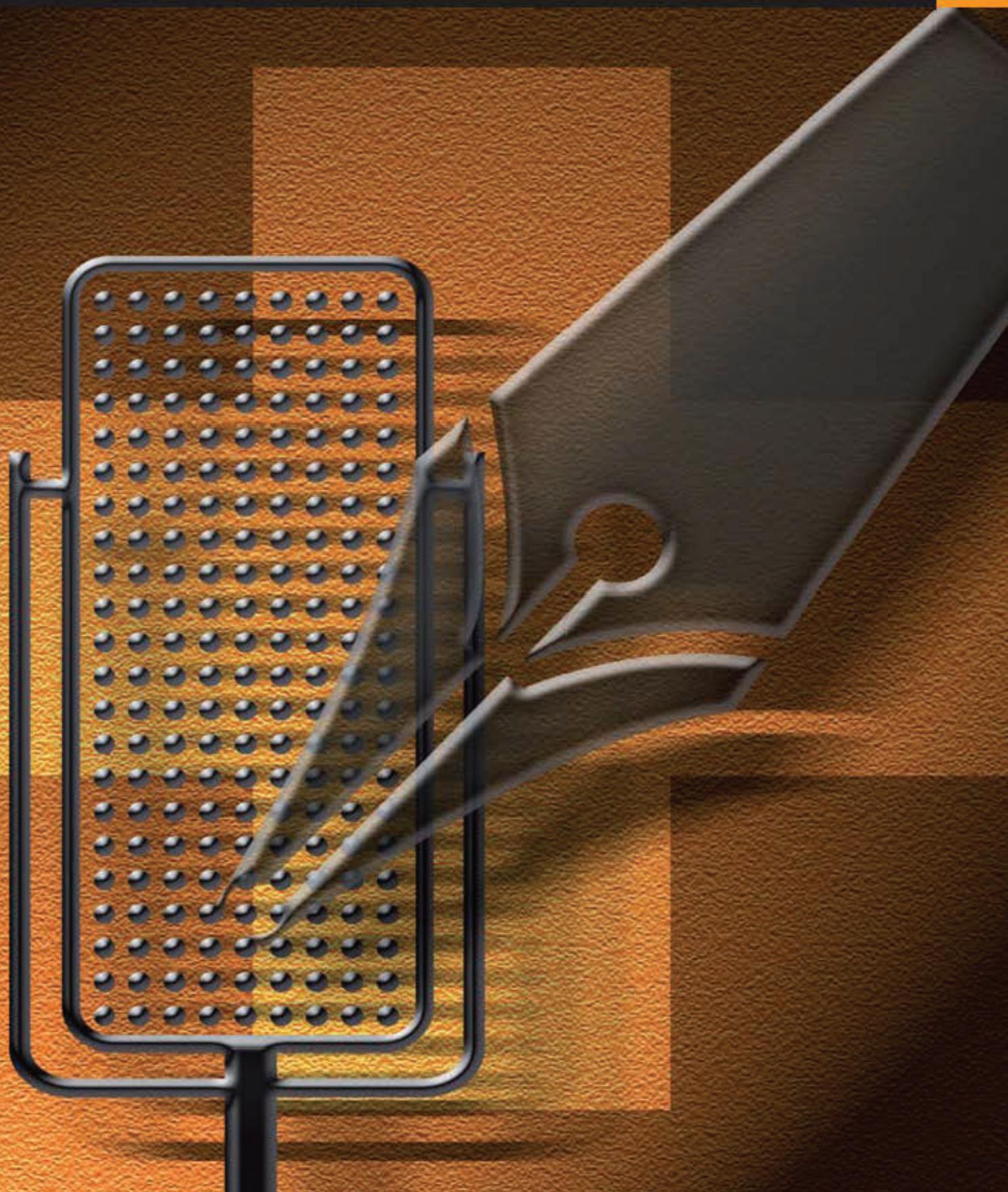




# PERIODISMO | MEDICO

ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PERIODISMO MEDICO





## AUTORIDADES

### COMISIÓN DIRECTIVA

<b>PRESIDENTE</b>	Mario Bruno
<b>VICEPRESIDENTE</b>	Claudio Jehin
<b>SECRETARIO GENERAL</b>	Stella Maris Casalapro
<b>PROSECRETARIO</b>	María Beatriz Sosa
<b>SECRETARIO DE ACTAS</b>	Martha Cora Eliseth
<b>TESORERO</b>	Fernando Daniel Casola
<b>PROTESORERO</b>	Mariano Jehin
<b>VOCAL 1°</b>	Carlos María Bruno
<b>VOCAL 2°</b>	Juan Carlos Gallo
<b>VOCAL 3°</b>	Graciela Colecchia
<b>VOCAL 4°</b>	Lidia Martínez

### COMISIÓN REVISORA DE CUENTAS Y FISCALIZACIÓN

Gerado Bontempi  
Pablo Atchabahian

### Revista Argentina de PERIODISMO MÉDICO

<b>COMITÉ DE REDACCIÓN</b>	Mario Bruno Claudio Jehin Carlos Bruno Mariano Jehin
----------------------------	---

<b>COMITÉ ASESOR</b>	Florentino Sanguinetti Jorge Pilheu Rosa Levin Diego Perazzo Carlos Araujo
----------------------	--

## SUMARIO

**EL ROL DEL PERIODISMO MÉDICO  
EN EL SISTEMA DE SALUD** 3

**NOTICIAS SOBRE MEDICAMENTOS Y SALUD:  
¿EL FIN JUSTIFICA LOS MEDIOS? (PRIMERA PARTE)**

*Dr. Jorge Barello* 5

**LOS CAMBIOS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD  
A LO LARGO DEL SIGLO XX** 13  
*Dr. Mario F. Bruno*

**HISTORIA CLÍNICA DE LA HISTORIA** 15  
*Dr. Gabriel Milman  
Periodista Médico*

**NEUROSIS DEL CANTANTE "TRAC"** 16  
*Dra. Stella Maris Casalapro*

**SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS** 19  
*Dr. Ernesto Gil Deza*

**LOS PROTAGONISTAS  
DE LA CARIES DENTAL ESTÁN CERCA** 25  
*Carlos M. Bruno*

**INFORMAR Y EDUCAR  
(PREVENIR PARA CURAR)** 26  
*Dr. Gabriel Milman*

**ACTIVIDADES CIENTÍFICAS  
SOCIEDAD ARGENTINA DE PERIODISMO MEDICO** 27



# EDITORIAL

## EL ROL DEL PERIODISMO MÉDICO EN EL SISTEMA DE SALUD

La comunicación en sus más diversas manifestaciones constituye el principal medio de interrelación entre los seres humanos. La comunicación personal puede hacerse en forma escrita, oral o gestual. Cuando apareció la necesidad de comunicarse masivamente, surgió primero la prensa escrita y, a medida que mejoraron los recursos tecnológicos, le siguieron la radio, la televisión y actualmente se ha agregado la red mundial de Internet. Curiosamente, los medios de difusión masivos emplean los mismos métodos de la comunicación personal: la escrita (prensa escrita), la oral (radio) y la gestual (televisión).

Si bien la comunicación a través de los medios de difusión masiva puede hacerse con fines muy diversos: educacionales, informativos, publicitarios, recreativos, religiosos, políticos, etc, el objetivo final, en la mayor parte de los casos, es influir en forma directa o indirecta, en la opinión pública.

Respecto de la salud, los medios de difusión masiva en sus distintas modalidades, escrita, radial y televisiva, han ido incrementando en los últimos años la publicación de temas médicos.

Este aumento de las notas relacionadas con la salud, se halla íntimamente relacionado con el interés cada vez más notorio del público por la temática vinculada con las enfermedades y su prevención.

Por su amplia llegada, los medios de difusión, dependiendo de varios factores, pueden ejercer influencia positiva o negativa sobre la salud de la población.

En muchos casos, las noticias médicas transmitidas adecuadamente pueden ser beneficiosas para un público que nunca consultaría por temas como prevención y el diagnóstico temprano de distintas enfermedades. En este aspecto, los medios pueden tener una mejor llegada que los médicos.

Sin embargo, por diversos factores, no siempre ocurre así.

Pese a existir publicaciones orientadas a incrementar los conocimientos, la difusión de todo lo relacionado con la salud como se hace en el momento actual, puede clasificarse como confusa y colaboran por un lado los periodistas, y por otro los medios de difusión.

Respecto de los periodistas, es imprescindible tener en cuenta la idoneidad del responsable de confeccionar la nota. Al dominio de la técnica periodística, quien se dedica a esta subespecialización debe sumar amplios conocimientos del tema salud. Lamentablemente, quienes participan en la confección de las notas no siempre conocen el tema que pretenden tratar. Bajo este aspecto podemos clasificar a estas personas en cuatro categorías: periodistas especializados en temas de salud, periodistas sin conocimiento del tema, profesionales de la salud con conocimientos periodísticos y profesionales de la salud sin conocimientos periodísticos.

Los que integran el primero y tercer grupo son, sin lugar a duda, quienes están habilitados técnicamente para transmitir adecuadamente al público los temas de salud. Quienes conforman el segundo grupo, por su ignorancia sobre el tema pueden ocasionar consecuencias graves, tanto en la salud general como en la individual. Información errónea sobre las formas de contagio del Sida o la sugerencia de tratamientos alternativos para el cáncer son solo ejemplos del daño que pueden provocar los medios de difusión.

El cuarto grupo, integrado por los profesionales de la salud carentes del dominio de la técnica periodística, al expresarse con su lenguaje específico no entendible para el público en general, puede provocar dos situaciones opuestas: a) que quien reciba la noticia cambie de canal, de emisora radial, o dé vuelta la página del diario por aburrimiento, o b) por el contrario, que interprete en forma equivocada el contenido de la nota con lo cual puede llegarse a provocar el mismo daño que en el caso del segundo grupo.

Los medios masivos de difusión, compactados cada vez más como entes mono-



pólicos, se hallan muchas veces movidos por intereses que van más allá de lo meramente científico, léase económicos, políticos, promoción, primicia, etc., y emiten notas que, disfrazadas de científicas, cumplen en realidad otros roles. El peligro de esta situación pasa por dar una información parcializada, inconclusa o tergiversada que, en última instancia, puede perjudicar la salud de la población. Las empresas de multimedios en este terreno pueden resultar altamente dañinas, por su posibilidad de emitir el tema por todas las vías posibles de difusión. En el otro extremo, los periodistas dependientes de estos medios no tienen muchas veces otra posibilidad que emitir la nota si quieren conservar su trabajo. Los periodistas independientes que participan de espacios en diferentes medios de difusión pueden ser influenciados por las mismas causas que afectan a los multimedios. El aporte económico, la obtención de la primicia y la exclusividad constituyen las causas principales de deformación de las noticias. En otros casos, existen medios o periodistas independientes que, por pretender estar siempre con la última novedad, reproducen como propias noticias de otros, sin valorar la veracidad de lo emitido, con lo cual se transforman en los que en otra época se hubieran llamado “idiotas útiles”.

Cuando el periodismo para la salud opta por esta faz comercial, sin importarle la salud de sus semejantes, termina resultando un arma peligrosa para quien la toma, alterando además fuertemente la relación médico-paciente.

Publicidades encubiertas, difusión de prácticas ilegales de la medicina y lenguaje críptico, indescifrable para el público general, constituyen las principales resultantes de esta práctica periodística deformada.

Sin embargo, ¿puede atribuirse solo a los periodistas y a los medios la nota mal intencionada? Rotundamente no. Existen entidades que deberían hacer cumplir las reglamentaciones vigentes, pero que no cumplen con su obligación, permitiendo que las incorrecciones se difundan libremente sin ningún tipo de sanción. De acuerdo con lo expresado, ¿tiene algún rol el periodismo en salud?

Sin lugar a duda la respuesta es afirmativa y relacionada con la incorporación del periodismo al equipo de salud, para la difusión de los distintos aspectos de la prevención de las enfermedades. En este contexto, solo muy pocos concurren al médico estando sanos para adquirir conocimientos en el área. Y allí, por su gran llegada, los medios resultan clave en esta actividad. Patologías como las infecciosas, las cardiopatías, las enfermedades vasculares y el cáncer pueden ser prevenidas si el público conoce cómo hacerlo.

Este vacío en el área de la salud debe ser ocupado por el periodismo, que enseñará cada una de las prevenciones. Por lo tanto, el rol del periodismo es enseñar a la población a cuidarse, a prevenir la aparición de enfermedades, a vacunarse, a alimentarse correctamente, a evitar el tabaquismo, etc.

Con la integración del periodismo al equipo de salud se reducirán los riesgos de padecer enfermedades y el ahorro así obtenido permitirá invertir en las áreas más críticas.

En resumen, el periodismo en esta área puede resultar muy dañino o en su defecto colaborar ampliamente en la prevención de enfermedades.

La honorabilidad del profesional periodista, sus conocimientos y un medio comprometido con la salud de la población, constituyen los pilares en los que deben basarse los planes de prevención. A ello debe sumarse la veracidad de la noticia, la incorporación de un profesional de la salud para el asesoramiento de temas puntuales, fundamentalmente en el chequeo adecuado de las fuentes de las cuales provienen las noticias que se difunden.

**Dr. Mario F. Bruno**

# NOTICIAS SOBRE MEDICAMENTOS Y SALUD: ¿EL FIN JUSTIFICA LOS MEDIOS?

(PRIMERA PARTE)

Jorge Barello

## LOS GOZOS Y LAS SOMBRAS

Como todas las mañanas, leyó el diario ordenadamente, respetando la secuencia de las páginas. Al llegar a los temas de salud, se enfrentó a una desagradable sorpresa: el medicamento que estaba tomando había sido retirado del mercado norteamericano, mientras que las autoridades europeas y las nacionales estaban en pleno y acelerado proceso de evaluación para seguir los pasos del ente de fiscalización de los Estados Unidos, la FDA.

Quiso comprobar si la droga en cuestión era precisamente la que mencionaba la nota. El estuche despejó todas las dudas, debajo de la marca comercial figuraba el mismo principio activo que hace pocos meses había sido noticia en el mismo diario y en otros medios masivos. Sin embargo, en aquella oportunidad se anunciaba la llegada de una "novedosa molécula química" colmada de elogios. No era para menos, el fármaco representaba un avance promisorio en el tratamiento de una enfermedad tan frecuente como la que padecía el lector de nuestra historia.

Mientras tanto, su médico comentaba en el hospital con un grupo de colegas, una noticia de contenido similar publicada en otro diario. Prácticamente todos, médicos y pacientes, se plantearon los mismos interrogantes: ¿quién se había equivocado?, ¿el propio paciente al insistirle en aquel entonces a su médico para que le prescriba la nueva medicina de la que se hablaba en todos los medios?, ¿el médico al recetar el medicamento?, ¿los periodistas al difundir la noticia?, ¿los diarios al publicarla o la televisión al brindarle un espacio en el noticiero?

Este hipotético e imaginario relato bien podría corresponder a una historia real que propicie un análisis de los alcances y limitaciones en el manejo de las noticias de salud y medicamentos en los medios masivos. En pocas palabras, el inevitable fenómeno mediático al que asistimos nos obliga a conocer las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que implica la divulgación periodística de estos temas.

Hoy, los medios poseen un insuperable poder de inoculación en la mente de las personas. Así lo advertía hace un par de años Umberto Eco (La Nación, 1º de febrero de 2004), alertando sobre la influencia creciente y el poder que los medios masivos ejercen sobre la sociedad.

El tema es, sin duda, muy complejo y obliga a ensayar algunas hipótesis acerca de qué sucede con el conocimiento en general y las novedades médicas en particular, cuándo estas últimas pueden convertirse en noticia y cuál sería el mejor formato para permitirles un "ensamble" con los medios masivos.

## TIEMPOS POSMODERNOS

La trama sobre la que se desarrolla esta historia es, ni más ni menos, que la posmodernidad, un tiempo que tiene como protagonista en las grandes ciudades al "homo zapping".

Si en verdad los atenienses fundaron la felicidad, los medievales el pecado y los modernos el progreso, nosotros -los posmodernos- inventamos el zapping. Un fenómeno que rinde culto a la fugacidad y está prácticamente sincronizado con la velocidad con que transmuta la información y, con ella, la inmediatez con que se transforma en noticia. Antiguamente, el conocimiento necesitaba miles de años para modificarse, mientras que hoy se "actualiza" cada dieciocho meses: esto significa que todos los años más del 10% del conocimiento ya es obsoleto.

Sólo para tener una idea acerca del infinito volumen de datos que se manejan, pensemos que The New York Times, Le Monde de París, El País de Madrid o La Nación de Buenos Aires en un día laborable contienen más información que la que podría disponer durante toda su vida un habitante de Europa en el siglo XVII.

Es decir, la proliferación informativa es alarmante y, en medio de semejante caos, la ciencia sigue evolucionando y destilando novedades que pugnan por convertirse en noticia para ser comprendida por el público no especializado.



A ese respecto, el filósofo Fernando Savater sostiene que “el ciudadano de las sociedades actuales, inundadas por la información abrumadora, se debate en una masa caótica de datos a la espera del especialista que los dote de sentido”. Es aquí donde surge la figura del periodista especializado en temas de salud y ciencia y adquiere jerarquía este tipo de información. Hace ya varios años, algunos autores como Burkett predijeron este tipo de necesidades cuando elevaron la noticia científica a la categoría de objeto de estudio universitario.

## EL CONOCIMIENTO MÉDICO: SOBRE HÉROES Y TUMBAS

Si nos detenemos en el frondoso y complejo tema de las novedades médicas, comprobamos que se trata de un fenómeno vinculado íntimamente con el conocimiento científico. Ernesto Sábato sostenía en uno de sus primeros ensayos (Uno y el Universo) que en la ciencia hay un elemento eterno y otro mortal: el primero -decía- es el método científico que consiste en la observación y el razonamiento metódicos; la parte mortal es, en cambio, el conocimiento mismo. Desde esta perspectiva, es posible pensar entonces en un “ciclo de vida del conocimiento”, que de hecho puede abarcar hasta la mortalidad del mismo.

Por ejemplo, en el terreno de los medicamentos, todos recordamos que los betabloqueantes estaban -hasta hace unos años- formalmente contraindicados en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Sin embargo, hoy muchos de estos fármacos constituyen una herramienta de primera elección en la terapéutica de esa patología. Es decir, el conocimiento ha cumplido un ciclo de vida y, al comprender mejor la fisiopatología de la enfermedad, fue factible emplear drogas que antes, por desconocimiento, estaban vedadas.

En el ámbito académico muchas veces tampoco resulta fácil sostener por mucho tiempo una teoría científica: luego de dictar una clase magistral, el decano de la Universidad de Harvard les expresó a sus alumnos: “El cincuenta por ciento de lo que les he contado es falso, el problema es que no puedo identificar cuál es ese cincuenta por ciento”.

La ciencia puede ser entonces incierta y provisional, y cuando pretendemos trasladar este cúmulo de novedades científicas (con toda la dinámica de sus cambios) al terreno de los medios masivos, todo parece reafirmar aún más la condicionalidad de los datos. De acuerdo con el escritor y periodis-

ta Tomás Eloy Martínez: “De todas las vocaciones del hombre, el periodismo es aquella en la que hay menos lugar para las verdades absolutas”. El reconocido periodista científico español Calvo Hernando sostiene por su parte que “el único problema sobre algo seguro es la incertidumbre”.

Recordemos por ejemplo lo sucedido con el colesterol en los últimos años: se empezó afirmando que era “malo” y se responsabilizó de semejante “malignidad” a una amplia variedad de alimentos; luego se habló de un colesterol bueno y otro malo, por lo cual muchos de aquellos alimentos dejaron de estar proscritos para ser entronizados como comidas saludables; por último si bien muchas exquisiteces siguen permaneciendo en la clandestinidad, lo último que se demostró e “informó” al público es que el problema no parece estar en los alimentos, sino en el metabolismo de cada individuo.

## PERIODISMO, NOTICIAS, PALABRAS Y SILENCIO

**“EL PERIODISMO CONSISTE ESENCIALMENTE EN DECIR ‘LORD JONES HA MUERTO’ A GENTE QUE NO SABÍA QUE LORD JONES ESTABA VIVO”.**

*Chesterton*

Según Tuchman, “la noticia coordina las actividades en el interior de una sociedad compleja al hacer disponible a todos la información que de otra manera sería inaccesible”.

Es curioso el origen que se le atribuye en algunos idiomas a la palabra noticia: por ejemplo news (en inglés), se remonta al siglo XV y alguien pensó que en realidad no estaba tan relacionada con lo nuevo, sino con el valor planetario del concepto; por este motivo siempre se utiliza en plural para representar esa idea abarcativa global.

Si se considera que la palabra es la materia prima de la comunicación y la noticia, no debemos olvidar que el contexto también es relevante: así lo entiende Ernesto Sábato cuando afirma que en un escrito, como en el ajedrez, una palabra no vale por sí sola, sino por la posición relativa, por la estructura total de la que forma parte. Y no menos importante es aquello que se omite: la escritora Marguerite Yourcenar sostuvo que “escribir es hablar y callarse a la vez”.

En todos los casos, lo importante es tener presente que tanto en el periodismo interpretativo como en la difusión de la ciencia, resulta evidente que la acumulación informativa no supone una garantía de calidad ni de veracidad.

Desde principios de los años 70, un grupo de especialistas e investigadores comenzaron a utilizar con mayor familiaridad el concepto de "agenda", según el cual los medios construyen una agenda pública con los acontecimientos que "pueden" o "deben" ser tematizados por la sociedad. Este concepto presupone que la comprensión que tiene la gente de gran parte de la realidad social es modificada por los medios.

## DETRÁS DE LAS NOTICIAS

### "Habla para que yo te vea"

*Séneca*

"Ser es ser percibido", afirmó George Berkley hace más de tres siglos, como anticipando esta corriente mediática que caracteriza a la posmodernidad. Hoy, ser es ser visto en la TV, ser escuchado en la radio, ser leído en los diarios y, como si no fuera suficiente, a estos medios tradicionales se agregó en los últimos tiempos la necesidad de disponer virtualmente de un lugar en el ciberespacio para reconfirmar que se es totalmente percibido. En lo que a noticias científicas se refiere, Calvo Hernando valoriza el papel de la prensa escrita: "La radio informa -dice-, la TV muestra y la prensa explica". Según el especialista español, es indudable que la voz está en la radio y la imagen en la televisión, pero cuando se trata de reflexionar o de comprender, la letra impresa es insustituible en su papel de acumulador de experiencias e historiador del presente.

En este sentido, es indudable que la prensa gráfica se adaptó a los tiempos que corren y todo ha cambiado; desde las fotos hasta la producción de infografías y, lo más importante, la manera de contar las noticias, ello es: más concisas, ya que todo indica que hay menos tiempo para leer. Así lo demostró una encuesta realizada con lectores del Wall Street Journal, que a pesar de ser uno de los públicos más exigentes frente a un periódico, sólo le dedican en promedio 21 minutos diarios de lectura.

La TV revolucionó las comunicaciones masivas cuando incursionó en la sociedad a mediados del siglo pasado y sigue manteniendo su vigencia.

El Dr. Robert Winston estimó que una persona

que tenga una esperanza de vida de 80 años habrá pasado alrededor de 12 años frente al televisor.

A pesar de su notable poder de penetración, muchos especialistas critican ácidamente la calidad de sus contenidos; así, el sociólogo francés Pierre Bordieu sostiene que la televisión se ha convertido en una fábrica de "fast food" cultural.

El fenómeno Internet merece sin dudas un capítulo aparte. Desde su aparición comenzaron a tejerse distintos tipos de teorías, algunas tan proféticas como apocalípticas, que anunciaban la desaparición del papel como soporte de la escritura y cosas por el estilo, si bien hasta ahora nada de eso pudo ser absolutamente demostrado. Ya en 1981, Ted Turner, el fundador de la CNN, vaticinó la muerte de los diarios para diez años más tarde y, como vemos, ya han pasado más de veinte y, a pesar de tales presagios, Internet no logró disminuir la venta de los diarios. Por el contrario, se ha generado para ellos un nuevo negocio con los servicios on line, como sucede por ejemplo con The New York Times, periódico para el que la Web representa la segunda fuente de nuevos lectores. El sistema de suscripciones por tarjetas de crédito permitió a ese diario ampliar sus ventas en 75.000 ejemplares durante el año 2002.

## LAS NOTICIAS DE SALUD

### "Somos profundos, volvamos a ser claros"

*F. Nietzsche*

Si bien los primeros antecedentes de noticias médicas en idioma español se remontan al siglo XIX cuando el doctor Bacterio -pseudónimo periodístico de Ramón y Cajal- publicaba artículos que hoy consideraríamos de divulgación científica, es a mediados del siglo XX cuando este tipo de información logra superar la casi permanente reclusión en revistas especializadas o su exclusiva exposición en reuniones académicas, para alcanzar con presencia creciente un lugar inobjetable en los medios informativos para el gran público.

Los conceptos de "noticiabilidad" y de "valores-noticia" son también perfectamente aplicables a las informaciones de salud y ciencia. El especialista Winnubst consultó a distintos periodistas científicos de países europeos para conocer cuáles eran los criterios que empleaban para valorizar el contenido de una novedad científica y poder con-



vertirla o no en noticia. Entre los atributos más importantes se destacaron: 1) el tema en cuestión; 2) la relevancia científica de la novedad; 3) la importancia que tenga para la sociedad; 4) el interés que pueda despertar en el lector y 5) el grado de complejidad del tema.

En este terreno, los comunicados de prensa (press releases) emitidos por muchas revistas especializadas permiten que la información en cuestión tenga más posibilidades de encontrar un lugar en los medios masivos. El British Medical Journal y The Lancet, entre otras publicaciones, generan comunicados de prensa cada semana para "alertar" a los periodistas sobre los artículos que se consideran más noticiables.

En un trabajo realizado en el Observatorio de Comunicación Científica de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona (publicado en JAMA, 1998), se analizaron retrospectivamente las noticias de salud y ciencia publicadas durante 90 días en 7 diarios de primera línea (entre ellos, The New York Times, Le Monde, El País y La Vanguardia) para determinar en cuáles de ellos se citaba o mencionaba algún trabajo publicado en una selección de revistas científicas especializadas (British Medical Journal, Nature, Science y The Lancet). Sobre 1600 noticias de contenido médico-científico analizadas, 142 correspondían a trabajos publicados en alguna de las cuatro revistas especializadas (Journals). Entre ellas, el 84% habían sido informadas a los medios masivos a través de un comunicado de prensa.

Resultados similares fueron encontrados por Entwistle, del Departamento de Información sobre Ciencia de la Universidad de Londres: el 81% de las noticias de salud publicadas en 4 periódicos, se habían difundido previamente a través de un comunicado de prensa por parte del Journal especializado.

La participación de una agencia de noticias o bien un comunicado de prensa no garantizan en absoluto la veracidad y exactitud de los datos. Como hecho anecdótico, puede recordarse lo sucedido en 1991 con la difusión de un artículo publicado en Nature en pleno auge de la preocupación popular por la epidemia de cólera en varios países americanos. Una prestigiosa agencia noticiosa internacional emitió un comunicado que anunciaba el descubrimiento de la estructura química de la toxina del "virus" del cólera, concepto que fue textualmente publicado en varios países, incluso en The New York Times, hasta que un observador un poco menos automatizado para su trabajo señaló que en realidad el agente productor del có-

lera es una bacteria.

La veracidad de los datos publicados es un asunto que preocupa a varios especialistas. En un estudio de la Escuela de Periodismo y Medios de Comunicación de la Universidad de Minnesota, se analizó una muestra de la prensa norteamericana para determinar cuáles son los errores más frecuentes en la información sobre ciencia, salud y tecnología. Los resultados se expresan en la Tabla 1.

<b>Omisiones importantes</b>	<b>33%</b>
<b>Citas defectuosas o incompletas</b>	<b>33%</b>
<b>Titulares engañosos</b>	<b>31%</b>
<b>Brevedad excesiva</b>	<b>25%</b>
<b>Relación defectuosa entre causa/efecto</b>	<b>22%</b>
<b>Tomar una especulación por un hecho</b>	<b>20%</b>
<b>Titulares imprecisos</b>	<b>14%</b>
<b>Datos incorrectos</b>	<b>7%</b>

Tabla 1. Porcentajes de errores más frecuentes detectados en la información sobre salud, ciencia y tecnología publicada en la prensa norteamericana (Tichenor P, Universidad de Minnesota).

## ¿CÓMO SE INFORMAN LOS MÉDICOS?

En la Universidad de California, Phillips y su equipo partieron de una hipótesis: los investigadores se muestran mucho más proclives a citar en sus nuevos estudios aquellas experiencias que, publicadas en revistas especializadas, posteriormente son difundidas por los medios masivos. Para ello, tomaron los trabajos publicados en todos los números del New England Journal of Medicine durante un año (1979), registrando además aquellos que fueron difundidos como noticias de salud en The New York Times. Con estos datos, realizaron un seguimiento del Index Medicus (registro de trabajo citados) durante los diez años posteriores a la publicación.

Comprobaron que las experiencias difundidas a través del periódico tuvieron un número notablemente mayor de citas en el Index durante la década siguiente. Este efecto resultó más impactante durante el primer año posterior a la publicación: en ese período, el número de citas en otras revistas científicas fue 72,8% mayor que para los trabajos que no habían sido difundidos por la prensa. Expresado en otras palabras: los médicos tienden mucho más a citar en sus nuevas experiencias a los trabajos que se difundieron por los medios

	Muy interesante %	Poco/nada interesante %	Totalmente comprensible %	Poco/Nada comprensible %	Totalmente confiable %	Poco/Nada confiable %
<b>Diario</b>	<b>47,50</b>	<b>13,40</b>	<b>53,20</b>	<b>8,40</b>	<b>39,60</b>	<b>13,40</b>
<b>TV</b>	<b>44,70</b>	<b>14,50</b>	<b>57,80</b>	<b>7,30</b>	<b>20,40</b>	<b>25,20</b>
<b>Internet</b>	<b>44,50</b>	<b>23,60</b>	<b>45,70</b>	<b>13,20</b>	<b>35,20</b>	<b>17,40</b>
<b>Radio</b>	<b>31,50</b>	<b>24,30</b>	<b>44,00</b>	<b>12,30</b>	<b>24,90</b>	<b>14,80</b>

Tabla 2. Resumen de los resultados del trabajo "Opinión del público sobre noticias de salud en los medios: estudio piloto en 440 casos" (Barello J, Adad A, Bruno C, Del Pozo E, Drutman J, German B). Presentado en el Congreso Internacional de Periodismo Médico, Buenos Aires, noviembre de 2003.

masivos (como si el haber ganado un lugar en la prensa les garantizara una cuota de confiabilidad y de mayor impacto en todos los ámbitos).

## MEDIOS MASIVOS Y MEDICAMENTOS

¿Qué sucede con las noticias referidas a medicamentos que se publican en medios masivos? En muchos países europeos se comprobó hace ya muchos años que si bien el público utiliza el prospecto de los fármacos o bien la consulta directa con el médico como fuentes principales de información, los diarios y revistas también constituyen un recurso muy empleado por ser fácilmente accesibles.

Welling demostró que la información negativa en los medios masivos europeos resultó en un cambio de actitud por parte de las mujeres consumidoras de anticonceptivos orales, cuyas ventas cayeron notablemente en la década del 80.

Así también, en 1979 las autoridades sanitarias holandesas impulsaron el retiro del mercado de una benzodiazepina hipnótica luego de que un solo psiquiatra diera a conocer, a través de los diarios y la TV, los efectos adversos que había encontrado con este medicamento en sus pacientes.

Otro ejemplo similar quedó reflejado en la conducta adoptada por las autoridades de salud canadienses cuando se vieron "forzadas" a iniciar una extensa campaña de vacunación luego de que los medios masivos difundieron un aparente brote epidémico de enfermedad meningocócica. Este fenómeno fue tratado y publicado en JAMA con el título "Campaña de inmunización masiva contra la enfermedad meningocócica en Canadá: histeria mediática".

Por su parte, un grupo de médicos norteamericanos analizó cómo se "traducen" los trabajos de investigación clínica en comunicados de prensa para convertirse potencialmente en noticias. De los 127 casos analizados, sólo en el 23% se detallaron las limitaciones del estudio; nada más que en el 22% se mencionó que se trataba de un estudio desarrollado por una empresa farmacéutica y solamente en el 35% de los casos los resultados alcanzados se expresaron cualitativamente, sin agregar los porcentajes o datos numéricos que permitieran cuantificarlos.

## LA SITUACIÓN EN NUESTRO MEDIO

En estos temas, la Argentina comparte algunas de las características y marcos de referencia mencionados para otras comunidades. La salud es una noticia que nos afecta a todos, y por tal motivo los medios locales incorporan diariamente estos temas que de hecho integran la "agenda" que se maneja cotidianamente.

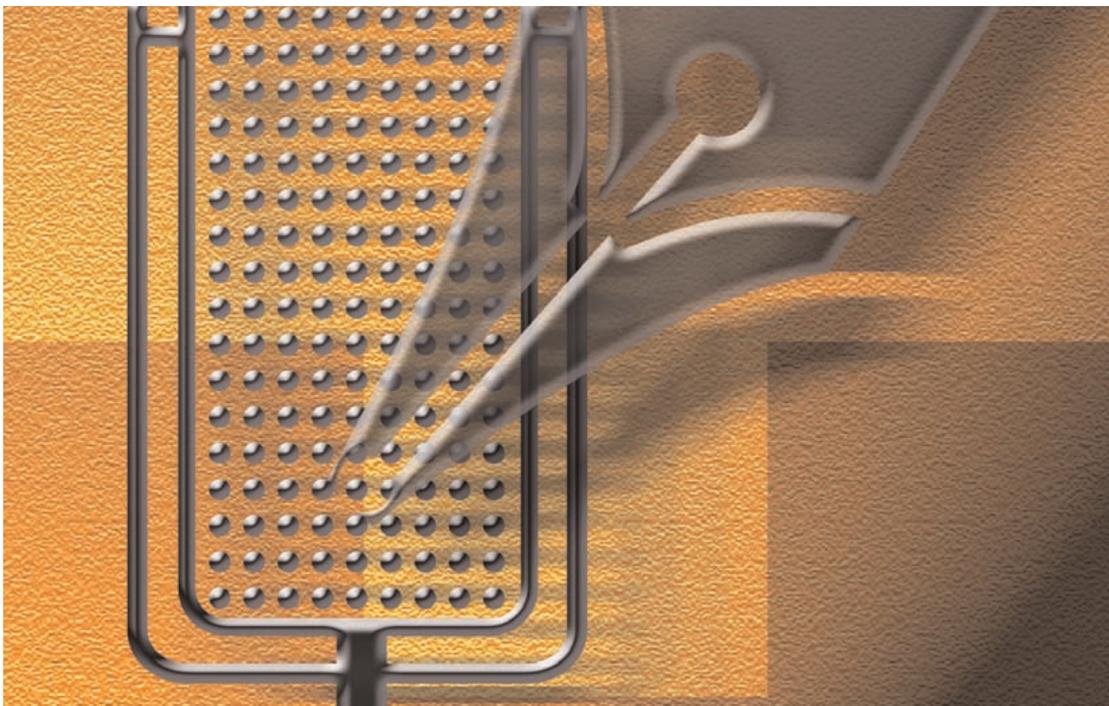
Para conocer la opinión del público sobre el manejo periodístico de las noticias de salud en los distintos medios, se desarrolló una encuesta que logró reunir la opinión de 440 personas de Capital Federal, GBA, La Plata y Gran La Plata. En esa experiencia, se les consultó sobre el interés, la comprensibilidad y la confiabilidad que despiertan este tipo de informaciones (salud y ciencia) manejadas en los cuatro medios masivos más importantes: diarios, TV, radio e Internet.

Los resultados del trabajo (presentado en el último Congreso Internacional de Periodismo Médico, Buenos Aires, noviembre de 2003) se muestran en la Tabla 2.



Allí fueron seleccionados y resumidos los datos más relevantes (respuestas claramente definidas por lo positivo o negativo del atributo evaluado); es importante destacar que, para evitar desvíos en las respuestas, fueron excluidas las personas relacionadas con el área de salud, por lo que puede inferirse que los resultados reflejan la opinión del llamado gran público no especializado. Las conclusiones más importantes de la experiencia fueron: 1) Comparado con otros medios, el diario fue el ámbito en el que estas noticias resultaron más interesantes y confiables. La comprensibilidad es también un atributo en general reconocido, si bien sólo alcanzó el 22% en el nivel educacional primario; 2) Es notable la baja confiabilidad en la TV, reflejada en el elevado porcentaje de población que la considera poco/nada confiable, lo que puede atribuirse a la imagen sensacionalista y paradójicamente más “mediática” de la televisión. Sin embargo, este medio aparece como el más comprensible, indudablemente a partir de las posibilidades que brinda la conjunción imagen/sonido; 3) La radio resultó el ámbito en el que las noticias de salud y ciencia resultaron menos interesantes y comprensibles, por lo cual posiblemente deberían evaluarse las estrategias comunicativas; 4) Internet apunta a convertirse en una herramienta valiosa, merced a lo comprensible, confiable e interesante que resultaron estos temas para el público encuestado; si bien es imprescindible verificar la calidad y veracidad de los datos que “pululan” en el ciberespacio.

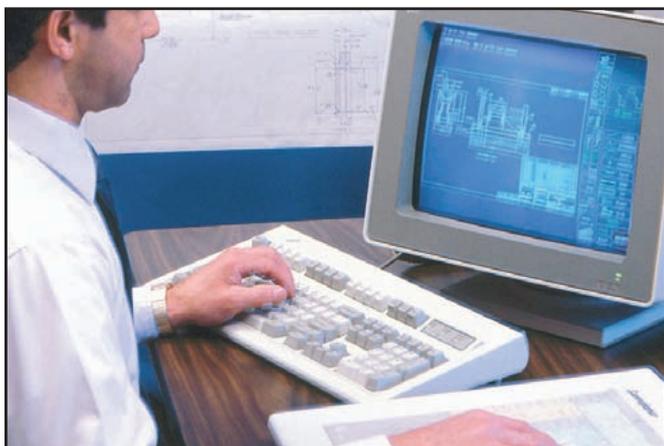
En la misma experiencia, los autores destacan que el problema de la calidad en las noticias de salud y ciencia también preocupa a otras instituciones en el mundo. El Science Media Centre (R. Unido) reclama la necesidad de periodistas científicos bien capacitados; la Universidad de Minnesota, por su parte, se abocó a detectar los errores más frecuentes en la comunicación masiva de la ciencia y la National Science Foundation (EE.UU.) realiza encuestas anuales sobre el interés del público en temas médicos y tecnológicos. Indudablemente, el tema del manejo de las noticias de salud y medicamentos en los medios masivos es inagotable, porque el conocimiento se renueva, los medios masivos no pueden quedar afuera de estas novedades y, lo más importante, el público quiere estar informado, sobre todo cuando se trata de un tema que, como dijimos, nos afecta a todos. Aún quedan muchos interrogantes por responder; por ejemplo: ¿Existe realmente una “agenda” de noticias de salud? ¿Cómo impacta en el público la publicidad medicamentos de venta bajo receta a través de los medios masivos? ¿Modifica la conducta prescriptiva del médico? ¿Qué quieren conocer los pacientes de la medicación que están recibiendo? ¿Está cubierta esta demanda por los medios? ¿Son veraces los resultados de estudios clínicos con medicamentos que publican los medios? Estas y otras preguntas plantean seguramente la necesidad de próximas respuestas que intentaremos ●solver en una segunda parte de este ar-



# LOS CAMBIOS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD A LO LARGO DEL SIGLO XX

Dr. Mario F. Bruno

El presente artículo está destinado a realizar algunas reflexiones respecto a la evolución de la profesión médica y, consecuentemente, la atención de la salud a lo largo del presente siglo y que muy pocos conocen... En las primeras décadas el médico era considerado un ser superior, casi un semidiós, que según la creencia popular podía decidir la vida o la muerte de sus pacientes. Estudiaba en Europa, fundamentalmente en Francia, y si lo hacía en Buenos Aires utilizaba la escuela y los textos franceses. Salvo raras excepciones, quienes conformaban este grupo pertenecían a la clase social de mayor poder adquisitivo, hecho que les permitía, en muchos casos, atender gratuita-



mente. Su opinión, no solo en el terreno científico, era respetada y muy tenida en cuenta. Primero la revolución industrial que nos alcanzó en los años 30 y luego el peronismo, una especie de Arquímedes, que nacionalizaba todo lo que tocaba, dieron el puntapié inicial para que los médicos transformaran su condición de profesionales independientes y se convirtieran en trabajadores asalariados. Por la buena situación económica del país, el médico continuaba teniendo un pasar digno que le permitía de vez en cuando atender en forma gratuita. Pero su bienestar no era heredado, y como un remanente del período anterior, su opinión continuaba siendo valorada. Rápidamente, los sindicatos adquirieron gran poder y crearon las obras sociales, donde emplearon a profesionales de la salud para atender a sus afiliados. Muy tímidamente se iniciaron los sistemas prepagos, donde por una cuota mensual, el adherente recibe atención de la salud.

Estos sistemas se fueron ampliando y pervirtiendo. Parte del dinero destinado a las obras sociales se obtiene de un aporte obligatorio devengado del sueldo de los empleados. Muchas veces, estos fondos se desvían hacia actividades no relacionadas con la atención de la salud, como por ejemplo, campañas políticas.

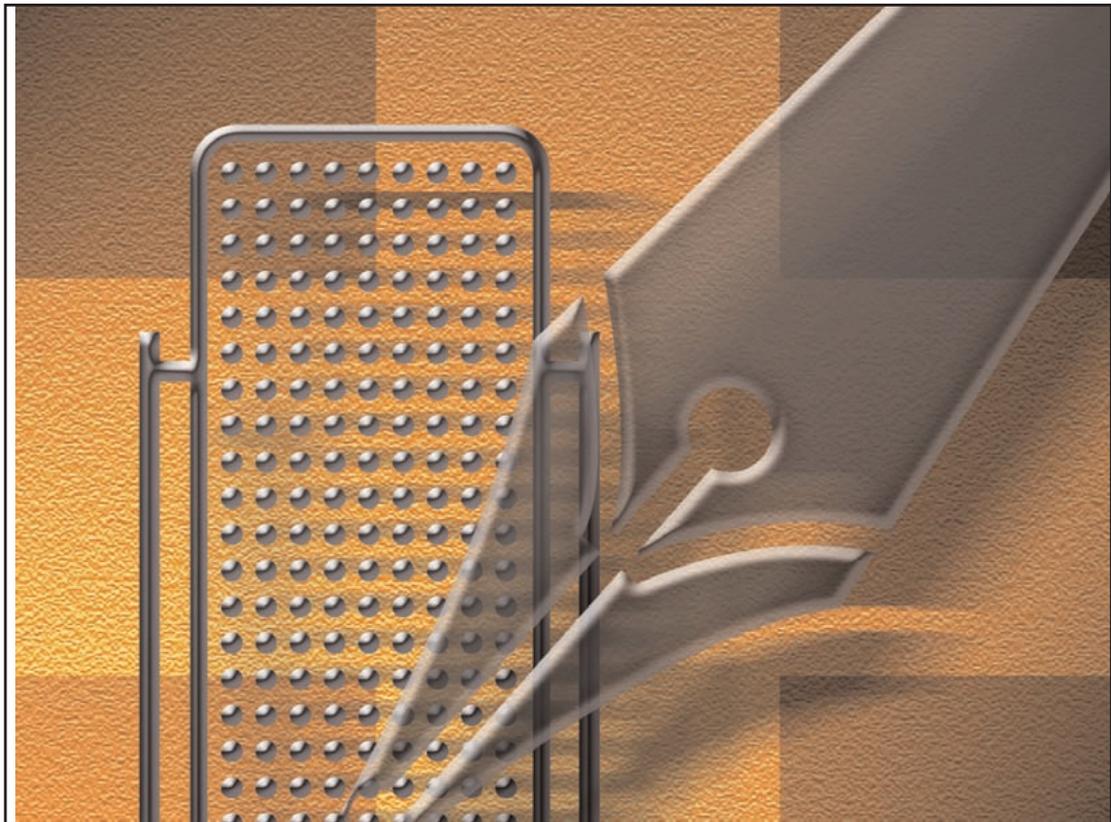
Paralelamente, los sistemas prepago intuyeron que la salud podía llegar a ser un buen negocio. Entonces hicieron campañas para lograr la adhesión de gente sana, mientras que los que eran sospechosos de padecer alguna enfermedad más o menos prolongada fueron deliberadamente excluidos o se les impusieron puntuales limitaciones escritas en "letra chica". Y así llegamos al momento actual, donde los hospitales públicos se hallan abarrotados de trabajo por dos circunstancias:

- Cada vez hay menos personal destinado a la atención del público, debido a que el plan de restricción de gastos impide incorporar un nuevo trabajador de la salud cuando otro deja su puesto.
- El público que requiere atención médica es cada vez más numeroso debido a la incorporación de



quienes han perdido su cobertura en salud, por estar desocupado o por trabajar en negro. Las obras sociales se hallan inmersas en luchas políticas para mantener sus respectivas hegemonías, de los cuales nos es ajena la nueva ley de desregulación que las rige. Los sistemas prepago, a su vez, fueron comprados en su mayoría por multinacionales que lucran con la salud de la población. A todo esto, los pacientes, sorprendidos, no entienden qué sucede. Lamentablemente, en forma paulatina van tomando conciencia que para recuperarse de su enfermedad en un tiempo prudencial deben invertir cada vez más dinero de su propio peculio. Desconocen que el sistema de atención en boga es el de la cápita, el cual limita al máximo los pedidos de análisis y radiografías, y los tratamientos que no sean imprescindibles, a fin de hacer más rentable el negocio. Engañosamente, muchos sistemas de atención ofrecen la figura del “médico de familia”, cuyo objetivo es limitar al máximo la consulta con el especialista, el cual naturalmente “encarece el sistema” con sus pedidos de estudios especiales, los cuales muchas veces son imprescindibles para una adecuada

atención del paciente. ¿Y qué ocurre con los médicos? Además de desempeñarse en un medio hostil, tienen entre muchos otros, los siguientes problemas: el político y controvertido ingreso irrestricto a las distintas universidades públicas y la proliferación de universidades privadas que han provocado un exceso de “mano de obra” que incide sobre los empleadores, quienes ofrecen honorarios miserables. Esto los obliga a trabajar largas horas que, entre otras perturbaciones, les impiden perfeccionarse. Además, al no tener relación de dependencia, carecen de cobertura social para ellos y los suyos, no perciben aguinaldo ni tienen vacaciones pagas. Todo esto se conjuga en detrimento de la calidad de atención del paciente. Llegamos así al fin del siglo, donde en la salud ocurre una tremenda paradoja: por un lado se asiste a grandes descubrimientos médicos, estudios sofisticados, prolongación de la edad de la vida, pero, por otro, aumentaron las enfermedades infecciosas, la mortalidad infantil, la desnutrición, etc. Y todo esto se debe a que el acceso a un buen sistema de salud se halla restringido a quienes puedan pagar por ello. ●



# HISTORIA CLÍNICA DE LA HISTORIA

Dr. Gabriel Milman

*Periodista Médico*

Cuando recorremos la historia de nuestro país, desde la Revolución de Mayo hasta nuestros días, en el "catálogo" de héroes o líderes (civiles o militares), las diferentes biografías de los hombres (y mujeres) que forjaron la patria y de los cuales sólo conocemos, en general, sus logros o fracasos, cronológicamente expuestos, y sus fechas de nacimiento o muerte como si todo lo que les pasó en la vida, a la que se entregaron con generosidad y al servicio de las causas por las cuales lucharon, fueron hechos para recordar o imitar más para el bronce o la gloria que como personas quienes, iguales a cualquiera, sufrieron, padecieron o se alegraron en el sentido más profundo y más común por el que pasan todos los seres humanos.

¿No eran seres de carne y hueso? Digo, haciendo la pregunta desde el lugar intelectual más simple que se pueda formular. Por supuesto que sí. ¿Y entonces? ¿Cómo vivían, por ejemplo y en aquella época, los problemas de orden sexual? ¿Existe información si, al respecto, alguno de nuestros héroes padeció algún trastorno de conducta a ese nivel? Y si lo tuvieron, ¿por qué no se adapta la información y se la transmite a los alumnos en las escuelas? Acaso, ¿disminuiría sus logros como personas o funcionarios el que se supiera que tuvieron problemas, como les puede pasar a usted o alguno de sus hijos?

Tomo a la sexualidad como ejemplo, debido a su condición de tema "tabú", con el que se mira y se enseña en nuestras escuelas una problemática que hace a la salud humana y en la que hay tanta controversia y dificultad para exponerla con claridad.

¿Y tuvieron enfermedades? ¿Cuáles? ¿Y qué hicieron por mejorar su salud? ¿Recurrían a médicos o a curanderos de la época? ¿Qué medicamentos usaban entonces? Y si los mejoraron o empeoraron, ¿se sabe algo acerca de ellos? ¿Se siguen usando en la actualidad, iguales o modificados? ¿Corría mucho el alcohol y el tabaco? El opio y sus derivados ya se conocían tanto por herencia indígena como por su llegada desde Europa. Las ETS (enfermedades de transmisión sexual) –tanto la sífilis como la blenorragia– eran conocidas y diezaban, en especial, a los solda-

dos, a los indígenas y en menor proporción a la sociedad civil. ¿Se hacía algo para protegerse y evitar su contagio? Eran llamadas enfermedades "vergonzantes" que aún hoy, y en muchos lugares, se las toma como tales y no se las difunde ni divulga para el conocimiento y la información y, por ende, para la prevención. Parece que, para algunos, el "pecado" de padecer una enfermedad es mucho más grave que el de padecerla por ignorancia. Al primero se lo perdona desde la "piedad" y al segundo se lo condena desde la estupidez.

Para finalizar, me gustaría comentar brevemente algunos de los aspectos más salientes de la salud y las enfermedades padecidas por el doctor-general Manuel Belgrano, uno de nuestros más grandes próceres y a quien sus dolencias y todo aquello por lo que sufrió física, psíquica y socialmente lo hace aún más grande, como ejemplo de lucha frente a la adversidad que nos toca vivir muchas veces en nuestra cotidianeidad.

Entre otras cosas, Belgrano, en especial antes de las batallas y lo mismo le ocurría a San Martín, tenía episodios de hematemesis (vómitos de sangre de origen digestivo). Hoy diríamos que seguramente padecía de gastritis o úlcera de estómago que se agravaban frente al estrés de la batalla. Como general del Ejército del Norte contra el paludismo. La quina ya estaba indicada para su tratamiento y Belgrano tuvo acceso a ella por su condición de jefe (cosa que no ocurría con el resto de la tropa subalterna). También se sabe que tuvo sífilis, tratada con sales de mercurio como se hacía en aquella época, con las consecuencias dermatológicas, renales y osteoarticulares derivadas de la terapéutica con dicho metal pesado. Posiblemente la insuficiencia hepatorrenal que contrajo lo llevó a posteriori a una insuficiencia cardíaca. Sufrió también de una dacrocistitis (inflamación del conducto lagrimal) rebelde que le trajo muchas dificultades en la visión.

Podríamos enumerar más cosas aunque, a título informativo, es suficiente para generar en el lector la inquietud de buscar con más profundidad algo más sobre la "historia clínica de la historia" de Manuel Belgrano. ●

# NEUROSIS DEL CANTANTE "TRAC"

Dr. Stella Maris Casallaspro

*\* Doctora en Fonoaudiología (Especial.  
Perturbaciones de la comunicación humana) -  
Periodista - Profesional titular de Planta  
Hospital Dr. Teodoro Álvarez  
E-mail: stellamaris7@ciudad.com.ar*



La ansiedad, miedo, superstición, perjudica una buena voz.

De acuerdo con la ciencia popular, el cantante es temperamental y se precia de tener afecciones nerviosas.

La música les hace sentir placer y la mayor intensidad del placer los hace hacer música con su propio cuerpo.

El cantante siente placer al ejercitar sus cuerdas vocales, oyéndose él mismo cantar y también por la apreciación de la audiencia.

Las experiencias emocionales son vitales para el arte de vocalizar. Por eso se dice que el canto es una actividad autoerótica.

Cuando existe miedo, temor, inseguridad, se crea un círculo vicioso inconsciente y el que canta tendrá problemas en su respiración con contracciones espásticas del diafragma.

La depresión puede influir en la funcionalidad de la glándula tiroides. El uso excesivo de la voz aumenta la circulación sanguínea de la misma glándula a través de sus paredes, y el cantante tiene así la sensación de molestias o choque en la garganta.

Hay un caso descrito por Moses, donde cita una paciente de 19 años mezzosoprano y depresiva, quien va a la consulta acompañada de su madre muy ansiosa. Esta paciente presenta lo que se llama "anticipación de neurosis", ya que orgánicamente está normal. En una oportunidad que incurrió frente al público cantando con éxito, según su relato, estaba con su ciclo menstrual y disminuyó notablemente su rendimiento para las notas agudas; a partir de allí, no se escucha bien, con lo cual se acrecienta su miedo. Así, a medida que vaya haciendo las presentaciones, acumulará más miedo.

Después de oírla varias veces, el O.R.L. le indica que sus cuerdas vocales no tienen afección alguna, ni orgánica ni funcional.

Como se ve, éste es un caso de anticipación de neurosis, que necesita por parte de los profesionales que atienden al cantante mucha comprensión, porque aunque el artista tenga una actuación impecable, acumulará miedo a tener un de-

fecto en otra presentación.

Como podemos deducir de lo anterior, el médico O.R.L., ante un paciente que se presenta a la consulta con una dificultad vocal de origen neurótico, jamás debe dejar de oír su voz, o sea, que debe tratar de entender las necesidades personales del cantante que le consulta.

Debe también prestar atención a las sensaciones corporales del intérprete, ya que debe encontrarse a sí mismo a través de la expresión vocal. El O.R.L. debe conocer la personalidad del cantante, concurriendo a los recitales y conociendo canto en forma avanzada.

En caso de tener que hacer una operación de amígdalas a un profesional del canto que teme por su voz, es imprescindible prepararlo dos semanas antes de la operación con ejercicios vocales para evitar rigidez (hacer repetir al paciente nga-nge-ngoo).

Este ejercicio restituye la flexibilidad al paladar blando en poco tiempo. Si el cantante perdiera esta condición se angustiaría, ya que cambiaría su resonancia, que será nasal, y temerá por su futuro artístico.

## "TRAC" O ANGUSTIA VOCAL

El desequilibrio nervioso que se provoca por el miedo de hablar o cantar en público, que dificulta la circulación, secreción glandular y la respiración, se llama angustia vocal o "trac".

Éste se produce por un predominio tiroideo-suprarrenal momentáneo con repercusión hipertensiva e hipersimpaticotónica.

La palidez es provocada por la hipertensión que a su vez provoca la vasoconstricción.

La hiperexcitación del simpático cervical y con una irrigación sanguínea insuficiente provoca trastornos en el funcionamiento de los músculos de la fonación, que no responden adecuadamente a las órdenes motoras de los centros corticales; a ellos se añade una vasoconstricción que les impide su normal fisiología.

Cuando se produce el "trac", el actor siente su bo-



ca y lengua secas, necesidad de orinar o crisis diarreica, palidez, sudores fríos, tiemblan los labios y la voz no puede emitirse. Es más común que esto ocurra en los cantantes, ya sea por inseguridad, responsabilidad, temor, etc.

El "trac" o angustia vocal es una reacción emocional a alguna experiencia física o de sobreexcitación vocal.

Cuando el actor o cantante está afectado por este problema, tiene una ansiosa anticipación, sobre todo los cantantes en cierta vocal o una particular frase durante su actuación.

En esto es muy similar a lo que ocurre con el tartamudo, con la inseguridad ansiosa que propende a modular los primeros o últimos tonos de una canción, preocupado generalmente de su dramático efecto.

A los locutores o actores les ocurre lo mismo. Estos pacientes, que tienen estas subjetivas inhibiciones, presentan graduales transiciones al hablar de desórdenes de la logofobia.

Sintiéndose infelices comen poco o no pueden conciliar el sueño. Cualquier otro síntoma nervioso puede agregarse bajo estados de un balance neurovegetativo obvio.

En estos pacientes se produce, al incrementar su depresión, un círculo vicioso y así, después de un trauma emocional ante una actuación poco feliz, hace aparición un período depresivo o alguna sobreexcitación vocal, como si fuera un tiempo de indisposición temporaria.

Para reconocer la causa que determina la reacción emocional se debe hacer una evaluación siquiátrica o psicológica.

Un artista alardeaba de no sufrir nunca el "trac" y la gran actriz Sara Bernhardt le contestó: "Todo artista tiene normalmente un coeficiente emocional que es el producto de su responsabilidad frente al público o el temor de perder su buena reputación". Ocurre con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres y a causa de su mayor emotividad. A veces existe inseguridad en la actuación o una preparación deficiente, temor a no acordarse el libreto o que falle la voz.

El "trac", término francés muy usado en el metier

vocal y que podríamos traducir por "miedo", designa de acuerdo a André Castex la emoción particular que experimenta el orador o el artista en presencia del público.

Es una alteración muy común que puede presentarse ante una simple lectura en voz alta delante de varios escuchas.

Las manifestaciones que acompañan al "trac" son muy variables; respiración irregular, entrecortada, que alteran la emisión vocal, palpitaciones cardíacas, temblor de labios y manos, tosecita molesta, brazos y piernas que se agitan, sudoración en las manos, sensación de constricción y sequedad súbita en la faringe.

En el caso del orador que lee o habla en público, se observa que las hojas de papel que tiene en la mano son agitadas por un temblor continuo que no deja lugar a dudas sobre la realidad de su emoción, mientras su voz se mantiene dentro de las características y la fonación normal. El "trac" disminuye a medida que el orador o el artista se familiariza con el público o la mirada atenta y fija que mantienen sobre él.

Además, es importante para proteger la tranquilidad del expositor que éste se limite a hablar de lo que conoce bien. Es muy cierto aquello de que lo que se concibe claramente se expresa fácilmente. Las cargas emocionales, actuando sobre la emisión vocal, pueden no alterarla o hacerlo muy levemente y también es común creer que la solución es rápida y simple. Pero no es así, en el fondo de toda fonastenia subyace un núcleo sicótico que será preciso desentrañar para poder actuar sobre él y liberar al paciente de su carga conflictiva.

Los cantantes son sujetos profesionalmente hipersensibles y emotivos. Las disfonías síquicas se presentan en ellas bajo el nombre de "trac" o las que persisten de manera durable fuera de la presencia del público.

Se duda de que las disfonías síquicas sean frecuentes y graves entre ellos. Hay que tener en cuenta que los comandos motrices de la palabra y el canto no provienen de los mismos grupos celulares fonógenos y no son transmitidos por la mis-



ma vía.

## TRATAMIENTO

Será el sicoterapeuta quien evidenciará dichos conflictos y determinará el tipo de actuación y modificará la problemática. También será importante el establecimiento de una relación transferencial con el paciente, de parte del foniatra y el fonoaudiólogo, creándose un clima propicio de comprensión que ayudará a la recuperación.

La terapia farmacológica y rehabilitación formarán parte del tratamiento. Las tensiones musculares desempeñan un papel muy importante en la perpetuación de situaciones angustiantes, impidiendo la descarga normal y con ella la disminución deseable de la presión angustiosa.

Ajuriaguerra nos habla del estado de tensión y de la hipertonía muscular que subyace en este estado y que luego repercute en la conducta.

De allí que sea imprescindible la relajación para suprimir esta hipertonía. También hay que enseñarle al fonosténico la economía natural en las funciones parciales que participen en la emisión de la voz.

## CONCLUSIONES

La voz del paciente puede expresar un momento determinado muy importante en su vida.

Ese lenguaje de emociones que es la voz nos está mostrando con su patología que el interior de ese ser humano está pidiendo ayuda, orientación adecuada.

No tenemos que tomar aisladamente su voz, sino que hay que analizarla como perteneciente a ese ser interior y no a otro. Tenemos que aprender a "escuchar" al paciente y analizar todo lo que nos expone, ya que un detalle puede ser fundamental. Las características de la voz son cambiantes en una u otra situación. Las características vocales varían frente a un relato desprovisto de emoción y en otro cargado de emotividad. El hombre podrá ocultarse detrás de sus palabras, pero jamás detrás de su voz.

La buena relación paciente-terapeuta es fundamental para el éxito del tratamiento. Se debe dar seguridad y entrega al paciente para que él nos responda de la misma forma. Una forma de lograrlo es hacerle sentir que él es lo más importante.

Para analizar la voz debemos tener en cuenta todos los elementos que intervienen en ella: respiración, tono, registro, resonancia, ritmo, melodía, intensidad, regularidad, uniformidad, exactitud.

Es muy importante la adquisición de un correcto esquema corporal vocal, ya que ello será relacionado con las sensaciones auditivas que percibe el cantante, actor, locutor, etc., de su propia voz.

En cuanto a la voz hablada, un actor debe aprender a escuchar su propia voz para poder hacer un correcto esquema corporal vocal.

Es fundamental la relación cuerpo-voz. El entrenamiento vocal del actor no debe ser estático. Debe partir de la dinámica corporal.

En la formación actoral es fundamental el trabajo corporal y la disociación entre contenido verbal y corporal. El entrenamiento vocal del cantante depende del estado afectivo-emocional, por eso cualquier interferencia emocional provoca problemas en la emisión vocal.

Los artistas, especialmente los cantantes, son seres cargados de emotividad y su presentación ante el público es un examen que rinden cada vez que lo hacen. Por último, debemos recordar algo esencial: impostar una voz es impostar una persona y así, cuando un cantante aumenta su extensión vocal, aumenta o agranda su personalidad al mismo tiempo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bloch, Pedro. Aspectos sicosomáticos de la voz. Fonoaudiológica Tomo 16 N° 2, pág. 244, año 1970.
2. Bloch, Pedro. Motivación y voz en el teatro. Fonoaudiológica Tomo 18 Fasc. 1 y 2, pág. 62, año 1972.
3. Dinville, Claire. Los trastornos de la voz y su reeducación. Editorial Torsy Masson S.A. Barcelona, Abril 1981.
4. Freud, Sigmund. Introducción al psicoanálisis para educadores. Ed. Paidós, Bs. As., 1950.
5. Froschels, P.H.D., M. D. Jellinek P.H.D. Vocal disorders. Practice of voice and speech therapy. Edit. Expression Company Boston, Massachusetts, copyright, 1941.
6. Garde, E.J. Las disfonías síquicas de la voz hablada. Fonoaudiológica Tomo 9, N° 2, pág. 142, 1963.
7. Jatzkevich, Héctor. Nuevas orientaciones en la voz actoral. Fonoaudiológica Tomo 27 N° 2, págs. 63-69, 1981.
8. Sándor, Petho. Calatonia. 1er. publicación realizada en Brasil.
9. Segré, Renato. B. Disfonías sicógenas. C. Afonía espástica. Tratado de Foniatria, pág. 195.
10. Segré, Renato. La comunicación oral, normal y patológica. Editorial Toray, Buenos Aires, 1973.
11. Segré, R. Naidich, S. Principios de foniatría para alumnos y profesionales de canto y dicción. Editorial Médica Panamericana, 1981.
12. Segré, Renato. Spasmodic aphonia. Folia Phoniat 3, 150, 1951.
13. Segré, Renato. Los problemas de los profesionales de la voz. Fonoaudiológica. Tomo 13 N° 2, págs. 78-83. 1967.
14. Segré, Renato. Disfonías en las profesiones artísticas. Fonoaudiológica Tomo 18 N° 1-2, págs. 80-82, 1972.
15. Segré R., Aráuz, J.C., Cordero, A. Maurette, R.S., Sarraill, M.S., Gutkin E., Ardissonne, M.B., Piccoli, E.A. Actualización de las técnicas de reeducación de las disfonías. Fonoaudio-



# SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS

Dr. Ernesto Gil Deza

El problema del burnout es un tema que nos ha hecho comprender que los médicos somos humanos y por ello no tenemos inmunidad frente a las dificultades.

Entre las muchas que se pueden citar, están las vinculadas con nuestros conocimientos, los cuales son, cuando menos, frágiles. Antes éramos omniscientes, hoy sabemos que casi siempre ellos resultan escasos e inciertos.

Otra de las dificultades corrientes a las que nos enfrentamos son las derivadas de los problemas éticos, por cuanto muchas veces se nos presentan conflictos de intereses que colisionan con la sacralidad médica.

Aun cuando el juramento hipocrático obligara a que educáramos a los hijos de nuestros maestros y también a que respetemos la sexualidad de las personas en las casas que visitamos, siempre nos consideraremos mucho más cerca de los santos que de los hombres. Hoy sabemos que somos hombres, a secas. El conocimiento puede no estar desprovisto de intereses espurios.

Un problema práctico, antes éramos omnipotentes frente a un sinnúmero de situaciones, hoy lamentablemente sabemos que tenemos muchas veces dificultades con nuestra práctica. Esto no solo nos afecta a nosotros, sino que compromete a todo aquel que trabaje en el área de salud o cuando menos, tiene potencial para afectarlo.

Claramente el burnout es la etapa final del estrés profesional y se caracteriza por tres cosas, estar emocionalmente exhausto, estar despersonalizado y tener baja estima e insatisfacción, pudiendo afectar hasta al 66% de quienes practican por ejemplo, la oncología clínica.

## ¿Cuál es el máximo estrés que vivimos en nuestra práctica profesional?

Se da en dos situaciones diferentes. Una es aquella donde el curso de los acontecimientos es infausto, es decir, cuando lamentablemente prevenimos lo que va a suceder indefectiblemente y además sabemos que somos incapaces de actuar. Por eso se reconoce que la mayor presión y estrés lo vive una enfermera de neonatología. Sabe lo que



va a suceder y lamentablemente no está en condiciones de actuar y modificar el curso de los acontecimientos.

La segunda situación es la que se crea frente a expectativas desmedidas. La insatisfacción es la relación entre la desmesura de lo que esperamos y la realidad de lo que obtenemos. Conocido es que este fenómeno puede darse desde el seno del matrimonio hasta casi cualquier otra situación de vida. Lo cierto es que la frustración que se experimenta entre lo que esperamos y lo que ocurre en la realidad, nos genera una enorme tensión.

La incidencia de burnout varía en toda la profesión médica entre el 10% y el 70%, es decir, no hay área médica libre de Burnout. No hay persona que trabaje en salud que no se encuentre expuesta a él.

Hace relativamente poco tiempo, The New England Journal of Medicine publicó un trabajo sobre las perspectivas del suicidio médico, tema del que no se habla, pero que todos conocemos y del



que cada uno tiene alguna experiencia próxima. Veinticinco estudios distintos mostraron un 40% más de suicidios entre los médicos varones y un 130% más en las médicas mujeres medido en relación con otros profesionales de la misma edad y sexo de la población general. Esta diferencia se debe fundamentalmente a tres elementos: el acoso sexual que sufren las médicas en su trabajo comprobado por la correlación que se halló entre acoso y suicidio, la insatisfacción laboral por no poder acceder a puestos de dirección y la eficacia con que estos intentos se transforman en realidad.

**¿Cuál es la causa esencial de esta diferencia entre los médicos y las demás profesiones?**

Aunque el concepto pueda sonar viejo, la verdad pasa porque nuestra actividad surge de una auténtica vocación en la cual no se puede separar la profesión de la vida.

La primera frase del primer capítulo del "Cecil", el libro más estudiado en medicina clínica, dice: "señores, ustedes acaban de abrazar un estilo de vivir, lo cual implica no solo una manera de hacer, sino una manera de ser".

**¿Cuáles son los desafíos en nuestra vida profesional que nos colocan ante estas situaciones de estrés que a veces nos queman?**

El manejo de la verdad, el problema de la enfermedad, el cuidado de la familia y el enfrentamiento con la muerte.

El manejo de la verdad en un arte que lamentablemente aprendemos después de recibirnos, no antes. El órgano más importante para manejar la verdad no es la lengua, es la oreja. Entrenarse para escuchar y ser capaz de percibir lo que el otro necesita es el desafío.

El problema de la enfermedad es más claro, hay enfermedades que son previsibles, las hay curables, hay algunas que son paliables, pero todas deben ser temibles y mortales, porque de lo contrario no son enfermedades.

La enfermedad tiene la particularidad de enfrentarnos a nuestra debilidad radical, la muerte. Si no es así no la consideramos enfermedad. Y esa fra-

gilidad está presente desde nuestros tiempos de estudiante. En mi experiencia, fuera de embarazarme, padecí todo lo que estudiaba.

El cuidado de la familia es un desafío muy claro. Cuando ingresa un paciente al consultorio o cuando lo atendemos en el hospital, vemos junto a él siempre la familia. Porque cualquier grupo humano que cuida a una persona doliente, es familia. No valorizamos si éstas están bien constituidas o no o relativamente integradas, desconstituidas o contracturadas o lo que fuere. Lo que estamos diciendo es que cuando hay un grupo humano que cuida de un paciente, eso es una familia.

Nuestra responsabilidad es saber cuáles son sus enfermedades, cuáles fueron sus duelos previos, cómo es la estructura que los une, qué roles se han roto y, en el caso particular de la atención de pacientes terminales, tenemos que ver a los chicos, porque la mayoría de las veces en esas circunstancias, son alejados y sufren enormemente. El dilema de la muerte al cual la mayoría de las personas tiende a no mirar, es existencial, instantáneo, irreversible, indefectible, incierto, insoluble, impactante y es inexplicable. Y si alguien desea agregar algún calificativo más, puede hacerlo. Recordamos en este tema lo que dijo Marañón: "Nadie que se enfrenta a un ser que acaba de morir y tiene corazón puede dejar de sentir", y a ello agregamos que nadie que tenga cerebro puede dejar de pensar.

Entonces, esta realidad que nos toca vivir en cuanto al manejo de la verdad, del control de la enfermedad, el cuidado de la familia y el inevitable enfrentamiento con la muerte, todo sumado, está presente en cada uno de los pacientes que atendemos cada día durante todos los días de nuestra vida.

Reconozcamos también que generalmente de estas cosas no se habla y la prueba de ello es observar un conflicto frecuente que surge en los matrimonios integrados por médicos, el silencio, en el cual cada uno de los miembros piensa del otro que se ha casado con un mudo.

Hay preguntas clásicas que se formulan en la medicina, por ejemplo ¿qué es una buena medicina? o ¿qué es un buen médico? o ¿qué es buena cali-



dad médica? La respuesta sería que es aquel o aquello que logra una buena comunicación, disponibilidad, calidad y experiencia. Si se juntan estas cuatro condiciones se está frente a un buen médico o una buena institución.

La esencia de la buena comunicación consiste en reconocer que el paciente es una persona y no un problema médico a resolver. Claro que la primera vez que enfrentamos esto es después de recibidos, porque hasta allí lo que hemos estudiado son solo enfermedades. De hecho hoy la bioética nos enseña mucho más cómo analizar, resolver y poder lidiar con problemas que seguramente nunca vamos a ver, como la terapia génica. La sorpresa está en que muchas veces no podemos resolver el problema de cómo tratar mejor a nuestros pacientes cotidianamente, lo cual se transforma también en un problema ético.

De hecho, en la medicina moderna, nanotecnológica casi, asistimos con asombro a la noticia de que una Corte Suprema autorice un aborto porque no pudimos cuidar un embarazo.

El paradigma actual es gravísimo porque aducimos convencidos que no tenemos tiempo, eso sí, no sabemos para qué, pero nos falta.

Existe al presente una enorme medicalización de la cultura. El mundo cree que nosotros debemos tener una solución y que ésta pasa por un medicamento. Una enorme cantidad de ellos se consumen fundamentalmente para poder resolver problemas existenciales que naturalmente no encuentran la solución en los medicamentos. Los médicos, dicho sea de paso, son los más impor-

tantes consumidores de medicamentos. Solo somos superados por los escritores en la ingesta que ellos hacen de alcohol.

El diagnóstico del síndrome de burnout es relativamente fácil de hacer y nos vamos a basar en una de las pocas normas que existen para lograrlo. Prevención y tratamiento. Y fue confeccionado por la Sociedad Internacional de Oncopediatría. La primera evidencia de burnout es el cansancio, acompañado de depresión, trastornos del sueño y cambios del apetito.

Cuando se tiene evidencia de que eso está sucediendo, se le debe prestar atención. Esto es sinónimo de que el profesional comienza a tener dificultades y terminarán siendo los pacientes los que sufran las consecuencias. La segunda muestra en aparecer es la insatisfacción. Se pierde felicidad y el gusto por lo que se hace.

Casi de inmediato hace su aparición la indiferencia, la cual se corrobora por la actitud de que todo da igual, y el resultado no importa.

El cinismo, que en un gran número de circunstancias empleamos al entrenar residentes, nos lleva a expresar más de lo debido el célebre "no, usted no tiene razón", y si llega a tenerla, consideramos que el conocimiento que demuestra es absolutamente azaroso y no el fruto de un pensado razonamiento. Si acertó sin dudas, resulta tan clásico que es obvio. Si llega a ser nuevo, pues simplemente no está probado y si lo estuvo, no forma parte de un estudio aleatorizado o de últimas, no se publicó en el New England...

Ahora bien, muchas veces también lo empleamos en la relación que tenemos con el grupo que trabaja en nuestro entorno. Esa actitud genera en los integrantes irritabilidad y una consecuente falta de participación, abandonando las personas su compromiso con las actividades grupales.

Todo este conjunto de situaciones y actitudes lleva a una inevitable sensación de fracaso personal y profesional por aquello que ya expresáramos precedentemente de que "se ha abrazado una manera de vivir, una manera de ser".

Finalmente se terminan por incorporar "hábitos tóxicos" que conducen al abandono laboral. Lle-



gamos así a la última etapa de un ciclo que comenzó con cansancio, siguió con insatisfacción y terminó con el abandono personal.

Por supuesto, esto se traduce en trastornos de la relación social, comenzando por la más próxima, que es la de pareja y termina involucrando a todo el grupo familiar.

La tasa de divorcios entre médicos es notablemente más alta que la de la población general, como así también en la muerte permanente, ya sea por el abandono de la profesión, donde dejamos una manera de ser, o directamente por el suicidio. Claro está que este cuadro no se produce de un día para el otro, ni ocurre sin dar señales de alarma. Siempre hay evidencias de que algo está sucediendo. El evento final es algo que no se quiso ver. Es una negación activa a comprender lo que está pasando. Hay instrumentos que se pueden emplear, algunos muy complejos pero otros sencillamente simples.

Pero lo cierto es que, independientemente de cual se elija, lo que es sin duda importante es tomar conciencia siempre de lo que está sucediendo.

La prevención y el tratamiento del síndrome de burnout se basa en aceptar que el cuidado de sí mismo debe ser parte esencial de la actividad profesional. Esta actitud no sólo es para que el sujeto esté mejor, sino para que todos estén mejor, incluyendo la salud de los enfermos.

En la medida en que el médico está bien, el diagnóstico será más preciso y el tratamiento mejor.

En síntesis, es obligación del médico cuidarse, porque él es el factor pronóstico más adverso para una enfermedad. No debe olvidarse que la única chance que tiene un paciente de salvarse si el médico equivoca el diagnóstico, es que también equivoque el tratamiento; de lo contrario el enfermo padecerá las consecuencias.

También es claro que el burnout es el resultado de un desequilibrio entre las demandas del trabajo y las características individuales. Esto significa a su vez una enorme responsabilidad sobre los encargados de seleccionar a las personas que efectuarán los diversos trabajos, dado que es posible que la demanda no pueda ser satisfecha por todos de

la misma manera. De allí que es totalmente lícito decirle a alguien: "Me parece que usted no está en condiciones para llevar adelante este trabajo". Es responsabilidad de los jefes prevenir la destrucción de una persona cuando evita que inicie un camino que lo llevará al fracaso.

El primer paso para resolver el burnout es entender nuestras limitaciones, eso implica reconocer límites y respetarlos y a su vez exige algo que no nos damos, tiempo y conocimiento. El camino seguro de la destrucción se garantiza cuando se tiende a creer que servimos para todo y consecuentemente que podemos hacerlo todo.

La segunda instancia es comprender los conflictos, lo cual significa descubrir las barreras y tratar de sortearlas. Aquí también el requisito es tiempo y reflexión.

Vivimos en un mundo acelerado, pero si nos detenemos un instante y analizamos lo que hacemos y miramos en nuestro alrededor, apreciaremos que la medicina tiene conocimientos mágicos e históricos. Del conocimiento mágico ya hay evidencias en la prehistoria, pero también existen hoy tribus salvajes y urbanas donde claramente el conocimiento no tiene absolutamente nada de científico, el diagnóstico es impuesto, la terapia es conjurada, el saber es esotérico y la transmisión es clonada. Pero claro, está en la televisión y en internet. Sí, y los pacientes lo leen y lo creen, por supuesto.

El conocimiento clínico que es por principio empírico, racional, experimental y con un diagnóstico expuesto y una transmisión escolar, se da en una relación diádica, íntima, secreta y plena entre el médico y el paciente, pero pocas veces se puede ejercer con precisión y cuando se hace, raro es que resulte adecuadamente remunerada.

A fines del siglo XIX se incorporó una nueva disciplina, la anatomía patológica, donde además del saber clínico se obtiene la certificación del conocimiento por parte de un nuevo profesional que habitualmente no ve al enfermo, pero sí tiene razón. Pero básicamente éste es un saber certificado, por lo tanto, lo que el médico pensó será refrendado o no por lo que el patólogo muestre.



A mediados de la década del 50 hace su aparición el conocimiento asistido, donde participa otro profesional que tampoco ve al enfermo. Tenemos entonces un saber clínico, hay una certificación y un estudio complementario donde el laboratorio y las imágenes dicen cosas del paciente.

Desde 1953, pero sobre todo desde el año 2000, nace un conocimiento predictivo. Con la genómica, la transgenómica o la proteómica se asegura "yo te voy a decir lo que te va a pasar". Es decir, hay un nuevo oráculo que se escribe con 4 letras, "ACTG", sí, y que además contiene un código de 6.000.000.000 de letras para descifrar.

No es tan habitual, pero dado que estamos en la era de la informática es muy fácil: "abran el word, tomen por default times New Roman 12, una hoja A4, escriban dejando 2 cm de margen a derecha e izquierda, 2 cm abajo y 3 cm arriba y vuelquen allí 6.000.000.000 de letras que ocuparán 60 metros de altura con las hojas de papel. Comparativamente, observen al caminar por la calle un edificio de 23 pisos y piensen que desde la vereda hasta el techo, está escrito un ADN que se denomina "hombre".

Si falta una letra es anemia falciforme, 2 letras deficiencia mental severa, 3 letras sos mono, en síntesis, es así de fácil.

Ahora bien, a pesar de eso también nos dirán cómo envejeceremos, desde cuando vamos a olvidar cómo se llamaba nuestra primera novia, en qué momento tendremos un cáncer, un infarto o insuficiencia tiroidea, si antes claro está no nos atropella el colectivo 60 o nos sorprende un pique-

te.

Hay detalles contextuales que pueden relativizar esto, pero debemos reconocer que el conocimiento está.

Hay conocimientos desiderativos; si quisiera convertirme en Nicole Kidman sería difícil, pero alguien podría decir, bueno, con táctica, paciencia y mucha "guita", podemos lograrlo. También existe un conocimiento coactivo; descubre un remedio y te diré qué enfermedad tienes. Sobre esto hay dos brillantes artículos en el British Medical Journal. Una serie de enfermedades que eventualmente son trastornos funcionales o banalidades, se pueden transformar en gravísimos si se dispone del medicamento apropiado.

La mentalidad mágica pesa en el menor de nuestros gestos, no hay que olvidar que cada vez que se escribe r/p, "recipe", todo lo que se hace es trasladar al latín el signo de Orus, que era con el que se iniciaban los papiros de las prescripciones médicas de entonces. Es decir, que cada vez que se escribe "recipe", lo que se está haciendo es pedirle a Orus que ilumine y logre que esa receta sea eficaz, aunque no seamos conscientes de ello.

La relación médico/médico, es decir, la relación entre colegas, es la más difícil de todas. Porque no hay nada peor que un colega, tanto es así, que encontramos dos relatos en la creación. El primero dice, "Dios tomó tierra y agua e hizo muñecos de barro y así creo al hombre". Pero en las cuevas de Cunnam hace muy poco tiempo se encontró otro párrafo que dice, "y después tuvo un cólico y creó un colega".

Convengamos que éste es un problema serio, porque habitualmente pasa que el colega no tiene razón. Es preciso ser muy cuidadoso con las segundas opiniones, porque generalmente sucede que entre oncólogos, que es mi caso, podemos y lo hacemos, opinar de cardiología, los endocrinólogos, de psiquiatría, y así pasando por todas las especialidades. Todos opinamos sobre lo que no sabemos y lo que es peor, lo hacemos con la autoridad que nos da el ser médicos. Todo esto resulta mucho peor si el que opina es un colega de la misma especialidad. Reconozcamos que esta situación genera mucha ansiedad.



El tercer paso para combatir el burnout es constituir equipos de trabajo. Pero estos equipos no se declaman, deben construirse. Vincent refiere que cuando alguien dice, "yo trabajo en equipo" lo que hay que preguntar a continuación es "mostrame la cicatriz". No existe ejemplo más claro para ilustrar la dificultad de funcionar en equipo, que lo que sucede en uno de fútbol o una orquesta. Todos entrenan 40 horas por semana para trabajar a lo sumo 2. En nuestro caso y con suerte, entrenamos 2 para trabajar 40.

Los equipos se construyen con una multitud de ingredientes donde no faltan roces, fricciones, fracasos, éxitos e historias, todo lo cual garantiza que no solo los malos médicos puedan tener Burnout. Sir William Osler, uno de los más grandes médicos del siglo XIX y principios del XX, dejó John Hopkins y se fue a Oxford porque sufría de lo que en aquellos años se llamaba surmenage, que no era otra cosa que el Burnout.

El trabajo en equipo exige someterse a normas y entrenamiento diario, porque ellas facilitan la tarea y ayudan en la toma de decisiones. Pero es cierto también que se debe tener un número limitado de normas, la condición es que sean eficaces, porque cuantas menos sean, mejor se cumplen. Las vocaciones personales son otro asunto a tener en cuenta, no todos estamos llamados a lo mismo. Personalmente he asistido a más de mil enfermos hasta su muerte y ello, vocacionalmente, no me generó conflicto. Muchos pensamos en ser curas cuando fuimos chicos y sin embargo terminamos casados después.

Es preciso comprender cuando alguien dice que vocacionalmente no le interesa tal o cual cosa. Al igual que las vacaciones periódicas, no son solamente un momento de distensión, deben ser tomadas como un tiempo de reconstrucción. Las postas críticas también existen y deben ser evitadas. Es el caso del profesional que ha perdido un familiar de la misma edad y patología del paciente que trata. Nietzsche decía: " Todo aquel que tiene un porqué para vivir, siempre encuentra un cómo". Estudiar medicina implica un profundo deseo de aliviar, de



ayudar al prójimo.

La contención del paciente es una tarea indelegable, usar bien los cuidados paliativos, participar de la investigación clínica, la docencia institucional y la educación en talleres recreativos, todo debe incorporarse al trabajo del médico, porque ello da mayor significado a su acción y genera una medicina integrativa y participativa.

Interactuar con el paciente, la familia y la sociedad es nuestra responsabilidad, porque ellos son parte del equipo y claramente los beneficios que se obtienen con esta actitud son enormes

Si el núcleo causante de problemas lo constituye el manejo de la verdad, el alivio de la enfermedad, el cuidado de la familia o el problema de la muerte o los desafíos son el tiempo y los dilemas éticos y prácticos cotidianos, para ellos la solución es entender que somos limitados y descubrir cuáles son las barreras y formar equipos. La decisión es absolutamente individual.

Recordemos que la más vieja, clara y útil definición de médico la dio un filósofo romano en el siglo IV, quien utilizó solo cuatro palabras: "Hombre bueno y experto en el arte de curar".

No se puede lograr un médico solo con conocimiento, no se puede lograr un médico solo con humanidad, humanidad y conocimiento es lo que



hace a un médico y debemos cuidarlo.

# LOS PROTAGONISTAS DE LA CARIES DENTAL ESTÁN CERCA

Carlos M. Bruno

La caries dental pertenece al grupo de enfermedades con la mayor tasa de incidencia en la población, tanto infantil como adulta, del mundo actual.

Es considerada una enfermedad multifactorial, depende de un huésped susceptible, de una dieta rica en hidratos de carbono, de los microorganismos y el tiempo. Es una patología de origen microbiano que afecta a los tejidos duros de las piezas dentarias y provoca desmineralización y su consecuente destrucción.

Las piezas dentarias están compuestas de sustancia mineral, sustancia orgánica y agua. Dentro de los tejidos duros podemos describir el esmalte, que es la parte más externa de los dientes y está compuesto por prismas de hidroxiapatita, que son sales cristalizadas de fosfato de calcio.

La dentina es el tejido que aporta el mayor grado de constitución de las piezas dentarias, presenta una gran proporción de sustancia orgánica, principalmente colágeno denso y agua.

La caries dental comienza con la desmineralización de los tejidos duros dentarios por acción de diferentes ácidos. En primer lugar ataca la parte más superficial del esmalte y sigue hacia el interior. Una vez que el proceso llega a la dentina continuará el avance de la lesión, pero debido a la mayor cantidad de sustancia orgánica que compone a este tejido, la progresión se verá acelerada.

La caries dental es producida por la placa bacteriana. Su alta adhesión a los tejidos duros dentarios le permite pegarse a todas sus superficies expuestas al medio oral; sin embargo, esta adherencia es mayor en aquellas caras dentales que no son fáciles de limpiar. En tan solo dos horas de concluida la higiene bucal, la película dental comienza a adherirse a las superficies dentarias, independientemente de que se emplee una técnica de cepillado correcta, y sólo se ve interrumpido cuando se elimina en forma mecánica o se trata químicamente.

Es por ello que para combatirla debemos incrementar la calidad y la frecuencia de nuestro cepillado, utilizar elementos interdentarios como el



hilo dental, y pastas dentales con fluoruros si fuera necesario. Por otra parte, la dieta que ingerimos también constituye un determinante, más de cuatro momentos de azúcar en el día ya es considerado como un alto riesgo cariogénico, esto no quiere decir que debemos suspender los dulces sino que es aconsejable comerlos en un mismo momento, con la finalidad de no aportarle continuamente energía a los microorganismos (sacarosa) de la placa bacteriana.

La saliva provee humedad al medio bucal, mojado constantemente las superficies de los tejidos duros y blandos del interior de la boca. La saliva es una solución salina con capacidad amortiguadora, regula los cambios del pH del medio bucal.

Posee una acción de barrido y una capacidad remineralizante sobre las superficies dentarias. Muchas veces por problemas sistémicos debemos acudir a medicamentos como antihipertensivos, que disminuyen la secreción salival, xerostomía, en estos casos debemos estar más atentos, ya que estaremos más vulnerables ante el ataque de los microorganismos de la placa bacteriana. La consulta al odontólogo debe realizarse en salud, ya que la prevención es la única herramienta que nos permitirá gozar de una salud bucal.

## INFORMAR Y EDUCAR (PREVENIR PARA CURAR)

Dr. Gabriel Milman

La educación ha sido siempre la base personal y social de la humanidad para progresar física, psíquica y socialmente en la vida. La evolución biológica ha preparado nuestros sentidos para el aprendizaje y, desde la memoria, el pensamiento y la constante creatividad nos ha permitido avanzar y crecer como los seres vivos privilegiados que somos, diferentes de cualquier otra especie viviente de nuestro planeta. El balance, en este sentido, ha sido hasta hoy ¡extraordinario!

Nuestro país, que ha sido pionero en educadores y educandos y que ha dado al mundo verdaderas joyas en el campo de las artes y las ciencias, ha caído en el peor de los pecados sociales: el abandono de una tarea esencial y existencial. El retraso en la tarea educativa es sinónimo de debilidad personal y esclavitud social. "El que tiene el poder del conocimiento tiene el poder de dominación". No lo digo esto en el sentido autoritario de las palabras "dominación" o "poder", sino para advertir que, la verdadera esclavitud nace cuando, al estar indefensos, caemos bajo el poder del otro (personas, gobernantes, países), quienes utilizando la información y el conocimiento se instalan como fuerza coactiva más que como fuerza educativa. De allí en más, estamos a merced de los "amos" en lugar de estar al servicio de la humanidad. La realidad sociopolítica del mundo demuestra, palmariamente, que ésta es una dolorosa verdad a la que debemos enfrentar y revertir si queremos seguir siendo personas independientes y ciudadanos libres dentro de un contexto de hegemónías de dominación y poder mundiales.

En el campo de la salud, los argentinos estamos pasando por uno de los peores momentos que nos ha tocado vivir. Aisladamente hay logros y éxitos destacables pero, comunitariamente, hay un enorme deterioro, producto, fundamentalmente, de una falta de políticas sanitarias, las que



deberían haber estado sostenidas en el tiempo (independientemente de los gobiernos de turno), ya que es función del Estado cuidar a sus ciudadanos en todo tiempo y lugar como conducta social y no como actos de gobierno. Debo reconocer que lo que nos pasó políticamente en los últimos quince años permite comprender bastante por qué estamos como estamos. Pero ya es hora de cambiar el rumbo de esta "nave a la deriva" y poner proa hacia un proyecto de salud y educación que permita, de una vez por todas, superar el estado de indefensión en el que estamos sumidos, y comenzar a entender que como alguna vez lo expresó J. F. Kennedy: "Un país que no pueda salvar a sus muchos pobres, tampoco podrá rescatar a sus pocos ricos". ●