

Revista de la Asociación Médica Argentina



I.S.S.N. 0004-4830



EDITORIAL

Médico del Año

Prof Dr Carlos Mercau

NOTICIA SOCIETARIA

El apoyo sanitario que los argentinos brindaron a los franceses en la Primera Guerra

Dr José Raúl Buroni

ARTÍCULO ORIGINAL

Doctores Enrique y Ricardo Finochietto: Su contribución a la educación médica

Dras Amalia M Bores, Inés A Bores

ACTUALIZACIÓN

Innovaciones didácticas: de Osler a las tecnologías de información y comunicación (TIC) en la enseñanza de la medicina. ¿Son aplicables?

Dr Luis Trombetta

¿Cómo afecta el tabaco al sexo y la fertilidad?

Dr Jorge Gómez Elías

Enfermedades crónicas y tabaquismo: una política sanitaria

Dr Eduardo Cazap

Tabaco y cine

Dr Raúl Mejía

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

Un desafío cotidiano: cómo transformar a quien nos consulta en paciente

Dr Eduardo Chandler

Breve historia de la Revista Argentina de Radiología

Dra Jimena Mariano, Lic Lucila Carzoglio,

Dra Claudia Cejas

Tabaquismo: adicción y enfermedades. Un desafío mundial y nacional

Dr Ricardo Jorge Losardo

Efectos del tabaco sobre el ADN y sus mecanismos de reparación

Dr Juan José López Costa



VOLUMEN 129

4/2016

DICIEMBRE DE 2016

RICARDO FINOCHIETTO

(1888 - 1962)

ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

Ricardo Finochietto, hermano menor de Enrique, nació en Buenos Aires el 28 de abril de 1888, y fueron hijos de inmigrantes genoveses, Tomás y Ana Chamma. Ambos hermanos crearían una de las escuelas quirúrgicas más importantes de la medicina argentina y dejaron una miríada de discípulos, quienes a su vez y con el mismo empeño multiplicaron la mística de la Escuela.

El joven Ricardo cursó estudios en el Colegio Nacional Buenos Aires del que egresó en 1904 y siguiendo los pasos de Enrique, luego de alguna duda entre la medicina y la carrera militar, ingresó en la Facultad de Medicina, y según algunos testimonios, ya siendo estudiante operaba en la sala de niños del Hospital de Clínicas y acompañaba a su hermano, Enrique, que para entonces era ya un reconocido cirujano. Se recibió en 1911 y para 1912 era ya Doctor en Medicina, título logrado con una tesis sobre anastomosis intestinales.

Ingresó al Servicio del Dr Arturo Medina en el Hospital Rawson y pasó luego a la Sala 8 junto a su hermano Enrique. Sucesivamente serviría en la Sala 14 y en el Pabellón IX del Hospital que planeaba su hermano Enrique. Los hermanos, que trabajaron mucho tiempo juntos, tuvieron espíritus complementarios, el mayor era un genio creador, Ricardo era la fuerza ejecutora y el difusor de sus ideas sobre la cirugía; un maestro por inclinación natural.

Con la intención de conocer centros de atención y ver trabajar a especialistas célebres, viajó a Estados Unidos y a Europa. Cuando se declaró la Primera Guerra Mundial formó parte del grupo de médicos argentinos que colaboraron en Francia, donde se hace cargo del servicio de cirugía del Hospital Argentino Auxiliar 108 de Passy.

De retorno a Buenos Aires retoma su carrera en Argentina, que de inmediato tomó vuelo: fue Profesor Suplente de Medicina Operatoria en 1921 y Jefe de la Sala V del Hospital Alvear en 1931. Cuando no existían las residencias y no se mencionaba la formación de postgrado,

Ricardo Finochietto fue un pionero de ella en su propia Sala imponiendo el estudio y la disciplina. Volvió al Hospital Rawson en 1933, viajó a Estados Unidos para operar junto a Frank Lahey y vuelto a Buenos Aires, el 9 de mayo 1938 dio inicio a las Sesiones Quirúrgicas para Graduados. En 1941 se lo nombró Académico de la Academia Nacional de Medicina.

La Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados se oficializó en 1949 y durante su primer año de actividad pasaron por ella 2.215 médicos. En 1950 conoció al Presidente de la Nación a causa de la enfermedad de su esposa, se le encomendó al Dr Ricardo Finochietto que organizara los servicios de cirugía de los hospitales que construiría la Fundación Eva Perón y en 1951 se lo nombró director del Hospital Presidente Perón de Sarandí. Luego de la Revolución del 55 fue dejado cesante del Hospital Rawson pero continuó la actividad quirúrgica y docente en ámbitos privados. Falleció el 1° de abril de 1962 a los 74 años de edad.

En el ámbito de la Asociación Médica Argentina desarrolla sus actividades la Escuela Quirúrgica Enrique y Ricardo Finochietto que anualmente entrega una distinción a discípulos de la Escuela misma. Por otra parte, y respecto de la destacada actividad del Dr Ricardo Finochietto como docente, en este número de la Revista se publica un artículo de las Dras Amalia e Inés Bores: *"Doctores Enrique y Ricardo Finochietto: Su contribución a la educación médica"*.

Respecto a la imagen de tapa correspondiente al busto del Dr Ricardo Finochietto, el mismo se encuentra en la Sede de la Asociación Médica Argentina en la sala que lleva su nombre; es una donación del Dr Juan Alberto Cerisola. El escultor es el Maestro Agustín Riganelli, (1890-1949), el mismo que mencionáramos en esta publicación, en el número dos de este año, como autor del monumento al Dr Luis Güemes.

Lic Guillermo Couto
Secretario Administrativo

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

1891 - 2016

I.S.S.N. 0004-4830 - Fundada en agosto de 1891

Considerada de interés legislativo nacional - Resolución 17/05/2000

Av. Santa Fe 1171 - (C1059ABF) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Teléfono: 5276-1040 y líneas rotativas / Fax: (54-11) 4811-1633

E-mail: info@ama-med.org.ar

Página web: <http://www.ama-med.org.ar>

Personería Jurídica N° C. 467 - 4 de agosto de 1914

Entidad exenta, reconocida por la AFIP, en virtud del art. 20, inc. f, de la Ley 20.628

Inscritos en el Registro Nacional de Entidades de Bien Público. Resolución 536 N° 61842, 10 de abril de 1984

Premio A.P.T.A. - F. Antonio Rizzuto a la mejor revista médica, año 1968

Presidente de Honor

Prof Dr Elías Hurtado Hoyo (7390/5)

COMISIÓN DIRECTIVA 2015 - 2019

Presidente

Dr Miguel A Galmés (16619/1)

Prosecretario

Dr Jorge Gorodner (9128/8)

Vocales Titulares

Dra Nora Iraola (12435/5)

Dr Gustavo Piantoni (13208/5)

Vicepresidente

Dr Miguel Falasco[†] (10179/6)

Tesorero

Dr Vicente Gorrini (15732/4)

Dr Rodolfo Jorge Bado (14711)

Secretario General

Dr Carlos A Mercáu (33207/4)

Secretario de Actas

Dr Roberto Reussi (12263/1)

Vocales Suplentes

Dr Armando E Guglielminetti (7063/4)

Dr Miguel Ángel Falasco (30590)

ADSCRIPTOS A LA PRESIDENCIA: Dr Tomás Andrés Cortés (11601) - Dr Eusebio Arturo Zabalúa (13710) - Dr Bernardo Yamaguchi (23340) - Dr Enrique Francisco E Labadie (6268) - Dr Abraham Lemberg (3498) - Dr Jorge Mercado (14146) - Dr Hugo Pablo Sprinsky (20953) - Dr Walter Adrián Desiderio (23227) - Dr Luis Hilarión Flores Sierra (25137) - Dra Analía Pedernera (14795) - Dr Alejandro Jesús Diz (16497) - Dr Néstor Carlos Spizzamiglio (16929) - Dra Rosa Álvarez de Quantín (11264) - Dr Carlos Mosca (15076) - Dr Héctor A Morra (15183) - Dr Luis Romero (11227)

TRIBUNAL DE HONOR

Miembros Titulares

Dr Eduardo Abbate (9314/1)

Dr Ángel Alonso (10896)

Dr Heraldo Nelson Donnewald (9043/3)

Dr Leonardo H Mc Lean (6885/4)

Dr Víctor Pérez (5314/4)

Dr Román Rostagno (9807/5)

Miembros Suplentes

Dr Mario Bruno (12357/4)

Dr Germán Falke (31714/5)

Dr Horacio López (14518/5)

Dr Daniel López Rosetti (21392/59)

Dr Juan J Scali (27242/0)

Dra Lidia Valle (16932/3)

TRIBUNAL DE ÉTICA PARA LA SALUD (TEPLAS)

Miembros Titulares

Dr Fabián Allegro (29815/5)

Dr Horacio A Dolcini (9951/5)

Dr Juan C García (36953/5)

Dra L Nora Iraola (12435/5)

Dr Miguel Vizakis (35379/9)

Miembros Suplentes

Dr Leopoldo Acuña (43023)

Dra Raquel Inés Bianchi (44392)

Dr Jaime Bortz (33732)

Dr Alberto Lopreiato (15535/4)

Dr Pedro Mazza (7635/2)

Asesor Letrado Honorario

Dr Hernán Gutiérrez Zaldívar (31864/5)

Asesor Letrado Alterno

Dr Carlos do Pico Mai

Relaciones Institucionales

Lic Fernando Portiglia Tade (42264)

Administrador

Sr Guillermo E Couto

Biblioteca

Dr Rodolfo Maino (9399-5)

Revista de la Asociación Médica Argentina - Volumen 129, número 4 de 2016. Editor responsable: Asociación Médica Argentina.
Director: Prof Dr Ángel Alonso. Domicilio legal: Av. Santa Fe 1171 (C1059ABF), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.
Dirección Nacional del Derecho de Autor: N° 294.953



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

VOLUMEN 129 - Nº 4 - DICIEMBRE DE 2016

SUMARIO

EDIORIAL	Médico del año <i>Prof Dr Carlos Mercau</i>	4
NOTICIA SOCIETARIA	El apoyo sanitario que los argentinos brindaron a los franceses en la Primera Guerra <i>Dr José Raúl Buroni</i>	5
ARTÍCULO ORIGINAL	Doctores Enrique y Ricardo Finochietto: Su contribución a la educación médica <i>Dras Amalia M Bores, Inés A Bores</i>	8
ACTUALIZACIÓN	Innovaciones didácticas: de Osler a las tecnologías de información y comunicación (TIC) en la enseñanza de la medicina. ¿Son aplicables? <i>Dr Luis Trombetta</i>	12
	¿Cómo afecta el tabaco al sexo y la fertilidad? <i>Dr Jorge Gómez Elías</i>	15
	Enfermedades crónicas y tabaquismo: una política sanitaria <i>Dr Eduardo Cazap</i>	17
	Tabaco y cine <i>Dr Raúl Mejía</i>	19
EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA	Un desafío cotidiano: cómo transformar a quien nos consulta en paciente <i>Dr Eduardo Chandler</i>	21
	Breve historia de la Revista Argentina de Radiología <i>Dra Jimena Mariano, Lic Lucila Carzoglio, Dra Claudia Cejas</i>	30
	Tabaquismo: adicción y enfermedades. Un desafío mundial y nacional <i>Dr Ricardo Jorge Losardo</i>	36
	Efectos del tabaco sobre el ADN y sus mecanismos de reparación <i>Dr Juan José López Costa</i>	40

SUMMARY

EDITORIAL	Doctor of the year <i>Prof Dr Carlos Mercau</i>	4
CORPORATE NEWS	The sanitary support that argentines offerend to the frenchmen in the First World War <i>Dr José Raúl Buroni</i>	5
ORIGINAL ARTICLES	Enrique and Ricardo Finochietto in the field of medical education <i>Dras Amalia M Bores, Inés A Bores</i>	8
UPGRADES	Educational innovations, ICTIs and the teaching of medicine: Are they suitable? <i>Dr Luis Trombetta</i>	12
	How does tobacco affect sex and fertility? <i>Dr Jorge Gómez Elías</i>	15
	Smoking and chronic diseases: a health policy <i>Dr Eduardo Cazap</i>	17
	Tobacco and cinema <i>Dr Raúl Mejía</i>	19
CONTINUING MEDICAL EDUCATION	An everyday challenge: how to transform the person that consults us into a patient <i>Dr Eduardo Chandler</i>	21
	Brief History of Argentina Journal of Radiology <i>Dra Jimena Mariano, Lic Lucila Carzoglio, Dra Claudia Cejas</i>	30
	Smoking: addiction and disease. A global and national challenge <i>Dr Ricardo Jorge Losardo</i>	36
	Effects of tobacco on DNA and its repair mechanisms <i>Dr Juan José López Costa</i>	40

DIRECCIÓN EDITORIAL

Director

Dr Ángel Alonso
Profesor Emérito de Microbiología (UBA), CABA.

Subdirector

Dr Horacio López
Profesor Emérito de Infectología (UBA), CABA.

Secretarios Editoriales

Dr Daniel Carnelli
Clorox Argentina S.A.
Munro - Pdo. de Vicente López, Buenos Aires.

Dra Betina Dwek
Clinica Bazterrica. CABA.

Dr Miguel Ángel Falasco
Hospital Interzonal Gral de Agudos
Dr Pedro Fiorito, Avellaneda, Buenos Aires.

Consejo Editorial

Dr Juan Álvarez Rodríguez

Dr Rodolfo J Bado

Dr Alfredo E Buzzi

Dr Silvia Falasco

Dr Carlos Mercau

Dr Juan Carlos Nassif

Dr Federico Pérgola

Dr Néstor Spizzamiglio

Dr León Turjanski

Dr Lidia Valle

Producción Gráfica

Raúl Groizard

Corrector Literario

Hernán Sassi

Diseño y Armado Digital

Candela Córdova

Diseño y retoque de foto tapa

Rolando Michel

Las fotografías fueron realizadas
por el fotógrafo independiente
Enrique Mourgués

Prof Dr Miguel Ángel Galmés Presidente de la AMA, Médico del Año

En el marco de la “Fiesta de la Medicina” organizada por el Dr Tulio Huberman y por la publicación “Gracias Doctor”, en la Facultad de Medicina de la UBA se entregó al Sr Presidente de AMA, Prof Dr Miguel Ángel Galmés, el diploma de “Médico del Año 2016”.

La entrega del premio “Médico del Año” se realiza anualmente y se distingue no sólo el esfuerzo sino también la trayectoria en el ámbito de la atención pública, la docencia y la investigación.

Un Jurado de altísima calidad es el encargado de la elección final de los candidatos seleccionados por cada uno de los Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.

El Prof Dr Miguel Ángel Galmés se recibió de médico en la Universidad de Buenos Aires en diciembre de 1979. Comenzó su residencia en Cirugía Torácica en el Hospital Tornú en 1980. Luego de ejercer la Jefatura de Residentes, obtuvo el certificado de especialista en Cirugía General de la Asociación Argentina de Cirugía y el de especialista en Cirugía Torácica en el Ministerio de Salud de la Nación. Se Recertificó en Cirugía Torácica en 3 oportunidades. Sus maestros fueron Vicente Roger, Oscar Aguilar, Hugo Alume, en el inicio de la residencia; y posteriormente el Académico Dr Elías Hurtado Hoyo, su Maestro y amigo.

Desde 1991 siguió su carrera quirúrgica en el Hospital Durand donde trabaja hasta hoy y en cuya representación fue elegido candidato a Médico del Año. Allí desarrolló su carrera quirúrgica, de docente y de investigador.

Ha sido docente adscripto de Cirugía de la UBA desde 1991; Prof Visitante de la Universidad Nacional del Noreste; Prof Visitante de la Universidad de Valparaíso, Chile; Prof Consulto de la Facultad de Medicina del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Héctor Barceló; Miembro Correspondiente Extranjero de la Sociedad Paraguaya de Cirugía y del Capítulo de Cirugía Torácica. Es también Director de la Carrera de Especialistas en Cirugía Torácica de la UBA, sede Durand.

Recibió los siguientes premios: “Pedro Ovidio Bolo” 1989 al mejor trabajo de Cirugía, otorgado por la Asociación Médica Argentina; “Alejandro A. Raimondi”, otorgado por la Sociedad de Tisiología y Neumonología del Hospital Enrique Tornú; “José María Leston” al mejor trabajo en Patología Torácica, otorgado por la Asociación Médica Argentina; “Pedro Ovidio Bolo” 1998 al mejor trabajo de Cirugía, otorgado por la Aso-

ciación Médica Argentina; “Premio Bienal Dr Matías Martínez” al mejor trabajo sobre Farmacología y/o Terapéutica de la Asociación Médica Argentina.

Publicó más de 45 trabajos, como autor o coautor, sumados los videos o *posters* publicados a nivel nacional o internacional. Participó en 16 capítulos o libros nacionales o extranjeros de la especialidad. Participó en múltiples congresos y jornadas en calidad de disertante o conferencista de la especialidad.

Con el Doctor Elías Hurtado Hoyo, colaboró en la realización de la primera Recertificación del país en la Asociación Argentina de Cirugía, (1987) en un Comité integrado por figuras como los Dres Hugo Alume, Wilks y Manrique.

En 1995 colaboró con la organización del Comité de Recertificación de la AMA, integrando a todas las Sociedades Científicas. Lo presidió por más de diez años.

En 2012 fue elegido como Presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica y Presidente del 56° Congreso Argentino de Cirugía Torácica.

Se incorporó a la Comisión Directiva de la AMA en 2003 y en 2011 fue electo Secretario General. En abril de 2015 es elegido Presidente de la Asociación Médica Argentina.

Como Presidente, en el breve lapso de este último año y medio, ha puesto gratuitamente a disposición de los socios los Cursos a Distancia de EDUVIRAMA, incorporó en el marco de EGAMA la modalidad de cursos semipresenciales y ha trabajado activamente en el desarrollo de la Firma Digital de los médicos.

Durante la velada se distinguió a un grupo de destacados profesionales designados Líderes de la Medicina Argentina:

- Líder de la Educación Médica, Prof Dr Miguel Ángel Allevato.
- Líder de la Emergencia Toxicológica, Prof Dr Carlos Damin.
- Líder de la Medicina Genética, Prof Dra Ana María Di Lonardo.
- Líder Internacional de la Cirugía Cardiovascular Pediátrica, Prof Dr Guillermo Kreutzer.
- Líder de las Enfermedades Infecciosas, Prof Dr Jorge Benetucci.

Prof Dr Carlos A Mercau
Secretario general de AMA

El apoyo sanitario que los argentinos brindaron a los franceses en la Primera Guerra

Dr José Raúl Buroni

Profesor Consulto de la Universidad de Buenos Aires. Académico de Número de la Academia Argentina de la Historia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Conferencia dictada en el marco del Homenaje a la Escuela Quirúrgica Finochietto, el 27 de abril del 2015.

Agradezco a la Junta Directiva de la Comisión Permanente de Homenaje a los maestros Enrique y Ricardo Finochietto la invitación para que me refiera a “El apoyo sanitario que los argentinos dieron a los franceses en la Primera Guerra”. Recalco “los argentinos” y no “La Argentina” porque nuestro país se había declarado neutral y como tal no podía participar a favor de ninguno de los contendientes.

Como es sabido, la Primera Guerra Mundial constituyó el hecho bélico más importante de la historia del mundo hasta ese momento, ya que fueron movilizadas para la acción más de 70 millones de militares.

Involucró a todas las grandes potencias, alineadas en dos bloques; los Aliados, por un lado, y las Potencias Centrales por otro.

Murieron más de 9 millones de combatientes y más de 20 millones quedaron inválidos.

Ello demuestra la importancia que debió tener el apoyo sanitario a los enfermos y heridos, y revela que no sólo son necesarios combatientes para hacer la guerra.

Francia fue el país de los Aliados que más sufrió las consecuencias, ya que fue el país con más bajas totales.

Desde el 11 de marzo hasta el 11 de noviembre de 1918, llegaron a París casi 100.000 heridos.

Durante la ofensiva alemana, entre fines de 1914 y principios de 1918, toda la ciudad de París funcionó como un gigantesco hospital de evacuación.

Funcionaron en París cerca de 300 hospitales militares, de todo tipo y diferente importancia; aunque si a éstos también se le agregan los hospitales auxiliares, complementarios y de beneficencia, se llegan a contabilizar 550 hospitales.



Sala de internación del Hospital Argentino.



Fachada del Hospital Argentino.

El apoyo que prestaron los argentinos en esa oportunidad fue muy importante, pues incluyó, entre otras obras, la puesta en funcionamiento de cinco hospitales:

- Un hospital en el Havre, fundado y sostenido por el Vicecónsul de la Argentina en esa ciudad, señor Napp. Este hospital fue instalado desde los principios de la guerra en una propiedad de los alrededores de la ciudad. Tenía capacidad para internar cerca de 100 heridos.

- El Hospital des Belles-Feuilles, fundado y dirigido por una dama argentina, la señora María Luisa Dose de Larivière. Funcionó como Anexo del Hospital Val de Grace. Tenía 55 camas de internación y contaba con sala de operaciones, sala de esterilización, sala de radiología y laboratorio.

- El Hospital Auxiliar N° 89, que organizó y sostuvo en Bruno y durante toda la guerra, la nieta del general San Martín, Doña Josefa Balcarce de Gutiérrez Estrada.

Cuando Josefa Dominga (Pepita) enviudó en 1904 y quedó sola, decidió empeñar su fortuna para ayudar a los más necesitados, tal cual lo había acordado con su esposo. Para ello inauguró en diciembre

de 1905 la Fundación Balcarce y Gutiérrez de Estrada, para lo cual remodeló su casa y la adecuó para ser Hogar de Ancianos.

Para esa tarea, contó con la ayuda de las Hermanas de la Congregación *Filles de la Sagesse*, en la administración y atención de la obra.

En 1914, al comenzar la Primera Guerra Mundial, Madame Pepá, como la llamaban los franceses, cambió inmediatamente la función de su obra de caridad, que pasó a ser el Hospital Militar Auxiliar N° 89, el que recibía heridos del frente, que estaba cerca.

- El Hospital Ste Isabelle, que donó el señor Eduardo Martínez de Hoz, en Nevilly, y el Hospital Argentino Auxiliar N° 108, que funcionó en París.

La idea de crear este último hospital consistió en organizarlo sobre dos pilares fundamentales:

- Que la adinerada colonia argentina residente allí aportara los fondos para la infraestructura y funcionamiento del nosocomio.
- Que los médicos argentinos que actuaban en los hospitales de París prestaran sus servicios en forma desinteresada y sin restricciones.

La organización del Hospital fue puesta en manos del Ministro Plenipotenciario Argentino en Francia, doctor Marcelo T de Alvear.

Ya muy avanzada la organización, llegó el momento de designar a quien sería el alma de ese Hospital de Guerra: el jefe de cirugía.

Al considerar la idea, vino a la mente de todos los concurrentes a esas reuniones, el nombre de Pedro Chutro, prestigioso cirujano argentino que en ese momento actuaba como jefe de cirugía del Hospital Buffon, en reemplazo del gran cirujano francés Antonin Gosset, que había marchado al frente.

Convocado Chutro a esas reuniones, concurrió por primera vez a la que se realizó en la mansión de Fernández Anchorena.

En dicha reunión, el doctor Alvear le requirió a Chutro su opinión respecto de la creación del Hospital Argentino, con el objeto de proponerle luego la jefatura; a lo que Chutro contestó con frases poco felices de desaprobación, y concluyó diciendo: "que mientras el hospital que llevaría nuestro Pabellón no fuera atendido por enfermeras argentinas, no lo sería sino de nombre y que él no podía abandonar su servicio del Buffon por algo tan incierto como lo que se le ofrecía".

Alvear, dominado por la impaciencia que la respuesta de Chutro le provocó, se puso de pie y dijo con fastidio: "Lo que pasa es que ustedes son unos parados en la loma, ¡carajo!", mientras daba grandes trancos en el inmenso salón donde reinaba un silencio impresionante.

Sin agregar palabra alguna, Chutro se caló la galera y se retiró sin saludar ni siquiera al dueño de casa.

No obstante ello, a los pocos días se inauguró el Hospital Argentino instalado en la casa de departamentos del N° 14 de la *rue Jules Claretie*.



Tres de los médicos argentinos que prestaron servicio en el Hospital Argentino. De izquierda a derecha: Dres Enrique Bertvide, Enrique Martínez Leannes y Rafael Cisneros.

El edificio del Hospital tenía 6 pisos, contaba con 150 camas de internación, sala de operaciones, sala de radiología, sala de esterilización, sala de farmacia y consultorio dental. Se lo denominó "Hospital Argentino Auxiliar 108".

Fue inaugurado el 25 de mayo de 1917, por el Sub-Secretario de Estado del Servicio de Sanidad Militar, M Justin Godart, acompañado del Ministro Argentino Marcelo T de Alvear.

Durante los primeros meses se desempeñó como jefe de cirugía un cirujano francés, reformado de guerra, el Mayor Marcel Prevost, hasta que en mayo de 1918 llegó a París Enrique Finochietto, a quien las autoridades militares francesas designaron como jefe de cirugía; tenía por entonces 37 años y 14 de graduado.

El personal médico -salvo la actuación temporal del cirujano francés que ya hemos mencionado- estaba conformado solo por argentinos, caso único entre los hospitales extranjeros abiertos en Francia durante la Primera Guerra.

Enrique Finochietto ya había concurrido a perfeccionarse en Europa a partir de 1907, en una gira que duró dos años y medio, y en la que pasó por Francia, Alemania, Austria, Suiza y Roma.

Aún se conserva en el legajo obrante en el Archivo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, carta, fechada el 27 de febrero de 1919, en la que Finochietto solicita al Decano de la Facultad la prórroga de la licencia como Profesor Suplente de Medicina Operatoria, pues debía seguir prestando servicios en el Hospital Argentino por pedido del Ministerio del Servicio de Sanidad del Gobierno Militar de París.

Como consecuencia de su actuación, al dejar el servicio recibió varias expresiones de reconocimien-

to, del Gobierno Francés la "Medalla de la Guerra", y también se le otorgó la medalla de la "Legión de Honor" en categoría de oficial.

Debemos señalar que esta condecoración, la más conocida e importante de las distinciones francesas, fue creada por Napoleón en 1804.

La "Union des Femmes de France", presidida por Madame Suzanne Pérouse, le otorgó una medalla y el Hospital Argentino otra.

Regresó a Buenos Aires el 13 de octubre de 1919.

La importante experiencia que traía fue expuesta en la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires -actualmente Academia Argentina de Cirugía- en la sesión del 7 de noviembre de 1919, bajo la presidencia del doctor Daniel J Cranwell, y con la presencia de la elite de la cirugía porteña de aquella época: Oscar Copello, Armando Marotta, Nicolas Tagliavacche, Pedro Bolo, Jorge Leyro Díaz, Guillermo Bosch Arana, Rodolfo Rivarola, Rodolfo Pasman, Ricardo Rodríguez Villegas, Ricardo Spurr, Ángel Ortiz, Adrián Bengolea, Delfor del Valle y Adolfo Landivar; y recalco especialmente la presencia de Pedro Chutro, que, como ya dijimos, venía también de haber estado como cirujano durante la guerra en el Hospital Buffon de París.

Entre los conceptos más importantes, Don Enrique dijo:

"Hay una primera cuestión que se refiere a que la cirugía de guerra es muy distinta de aquella por todos conocida".

"Los procedimientos más simples serán siempre los preferidos".

"El cirujano en la guerra debe desempeñar funciones múltiples e importantes, que desde luego no son las técnicas de la cirugía civil".

"Hay que referirse a la organización perfecta y complicada en apariencia sin la cual sería imposible que el cirujano desarrollara su acción".

"Lo más importante es lo que los franceses llaman "triage", es decir, la selección de los heridos".

"Tanta es la importancia que se le había dado al "triage" que los cirujanos de mayor reputación en Francia han ocupado alguna vez un "Puesto de Triage".

Todos estos conceptos de medicina militar aún tienen plena aplicación.

Enrique Finochietto cerró sus ojos para siempre el 17 de febrero de 1948.

Dijo de él, el gran cirujano Michael DeBakey, pionero de la cirugía vascular periférica:

"Probablemente el tributo más grande que podría otorgársele a su habilidad técnica es el que le hizo Lord Berkeley Moynihan, presidente del *Royal College of Surgeons*, quien dijo, después de ver a Finochietto realizar una operación: "Si tuviera que someterme al bisturí, me entregaría a este extraordinario cirujano llamado Enrique Finochietto".

Muchas gracias.

Doctores Enrique y Ricardo Finochietto: Su contribución a la educación médica

Dras Amalia M Bores,¹ Inés A Bores²

¹ Doctora de la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina y Vicepresidente de la Sociedad Argentina de Historia de la Medicina, AMA.

² Secretaria de la Sociedad Argentina de Historia de la Medicina, AMA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Enrique y Ricardo Finochietto fueron médicos y cirujanos cuyos trabajos contribuyeron al avance de la medicina. Sus enseñanzas tienen gran interés en el campo de la educación médica en general.

Palabras claves. Enrique Finochietto, Ricardo Finochietto, Educación.

Enrique and Ricardo Finochietto in the field of medical education

Summary

Enrique and Ricardo Finochietto were physicians and surgeons whose works contributed to advances in medicine. Their teachings have a great interest in the field of medical education in general.

Key words. Enrique Finochietto, Ricardo Finochietto, Education.

Introducción

Fue en las postrimerías de la República cuando en la cultura romana antigua se introdujo el término *schola*, escuela, para designar a los establecimientos de enseñanza de las primeras letras.¹

La actual acepción de escuela médica designa al conjunto de discípulos de un “maestro” que deja su impronta en la forma de actuar de aquéllos.²

Para A Grimson y E Tenti Fanfani, “un maestro” es aquel “que tiene discípulos que reconocen su deuda con él.”

Su autoridad se fundamenta en sus acciones. Es merecedor de respeto y reconocimiento por su trayectoria.³

Al analizar el origen etimológico de la palabra **educación**, I Quiles, refiere dos vocablos latinos:

E-ducere: sacar afuera desde un interior.

E-ducare: criar, cuidar, alimentar, nutrir, instruir.

Siendo coincidentes ambos términos en describir un “esfuerzo por colaborar en el desenvolvimiento de una realidad a ser”, Quiles agrega que “nunca debe interrumpirse el proceso de la **educación**”, que para este autor, es “el desarrollo de la cualidades del ser humano, intencionalmente dirigido hacia una mayor perfección propia de su ser”.⁴

Realizaremos una revisión de la actividad docente de los doctores Enrique y Ricardo Finochietto desde el punto de vista de la pedagogía, “ciencia que estudia a la educación como fenómeno social en la que el hombre es visto desde su integridad”.⁵

Enrique y Ricardo Finochietto revolucionaron el pensamiento científico de su tiempo.

Como docentes, crearon un espacio donde el alumno, bajo la orientación y guía del maestro, recibía una formación integral.

La **Escuela Quirúrgica** que los inmortalizó formó profesionales con apertura a la capacitación permanente, idoneidad, eficiencia, compromiso y pertenencia institucional.

Objetivo

Analizar desde el punto de vista pedagógico el accionar de los doctores Enrique y Ricardo Finochietto en cuanto a creadores y motores de la **Escuela Quirúrgica** que lleva su nombre.

Materiales y método

Se utilizó diseño observacional, retrospectivo.

Metodología inductiva, con recopilación y análisis crítico de fuentes documentales editadas (libros, revistas médicas), un tomo de dibujos y textos de la autoría del Dr Ricardo Finochietto en custodia en la AMA; fuente documental filmica.

Correspondencia. Dra Amalia Bores
Correo electrónico: amaliabores1@gmail.com

Desarrollo

La **Escuela Quirúrgica Finochietto** realizó modificaciones curriculares, incorporando además, fuentes de información alternativas al libro de texto tradicional y a las publicaciones científicas nacionales y extranjeras, tal como se observa en el tomo de dibujos y textos realizados por el Dr Ricardo Finochietto que fuera utilizado como recurso didáctico.⁶

La **Escuela** priorizó la adquisición de competencias cognitivas, procedimentales, actitudinales, éticas y comunicativas.

A Albanese refiere que se promovió el estudio de idiomas (francés, inglés, alemán, italiano) para acceder a la información desarrollada en los principales centros de investigación (de Europa y de EE.UU.), favoreciendo la actualización permanente.⁷

Reseña de la Escuela Quirúrgica Finochietto

Enrique Finochietto (Buenos Aires 1881-1948). Entre 1906 y 1909 realiza un viaje de estudios a Alemania, Suiza, Italia y Francia.⁶

De regreso al país, recibe su nombramiento de Jefe de Cirugía de la Sala VI del Hospital Guillermo Rawson, en el año 1913, desarrollando paralelamente actividad asistencial y docente.

Fue designado Profesor Suplente de Clínica Quirúrgica en 1919 (Universidad de Buenos Aires).

Detalla A Kaplan que en 1927 su actividad docente “adquirió regularidad (...) en lo que se conoció como los viernes de Finochietto”.

Agrega el autor que su hermano Ricardo (Buenos Aires, 1888-1962) “se incorporó luego al Pabellón IX y dedicaron ambos (...) sus esfuerzos a la formación de cirujanos”.

Ricardo (Profesor Suplente de Cirugía, Universidad de Buenos Aires, 1921) viaja a Estados Unidos de Norteamérica en 1937 con la finalidad de estudiar las innovaciones clínico-quirúrgicas en los centros más destacados.

Es en 1938 cuando, habiéndose nutrido de las nuevas ideas pedagógicas (en especial de la Clínica Quirúrgica del Dr Frank Lahey), pone en práctica las Sesiones Quirúrgicas para Graduados que se desarrollaron los días miércoles (iniciadas el 9 de marzo de 1938). Éstas constaban de:

- Prácticas de patología y clínica quirúrgica.
- Intervenciones quirúrgicas programadas.
- Presentación de casos.
- Presentación de instrumental.
- Cirugía de animales (nocturna).
- Radiología aplicada.

El objetivo de estas **Sesiones** era “exponer sucintamente algunos casos, enseñar su terapéutica y demostrar resultados obtenidos en enfermos similares”.⁹

Se agregaron luego las **Sesiones Conjuntas de los Servicios de los Dres Enrique y Ricardo** conformando el **Ateneo Clínico-Quirúrgico** en el que con periodicidad mensual se presentaban diagnósticos y terapéuticas abiertas a la discusión.

Las mañanas de los sábados se dedicaban a las **Sesiones Sabatinas**.

Este es el germen de la **Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados**, reconocida a través del Decreto Ordenanza 1.647 (18 de febrero de 1949), Boletín Municipal 8.512, que expresa:

“Autorízase oficialmente el funcionamiento en el Servicio de Cirugía General y Neurología, Pabellón 2, Sala VI del Hospital Rawson, del que es titular el Profesor Ricardo Finochietto; de una Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados, a cuyo cargo estarán las aludidas Sesiones Quirúrgicas para Graduados que se realizaran en la actualidad bajo la dirección del mencionado Jefe de Servicio a quien se designa con carácter Honorario Director de dicha escuela”.

Posteriormente (26 de junio de 1950) se estableció la Reglamentación de la **Escuela** estableciendo Dirección, Profesores, cursos de especialidades quirúrgicas (Radiología, Anestesiología y Enfermería), así como régimen de enseñanza (Decreto Ordenanza 14.575, Boletín Municipal 8.924).

La aceptación de la **Escuela** dio lugar a que el 4 de mayo de 1953 se inaugurara el **Curso de Cirugía para Graduados** que se amplió tres años más tarde, incorporando la Sala V de Cirugía (1956).

El 21 de abril de 1972 la **Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados** del Hospital Rawson, Capital Federal, recibió el nombre de Ricardo Finochietto otorgado por la Intendencia de la Ciudad de Buenos Aires.

Curso de Cirugía Básico para Graduados: inauguró sus clases el 1er día hábil de mayo de 1953.

Inicialmente fue de un año de duración, y luego se prolongó a dos años.

En él, el médico rotaba a “cursos de actualización, sesiones quirúrgicas en animales, clases de técnica operatoria, estudio de anatomía; se agregaron luego estudio de idiomas, realización de resúmenes de trabajos en archivo, estudio de cuadernos de técnica, clases de dirección de quirófano, visitas a otros servicios calificados. Se ingresaba tras una prueba de admisión” sobre cirugía, medicina general, y temas de libre elección.

La escuela enfatizó: estudio, concurrencia, puntualidad, trabajo, dedicación.

A partir de 1955 Ricardo Finochietto continúa su actividad docente asistencial en el ámbito privado dictando su **Curso de Cirugía Básico para Graduados en la Biblioteca del Ateneo Iberoamericano** (Lima casi esquina Belgrano) y en el Sanatorio Podestá (Uruguay y Viamonte) de esta Capital.¹⁰

Si bien ambos hermanos se destacaron como excepcionales cirujanos, y docentes, Enrique creó instrumental quirúrgico del cual destacaremos:

Frontolux, surgido de simplificar el “cílope” ideado por la Casa Collin de París, pinza doble, aspirador quirúrgico, cánula para el suero por goteo, mesa quirúrgica móvil con pedales y motor eléctrico para adoptar varias posiciones, banco para el cirujano, separador costal con cremallera para intervenciones torácicas y valvas abre heridas.^{11,12}

Desarrolló técnicas innovadoras para resolver afecciones gástricas e intestinales como taponamiento cardíaco, incisión en T acotada para aneurismas subclavios, incisión ileofemoral en suave S itálica para aneurismas de esa localización. Ricardo se destacó como el docente de la Escuela.^{13,14}

Ricardo Finochietto. El docente

Gracias a la tecnología de la información y de la comunicación aplicada al campo de la educación, área de la salud, puede observarse al Dr Ricardo Finochietto en una clase televisada y transmitida por Canal 9, Buenos Aires, el día 5 de enero de 1962 (falleció el 1 de abril).

Dirigida a la teleaudiencia general, aquella clase participó del ciclo "Anfiteatro de la Medicina", siendo el presentador el Sr Mariano Perlea.

El tema fue "La resurrección del hombre".

Los conceptos que se trataron fueron: definición de resucitación: breve historia de la técnica; importancia de los primeros auxilios; técnica de masaje cardíaco a tórax cerrado.

Objetivo: que la teleaudiencia fuera capaz de realizar masaje cardíaco a tórax cerrado como primeros auxilios.

Utilizó como recursos didácticos: placas con dibujos de líneas sencillas (modelos analógicos) y consignas claras y breves; una mesa, un puntero de madera, un modelado de corazón humano.

Utilizó una técnica expositiva. Al finalizar respondió las preguntas del presentador.

El mensaje audiovisual se adecuó a una teleaudiencia no médica, (ni demasiado sencillo, ni demasiado complejo), empleando conocimientos de la vida cotidiana.

Como docente innovador, se valió de un medio masivo de comunicación para transmitir un mensaje educativo.

El tomo de dibujos y texto dado en custodia a la Asociación Médica Argentina por el Dr Víctor Dessenno, permite apreciar la originalidad de su estrategia didáctica. Hay en él representaciones visuales sencillas con imágenes de líneas simples y depuradas (modelos analógicos) que facilitan la comprensión del contenido a transmitir. Se acompañan de textos breves con conceptos claros.¹⁵

Figura 2.

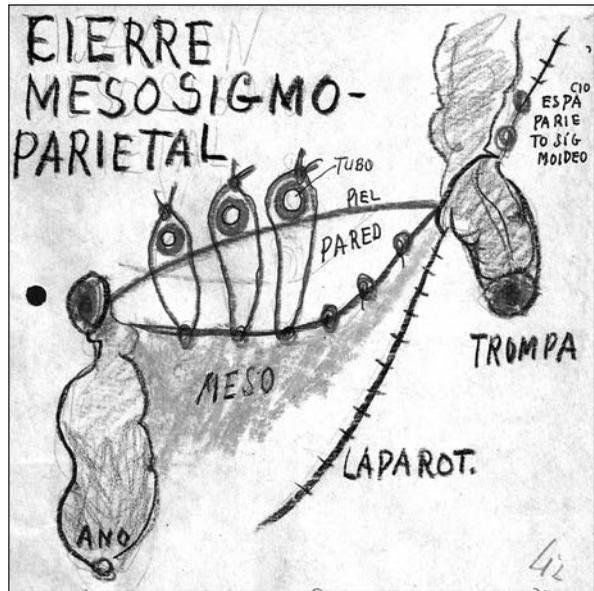
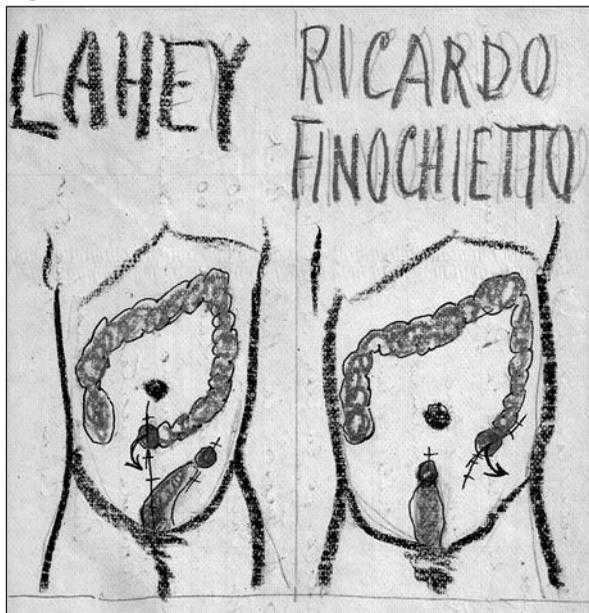


Figura 1.



Figura 3.



Figura 4.

Conclusiones

Del análisis de lo expuesto concluimos que los doctores Enrique y Ricardo Finochietto, docentes y creadores de la **Escuela Quirúrgica** que lleva su nombre, propiciaron el debate con argumentación, la revisión del conocimiento establecido, la búsqueda de alternativas apropiadas para obtener la solución de un conflicto cognitivo, la investigación y el perfeccionamiento continuo, la responsabilidad, el compromiso con el paciente y la pertenencia institucional.

El aporte que ambos dieron a la evolución de la medicina nacional fue significativo, pues crearon un espacio educativo para la formación integral, entendiendo por tal, de acuerdo a Petrinelli, aquella que "incluye el desarrollo de todas las facultades del educando".¹⁶

Interpretamos que marcaron una inflexión en la propuesta metodológica de la enseñanza quirúrgica en nuestro medio.

Bibliografía

1. Zuretti J.C. Breve historia de la educación. Buenos Aires. Claridad; 1988.
2. Marino H. Enrique Finochietto. El maestro y jefe de escuela. Bol. A. N. de Medicina. Vol. 60, 1er. Sem; 1982, 101-105.
3. Grinson A, Tenti Fanfani E. Mitomanías de la educación argentina. Crítica de las frases hechas, las medias verdades y las soluciones mágicas. Buenos Aires. Siglo Veintiuno; 2014.
4. Quiles I. Filosofía de la educación personalista. Buenos Aires. Edición Depalma; 1981.
5. Petrinelli R. Fundamentos de la pedagogía cristiana. Buenos Aires. Universidad Libros; 2009.
6. 14º Acto Homenaje a la Escuela Quirúrgica Finochietto. Entrega del Premio Enrique y Ricardo Finochietto al Dr Rodolfo Troiano. Rev. Asoc. Médica Argentina; 2015, Vol. 128, número 2, 8-14.
7. Albanese A. Semblanza del Dr Ricardo Finochietto. Prensa Médica Argentina; 1968, 55: 532.
8. Buzzi A, Pégola F. Diccionario bio-bibliográfico de médicos argentinos. Buenos Aires. Ediciones Médicas del Sur; 2010, 120.
9. Kaplan A. El Hospital Rawson y la Escuela Quirúrgica para Graduados. adkaplan.blogspot.ar/2012/05/el-hospital-rawson-y-la-escuela.html (12.5-2012).
10. Historia del origen y evolución de la Escuela Quirúrgica del Hospital Rawson. www.ama-med.org.ar/imagenes/uploads/files/historia.
11. Zavaleta D. Enrique Finochietto. El cirujano. Bol. A. N. de Medicina; 1982, Vol. 60, 1er sem, 89-100.
12. Enrique Finochietto. El Santo del Bisturí. www.clarin.com.ar/homenaje-al-doctor-enrique-finochietto.
13. Enrique Finochietto. Inventor y tanguero. Rev. RSalud. Rsalud.com.ar/index.php?idnota:59.
14. Buzzi A, Pégola F. Enrique Finochietto (1881-1948), en: Clásicos argentinos de medicina y cirugía. Tomo I. Buenos Aires. López; 1993, 233-236.
15. Perkins D. La escuela inteligente. Del adiestramiento de la memoria a la educación de la mente. Barcelona. Gedisa; 2009.
16. Petrinelli R. Op. cit; supra, nota 5.

Innovaciones didácticas: de Osler a las tecnologías de información y comunicación (TIC) en la enseñanza de la medicina. ¿Son aplicables?

Dr Luis Trombetta

Médico Especialista en Enfermedades Infecciosas. Profesor adjunto, cátedra de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

La innovación didáctica y las tecnologías de información y comunicación (TIC) son los nuevos desafíos para la enseñanza de la medicina en el comienzo del nuevo milenio. William Osler fue un médico muy admirado en su época y ejerció una enorme influencia en la enseñanza de la medicina hasta nuestros días. En su tiempo, atravesó el eclecticismo entre el conocimiento de la anatomía y la fisiología humana en el comienzo del siglo XX. Hoy la enseñanza de la medicina enfrenta nuevos desafíos ante las nuevas tecnologías de soporte informático y nuevas formas de comunicación a través de Internet. El conocimiento científico se ha desarrollado en un nuevo escenario: el ciberespacio, las tecnologías de información y comunicación, el aprendizaje electrónico (e-learning) y las aplicaciones de hipertexto. Debemos combinar todas las herramientas, las viejas y las innovadoras, de manera de aprovechar todos los recursos que dispongamos. El desafío es enseñar la medicina. Tal vez el "eclecticismo" de nuestro tiempo transite entre todas ellas.

Palabras claves. Educación superior, innovación educativa, nuevas tecnología.

Educational innovations, ICTs and the teaching of medicine: Are they suitable?

Summary

Educational innovation and Information and Communication Technologies (ICT) are the new challenges for the

teaching of medicine in the beginning of the new millennium. William Osler was a very renowned doctor in his time and has exerted a great influence in the teaching of medicine ever since. In his time, he represented eclecticism between the knowledge of anatomy and that of human physiology in the dawn of the 20th century. Today the teaching of medicine faces new challenges due to new digital technologies and internet communication. Scientific knowledge has developed in a new environment: cyberspace, ICTs e-learning and hypertext applications. We shall be able to combine all tools, both traditional and innovative, so as to exploit all resources available to us. Teaching medicine is the challenge. The "eclecticism" of our time might encompass all of them.

Key words. Higher education, educational innovation, new technology.

En la época contemporánea, la enseñanza de la medicina se ha desarrollado en las universidades e instituciones públicas y privadas, fundaciones y laboratorios privados patrocinados por empresas, entre ellas, las farmacéuticas

El crecimiento del número total de centros de investigación a partir del siglo XIX fue explosivo: el 90% de los científicos que ha tenido la humanidad a lo largo de toda la historia aún vivían cuando Laín Entralgo publicó la *Historia de la Medicina*.

"La ciencia ha llegado a ser un componente esencial en la vida del hombre; la educación científica y la atención económica consagrada a ella son los primeros pasos para ascender del subdesarrollo al pleno desarrollo".¹

A comienzos del siglo XX, el conocimiento científico de la enfermedad partía del paradigma científico-natural del siglo XIX, que combinaba tres conceptos sobre cómo entender la enfermedad: el anatomoclínico, el fisiopatológico y el etiopatológico.

El conocimiento de la medicina transcurría en el eclecticismo de la vertiente anatomopatológica y el estudio de la fisiología, iniciado en el siglo XX.

Correspondencia. Dr Luis Trombetta
Correo electrónico: lusumar@fibertel.com.ar

Para William Osler, que transitó el pasaje de la morfología a la fisiología, la medicina asistencial exige *“leer continuamente para mantenerse al día en el acelerado progreso de la terapéutica y al mismo tiempo acompañar y confortar a sus enfermos”*. Una de sus frases resume su pensamiento: *“Estudiar a los enfermos sin ayuda de libros es como navegar en un mar sin cartas marinas, estudiar los libros sin examinar minuciosamente a los enfermos es como no navegar en absoluto”*.²

El paradigma osleriano se halla vigente. La práctica y la enseñanza de la medicina se realizan junto al paciente, una relación insustituible que permite establecer la comunicación no exclusiva del lenguaje oral que se manifiesta en la anamnesis y en el examen clínico.

La didáctica clásica en la enseñanza de la medicina permea todas las épocas. Trasciende los recursos tecnológicos, en tanto ningún soporte ni gráfico ni informático reemplaza la semiología clínica.

El ex-Decano de la Facultad de Medicina de la UBA, Dr Alfredo Buzzi, recordó que el *Tratado de Medicina Interna* de William Osler fue considerado uno de los más grandes textos de medicina.³

Desde su primera edición en 1892 acumuló 16 ediciones hasta 1947, con un número estimado en 500.000 ejemplares.

Para Osler la revista de sala fue la esencia de su didáctica.

En el último cuarto del siglo pasado, la tecnología desarrolló nuevos canales de comunicación que pronto alcanzaron la globalización.

El “ciberespacio” es una nueva dimensión en la que se registran innovaciones en comunicación a nivel planetario, dando lugar a un intercambio de información “en línea”.

Internet facilitó la intercomunicación grupal en tiempo real, el acceso a bases de datos, bibliotecas, libros, revistas y redes de intercambio para la búsqueda de información.

Las universidades no fueron ajenas a las innovaciones tecnológicas ni a los cambios socioculturales operados en el cuerpo docente y en los alumnos y debieron enfrentar los cambios aparejados.

Las “casas de altos estudios” ya no son las únicas proveedoras del conocimiento académico del más alto nivel ni tampoco exclusivas del orden estatal, público y gratuito.

La enseñanza superior atrajo el interés de las universidades privadas y otras instituciones que ofrecieron la modalidad de enseñanza a distancia, en soportes informáticos distribuidos a través de Internet y en otros casos inclusive por correo postal, que compiten con la enseñanza impartida en el aula universitaria estatal, de una cultura institucional mucho más rígida.

Por otra parte, el presupuesto destinado al gasto público para las universidades bajo tutela del Estado ha sido insuficiente, en detrimento de la calidad de la enseñanza, entre otros aspectos.

La oportunidad de brindar educación superior desde universidades o instituciones privadas, introduciendo innovaciones tecnológicas en medios de comunicación, a través del “aula virtual”, en modelos de educación a distancia y/o combinados con instancias presenciales, dio paso a la comercialización de la enseñanza universitaria a menor costo.

Los cambios en las instituciones universitarias, entre ellos, la competencia establecida entre el sector público y el privado, y la llegada de las TIC, afectaron las formas de enseñanza en las universidades, incluyendo el rol de los profesores.

Sobre el particular, Salinas señala que *“las actuales tecnologías permiten la articulación de procesos sociales a distancia, ya sea en las áreas metropolitanas, entre las regiones o entre los continentes, siempre en el ámbito de una globalización creciente, con los importantes cambios en los marcos de referencia que ello supone. Las grandes empresas de la comunicación audiovisual y del ocio se erigen en emisores privilegiados en eso que hemos dado en llamar ciberespacio, concentrando el control sobre los contenidos y sobre las audiencias”*.⁴

Salinas observa que *“los avances en las TIC y el crecimiento de la comunicación digitalizada suponen un gran impulso para el sistema económico general”*.⁴

La necesidad de mano de obra calificada, la educación continua, y la introducción de nuevas tecnologías en las universidades, modifica el mercado de la educación, dando paso a la competencia de las empresas privadas de otros sectores.

La reducción del financiamiento de la enseñanza en las universidades europeas y la introducción de las TIC facilitó *“la comercialización del conocimiento que genera simultáneamente oportunidades para nuevos mercados para la universidad”, “pero también la pérdida del monopolio de la producción y transmisión del saber”*.⁴

Uno de los efectos del empleo de redes de telecomunicaciones en la enseñanza universitaria es el aumento de la autonomía del alumno, superando las barreras de distancia y el tiempo para acceder al aprendizaje.

Los sistemas de información y distribución con soporte informático añaden flexibilidad en el intercambio de créditos, y en la organización espacial y temporal de los cursos y programas de educación.

“La universidad y el profesor dejan de ser fuentes de todo conocimiento y el profesor pasa a actuar de guía de alumnos para facilitarles el uso de recursos y elaborar nuevos conocimientos y destrezas”, gestor de recursos del aprendizaje.⁵

La contribución de las TIC en el campo educativo abre un menú de posibilidades de uso tanto en la educación a distancia como en la enseñanza presencial.

“Sus posibilidades descansan tanto o más que en el grado de sofisticación y potencialidad técnica, en el modelo de aprendizaje en que se inspiran, en la manera de concebir la relación profesor-alumno, en la manera de entender la enseñanza”.⁵

Los cambios en el mundo productivo, la sociedad de la información, la comercialización del conoci-

miento y la demanda de sistemas de enseñanza más flexibles, han orientado a las instituciones de educación a adoptar las TIC.

Además de cursos a distancia y universidades virtuales, se opera una transición desde la clase convencional a la clase en el ciberespacio, bajo la influencia del impacto de la era de la información.

Las telecomunicaciones amplían las posibilidades del acceso a los recursos de aprendizaje, entre el aula convencional y la educación a distancia.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires desarrolló, a partir del año 2000, la Facultad de Medicina Virtual (FMV).

Dirigida a alumnos de grado, posgrado, instituciones asistenciales, organizaciones de perfil social y educativo y al público en general, *“tiene por objetivo desarrollar un Sistema de Educación Virtual a partir de un campus propio de la Facultad de Medicina, a los efectos de complementar la Educación de Grado, expandir los alcances de la Educación Médica Continua y la formación del Posgrado, así como contribuir a la función social de la Universidad a través de la Divulgación Científica para la comunidad en general, aprovechando las tecnologías de Información y Comunicación disponibles y apropiadas”*.⁶

La FMV ofrece el acceso gratuito en el ciclo biomédico y en el ciclo clínico, y un menú de opciones arancelado para el posgrado, el acceso a la biblioteca de la Facultad, y un Programa de Telemedicina y Medicina Itinerante, enfocado en TELE-Asistencia, TELE-Docencia y TELE-Investigación.

El Programa de Telemedicina introduce las innovaciones y TIC en la Universidad, así como la *“descentralización de funciones universitarias, extendiendo lo universitario fuera de los límites presumiblemente estancos de las estructuras sanitarias”*.⁷

La TELE-asistencia y la TELE-docencia satisfacen la consulta a distancia y la descentralización de cursos, jornadas, talleres y otras modalidades.

El ciberespacio, las innovaciones tecnológicas, las telecomunicaciones y los cambios devenidos en el comportamiento del cuerpo social, especialmente en el rol docente y el lugar del alumno, consecuencias de los cambios de época y también del acceso a la información en un mundo globalizado, desafían los métodos de enseñanza de la medicina.

¿Es posible introducir los cambios que se exigen sin menoscabar la esencial naturaleza de la medicina, asentada en la relación médico-paciente?

¿Es posible transmitir a las nuevas generaciones de estudiantes, a los futuros médicos, la experiencia del “maestro”, del “profesor”, del “médico del barrio”, del “pediatra” de una sala de primeros auxilios, del “cirujano” curtido en interminables guardias, a través de las innovaciones tecnológicas?

El ciberespacio, las tecnologías de información y comunicación, el aprendizaje electrónico (*e-learning*), las aplicaciones de hipertexto, las plataformas informáticas son una realidad insoslayable.

La enseñanza de la medicina se enriquecerá con las TIC y se abrirán nuevos caminos para acceder a la información, conforme la tecnología alcance nuevos horizontes.

El libro, tal como lo hemos conocido, seguirá acompañando nuestra formación.

Muchas veces, en la soledad del consultorio, ante la incertidumbre y la urgencia de una respuesta necesaria, las viejas y amarillentas páginas de un libro, nos brindaron la respuesta que necesitábamos.

Deberemos combinar todas las herramientas, las viejas y las innovadoras, de manera de aprovechar todos los recursos que dispongamos. El desafío es enseñar la medicina. Tal vez, el “eclecticismo” de nuestro tiempo, transite entre todas ellas.

Bibliografía

1. Pedro Laín Entralgo. Historia de la Medicina. Reimpresión 1979. ISBN 84-345-1418-4 (568-569).
2. Lanari A. Docencia e investigación: una falsa antinomia. Medicina Vol XXXV N° 3. 1975. Editoriales (338-340). Disponible en: <https://books.google.com.ar/books?id=CBRM7CjcygC&pg=PA338&lpq=PA338&dq=Docencia+e+investigaci%C3%B3n:+una+falsa+antinomia&source=bl&ots=1O5DrZqpqg&sig=cP-oAdjwQ9-kbph2oVmSlvj6NW0&hl=es419&sa=X&ei=MKAfVbDAMrjLsAS31YC oAQ&ved=0CB0Q6AEwAA#v=onepage&q=Docencia%20e%20investigaci%C3%B3n%3A%20una%20falsa%20antinomia&f=false>
3. Buzzi A. Historia del Tratado de Medicina Interna de William Osler. MEDICINA (Buenos Aires) 2005; 65: 465-470.
4. Salinas J. El rol del profesor universitario ante los cambios de la era digital. Agenda Académica 1998; 5(1): 131-141.
5. Salinas J. La integración de las TIC en las instituciones de educación superior como proyectos de innovación educativa. Artículo presentado al I Congreso de Educación mediada con Tecnologías. “La innovación pedagógica con el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación, realizado en 2004.
6. ¿Qué es la facultad de medicina Virtual? Disponible en: <http://fmv-uba.org.ar/frameset.html>
7. Programa de telemedicina. Disponible en: <http://www.fmv-uba.org.ar/telemedicina/>

¿Cómo afecta el tabaco al sexo y la fertilidad?

Dr Jorge Gómez Elías

Jefe del Servicio de Urología del Hospital Álvarez (GCBA). Profesor Asociado de la Cátedra de Urología, Facultad de Medicina, UBA. Miembro titular de la Sociedad Argentina de Urología (SAU). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Se describe cómo afecta el tabaco al sexo y la fertilidad. Se detallan los mecanismos que se alteran en el sistema vascular y hormonal. Así se producen disfunción eréctil y problemas en el embarazo, entre otros.

Palabras claves. *Tabaquismo, sexo, fertilidad, disfunción eréctil, trastornos vasculares, desórdenes hormonales, embarazo.*

How does tobacco affect sex and fertility?

Summary

It describes how it affects tobacco sex and fertility. Mechanisms which are altered in vascular and hormonal system detailing. So erectile dysfunction and pregnancy problems occur, among others.

Key words. *Smoking, sex, fertility, erectile dysfunction, vascular disorders, hormonal disorders, pregnancy.*

Aspectos generales

Desde la aparición de la planta de *nicotiana tabacum* en el altiplano andino entre los años 2500 y 3000 A.C. hasta la actualidad, el tabaco en todas sus formas fue motivo de distintos eventos en la salud y el cuerpo de las personas, así como también en las

relaciones interpersonales. Antiguamente el tabaco era utilizado para reunir y compartir, con el tiempo logró separar y dividir, ya que en la actualidad el simple olor del tabaco en las ropas, los cabellos y en la piel aleja la sensualidad y el deseo, llevando al fracaso a muchas parejas; según un informe del Ministerio de Salud de España, el 26% de las parejas se separaron por esta causa.

Cuando un hombre fuma, los componentes tóxicos del cigarrillo generan una disminución del flujo sanguíneo de las arterias de los cuerpos cavernosos y como consecuencia de ello no lograrían la presión suficiente como para activar el mecanismo veno-oclusivo, y por lo tanto, no podría mantenerse la erección. Los estudios *ecodoppler* realizados con drogas vasoactivas (Papaverina, prostaglandinas E1, fentolamina), corroboraron la disfunción eréctil frente al consumo de dos cigarrillos fumados en forma consecutiva.

Mientras que en el sexo femenino, el consumo del tabaco llevó a las mujeres a padecer de disminución de la libido y generó trastornos vasculares, aumentando así el riesgo de producir sequedad vaginal y atrofia genital, consecuentemente esto se acompañará de dispareunia (dolor coital).

A su vez los niveles hormonales femeninos se ven alterados por el consumo del tabaco haciendo que disminuyan los estrógenos e impidiendo la normal maduración del óvulo; el transporte del óvulo fecundado por las trompas hacia el útero también se ve alterado, aunque una vez implantado existe más riesgo de aborto.

Los niños de las mujeres fumadoras se desarrollan con bajos niveles de oxígeno debido al monóxido de carbono, por lo tanto, nacen con bajo peso. Cada vez que la madre fuma se acelera enormemente el ritmo de su corazón y cuando el niño nace trae consigo trastornos de ansiedad, nerviosismo y toda clase de problemas respiratorios, tales como alergias, bronquitis, asma. Son propensos a infecciones, otitis, resfriados que se tornan más frecuentes. Tan simple como fumar un cigarrillo al día es causal suficiente para reducir las probabilidades de que una

Correspondencia. Dr Jorge Gómez Elías
Correo electrónico: jcge50@hotmail.com

mujer pueda lograr el embarazo y aumentar considerablemente el riesgo de aborto.

Cuando nos preguntamos, ¿qué pasará con el semen en los hombres fumadores? La respuesta es que los efectos del cadmio, elemento contenido entre las sustancias tóxicas del cigarrillo, generan disminución del número (oligospermia) (entre un 22 a 57%) y la movilidad de los espermatozoides (astenospermia), así también cambia la morfología con alteraciones de la cabeza y cola de los espermios.

En lo que respecta a la actividad sexual de los hombres podemos decir que “20 cigarrillos diarios aumentan un 60% la probabilidad de impotencia sexual masculina”.

Concluimos que si se abandona el tabaco, luego de tres meses se podrán comenzar a recuperar estas funciones.

Bibliografía consultada

- Donghi A, Vázquez L. Adicciones. Una clínica de la cultura y su malestar. JVE Ediciones, Bs As, 2000.
- Fargeström KO. Towards better diagnoses and more individual treatment of tobacco dependence. Br J Addict 1991; 86: 543-7.
- Feldman HA, Goldstein I, et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 1994; 151: 54-61.
- Jorenby D, Lesichow S, Nides M, Rennard S, et al. A controlled trial of sustained release bupropion, a nicotine patch or both for smoking cessation. N Engl J Med 1999; 340: 685-9.
- Müller FW. MEDEF-Entrenamiento médico para la cesación del tabaquismo. Editorial Polemos, Bs As, 2004.
- Sapetti A, Comesaña Díaz E. Response to Sildenafil by Patients with Erectile Dysfunction Related to the Presence of Major Risk Factors. 153rd Annual Meeting of the APA, Chicago, IL, Mayo 13-18, 2000.
- Sapetti A. El sexo y el varón de hoy. Emecé Editores, Bs As, 2001.
- Sapetti A. Los senderos masculinos del placer. Editorial Galerna, B.
- Sánchez Montes M. El consumo de tabaco disminuye la fertilidad masculina al afectar a la calidad de los espermatozoides. 2007.
- Los efectos del tabaco sobre la fertilidad. Revista Ser Padres.
- Tabaquismo y fertilidad. Nascentis.
- Cómo influye el tabaco en la Fertilidad. Procreatec web.
- Tabaquismo afecta sexualidad. Sexualidad 180.
- De Oros, Javier. El tabaco y la impotencia sexual.

Enfermedades crónicas y tabaquismo: una política sanitaria

Dr Eduardo Cazap

Fundador y primer Presidente, Sociedad Latino americana y del Caribe Oncología Médica (SLACOM). Ex-Presidente, Unión Internacional contra el Cáncer (UICC-Ginebra). Ex-miembro, Directorio de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO- Washington). Miembro, Comité Ejecutivo, Instituto Nacional del Cáncer de Argentina (INC).

Resumen

Se relaciona al tabaquismo con una serie de enfermedades crónicas no transmisibles y algunas con desenlace letal, que serían evitables. Se señala su impacto económico y social. Se describe la política sanitaria actual y futura para enfrentar este desafío. Se remarca la importancia de medidas legislativas antitabaco y el accionar de organizaciones internacionales no gubernamentales.

Palabras claves. Enfermedades Crónicas, tabaquismo, salud pública, legislación.

Smoking and chronic diseases: a health policy

Summary

Smoking is related with a number of chronic non-contagious diseases and some with fatal outcome, that would be avoidable. Their economic and social impact is noted. The current and future health policy is described to meet this challenge. The importance of anti-smoking legislation and actions of international NGOs is highlighted.

Key words. Chronic diseases, smoking, public health, legislation.

El impacto del cáncer y otras enfermedades crónicas es uno de los mayores desafíos del desarrollo sustentable en el Siglo XXI. El consumo de tabaco es la principal causa evitable de cáncer en el mundo. También es causa de una serie de otras enfermedades y condiciones, incluyendo enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, síndrome de muerte súbita del lactante y ceguera. El tabaco es altamente adictivo y letal y la Organización Mundial de la Salud estima que el tabaco mata a casi 6 millones de personas al año, incluyendo más de 600.000 no fumadores expuestos al humo de segunda mano. El tabaco mata a alrededor de la mitad de sus usuarios a largo plazo e impide el desarrollo social y económico mediante la reducción de la productividad, la desviación de gastos en necesidades como la alimentación, la educación y la salud, y la imposición de los costos de atención de salud en las familias y las comunidades.

La legislación ha jugado un papel central en el control del tabaco. Esto incluye la adopción de medidas legislativas o reglamentarias que establecen, por ejemplo, lugares de trabajo libres de humo y lugares públicos, las advertencias sanitarias obligatorias e información de productos, y la prohibición de la publicidad del tabaco, promoción y patrocinio. También comprende litigios contra la industria del tabaco en los foros nacionales e internacionales.

El marco legislativo para el control del tabaco a nivel mundial se establece en el *Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)*, un tratado negociado bajo los auspicios de la OMS. El CMCT fue adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2003 y entró en vigor el 27 de febrero de 2005. En la actualidad cuenta con 180 partes. Bajo el tratado, las partes se comprometen a una serie de medidas relativas a la reducción de la demanda, reducción de la oferta y de la cooperación internacional.

En el año 2008, la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC) publica la Declaración Mundial sobre el Cáncer (WCD) para promover la eliminación del cáncer que amenaza la vida de las generaciones futuras. La Declaración ha presentado 11 objetivos

Correspondencia. Dr Eduardo Cazap
Correo electrónico: ecazap@slacom.org

Figura 1. La Sra Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Dr Ala Alwan, Subdirector General de la OMS y el Dr Eduardo Cazap (Presidente de UICC 2010-2012), en la presentación de la Declaración Mundial del Cáncer.



para dar impulso a las acciones globales, incluyendo prioritariamente la lucha antitabáquica.

En mayo de 2010, las Naciones Unidas (ONU) aprobaron la Resolución 64/265 en reconocimiento de la creciente preocupación de los países miembro, en particular, los países del Caribe y los de la Commonwealth del Reino Unido. Más de 135 países apoyaron la resolución, destacando un amplio reconocimiento del tema y la preocupación por las enfermedades no transmisibles.

La reunión de alto nivel de Naciones Unidas de septiembre de 2011 fue la segunda reunión de este tipo desde la Segunda Guerra Mundial para discutir un tema global de la enfermedad. Dado que las enfermedades no transmisibles están siendo consideradas como un problema de agenda en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los gobiernos deberán destinar más ayuda económica para el desarrollo y más fondos para abordar el cáncer y las otras enfermedades no transmisibles en los países en desarrollo. En esta estrategia política global la lucha antitabáquica es un tema central que ahora complementa la legislación existente del Convenio Marco contra el tabaquismo.

La Alianza para la prevención y el control de Enfermedades Crónicas (*NCD Alliance*) fue fundada por cuatro federaciones de ONG internacionales que representan a las cuatro principales Enfermedades No Transmisibles (ENT): enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedad respiratoria crónica. Junto con otras grandes ONG internacionales asociadas, la *NCD Alliance* hoy une a una red de más de 2.000 organizaciones de la sociedad civil en más de 170 países. La misión de la Alianza contra las ENT es la lucha contra la epidemia de ENT por colocar la salud en el centro de todas las políticas.

Todas estas acciones a nivel global son etapas fundamentales que deben ser complementadas con las acciones en cada país para lograr una efectiva y real erradicación del hábito tabáquico de las próximas generaciones.

Tabaco y cine

Dr Raúl Mejía y el equipo del proyecto “Tabaco en el Cine y Tabaquismo en los Jóvenes en América Latina”

Doctor en medicina. Investigador titular del CEDES. Médico del Programa de Medicina Interna, Hospital de Clínicas (UBA). Ex-Coordinador de la Iniciativa Anti-Tabaco del Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud de la Nación. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Equipo de trabajo

Raúl Mejía
Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y
Hospital de Clínicas José de San Martín UBA.

Paola Morello
Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Adriana Pérez
Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, UBA.

Lorena Peña
Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Sandra Noemí Braun
Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y
Hospital de Clínicas José de San Martín UBA.

Edna Arillo Santillan,
Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Inti Barrientos Gutierrez
Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Rosaura Perez Hernández
Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Erika N Abad Viveros
Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Christy Kollath-Cattano
Department of Health and Human Performance, College of Charleston, USA.

James F Thrasher
Department of Health Promotion, Education & Behavior, Arnold School of Public Health, University of South Carolina, USA.

James Sargent
Department of Pediatrics, Geisel School of Medicine at Dartmouth, USA

Resumen

Se revisa la relación entre el tabaco y el cine, y cómo influye en la sociedad para imponer el hábito del consumo del tabaco a nivel nacional e internacional.

Palabras claves. Tabaquismo, cine, comunicación.

Tobacco and cinema

Summary

The relationship between tobacco and film is reviewed, and how influences society to impose the habit of consumption of tobacco at national and international level.

Key words. Tobacco, cinema, communication.

Personajes fumando tabaco han aparecido en las pantallas de cine desde la época del cine mudo. A lo largo del siglo XX muchos actores (Ronald Reagan, Clark Gable, Sylvester Stallone, John Wayne, entre otros) han promocionado marcas de cigarrillos y han recibido importantes ingresos por esta actividad; además, la industria tabacalera (IT) ha financiado películas y se considera que sus aportes contribuyeron en forma significativa al desarrollo de Hollywood.¹ La industria cinematográfica ha argumentado que la presencia de tabaco en las pantallas se debe a que el cine “refleja la realidad”, aunque la prevalencia de personas fumando es muy superior a la prevalencia de tabaquismo en la población general. La IT, por otra parte, ha explotado el efecto de propaganda que tiene la presencia de personajes famosos fumando y cómo estos personajes se convierten en modelos a imitar por la población general, especialmente los niños y adolescentes.

La presencia de tabaco en el cine no sería un problema si no fuese porque está demostrada una clara asociación entre la exposición al tabaco en las películas y el inicio del tabaquismo en los niños.² Esta asociación se ha evidenciado en ocho países, motivo por el cual la Organización Mundial de la Salud ha

Correspondencia. Dr Raúl Mejía
Correo electrónico: raulmejia@cedes.org

realizado un llamamiento para limitar la exposición de los niños al tabaco en el cine.³

Desde 2012 un equipo multidisciplinario compuesto por investigadores de EE.UU., México y Argentina (<http://www.cedes.org/tabacocine/el-problema.php>) está realizando un estudio con el propósito de investigar la asociación entre la exposición al tabaco en el cine y el inicio del tabaquismo en niños y adolescentes de México y Argentina. Los resultados principales de los estudios son:

- La presencia de tabaco es significativamente mayor en las películas Argentinas al compararlas con la de otros países.⁴

- Las películas extranjeras, al llegar a la Argentina reciben una calificación más permisiva que en sus países de origen, por lo que aumenta la exposición de los niños al tabaco.⁵

- Contrariamente a lo que ha ocurrido en EEUU y en México, en Argentina no se ha observado un descenso del contenido de tabaco en el cine durante la última década (R Mejía en prensa).

- Cada adolescente de Argentina ha visto, en promedio, 128 minutos de tabaco en los cinco años anteriores.⁶

- Existe una asociación lineal entre la exposición al tabaco en el cine y el inicio del consumo de tabaco por los niños (R Mejía en prensa).

Para proteger a los niños de una de los principales factores relacionados con el inicio del consumo, sería conveniente que el Estado Nacional implemente las recomendaciones de la OMS³ al respecto, que en forma resumida son:

- Calificar como No aptas para menores a las películas con contenido de tabaco.

- No otorgar subsidios del Instituto Nacional de Cine y Artes Audiovisuales (INCAA) para la producción de películas que muestren tabaco.

- Exigir de los productores y directores una declaración o certificado de que no han recibido fondos de la IT.

- Incluir advertencias sanitarias sobre los efectos perjudiciales del tabaco al inicio y el final de las películas que contengan tabaco.

Sostén financiero. Subsidio R01TW009274-01, Instituto Fogarty/NIH, EE.UU. El contenido de este artículo es responsabilidad del autor y no representa necesariamente la opinión del Instituto Nacional de la Salud de los EE.UU.

Bibliografía

1. Lum KL, Polansky JR, Jackler RK, Glantz SA. Signed, sealed and delivered: "big tobacco" in Hollywood, 1927-1951. *Tobacco control* 2008; 17: 313-323.
2. US Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2012.
3. Who. Smoke-free movies: from evidence to action 3rd edition. Geneva, Switzerland: World Health Organization http://www.cedes.org/tabacocine/wp-content/uploads/2015/10/WHO_SFM_3RD.pdf; 2016.
4. Barrientos-Gutierrez I, Kollath-Cattano C, Mejía R, Arillo-Santillan E, Hanewinkel R, Morgenstern M, et al. Comparison of tobacco and alcohol use in films produced in Europe, Latin America, and the United States. *BMC public health*. 2015; 15: 1096.
5. Thrasher JF, Sargent JD, Vargas R, Braun S, Barrientos-Gutierrez I, Sevigny EL, et al. Are movies with tobacco, alcohol, drugs, sex, and violence rated for youth? A comparison of rating systems in Argentina, Brazil, Mexico, and the United States. *The International journal on drug policy*. 2014; 25: 267-275.
6. Salgado MV, Perez A, Abad-Vivero EN, Thrasher JF, Sargent J, Mejía R. Exposición de adolescentes de escuela secundaria de la Argentina y México a escenas de tabaco en películas de cine: una estimación poblacional. *Rev Argent Cardiol*. 2016; 84: 152-158.

Un desafío cotidiano: cómo transformar a quien nos consulta en paciente

Dr Eduardo Chandler

Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica Argentina. Profesor del Curso de posgrado de Salud Mental, Dpto de Salud Mental, Hospital de Cínicas, Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Existe un paralelismo entre las diversas etapas propuestas por Prochaska y Di Clemente en su conocido estudio y los diversos “estilos” de funcionamiento mental. Estos estilos están íntimamente relacionados con el grado de desarrollo emocional alcanzado, de lo cual depende, a su vez, la intensidad de la regresión –circunstancial o crónica- experimentada frente a la adversidad. Así, la Precontemplación y la mera Contemplación suelen resultar barreras -sino infranqueables, por lo menos de muy difícil superación- para las personas emocionalmente menos maduras. Su incapacidad de autocrítica y de la necesaria renuncia a un modus operandi anacrónico las ha instalado en una autodestructiva “zona de confort”, donde reina el infantil “me gusta” que impide un cambio salvador hacia una forma de transitar la vida bajo la dirección de premisas más sanas como el “me conviene”. Es un desafío cotidiano para todo profesional que asiste a estas personas, ayudarlas a realizar este cambio esencial de actitud del cual puede depender el que puedan seguir viviendo.

Palabras claves. El método transteórico, relación médico-paciente, adherencia al tratamiento.

An everyday challenge: how to transform the person that consults us into a patient

Summary

There is a parallelism between the different stages that Prochaska and Di Clemente proposed in their well-known study and the diverse styles of mental functioning. These

styles are intimately connected to the degree of emotional development reached that in turn determines the intensity of aggression (circumstantial or chronic) experienced, facing an adversity. Thus, the Precontemplation Stage and the Mere Contemplation Stage tend to be barriers, if not insurmountable, at least very difficult to overcome for people who are emotionally less mature. Their incapacity to self-criticize and the need to give in to an anachronous modus operandi, have placed them into a self-destructive comfort zone where the infantile “I like it” rules, which impedes a life-saving change towards a way of living under the guidance of a more healthy premise such as “it is better for me”. It is an everyday challenge for all the professionals who are treating these persons to help them in making this essential change of attitude, on which their life may depend.

Key words. The transtheoretical mode, patient-doctor relationship, adherence to treatment.

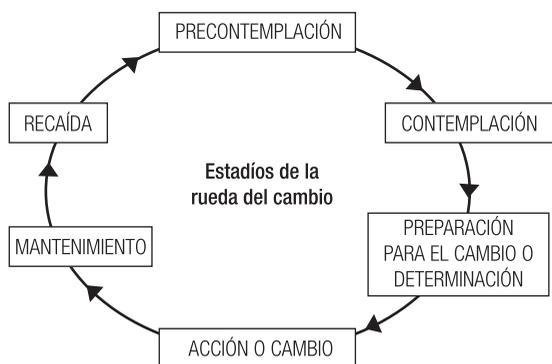
Dos psicólogos norteamericanos, James O Prochaska y Carlo Di Clemente desarrollaron, a comienzos de la década de 1980, un modelo original que describe las dificultades que una persona debe enfrentar en el proceso de cambiar actitudes habituales perniciosas para su salud.¹ Esos hábitos, que “hacen a su identidad” (esto queda claro cuando se dice que alguien “es” fumador, alcohólico, etc.), luego de acompañarlo durante muchos años, han sido declarados peligros, lo cual suele dar lugar a una verdadera crisis, a una conmoción emocional en esa persona que entiende que debe abandonar una práctica con la que se identifica. Los mencionados autores sistematizaron las etapas que integran a dicho proceso el que como tal – y en la medida en que implica un duelo, es decir un dolor – requiere de un verdadero trabajo de la mente desplegado en el tiempo.

El adecuado entrenamiento del profesional en el reconocimiento de la etapa en la cual se encuentra el paciente, le permitirá intervenir de manera más eficaz.² Prochaska y Di Clemente desarrollaron su modelo “para el cambio de actitudes”, tomando

Correspondencia. Dr Eduardo Chandler
Correo electrónico: dreduardochandler@gmail.com

materiales teóricos de distintas corrientes de pensamiento psicológico, por lo cual lo denominaron “*modelo transteórico*”. Es un modelo inteligente por ser inclusivo y no reduccionista, según el cual todo paciente que ha de cambiar una conducta habitual debe pasar por las siguientes etapas:

1. Precontemplación.
2. Contemplación.
3. Preparación (para la acción).
4. Acción.
5. Consolidación y mantenimiento del cambio logrado.



Podemos considerar que estos pasos nos llevan desde el simple acto de la consulta, acto que muchas veces es único, aislado y no prospera, hasta la concurrencia comprometida de quien verdaderamente busca ser ayudado. En el primer caso estamos ante un “consultante”, alguien que no es –al menos hasta ese momento– un “paciente” en sentido estricto. Su vida puede cambiar –en muchos casos hasta puede ser salvada– si podemos ayudarlo a transformarse en un “paciente”. De esto tratan estas reflexiones.

El modelo transteórico: sus etapas

1) Precontemplación: La persona (no podemos decir aún “*el paciente*”) ha tomado conocimiento de que tiene un problema cuya resolución depende de su cambio de actitud, concretamente del abandono de una práctica habitual que le resulta placentera. Esto genera dentro de sí una lucha entre el “*sé que me conviene dejarlo*” y el “*pero me gusta*” o “*es algo que necesito y no puedo dejar*”. Por el momento esa puja se inclina hacia el no-cambio, situación estanca que permite evitar la angustia que despierta tener que enfrentar el problema. Quizá dos ejemplos paradigmáticos de la etapa de precontemplación lo ofrecen el aliviador hábito de fumar o la adicción al alcohol.³ No debemos esperar aquí una respuesta ni

inmediata ni eficaz y sostenida, pues el sujeto está encerrado dentro de sí y opone fuertes resistencias a abandonar su hábito, integrado en su modo de vida. Esas resistencias se evidencian en el “*de eso no quiero hablar*”, lo cual es directamente verbalizado o bien explicitado por gestos adversos cuando uno le insinúa el tema; también el silencio suele ser una elocuente respuesta. Nuestra insistencia provocará el alejamiento de la persona respecto de cualquier actividad sugerida que promueva ese cambio, tal como hablar sobre sus hábitos, leer material relacionado, etc. Obviamente, éste no es un momento propicio para enviar a quien nos consulta a realizar una psicoterapia.

2) Contemplación: Se insinúa en esta etapa una cierta toma de conciencia, un primer registro de que algo que es habitual y agradable está siendo perjudicial. A partir de esta concientización, que no suele ser plena ni significativa, la persona puede disponerse a intentar modificaciones evidentes dentro de los siguientes meses. Ha logrado internalizar las conveniencias de modificar su actitud resistencial y opositora, aunque también tiene en claro las dificultades que deberá enfrentar. Es un momento de fuerte ambivalencia.

3) Preparación para el cambio o “Determinación”: Se ha roto el equilibrio entre las dos tendencias opuestas que dominaron en la etapa anterior y la persona se muestra ahora dispuesta a realizar el cambio, pues se ha convencido de que eso es lo que le conviene. Las resistencias han disminuido y el proceso iniciado con la toma de conciencia vuelve a ponerse en movimiento.

4) Acción: El proceso de cambio se ha puesto en marcha, generalmente promovido por la angustia que sostiene a la convicción. Un riesgo que es más importante en este momento que en las etapas siguientes es que el paciente claudique en su esfuerzo, revitalizándose las resistencias al cambio, las que permanecían en estado latente. Los autores estiman en seis meses el tiempo necesario para considerar al adicto libre de este riesgo de retroceso (nosotros diríamos que este lapso puede ser más extenso, dependiendo siempre de cada caso particular; la estimación de seis meses proviene de variables extra-personales y no debe aplicarse como valor *standard*). El apoyo y valoración de los esfuerzos y logros que el paciente obtiene, tanto por parte de familiares como de quienes lo atienden, es un factor de gran importancia. En el caso particular de sujetos con marcada impulsividad,⁴ la medicación anti-impulsiva actualmente disponible ofrece un valioso recurso a ser tenido en cuenta.

5) Consolidación y Mantenimiento: En este momento fragua el cambio logrado y con ello el temor al retroceso. Lo que podemos denominar “umbral de

riesgo de recaída” se ha elevado, aunque sigue constituyendo una temible posibilidad el que ese nuevo umbral sea sobrepasado por la tensión ansiosa acumulada en situaciones puntuales. La psicoterapia es esencial para las denominadas personas que presentan ansiedad habitual, predisposición depresiva, relaciones dependientes con el ambiente, etc. La etapa de mantenimiento puede durar toda la vida, sostenida por un gran esfuerzo, o puede –en los casos favorables– llevar al logro de un cambio definitivo y por lo tanto de una nueva forma de vida.

Podemos decir aquí, a modo de síntesis conceptual, que la modificación de hábitos no es un proceso lineal que se realiza a velocidad uniforme, sino que sufre detenciones y eventuales retrocesos, lo cual puede suceder en cualquiera de las etapas mencionadas, aunque lógicamente este riesgo es mucho mayor en las etapas en las que el cambio comienza a ocurrir.

¿Cómo podemos reforzar al paciente en cada etapa?

En el inicio –“*Precontemplación*”– cuando aún la persona no está contemplando intentar un cambio de actitud, es aconsejable observar la situación desde una cierta distancia, manteniendo una posición relativamente pasiva (salvo que las circunstancias exijan actuar de otra manera). Esto es lo que conviene hacer porque lo más importante, el principal valor a cuidar aquí, es lograr una relación de alianza positiva con el enfermo. Esta relación es lo que se denomina en psicoterapia “alianza terapéutica”.⁵ La alianza terapéutica es el vínculo laboral sano entre dos personas, una que busca ser ayudada y la otra, experta, que está dispuesta a ayudarla. En esta etapa inicial, donde dicha alianza no existe aún, oponernos al infantil “yo quiero (seguir haciendo lo que hago) porque eso me gusta” será sentido por esa persona como una amenazante contrariedad, como una falta de comprensión, generando malestar y distancia. Aún no contamos con un verdadero aliado que comprende su situación, sino con una especie de niño encaprichado y eventualmente hostil.

No obstante, tampoco podemos “abandonar” a quien nos consulta en manos de su práctica, ahora declarada perjudicial. Es posible entonces intentar una confrontación prudente (ver más adelante), aprovechando algún “pie” que el paciente nos dé, por ejemplo cuando se queja sinceramente de algún malestar que su hábito le provoca. Ese es el momento adecuado para “poner sobre el tapete” de su conciencia en qué y cuánto lo perjudica la práctica a modificar. Es decir que la estrategia esencial –el punto técnico nodal– es lograr dividir operativamente la mente del consultante en una “parte adulta” –débil aún, pero que comprende su situación y se muestra dispuesta a cambiar por su bien– y otra parte “infantil” que se opone a ese cambio. Nuestro objetivo

es asociar nuestro esfuerzo con el primer aspecto (“alianza terapéutica” o “de trabajo”), sin pretender erradicar al segundo, pero sí quitándole poder operativo. Un ejemplo de esto puede ser *estimular el ejercicio de la espera* ante la realización de algo que desea pero que *no* le conviene hacer. Esta postergación será utilizada para meditar sobre ventajas y desventajas (podemos valernos de alguna persona de su afecto y confianza que se haya comprometido a ayudarlo). Se trata entonces de ejercitar la tolerancia a la frustración de la espera, del límite, del “*hasta aquí sí y desde aquí veremos*” e ir practicando la aceptación del “no”, primero proveniente del exterior y poco a poco surgiendo progresivamente de su aspecto adulto y reflexivo. Este “no” es “la ley” que el aspecto adulto y razonante del propio enfermo deberá poderse administrarse a sí mismo, a su parte infantil, al “quiere” impulsivo e irracional que lo llevó a ese estado de enfermedad.

Existen diversas tácticas para aproximarnos al enfermo precontemplativo y al contemplativo que pueden favorecer el siempre esquivo vínculo inicial. Pero existen asimismo algunas intervenciones que son desaconsejables, pues irritan y alejan al sujeto de quienes intentan ayudarlo, tanto profesionales como familiares. Así, por ejemplo, no discutiremos lo que afirma ni le insistiremos para que realice esfuerzos conducentes ni para que logre resultados efectivos inmediatos sobre sus hábitos nocivos. Esto es como pedirle que se cure antes de hacer el tratamiento. Toda intervención será hecha con modos cordiales y levemente persuasivos (apoyados en la evidencia que el consultante reconoce) para que no se sienta presionado. Consideremos que vamos a encontrarnos con la típica actitud proselitista del adicto (es decir, de quien es un “esclavo” de su hábito), apoyada en razonamientos falsos que sólo sostienen la justificación para que nada cambie. Toda vez que el paciente decline en su actitud, podemos recordarle las evidentes razones que sustentan la conveniencia (o la necesidad, según el caso) de abandonar su hábito, intentado registrar con la mayor precisión posible sus reacciones y atenuando nuestras intervenciones cuando aumenten sus resistencias argumentativas.

En la etapa de *Contemplación*, si bien el paciente ha logrado tomar cierta conciencia de la necesidad de modificar su hábito, siente también un gran temor a fracasar en su intento. Recordemos que toda persona adicta tiene un fondo de marcada inseguridad personal, compensada por el efecto estabilizador de su adicción.⁶ Este temor al fracaso puede reforzar su resistencia, no permitiéndole salir de la retórica del “y sí, pero no sé...” o “me pregunto qué pasaría si...”. Y mientras tanto, nada hace y nada cambia.

El pensamiento mágico: Un fenómeno presente en la mente de todas las personas, aunque es hegemónico en los niños y reaparece en situaciones puntualmente regresivas en el adulto, es el del pensamiento “animista” o mágico. Este pensamiento –

con un componente emocional tan importante que lo acerca más a un sentimiento que a un verdadero proceso intelectual- hace que el paciente espere, aunque no de manera claramente consciente, que las dificultades que enfrenta se solucionen, ya sea por gracia de un factor externo o por el solo hecho de desearlo. Un ejercicio que podemos ensayar a fin de contrarrestar esta tendencia mágica es intentar mostrarle los nexos causales, es decir, la relación causa-efecto existente entre un hecho, por ejemplo, un acto alimentario patológico y determinadas situaciones (ambientales o personales) que le produjeron ansiedad y dispararon esa práctica perniciosa. Una vez concientizado, el paciente puede disponerse mejor a aceptar ayuda y entonces resulta más fácil intentar intervenciones más movilizadoras. Por ejemplo, a fin de convocar sus emociones positivas -como el deseo de mejorar para ayudar a quienes quiere y ve tan preocupados (motor de su decisión de cambiar)- se le puede pedir que reflexione sobre el malestar que sus actos provocan a su familia, efecto que el paciente en mayor o menor medida ha soslayado hasta ahora. Un recurso útil es pedirle que escriba una carta a sus hijos justificando ante ellos la práctica de su hábito y otra carta donde manifieste saber el daño que les provoca y se lamente por ello. Esta última, en pacientes ya menos negadores y “justificadores” de su hábito, puede resultar de notable eficacia. Mediremos entonces las eventuales reacciones de culpa, las que podrán justificar la consulta a un especialista en Salud Mental.

Otro ejercicio, centrado en la persona del paciente, es hacerle escribir una carta dirigida a sí mismo, donde él se describa como alguien conforme por practicar su hábito (se evidencia aquí la expresión de su “parte infantil e irreflexiva”) y otra donde él se lamente por ello, sabiendo que se está dañando (se expresa aquí su “parte adulta y reflexiva”). Estas posiciones opuestas muestran el estado del “balance de decisiones” que el enfermo experimenta dentro de sí. Partimos del supuesto de que está -aunque lo haga en reserva- revisando intensamente las ventajas y desventajas del cambio y de los esfuerzos inherentes.

En la etapa de **Preparación** para realizar el cambio, el -ya podríamos decir “paciente”- se enfrenta con un compromiso, es decir, una decisión que deberá tomar y luego sostener ante sí y ante quienes lo observan, especialmente sus más allegados. Esta “publicación” de la decisión tomada refuerza el compromiso privado, pero acrecienta también el temor a las consecuencias socio-familiares del eventual fracaso. La herramienta válida para este logro es siempre la voluntad firme, basada en la solidez de la convicción obtenida. Esa voluntad se apoya fuertemente en hechos de la realidad (así, por ejemplo, es más firme la decisión de dejar de fumar si uno ha sido diagnosticado de cáncer de pulmón que si esta posibilidad angustia por momentos para ser negada luego; similares consideraciones puede traer un sobrepeso con resistencia a la insulina). Resulta ob-

vio que estos procedimientos serán más eficaces en pacientes cuya relación con nosotros es de confianza y afecto. Un vínculo centrado en la rebeldía y el opo-

sicionismo no permitirá ningún éxito. En la etapa de **Mantenimiento** de lo logrado se juega el siempre delicado equilibrio del que depende la consolidación del cambio versus la temida recaída. Prochaska y Di Clemente sitúan en un lapso de seis meses al periodo de mayor peligro, pero la realidad nos señala que no puede, quien abandona una conducta que lo acompañó placenteramente o alivió su ansiedad durante muchos años, considerarse libre del peligro de recaer, al menos por un tiempo prolongado que se debe medir en años.

¿Cuán comprometido está quien nos consulta en cambiar su hábito? ¿Tenemos un “paciente”?

Quien debe afrontar el abandono de un hábito que durante años le ha aportado alguna forma de satisfacción, experimentará una inevitable resistencia a dejarlo. En la medida en que, por otro lado, ha entendido lo perjudicial que tal práctica resulta y el daño real y potencial que conlleva, crecerá dentro de sí un conflicto y de ese conflicto surgirá un malestar insoslayable. La angustia (combatida con mecanismos psíquicos a veces hasta torpes como es la cerrada negación), la ansiedad, el malhumor y una cantidad de otros fenómenos, minarán su calidad de vida y la de quienes lo rodean, pero es también esa angustia, el clima psíquico necesario para plantearse una acción. Baste citar el sufriente esfuerzo que padece quien decide dejar de fumar tras largos años de hacerlo. Hay razones emocionales y las hay también de orden neurohumoral que explican esto. La gran pregunta aquí es: *¿qué podemos hacer para que esa persona en conflicto que nos consulta desarrolle una eficaz adherencia al tratamiento?*^{7, 8} hecho muchas veces decisivo para que pueda seguir viviendo; ¿cómo podemos transformar a este consultante en paciente?

Normalmente, cualquier enfermedad genera dudas y eventualmente angustia acerca de lo que significa y de lo que puede producir en términos de complicaciones. Luego surgen las infaltables y lógicas preguntas: *¿tiene cura?, ¿cómo se trata?, ¿qué sufrimientos generará ese tratamiento?, ¿qué puede suceder si el tratamiento fracasa?*, etc. Los preconceptos y mitos que sobre las diversas enfermedades tienen tanto el paciente como su familia pueden llegar a perjudicar su disposición a tratarse. Para detectarlos y aclararlos desde un principio puede ser de utilidad formular breves cuestionarios basados en preguntas sencillas y directas, como por ejemplo:

- Ud sufre de ciertas molestias, ¿a qué cree que se deben?
- ¿Ha pensado que lo que Ud padece es algo serio? Si lo pensó, ¿cree que debe tratarse?
- ¿Está dispuesto a tratarse según se le indique?

Cómo sostener y reforzar la autoestima del paciente en el trance de privación de su hábito

Pocas cosas tienen impacto tan positivo en la autoestima de un paciente y en su estado anímico como el éxito en sus esfuerzos y que éstos le sean valorados sinceramente. Tal vez las mejores frases de apoyo y aprobación son aquellas en las que se reconocen su lucha y su compromiso. Muchas veces la eclosión de una enfermedad de cierta gravedad y curso crónico es una ocasión para que el paciente demuestre lo que está dispuesto a hacer por sí mismo. En esta disposición, entre otros factores, siempre interviene de manera central la autoestima del enfermo. La aparición de una enfermedad que exija a la persona aceptar un futuro de pérdidas, privaciones y dolor, funciona como un *test* de personalidad, pues es la ocasión en la cual el paciente muestra su capacidad para controlar la ansiedad, su adaptabilidad, su preocupación por los demás, su contacto con la realidad –por más inhóspita que ésta pueda resultar– y en definitiva su instinto de supervivencia. Este sentimiento, de importancia central en el trazado de aquellos aspectos del destino que dependen del esfuerzo puesto en práctica y de las decisiones que se tomen en la vida, se cimienta en la historia afectiva de cada persona. Esta historia afectiva comienza ya antes de su nacimiento, en las expectativas que de su llegada al mundo tengan sus padres y continúa inscribiéndose, de manera fundante, durante las primeras etapas de su vida.⁹ Los años posteriores se ocuparán de confirmar o desmentir esta historia, pero en las experiencias tempranas es donde la suerte queda echada.

Resulta tarea ardua corregir –siempre en el marco de una psicoterapia específica y profunda– las lesiones tempranas en la autoestima de una persona, pero existen recursos que, pese a su eficacia relativa para mejorar de manera esencial y permanente ese daño, pueden ser útiles en aquellos momentos en que se requiere que alguien dé todo de sí para superar una determinada situación vital. Algunos de estos procedimientos están a la mano del profesional en Nutrición y también de los familiares que más de cerca lo acompañen en su enfermedad. Citemos algunos ejemplos:

- Señalarle su *responsabilidad* en que el tratamiento se lleve a cabo de la manera que ha sido indicado. Esto lo haremos intentando no reprocharle eventuales descuidos que cometa, sino intentando determinar, comprender y ayudarlo a resolver las causas de esos descuidos o incumplimientos, toda vez que aparezcan.
- Tendremos especial cuidado en *no acusarlo* por la enfermedad que padece. En muchas enfermedades crónicas, determinadas conductas o hábitos del paciente han sido un factor determinante en la situación que hoy sufre y que daña también a sus seres queridos, pero acusarlo (muchos fami-

liares lo hacen) puede resultar en consecuencias sumamente negativas.

- Siempre valoraremos los esfuerzos que el paciente realiza para superar dificultades que ha tenido en el cumplimiento de su tratamiento. Por pequeño que sea un logro que obtenga se le reconocerá y, más allá del éxito conseguido, lo que deberá valorarse es la actitud positiva de lucha y compromiso que demuestra.
- Ante fracasos o errores que cometa, se le puede señalar que todo esfuerzo implica algún grado de falla inicial en el resultado esperado. Además, equivocarnos nos permite aprender qué debemos corregir para tener éxito en los intentos siguientes.
- No ser exigentes, al menos al inicio, en el cumplimiento de aquello que al paciente le resulte particularmente difícil de realizar. Es conveniente esperar a que intente nuevamente y en mejores condiciones personales, lo que hasta ahora no pudo lograr.
- Puede resultar sumamente útil hablarle de las dificultades que otras personas ya han tenido en aquello que ahora le cuesta lograr a él. Si no realizamos comparaciones en las cuales nuestro paciente quede desvalorizado o acusado, el hecho de ver que las dificultades que enfrenta ya han sido padecidas por los demás, opera como un alivio que favorece un nuevo intento.
- Es conveniente no dejarle incurrir en autorreproches desmedidos y señalarle su excesiva autocrítica. Muchas personas viven con un juez excesivamente severo dentro de sí, crudo enemigo de la autoestima. Ante tales autorreproches algo aliviador le diremos, pues nuestro silencio puede ser entendido como una confirmación de su autocrítica.

Por todo esto, resulta obvio que deberemos medir cuidadosamente nuestras reacciones, gestos y palabras ante las dificultades o desatinos que el enfermo muestre en el cumplimiento de su tratamiento. Si nuestro paciente ha sido una persona “sufrida” durante toda su vida, nuestras intervenciones pueden representar un innecesario sufrimiento más. Este es el caso de las privaciones orales tempranas, típicas en las personas depresivas y que son un elemento casi constante en los tratamientos nutricionales (el concepto de “privación oral” hace referencia a las fallas maternas en la “nutrición emocional” del bebé; de este tema central en la psicopatología da cuenta la teoría psicoanalítica, especialmente la denominada “escuela inglesa”).¹⁰

Finalmente, no debemos olvidar el inaceptable sadismo de algunos médicos, sobre el cual se habla mucho menos de lo que se debería y que tiene un efecto dañino que la mayoría de las veces no llegamos a advertir en una dimensión siquiera aproximada.

Cómo planificar y ejecutar los distintos pasos del tratamiento según la etapa en que se encuentra el paciente

En todo procedimiento que busca determinados logros existe un plan preestablecido y en toda planificación existen reglas y límites que deben ser respetados. El respeto a estas reglas y límites debe ser observado por el enfermo en sus ejercitaciones y éste debe ver que nosotros también los respetamos. Con esto nos referimos a la cantidad de pasos a seguir en ciertos ejercicios, a las prohibiciones y permisos que debe acatar, etc. El recuperar a una persona enferma hasta donde su enfermedad crónica permita, requiere del máximo de dedicación de parte de todos los miembros del equipo, el que está conformado por el paciente, por su familia y por todos los profesionales que participan.

Estrategias conductuales:

Las estrategias conductuales se abocan al diseño de nuevos hábitos que reemplacen a los existentes, los que no son adecuados o traen consecuencias perjudiciales para la persona. Normalmente, las conductas de un individuo o grupo se mantienen o se modifican en función de los efectos positivos o negativos que provocan. Este es el principio en el que se basan las estrategias terapéuticas conductuales o “comportamentales” que, adecuadamente instrumentadas, es decir, en el marco del sostén emocional necesario, tienen tanto sentido humano como cualquier otra forma de psicoterapia.

Todos sabemos que un premio, como es la aprobación de sus padres, hace que se fije en el niño una determinada conducta positiva que ha logrado adquirir, por ejemplo, pedir ir al baño cada vez que siente la necesidad. Así se consolidan hábitos saludables, maduros y adaptados socialmente. En nuestro caso, el apoyo y estimulación al paciente valorando su actitud en el cumplimiento de lo indicado “refuerza positivamente” esta conducta, es decir, lo estimula a seguir actuando así. Hablamos entonces de “refuerzo positivo” cuando valoramos y alentamos una actitud favorable para el tratamiento. En cambio, ante comportamientos negativos, por ejemplo, rechazos o incumplimientos, si bien no cabe ninguna forma de reprimenda o castigo, simplemente no se le proveerá de las gratificaciones que ha venido recibiendo. Hablaremos con actitud seria y preocupada, lamentando lo que sucede y proponiendo un nuevo intento.

La detección del incumplimiento terapéutico:

Existen dos pruebas que se han diseñado específicamente para detectar a aquellos pacientes que no cumplen con las pautas indicadas:¹¹ la primera es el *test* de *Haynes-Sackett* que evita la pregunta directa al paciente sobre la toma de medicación, porque si se hace, la respuesta más habitual es la afirmativa, aunque el enfermo no cumpla adecuadamente

con lo que se le ha indicado. La prueba consiste en realizar un comentario “casual”, en el curso de la conversación, sobre las dificultades que tienen otros pacientes para tomar su medicación. Si el paciente confiesa tener él también dificultades similares, podremos entonces abordar directamente el tema sin correr el riesgo de que se irrite, pues nos ha habitado. Otra prueba para detectar el cumplimiento es el *test* de *Morinsky-Green*, que considera cumplidor al paciente que responde afirmativamente a las siguientes cuatro preguntas, entremezcladas durante una conversación cordial:

- “¿Se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos?”
- “¿Los toma a la hora indicada?”
- “Cuando se encuentra bien: ¿Ud. deja de tomar su medicación?”
- “Si alguna vez se siente mal, ¿deja usted de tomarla?”

Una intervención psicoterapéutica a cargo del profesional no especializado en Salud Mental: la catarsis:

La “catarsis” o descarga por parte del paciente de cuestiones que lo angustian o le generan ansiedad o preocupación es una actividad verdaderamente psicoterapéutica al permitirle al paciente verbalizar su malestar, escucharse y afianzar a la vez la alianza de trabajo. En esta intervención otorgaremos gran importancia a los factores externos que aquejan al enfermo sin olvidar el riesgo de estar reforzando inadecuadamente su proyección, es decir, “la puesta afuera” de toda la responsabilidad. Siempre tendremos en cuenta la multifactorialidad etiológica del enfermar, en la cual el elemento personal, lo subjetivo del paciente, jamás está ausente. Luego de escucharlo y una vez aliviado por su catarsis, se le anima para que se enfrente a aquello que lo atemoriza, brindándole medidas de apoyo concretas. Así, por ejemplo, frente a los temores no reales sobre su futuro, se le brindará seguridad, en base a información fiable sobre su exacta situación clínica.

A modo de repaso final: principios y estrategias que no debemos descuidar

- No intentar ningún procedimiento sin previo acuerdo con el paciente.
- Tener a la familia informada y dispuesta a colaborar. En el abordaje inicial de un paciente con patología nutricional crónica, hay que atender tanto a las conductas del sujeto como a las de su familia, especialmente si el enfermo es un niño. Los allegados pueden reforzar las actitudes positivas del paciente pero también las negativas, como son las de oposición. Es necesario que quienes influyen sobre el enfermo acompañen y sostengan las indicaciones que han sido dadas, para lo cual habremos de cuidar nuestra relación

con ellos, entrevistándolos en actitud explicativa y abierta, de disponibilidad, confianza y espíritu de equipo.

- No proseguir si aparece un desentendimiento con el paciente que hace que éste se resista a continuar. En un caso así deberá hacerse un alto para conversar todo lo necesario y conciliar diferencias.
- Estar atentos a los sentimientos hostiles que la actitud del enfermo puedan generar en uno y cuidarnos de no contra-actuarlos. Un ejemplo de este contra-actuar es “retar” al paciente que no ha cumplido con lo indicado, reproche particularmente perjudicial cuando hay terceras personas presentes. Ante esta situación se le puede decir algo así: *“En el trabajo que hacemos juntos, la parte de la tarea que a usted le corresponde es cumplir adecuadamente con las indicaciones que ha recibido. Usted es la única persona que, en última instancia, está a cargo de su salud”. Podemos agregar: “Estos estudios / análisis que tenemos a la vista prueban que usted no pudo cumplir adecuadamente con lo que tenía que hacer. Veamos juntos qué sucedió”*. Si hay una situación típica que genera este tipo de conductas en el profesional, es la negativa a comer de la enferma anoréxica nerviosa, cuya cerrada actitud convoca la sensación de impotencia en quienes la atienden. Precisamente por eso con ellas –tal vez como con ningún otro tipo de paciente– más que la lucha de poderes debemos ensayar el *ars curandi*, no olvidando esa máxima terapéutica que dice que, ante el oposicionismo, *la insistencia genera resistencia*.¹²
- Nuestro objetivo será siempre doble: tratar a la enfermedad y cuidar al enfermo.
- Como ya hemos dicho, premiaremos los intentos y, si los hay, los éxitos, pero no reprocharemos los fracasos. Simplemente revisaremos con el paciente lo que hizo, tratando juntos de detectar dónde estuvo la falla, para evitar repetirla.
- No nos dejaremos tentar “aflojando” en lo que es preciso hacer. Eventualmente abandonaremos un camino que se ha vuelto tortuoso y buscaremos proseguir por una alternativa mejor. Este desafío es parte de nuestra estratégica tarea.

Aun bajo riesgo de ser repetitivo y dada su importancia práctica, insistiré en algunos puntos:

a. Requisitos para trabajar adecuadamente con pacientes crónicos:

- No ser una persona ansiosa.
- Ser capaces de sentir empatía.
- Ser capaces de tolerar las frustraciones.
- Ser firmes y sostener los límites necesarios (esto en Nutrición es fundamental).

- Sin pretender que sea una condición necesaria, es muy conveniente que quien trabaja con enfermos crónicos cuente con una psicoterapia personal ya realizada o en curso. Un serio riesgo es que el mecanismo de identificación –tan útil y necesario para poder ser empáticos– se intensifique y nos lleve a “quedar atrapados” en el dramatismo de los sufrimientos del paciente. Una excesiva identificación conlleva ese riesgo, a la vez que puede hacernos aplicar las medidas requeridas con menor vigor del que es necesario. En relación con esto es que cobra tanta importancia la asistencia que al equipo de trabajo le ofrecen los grupos Balint,¹³ pues en ellos se calibran las intervenciones realizadas y se ventilan los desajustes en los que se puede estar incurriendo. De no contar con este recurso, la psicoterapia personal del profesional lo ayudará para no padecer los daños de un “burn out”.¹⁴
- En los casos más graves, con enfermos muy instalados en su cronicidad o con un progresivo deterioro y que tienen actitudes negadoras que tornan difícil el abordaje nutricional, podemos decirles algo así: *“Usted dice que no necesita ninguna ayuda en lo que respecta a su nutrición, que ya sabe lo que tiene que comer y que come lo que debe, pero acá hay estudios y análisis de laboratorio que muestran lo contrario. ¿Podría ayudarme a entender por qué han dado mal estos estudios que ya han sido revisados y que vienen empeorando?”*.

b. Algunas estrategias para trabajar las resistencias del paciente “difícil”:

La tan necesaria como difícil etapa de “confrontación” del paciente con aquello que niega requiere de un pulso artesanal que pueda sostenerse sin permitir el derrumbe por el desgaste al que su resistencia crónica nos lleva. Proponemos cuatro pasos para trabajar estas resistencias:

1. Confrontar al enfermo con la realidad que muestra algo distinto a lo que él afirma. Estaremos muy atentos a la “disociación operativa” del paciente evidenciada por pequeñas señales que pueden indicar que “una parte de él” está dispuesta a reconocer lo que uno intenta mostrarle, aunque “otra parte de él” permanece en una cerrada ceguera. En apoyo al aspecto más permeable se pueden utilizar frases como éstas: *“Fulano, me parece que una parte de usted ve algo que no se anima a reconocer”* o *“Veo que está escuchándome con verdadera atención, pese a que cuando llegó me dijo, enojado, que ni me molestará en hablar”,* etc.

2. Clarificar, en base a la acumulación de “pruebas”, Puesto que él realmente cree ver algo que no coincide con la realidad que vemos todos los demás (utilizar elementos de prueba como los estudios complementarios realizados).

3. Ofrecerle una explicación a modo de hipótesis para pensar juntos acerca de por qué le cuesta cumplir con las pautas de tratamiento que le han sido indicadas.

4. Acompañarlo en la “elaboración” (que es algo comparable con la “digestión mental”) de la hipótesis que le hemos ofrecido en el punto 3. Si todo este procedimiento se ha desarrollado bien, aparecerán aquí emociones penosas que el paciente compartirá con nosotros: su angustia, su rabia y su impotencia frente al destino que la enfermedad traza en su horizonte personal, el dolor ante la actitud de tal o cual familiar, las fantasías de deterioro de su matrimonio, de su relación con sus hijos, de su situación laboral y económica, de su imagen social y de su autoconcepto. Más allá de la objetividad que estos temores tengan, pueden verse agravados debido a la personalidad y a la historia infantil del paciente, lo que hace muy *subjetivo* el concepto de sí mismo (esto se ve típicamente en las personalidades con tendencia depresiva). En este punto 4 podemos evaluar la intervención de un especialista en Salud Mental, intervención que tiene ventajas y desventajas. Las ventajas radican en brindarle al enfermo una asistencia más capacitada y específica, y aliviar-nos nosotros de la sobrecarga que significa hacer una tarea que está más allá de nuestro campo de trabajo. Las desventajas son la aparición de una nueva figura en medio de un vínculo bipersonal que uno está buscando afianzar. También puede suceder que el paciente sienta como un nuevo abandono el que llamemos a un tercero, cuando él se abrió emocionalmente a nosotros en los momentos de catarsis que han tenido lugar. Pero debe predominar el criterio clínico a la hora de decidir esa interconsulta y explicarle muy bien al paciente la conveniencia de que sus aspectos emocionales desbordados sean atendidos por alguien especializado. En general, si se le explica adecuadamente esto, a solas, con tiempo, sinceridad y tacto, los pacientes lo entienden y lo aceptan como un cuidado más que uno les brinda. Es importantísimo luego no desligarnos de lo emocional que finalmente apareció y, sin invadir territorios –lo que confunde a todos-, preguntarle de vez en cuando cómo va su trabajo con el psicoterapeuta “a quien le hemos pedido que nos ayude”.

Conclusión

Cuando una cerrada negación está instalada, la persona no ve o bien ve pero no acepta -o minimiza- las consecuencias de persistir en sus prácticas. Debemos entender sus actitudes de poca colaboración como una expresión de su oposicionismo, el cual, en general, está motivado por la angustia y el enojo que siente ante su situación. Su historia y sus rasgos de personalidad lo han llevado a ser como es y a

hacer lo que hace. Tener esto presente nos ayudará a no responder negativamente a sus cuestionamientos o agresiones.

De las respuestas negativas que podemos llegar a experimentar, el pesimismo y el abandono son dos de las más frecuentes. Una táctica “*de shock*” –y como tal no exenta de riesgos- consiste en restarle importancia a los riesgos y complicaciones posibles. Ese valor que uno quita se puede esperar que lo agregue entonces el propio paciente mostrando así que, detrás de su oposicionismo y su negación, sabe muy bien que lo que uno le dice es verdad. Si logramos que el paciente cuestione la desvalorización que hemos hecho de los riesgos a los que su actitud lo expone, habremos resuelto su negación.

El cambio en las actitudes de un paciente *hay un proceso* y no una transformación brusca de un día para otro. Todos entendemos esto pero, además del paciente, muchas veces sus familiares y muchos profesionales parecen no saberlo o no aceptarlo. El hecho de estar *ante un proceso* lo verificamos cada vez que prestamos atención a pequeñas modificaciones, las que pueden consistir en detalles ínfimos. Es como el derrumbe del puente de hielo de nuestro famoso glaciar. Primero caen pequeños trozos alejados del puente mismo, que es en sí lo que uno ansía ver desmoronarse, pero esos bloques periféricos van restando firmeza y solidez a la estructura central, la cual, finalmente, termina derrumbándose ante nuestros ojos.

Bibliografía

1. Prochaska J, Di Clemente C. The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy. Homewood, IL.: Dow Jones-Irwin. 1994.
2. Cabrera A, Gustavo A. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2000; 18 (2): 129-138.
3. Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. American Psychologist 1992; 47: 1102-1114.
4. Pascual JC, et al. Asociación entre el gen del transportador de la serotonina y rasgos de personalidad en pacientes con trastorno límite de la personalidad evaluados mediante el Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ). Actas Esp Psiquiatr 2007; 35(6): 382-386.
5. Greenson R. Técnica y Práctica del Psicoanálisis. Bs As: Siglo XXI editores. 1976.
6. Prochaska JO, Prochaska JM. Modelo trans-teórico de cambio de conductas adictivas. En: Casas y M Gossop (Eds). Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Barcelona: Ediciones de Neurociencias. Citrán. FISP. 1993.
7. Amigo I, Fernández C, Pérez M. La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En: I Amigo (Ed). Manual de Psicología. Madrid: Pirámide. 1998; 13: 229-270.
8. Rodríguez G. Fortalecimiento de la adherencia terapéutica. México: Miguel Ángel Porrúa, Ed. 1999.
9. Winnicott D. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires, Paidós. 1993.

10. Klein M. Envidia y gratitud y otros trabajos. Buenos Aires, Paidós. 1987.
11. Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Márquez Cabeza JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. *Terapéutica en APS*. FMC 2000; 8(5): 58-73.
12. Hipócrates. Aforismos, Punto 10, Capítulo 2. Editorial Alta Fulla, "Mundo Científico". Barcelona, España, 1986.
13. Tizón JL. Sobre los grupos Balint, el movimiento Balint y el cuidado de la relación médico - paciente. *Atención Primaria* 2005; 36: 453-455.
14. Vega MF. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout": definición y proceso de generación. Recuperado de: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.

Breve historia de la Revista Argentina de Radiología

Dra Jimena Mariano,¹ Lic Lucila Carzoglio,² Dra Claudia Cejas³

¹ Miembro del Comité de Redacción de la RAR. Médica de Staff del Servicio del Diagnóstico por Imágenes del Hospital San Martín de La Plata. Médica de Staff de Cimed. La Plata, Buenos Aires, Argentina.

² Secretaria de Redacción de la RAR. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

³ Jefa de Resonancia Magnética de FLENI. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

La Revista Argentina de Radiología (RAR) es el órgano de difusión de la Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y tiene como misión la publicación y difusión de las investigaciones científicas de los radiólogos argentinos y extranjeros. Intenta ser un aporte para la literatura de habla hispana y un medio de intercambio con las sociedades hispano-americanas.

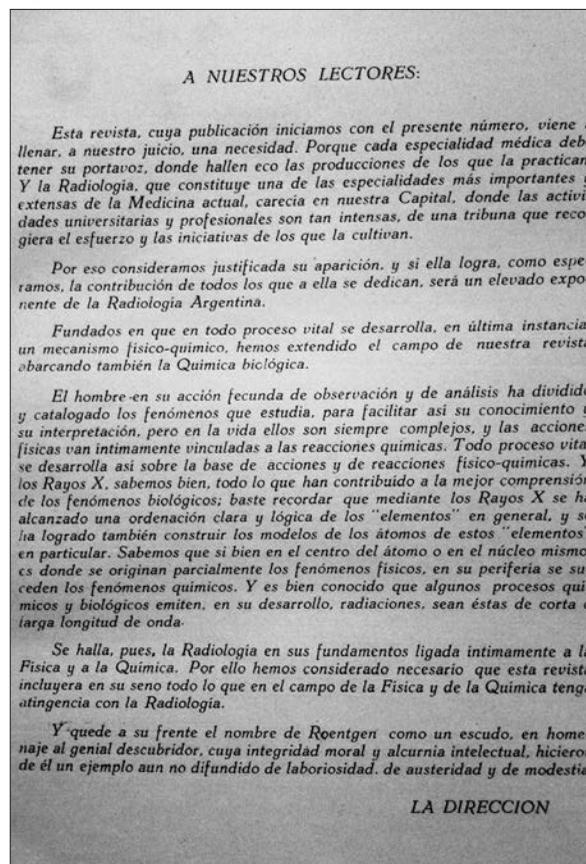
En uno de sus últimos editoriales, la Editora Responsable, la Dra Claudia Cejas, nos cuenta: "El propósito fundamental de la RAR es dar visibilidad a la producción científica de los radiólogos argentinos e hispanoamericanos. Este ha sido el camino elegido por nuestro grupo editorial desde el 2005 y, como fruto del esfuerzo conjunto, la RAR ya se encuentra incorporada a prestigiosas bases de datos nacionales e internacionales, como *Latindex*, *Lilacs*, *Núcleo Básico de Revistas del CONICET*, *SciELO Argentina*, *Redalyc*, *Scopus* y *ScienceDirect*. Sin embargo, no caben dudas de que la mayor base de datos del mundo es *Medline* (un índice que pertenece a la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos)".¹ Bajo esta premisa, el nuevo gran objetivo de los integrantes del Comité de Redacción de la RAR es lograr que nuestra publicación se encuentre indexada en *Medline*. Por ello, nos presentaremos en el 2017.

Ahora bien, ¿cómo llega la RAR a semejante oportunidad a nivel internacional? ¿Cómo fue posible el desarrollo y crecimiento de nuestra revista desde sus precarios y lejanos inicios? ¿Cómo llega a ser una publicación trimestral por más de 30 años?

Veamos y disfrutemos un poco de su amplia y extensa trayectoria.

Ya casi 80 años separan el editorial citado de 2015 del primero de nuestra revista (Figura 1). En

Figura 1. Primera editorial de la RAR (1937).

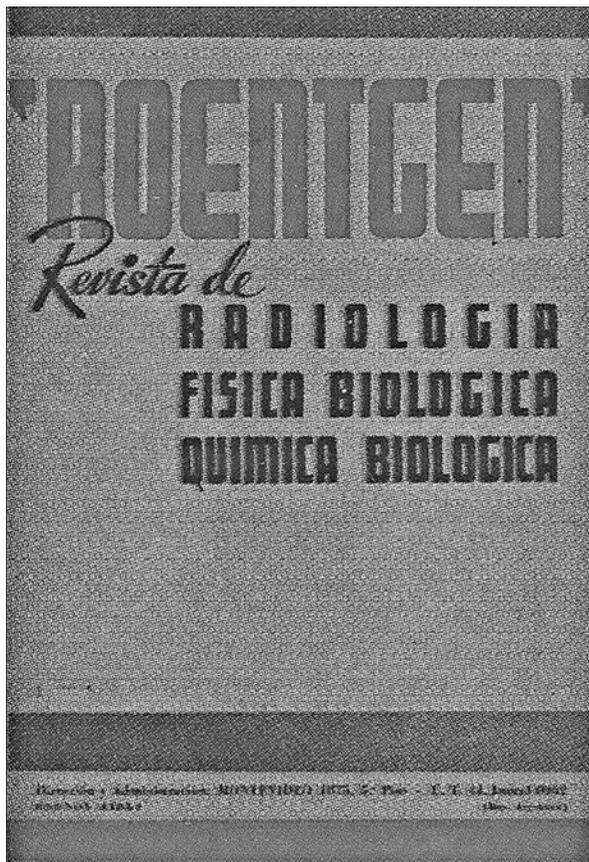


aquel escrito inaugural se sentaban las bases de lo que sería nuestra publicación: "Esta Revista viene a llenar, a nuestro juicio, una necesidad. Porque cada especialidad médica debe tener su portavoz, donde hallen eco las producciones de los que la practican. Y la Radiología, que constituye una de las especialidades más importantes y extensas de la Medicina actual, carecía en nuestra Capital de una tribuna que recogiera y los esfuerzos y las iniciativas de los que la cultivan".² Firmado por La dirección, este número iniciático salió en noviembre de 1937 con

Correspondencia. Dra Jimena Mariano
Correo electrónico: jimenamariano@hotmail.com

el nombre *Roentgen*. *Revista de Radiología, Física Biológica y Química Biológica* (Figura 2), en homenaje al descubridor de los rayos X. Fue la primera publicación regular de radiología y disciplinas conexas en el país.

Figura 2. Tapa de la RAR desde 1937, año de su fundación, hasta 1939.



Roentgen, a cargo de los Dres Eduardo Lanari, Carlos Niseggi, Federico Vierheller y Pedro Sívori, circuló entre noviembre de 1937 y agosto de 1939, ya que durante septiembre de este último año pasó a designarse *Revista Argentina de Radiología* (Figura 3). En 1941, sin embargo, volvió a tener un cambio de nombre y esta vez fue llamada *Radiología* (Figura 4). Con esta denominación, circuló bimestralmente entre los años 1942-1947 y 1950-1953 hasta que en 1954 volvió a publicarse como *Revista Argentina de Radiología*. Si bien este nombre fue el definitivo, después de editar dos números la publicación fue discontinuada.

Su reaparición recién sucedió en 1965 bajo la conducción del Dr Marcelo Moreau (Figura 5). A partir de ese entonces, se editó cuatrimestralmente (esto es, tres números por año) con una estricta periodicidad entre 1965-1978. Lamentablemente, en

Figura 3. Tapa de la RAR desde 1939 hasta 1941.

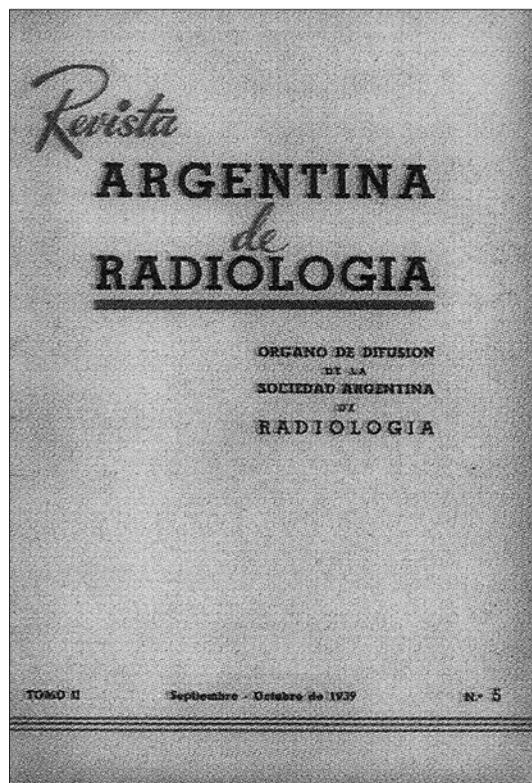


Figura 4. Tapa de la RAR desde 1942 hasta 1953.

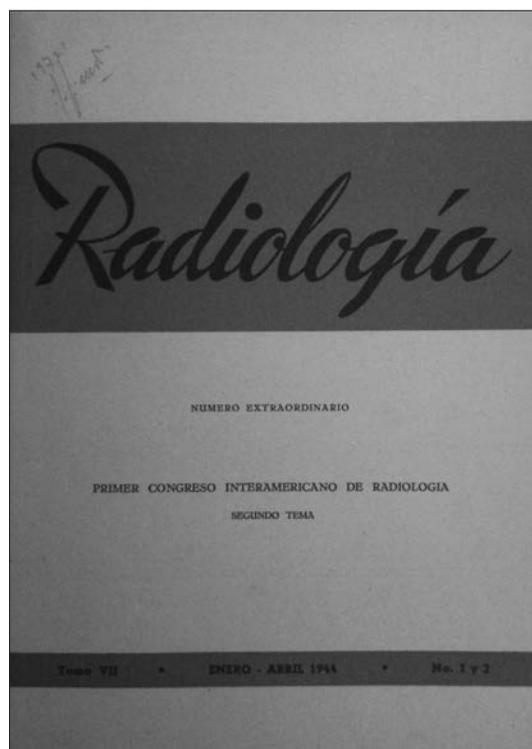
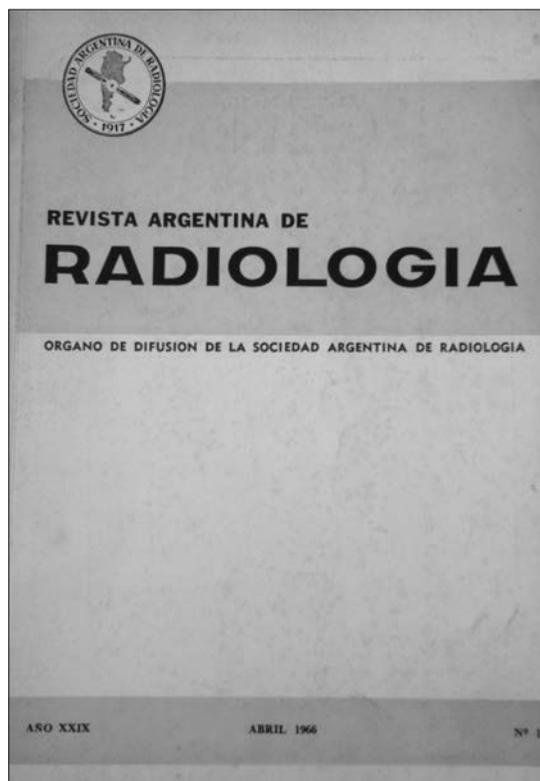
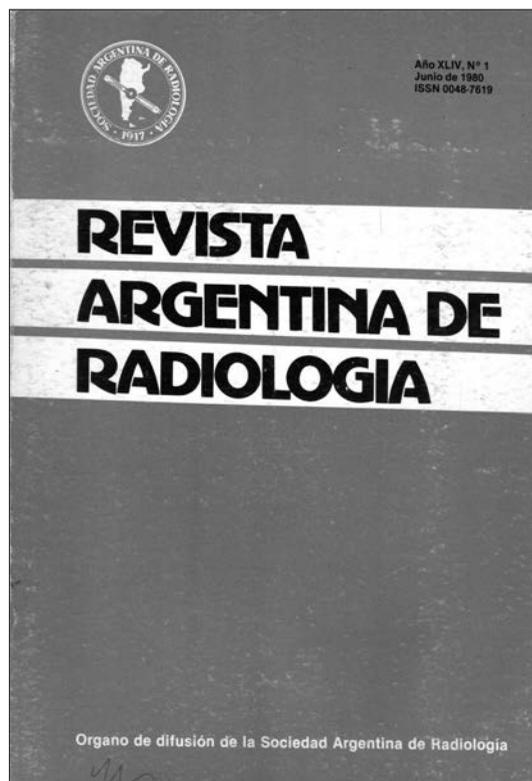
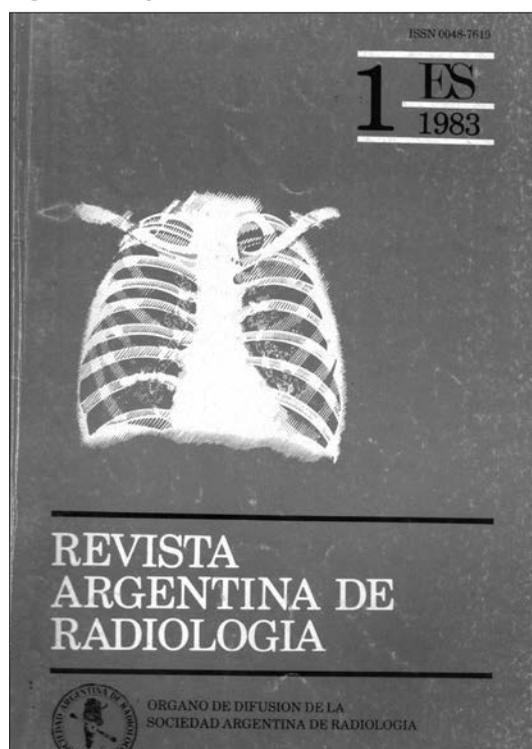


Figura 5. Tapa de la RAR desde 1965 hasta 1978.**Figura 6.** Tapa de la RAR desde 1979 hasta 1982.

1979 los problemas de financiamiento afectaron su regularidad, por lo que hasta 1982 sus números solo salieron semestralmente (Figura 6). En el medio de esta problemática económica, falleció el editor, el Dr Moreau, y su hijo Luis, también médico radiólogo, se hizo cargo de la publicación.

En 1983 finalmente la RAR volvió a ser trimestral (Figura 7). En esta nueva etapa, su flamante director, el Dr Julio Loureiro, logró darle una nueva dinámica duplicando los ejemplares anuales y triplicando el caudal de contribuciones científicas. Este avance, de todos modos, duró solo unos años.³

Tras algunos cambios y luego del paso por la dirección de la Dra Gloria Díaz, ocurrió un hecho clave para la publicación: en 1986, la Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT) se unió a la SAR y conjuntamente designaron a la RAR como órgano de difusión de ambas entidades. Como editor responsable, se eligió al prestigioso Dr. Pedro Louge, quien logró publicar dos números ese mismo año y cuatro números en 1987. A pesar de que en la portada se declaraba que la RAR era una publicación trimestral, la crisis argentina de fines de los ochenta y principios de los noventa incluyó a la especialidad, haciendo difícil la obtención de trabajos y la edición de más de tres números por año.⁴

Figura 7. Tapa de la RAR desde 1983 hasta 1990.

Finalmente, el ingreso en 1991 del Dr Daniel G Borré como editor asociado del Dr Louge dio un nuevo impulso a la RAR (Figura 8). Este equipo editorial promovió cambios sustanciales, que condujeron a la publicación ininterrumpida de cuatro números por año desde 1993. Esta regularidad conseguida no solo traduce los progresos de la revista, sino también el avance y desarrollo de la producción científica nacional. Nuestros radiólogos, luchando contra la falta de tiempo y escasez de recursos, han ido sumando cada vez más a su actividad asistencial un plus de esmero para desarrollarse académicamente con la publicación de artículos y casos.

Paralelamente, en la tarea editorial, también se fueron incorporando, sumando y sucediendo editores asistentes y asociados en un esfuerzo por profesionalizar la revista. Entre ellos, el Dr Guillermo Borré (en 1996) o el Dr Rubén Michaux (en 1998), quienes colaboraron para el perfeccionamiento de la publicación, así como el Dr Alberto Marangoni, que ingresó en el 2000 y fue un colaborador incansable.

Desde los inicios del milenio, la RAR ha crecido a pasos agigantados, al punto que se ubica, teniendo en cuenta Latinoamérica y España, en el tercer lugar respecto al número de publicaciones en revistas de imágenes, luego de *Radiología* de España y de *Radiología Brasileira*.⁵ Si bien ha tenido cuatro presentaciones fallidas (en 2001, 2004, 2009 y 2011) para ser indexada en *Medline*, la biblioteca virtual médica más importante y completa del mundo, los adelantos han sido ininterrumpidos por lo que el Comité se está preparando para un nuevo intento en el 2017.

Ya en el año 2005, luego de 14 años de gestión del Dr Daniel Borré y de atravesar un difícil período de adaptación, se formó un nuevo equipo editorial, integrado por los presidentes de la SAR y FAARDIT como editores jefes y por seis representantes de ambas entidades, en igual proporción, como Comité de Redacción. Los jefes de redacción designados fueron los Dres Alberto Marangoni por FAARDIT y la Dra Claudia Cejas por la SAR. Este nuevo equipo se propuso una serie de logros y desde ese entonces la RAR ha cosechado éxitos importantes (Figura 9).

Con el fin de lograr una mayor visibilidad y expansión a nivel nacional e internacional, y con el empuje del Dr Humberto Ceriotto como motor principal, se creó en el 2006 la página *web* (www.rard.org.ar), donde aún hoy se puede consultar el último número y todos los volúmenes desde el 2004 hasta la fecha. Mediante un buscador por palabras clave, título, descripción, resumen o autor, además, se puede acceder a todos los artículos publicados sobre el tema de interés. Con esta entrada al mundo virtual, la potencialidad de la RAR creció de modo exponencial, dado que a la versión en papel (distribuida entre los 2.200 socios de la SAR), se suma la versión digital de acceso abierto para cualquier especialista del mundo.

Asimismo, el año 2010 fue clave para el alcance de la RAR. Los entonces presidentes y editores aso-

Figura 8. Tapa de la RAR desde 1991 hasta 2005.

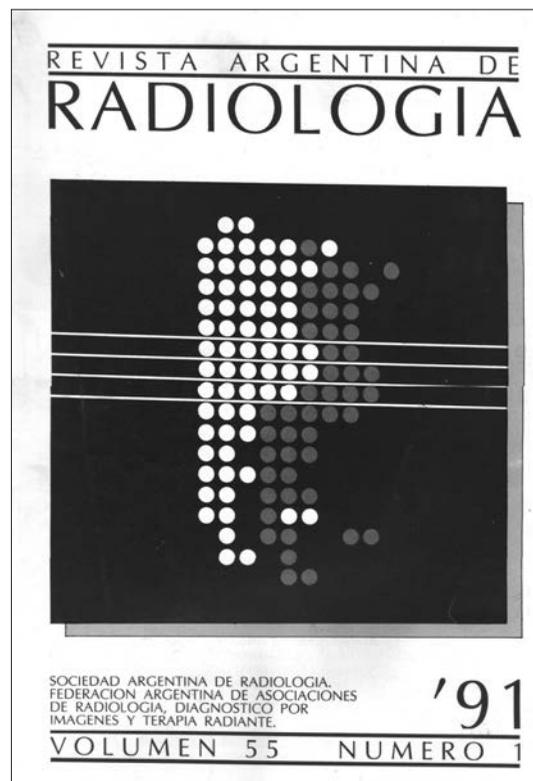
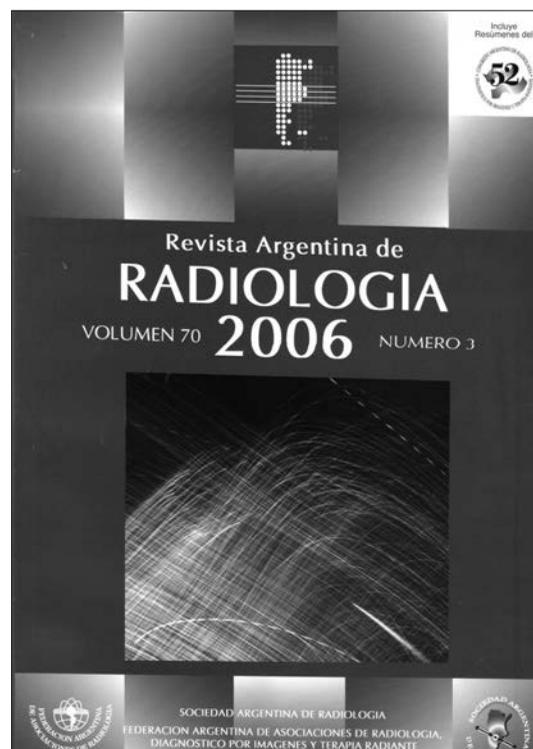


Figura 9. Tapa de la RAR desde 2006 hasta 2009.



ciados Alfredo E Buzzi y Sergio Moguillansky pasaron el mando a los Dres Marangoni y Cejas. La RAR para ese momento había conseguido una serie de indexaciones sumamente importantes para su difusión y visualización. La primera fue *Lilacs*, luego fue incorporada a *Latindex* en el 2007 y después al Núcleo Básico de Revistas del CONICET en el 2009, pero el ingreso al portal *SciELO Argentina* en el 2010 implicó un reconocimiento fundamental por la exigencia requerida. Además de cambiar y modernizar la *portada* (Figura 10), ese año la publicación también comenzó a formar parte de la Revista Virtual del Colegio Interamericano de Radiología y del sitio de publicaciones de la *International Society of Radiology*, GO-RAD. Aún hoy, la RAR envía a cada página sus mejores artículos en idioma original y en inglés para que sean publicados junto con artículos de distintas revistas destacadas del mundo.

Otro de los cambios introducidos que ha tenido mucha influencia en las indexaciones y la profesionalización de la revista, fue la modificación introducida en la evaluación de los manuscritos. Anteriormente, los artículos enviados para una posible publicación eran examinados por el mismo Comité de Redacción, que decidía cambios, correcciones o rechazos; pero a partir del 2008, la decisión de aceptar o no un trabajo se basa en un estricto proceso de

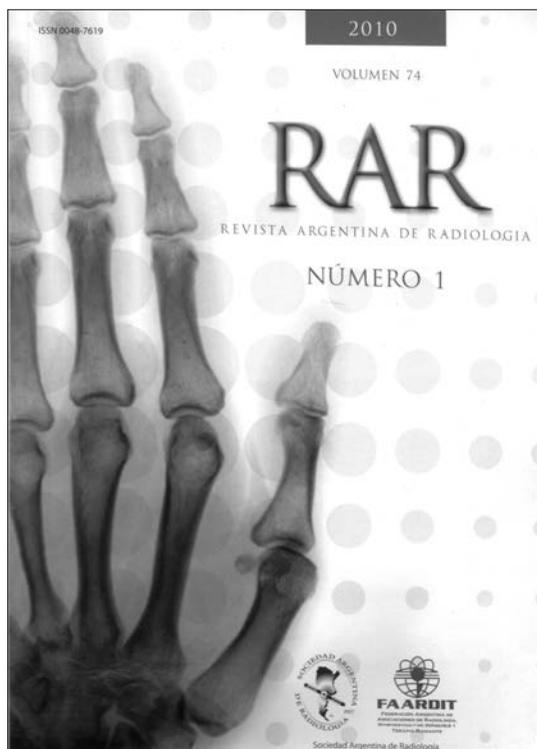
revisión por pares o colegas (*peer review*) especializados en el tema abordado en el artículo en cuestión. En todos los casos, dos revisores reciben el manuscrito anónimo y evalúan su contenido. En caso de que uno rechace el trabajo y otro lo acepte, se envía a un tercer consultor para el desempate. Este método es el más utilizado y confiable a nivel mundial, ya que asegura la imparcialidad y objetividad del material publicado. Asimismo, para que las investigaciones no se viesan menoscabadas por las cuestiones de sintaxis y redacción, durante el 2009 se incorporó una correctora de estilo que corrige y unifica criterios de publicación.⁶

Ciertamente, la enseñanza está y estuvo siempre entre los propósitos de la revista, pero desde el 2010 la formación de los consultores también se convirtió en un objetivo central debido a la necesidad de formalizar cada vez más las revisiones y la calidad de lo publicado. Así, ese año se creó el taller de revisores, que continúa realizándose todos los años durante el Congreso Argentino de Radiología. En esos encuentros, el editor o invitados especiales (de la talla de Mauricio Castillo de *AJNR*, Jeffrey Klein de *Radiographics* o José María García Santos de *Radiología*) abordan cuestiones vinculadas al editorialismo científico, brindando herramientas para la supervisión de trabajos. Si bien en el 2011 la ruptura entre SAR y FAARDIT afectó a la RAR con la pérdida de muchos de sus más valiosos colaboradores, la Dra Cejas continuó, ahora como única editora responsable, esta tarea de formación (Tabla 1). Tal es así que en el 2012 se constituyó un Comité de Revisores *Juniors* conformado por especialistas jóvenes interesados en capacitarse en la tarea de evaluación durante dos años bajo la supervisión del equipo de la RAR y la guía de la editora. Actualmente, este comité ya va por su segunda camada y muchos de los miembros del primer grupo fueron incorporados al *staff*.

Todos estos años la revista fue testigo y protagonista de los cambios de época, no sólo como producto terminado, al dar cuenta de los distintos métodos diagnósticos, sino también como proceso, ya que su edición nunca quedó afuera de la modernización. Si los avances tecnológicos modificaron el Diagnóstico por Imágenes, el trabajo editorial también tuvo sus revoluciones. En el año 2012 la RAR, con el apoyo de la Comisión Directiva de la SAR, empezó a trabajar con la empresa *Elsevier*, una editorial científica internacional que brinda una plataforma *web* dedicada a la recepción, evaluación y edición de manuscritos (<http://ees.elsevier.com/rar/>).

Con esta herramienta la publicación tecnologicizó su proceso de revisión, pero además pudo disparar el alcance mundial de la revista, con un gran crecimiento en el número y calidad de los trabajos. Este nuevo gran paso se vio favorecido también por la indexación de la revista en las bases de datos internacionales *Redalyc*, *Scopus* y *ScienceDirect*, al mismo tiempo que las redes sociales hicieron lo suyo. Desde

Figura 10. Tapa de la RAR desde 2010 hasta la actualidad.



el 2015, se puede encontrar a la RAR en *Linkedin*, así como se pueden leer sus artículos y noticias en *Facebook* y *Twitter*.⁷

Tabla 1. Editores de la RAR.

Nombre	Periodo	Aparición	Editores
Roentgen. Revista de Radiología, Física biológica y Química biológica	1937 - 1939	Bimestral	Eduardo Lanari, Carlos Niseggi, Federico Vierheller y Pedro Sivori
Revista Argentina de Radiología	1939 - 1941	Bimestral	Eduardo Lanari, José Merlo Gómez y Carlos Niseggi
Radiología	1942 - 1947	Bimestral	Eduardo Lanari, José Merlo Gómez y Carlos Niseggi
	1950 - 1953		Juan Aguirre
Revista Argentina de Radiología	1954	Bimestral	?
	1965 - 1978	Cuatrimestral	Marcelo Moreau
	1979 - 1982	Semestral	Luis Moreau
	1983 - 1984	Trimestral	Julio Loureiro
	1985	Anual	Gloria Díaz
	1986 - 1997	Trimestral	Pedro Louge
	1998 - 2004	Trimestral	Daniel Borré
	2005 - 2006	Trimestral	Matilde Buzzi
	2007 - 2008	Trimestral	Adolfo Saubidet y Sergio Moguillansky
	2009 - 2010	Trimestral	César Gotta, Sergio Moguillansky y Alfredo E. Buzzi
2010 - 2011	Trimestral	Claudia Cejas y Alberto Marangoni	
2012 - 2015	Trimestral	Claudia Cejas	

En el presente, la *Revista Argentina de Radiología* recibe artículos desde distintas partes del mundo. Para lograrlo, ha emprendido un camino lleno de esfuerzo y dedicación en el que han participado

muchas personas. A los intentos mencionados por profesionalizar la edición de la RAR, pueden sumarse muchos otros de la última década, como por ejemplo la división por subespecialidad del Comité Consultor, la incorporación de la planilla de conflicto de intereses, la de declaración de autorías, la de responsabilidades éticas y el sistema de detección de plagio.⁸⁻¹⁰ Los cambios en el reglamento de publicaciones también han sido varios, pero actualmente la revista acepta solo artículos originales, revisiones de tema, comunicaciones breves (descripción de 3 a 9 casos de patologías poco conocidas), ensayos iconográficos, cartas científicas (caso clínico), cartas al Editor, reseñas histórico-radiológicas y signos radiológicos. También en cada número se incluyen los cursos y congresos próximos, un comentario de libro donde se analiza una de las últimas novedades editoriales, y una sección llamada *ImaginArte*. En esta última, los especialistas dan rienda suelta a su imaginación, ya que comparan elementos de la naturaleza, animales, objetos culturales o cosas con las imágenes que ven en su trabajo. Así, el objetivo es que unan su realidad en los dos aspectos: el científico y el cotidiano, apelando al conocimiento y creatividad.

El gran camino de la RAR está construido por pequeños pasos y un trabajo minucioso y conjunto de muchas personas, por lo que su historia resulta más que extensa. Sin embargo, este bosquejo intenta dar cuenta de los inicios fluctuantes y de la consolidación y crecimiento de la revista a lo largo de los años, así como busca homenajear a todos los que han colaborado de algún modo. Cada logro y cada objetivo han sido conseguidos y festejados por los miles de radiólogos que envían y leen los trabajos, y por los editores y revisores que se esfuerzan en lograr publicaciones de calidad y mayor jerarquía.

Bibliografía

- Cejas C. Presentación de la RAR en Medline. *Rev Argent Radiol* 2015; 79(3): 125-126.
- Lanari E, Niseggi C, Vierheller F, P Sivori. A los lectores. *Roentgen. Revista de Radiología, Física Biológica y Química Biológica* 1937; 1: 1.
- Borré DG. Fragmentos sustanciales para una historia de la Revista Argentina de Radiología. *Rev Argent Radiol* 1995; 59: 271-281.
- Louge P. Editorial. *Rev Argent Radiol* 1990; 54: 5-6.
- Borré DG. Revista Argentina de Radiología (1979-2004). Breve crónica en estilo corintio. *Rev Argent Radiol* 2004; 68: 285-290.
- Ceriotto H. La RAR hoy. *Rev Argent Radiol* 2009; 73: 257-258.
- Cejas C. Consideraciones sobre los medios sociales en el Diagnóstico por Imágenes. *Rev Argent Radiol* 2015; 79: 181.
- Cejas C. Revista Argentina de Radiología: 5 años de evolución. *Rev Argent Radiol* 2010; 74: 213-214.
- Cejas C. Conflicto de intereses. *Rev Argent Radiol* 2011; 75: 173-174.
- Cejas C. Autenticidad del manuscrito. *Rev Argent Radiol* 2015; 79: 1.

Tabaquismo: adicción y enfermedades. Un desafío mundial y nacional

Dr Ricardo Jorge Losardo

Doctor en medicina. Cirujano plástico. Magister en Salud Pública. Profesor titular, Escuela de posgrado, Facultad de Medicina, USAL. Ex-director del Hospital de Oncología María Curie (GCBA). Coordinador de la Jornada "Día Mundial sin Tabaco – 2016 AMA". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Se describe un panorama general del tabaquismo. Se señalan las enfermedades relacionadas con él y su repercusión en salud pública y por qué se la considera una epidemia. Se mencionan los grupos de riesgo. Se explica cómo el humo del tabaco produce contaminación ambiental y el concepto de fumador pasivo. Se remarcan los propósitos, objetivos y resultados de las campañas anti-tabaco. Finalmente se consideran las leyes antitabaco a nivel internacional (OMS) y nacional, y su efecto en el consumo del tabaco.

Palabras claves. *Tabaquismo, adicción, enfermedad, salud pública, campañas anti-tabaco, legislación.*

Smoking: addiction and disease. A global and national challenge

Summary

An overview of smoking is described. The related disease and its impact on public health are identified and why it is considered an epidemic. Mentioned risk groups. It is explained as tobacco smoke causes environmental pollution and the concept of passive smoking. The purposes, objectives and results of the anti-smoking campaigns are underline. Finally are considered national and international (WHO) antismoking laws and its effect on the consumption of tobacco.

Key words. *Smoking, addiction, disease, public health, antismoking campaigns, legislation.*

Introducción

El tabaco es la droga más comúnmente usada y distribuida en el mundo y esto tiene una repercusión multi-dimensional.

Desde 1988, todos los 31 de mayo desde la OMS se desarrollan campañas antitabaco a nivel mundial. De esta manera, se impulsan nuevas estrategias y acciones para combatir esta adicción que desencadena enfermedades que producen invalidez y muerte. Es evidente que si se pudiera evitar esta adicción, ellas no se producirían. Un verdadero desafío de la salud pública que no tiene fronteras y está instalado a nivel mundial.^{2, 3, 7, 9}

Con este artículo intentamos brindar un panorama general, introductorio, al tema del tabaquismo, sirviendo de marco para los restantes aportes realizados durante la Jornada "Día Mundial sin Tabaco – 2016 AMA".

Orígenes

El tabaco es originario de América tropical y subtropical; su consumo era habitual en la América Precolombina. Fue llevado a Europa después de la conquista española, en el siglo XVI, donde se inició su cultivo y se extendió en el viejo continente. Desde entonces, el tabaco se empleó para cigarrillos y cigarrillos, para fumar en pipa y como rapé.^{4, 6}

Epidemia

Está demostrado que el hábito de fumar es adictivo y ocasiona un daño a la salud. La nicotina es fundamentalmente la que genera la adicción. El fumador no nace sino que se hace. El medio que lo rodea empuja al individuo hacia el tabaquismo. El tabaquismo está considerado actualmente como una verdadera epidemia. La tercera parte de la población mundial mayor de 15 años fuma, lo que representa una cifra aproximada a unos 1.500 millones de pacientes. Un número sin precedentes para la medicina: una amenaza singular para la salud pública. El tabaquismo aumenta el riesgo de enfermedades y de muerte. Las enfermedades relacionadas con él son

Correspondencia. Dr Ricardo Jorge Losardo
Correo electrónico: ricardo.losardo@usal.edu.ar

de tipo crónica y no transmisibles; y son fundamentalmente respiratorias, cardiovasculares y cáncer. Los costos sanitarios por enfermedades atribuibles al tabaco (tabaco-dependiente) son muy altos en todos los países del mundo. Por ello esta tarea excede el ámbito del Ministerio de Salud de cada país y se extiende a otras oficinas ministeriales.^{1-3, 5, 7-9}

Grupos afectados

Los que más sufren son los sectores más vulnerables de la sociedad. La población de menores ingresos económicos y de menor educación; y también los adolescentes en general.^{2, 6, 8}

Niños. Hace unos años, a través de los diversos medios de publicidad, se incentivaba a los niños y a los jóvenes a iniciarse en el tabaquismo. Para ello se presentaba al cigarrillo como inofensivo y habitual. La idea era atraer a esta nueva generación de consumidores de tabaco y lograr la adicción. Las leyes anti-tabaco de los distintos países, a través de distintos mecanismos, están logrando proteger con creciente éxito a este grupo vulnerable. Aún se sigue trabajando en esta línea, ya que está demostrado que los fumadores empiezan en la adolescencia.⁸

Mujeres. Actualmente el consumo del tabaco está aumentando en las mujeres. Este fenómeno es mundial y nuestro país acompaña esta tendencia. Ello se debe a los cambios sociales y económicos que estamos viviendo en las últimas décadas y que están influyendo notoriamente en las costumbres y la cultura: ha cambiado el rol de la mujer en la sociedad, así ella ha quedado más expuesta al tabaquismo. Además, hay que agregar que en el embarazo, por un lado, se condiciona la salud del recién nacido, y por el otro, está presente la posibilidad del aborto.^{1, 5, 8}

Fumadores pasivos. Contaminación ambiental

El humo del tabaco es tóxico y contamina el aire que aspiramos. En las reuniones, donde comparten el ambiente fumadores y no fumadores, hay inevitablemente una exposición al humo de "segunda mano" (fumadores pasivos) y esto incrementa la epidemia. Como respuesta sanitaria se instaló la norma "ambientes 100% libres de humo". De esta manera, se protegió a las personas de los efectos de la exposición al humo de tabaco, ajeno en lugares cerrados de acceso público (higiene ambiental). Así al fumador sólo le está permitido fumar al aire libre. En general el fumador es consciente de que su hábito puede molestar al prójimo. Ya está demostrado que la inhalación forzosa o pasiva de humo trae un riesgo para la salud de los no fumadores.^{2, 3, 5, 8, 9}

Campañas

Es necesario informar a la población sobre el riesgo de enfermedades que produce el consumo del tabaco. No hay duda de que la campaña principal es divulgar el conocimiento sobre las "enfermedades

prevenibles" asociadas con el tabaquismo. También es necesario difundir que dejar el tabaquismo siempre es bueno y disminuye el riesgo de las enfermedades asociadas a él. Rápidamente se mejora la capacidad de realizar actividades físicas y deportivas, mejorando la calidad de vida. Actualmente la difusión de la existencia de los consultorios de cesación del tabaquismo y la idea que se ha instalado en la población de que fumar es una "enfermedad" son un avance importante en la lucha contra el tabaquismo.^{5-7, 9}

Metas. Son muchos los objetivos de estas campañas pero hay tres que podemos destacar:

1. En los fumadores: abandonar el cigarrillo o reducir la cantidad de cigarrillos que fuman, motivándolos y ayudándolos para que dejen de fumar definitivamente.
2. En los ex-fumadores: disminuir los incentivos para que recaigan en la adicción y ayudarlos a que no vuelvan a fumar.
3. En los potenciales nuevos fumadores: desalentar el inicio del consumo de cigarrillos, en la población en general y en especial en los jóvenes.

Niveles de prevención. En salud pública se cuenta con tres niveles bien definidos que utilizan intervenciones específicas:⁷

1. Prevención primaria: evitar el inicio en el tabaquismo.
2. Prevención secundaria: dejar de fumar antes de enfermar por tabaco.
3. Prevención terciaria: dejar de fumar por enfermedades del tabaco.

Legislación

Ya en 1956, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el tabaco era la principal causa evitable de muerte prematura y relacionó el consumo de cigarrillo con el cáncer de pulmón.

En materia regulatoria se ha avanzado mucho, tanto a nivel internacional como nacional. La OMS aprobó en el año 2003 un Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) como herramienta sanitaria internacional para luchar contra esta epidemia. Este "tratado internacional de salud pública" entró en vigencia en el año 2005. A él se van adhiriendo cada vez más países. La Argentina lo ha firmado en el 2003, a través del P.E.N., y debe ratificarlo a través del Congreso de la Nación, tarea que se encuentra pendiente desde el año 2004. Su objetivo principal es desalentar el consumo del tabaco a nivel mundial con el fin de evitar la propagación de la epidemia del tabaquismo y las consecuencias negativas que tiene para la salud pública. Con este propósito cada 31 de mayo se celebra "el día mundial sin tabaco".

La OMS sostiene que en cada país es necesario llevar a cabo una política integral destinada a en-

frentar este problema con el compromiso de legisladores, funcionarios, periodistas, equipos de salud y toda la ciudadanía en general. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) también se adhiere a esta campaña de educación, prevención y control del tabaquismo en las Américas.^{7,9}

Se cumple una década desde que se realizó la primera Cumbre Mundial Antitabaco, es decir, del primer encuentro oficial del Convenio Marco para el Control del Tabaco: fue en febrero del 2006. Argentina, al no haber ratificado el convenio, participa como simple observador, sin voz ni voto. Para que la condición de nuestro país en ese concierto de naciones cambie, es necesario que el Congreso de la Nación sancione la aprobación del proyecto y así entre en vigencia en todo nuestro territorio.

Es de destacar que Uruguay fue el primer país de América en cumplir con el CMCT y ya lleva una década con esta política de salud. Fue el primer país libre de humo de tabaco en nuestro continente.

En Argentina existen leyes anti-tabáquicas en distintas provincias y además hay una ley nacional. La primera que entró en vigencia por un tiempo prolongado fue la “escueta” Ley Nº 23.344 del año 1986; y actualmente rige la “completa” Ley Nº 26.687 del año 2011. En nuestra ciudad de Buenos Aires, marcó un inicio la Ley Nº 1.799 (del año 2005) modificada y ampliada por la Ley Nº 3.718 (del año 2010).

Debemos recordar que hace 50 años, en 1966, fue presentado en nuestro Congreso Nacional el primer proyecto de ley para la regulación del consumo del tabaco, pero no fue aprobado.

Es de señalar que en la práctica una ley se inicia no con su sanción y promulgación sino a partir de su reglamentación; y a veces entre ambas etapas pasan años (Tabla 1).

Tabla 1. Algunos hitos históricos.

En la década del 30, en Argentina, el Dr Ángel Roffo demostró con sus trabajos experimentales la asociación del tabaco con el cáncer.
En 1936, en Buenos Aires se constituyó la Liga Argentina Contra los Peligros del Tabaco.
En 1956, la OMS relacionó el consumo de cigarrillo con el cáncer de pulmón.
En Argentina, en 1966 se presentó en el Congreso Nacional el primer proyecto de ley para el control del tabaco pero no fue aprobado.
El CMCT se aprobó en el 2003 y el primer encuentro oficial del CMCT se realizó en el 2006.
Uruguay fue el primer país de América en cumplir con el CMCT y ya lleva una década con esta política de salud.
Argentina firmó el CMCT pero aún debe ratificarlo: tarea del Congreso Nacional. Por ello, en estas reuniones participa como simple observador, sin voz ni voto.
Actualmente, 30 de los 35 países de América han ratificado el CMCT.

Conclusión

La concientización del daño que produce el consumo de tabaco lleva más de medio siglo en nuestro país, y a pesar de los avances logrados, el desafío continúa y aún falta un largo camino por recorrer.

Bibliografía

1. Abelleira JH. La relación entre el hábito de fumar y las arteriopatías ocliterantes de los miembros inferiores. Rev AMA, 1992; 105(5): 13-16.
2. Cosen JN, Cosen RH de, Hasper I. Tabaquismo: problemas éticos 2002. Consenso sobre contaminación del aire y tabaquismo. Rev AMA, 2002; 115(30): 24-28.
3. del Acebo Ibañez E, Roura HG, Bruno MF. El tabaquismo como fenómeno sociocultural. Tipología del fumador y bases para la formulación de una política argentina. (Premio Carlos González Cambaceres 1993 AMA.) Rev AMA, 1994; 107(3): 16-21.
4. Grau Carreño JE. El tabaco en la historia, las costumbres, las anécdotas y el arte. Rev AMA, 1985/1986; 98/99(5/6): 25-26.
5. Martínez IC, Donato V, Hasper I. Tabaquismo y Embarazo. Rev AMA, 2001; 114(3): 25-30.
6. Mingo E. Tabaquismo en los países en vías de desarrollo. Rev AMA, 1995; 108(3): 43.
7. Muller FW. El médico y el tabaco. Rev AMA, 2005; 118(3): 25-26.
8. Pilheu JA. Patogenia del enfisema pulmonar producido por el humo del tabaco. Rev AMA, 1994; 107(2): 7-15.
9. Rubio Monteverde H. Tabaquismo. Rev AMA, 1995; 108(3): 12-13.

Efectos del tabaco sobre el ADN y sus mecanismos de reparación

Dr Juan José López Costa

Profesor Regular Adjunto del Departamento de Histología, Biología Celular, Embriología y Genética de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Investigador Adjunto del CONICET. Vicedirector del Instituto de Biología Celular y Neurociencia "Profesor Eduardo de Robertis", Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Se describen los efectos del tabaco sobre la molécula del ADN, en el núcleo de las células, desencadenando mutaciones. Se explica cómo el tabaco altera los mecanismos de reparación fisiológicos del ADN.

Palabras claves. *Tabaquismo, biología celular, mutaciones, investigación, Premio Nobel de Química.*

Effects of tobacco on DNA and its repair mechanisms

Summary

Tobacco effects is described on the DNA molecule, in the nucleus of cells, triggering mutations. It explains how the tobacco alter the physiological mechanisms of DNA repair.

Key words. *Smoking, cell biology, mutations, research, Nobel Prize in Chemistry.*

El ADN es una molécula compuesta por dos cadenas de polinucleótidos unidas por puentes de hidrógeno y con una disposición de doble hélice descrita por Watson y Crick. El ADN es la molécula que encierra la información para la síntesis de todas

las proteínas celulares, tanto estructurales como enzimáticas. El ADN se encuentra en el núcleo de las células interfásicas asociado a histonas conformando la cromatina. Durante la división mitótica, la cromatina se espiraliza y condensa para constituir los cromosomas.

El ADN se duplica, se transcribe originando ARNs y el ARNm se traduce originando las proteínas. Una mutación es un cambio en la secuencia del ADN que puede originar consecuencias para la salud que son enfermedades hereditarias y cáncer. Las mutaciones pueden ser espontáneas o inducidas por agentes físicos, químicos o biológicos (virus). El humo del tabaco posee 60 compuestos mutágenos como el benzopireno, NNN y NNK. Las células poseen mecanismos de reparación del ADN como son el mecanismo de reparación por escisión de nucleótidos (REN), el mecanismo de reparación por escisión de bases (REBA) y el mecanismo de reparación de malos apareamientos (REMA). El descubrimiento de estos mecanismos le permitió a los Dres Lindahl, Sancar y Modrich ser galardonados con el Premio Nobel de Química en 2015.

El cáncer puede desencadenarse como consecuencia de la mutación de proto-oncogenes a oncogenes, de genes supresores de tumores que pierden su función o de los genes que codifican a las proteínas involucradas en los mecanismos de reparación. Se ha comprobado que el benzopireno y el compuesto NNK inducen mutaciones de la proteína p 53 (un gen supresor tumoral). También se ha comprobado que NNK disminuye la actividad del sistema de reparación REMA. El humo del cigarrillo aumenta la tasa y el espectro de mutaciones por lo que la mejor profilaxis del cáncer es no fumar.

Bibliografía consultada

- Alberts B, Bray D, Hopkin K, Johnson A, Lewis J, Raff M, Roberts K, Walter P. Introducción a la Biología Celular, 2ª. Ed, Ed Med Panamericana, Madrid, España. 2004.

Correspondencia. Dr Juan José López Costa
Correo electrónico: jjlopez@fmed.uba.ar

- Cooper GM, Hausman RE. *La Célula*, 5ta Ed., Marbán Libros, S.L., Madrid, España. 2011.
- Chen KM, Guttenplan JB, Zhang SM, Aliaga C, Cooper TK, Sun YW, Deltondo J, Kosinska W, Sharma AK, Jiang K, Bruggeman R, Ahn K, Amin S, El-Bayoumy K. Mechanism of oral carcinogenesis induced by dibenzo(a)pyrene: an environmental pollutant and a tobacco smoke constituent. *Int J Cancer*, 2013; 133(6): 1300-1309.
- Menzies GE, Reed SH, Brancale A, Lewis PP. Base damage, local sequence context and TP53 mutation hotspots: a molecular dynamics study of benzo(a)pyrene induced DNA distortion and mutability. *Nucleic Acids Res*, 2015; 43: 9133-9146.
- Sen S, Bhoingarwala P, Francey L, Lu D, Penning TM, Field J. P53 mutagenesis by benzo(a)pyrene derived radical cations. *Chem. Res. Toxicol*, 2012; 25(10): 2117-2126.
- Solari AJ. *Genética Humana: Fundamentos y aplicaciones en Medicina*, 3era. Ed., Ed. Med. Panamericana, Buenos Aires, Argentina. 2004.
- Shen Y, Zhang S, Huang X, Chen K, Shen J, Wang Z. Involvement of p53 mutation and mismatch repair protein dysregulation in NNK-induced malignant transformation of human bronchial epithelial cells. *Biomed Res*, 2014; 920275. Doi:101155/2014/920275.

FE DE ERRATA

Se ha detectado en la revista de la AMA, Vol 129, Nº 1-2016, en la ubicación Retiración de Tapa, algunos errores en la biografía de Pedro Chutro.

- 1) fecha de nacimiento es 1880 no 1897, ese es el año en el que ingresa a la facultad de medicina.
- 2) colegio Nacional de Buenos Aires, dice colegio nacional central, esto podría generar alguna confusión.
- 3) de vuelta a Bs As fue jefe de clínica junto al Prof Decoud, esto fue así en 1904, no a la vuelta.
- 4) Parrafo 7.

Dice: "Al año siguiente regresó a París, esta vez para colaborar con el esfuerzo de guerra del país galo. Trabajó en el Hospital Argentino Auxiliar 108 que había creado Marcelo T de Alvear, primero como cirujano adjunto y después como jefe de servicio. Con Gosset colaboro en el hospital militar de Buffon, eminentemente quirúrgico; en los días de las grandes ..." "como dice el doctor Dr. Arturo Otaño Sahores puede agregarse que", Pedro Chutro, un hombre de sentimientos francófilos, se puso a disposición de su amigo el profesor Gosset, quien lo incorporó al equipo del Hospital Buffon, justo a tiempo para tratar la innumerable cantidad de heridos que llegaban como consecuencia de la ofensiva de setiembre de 1915. Cuando Gosset y sus asistentes Rene Berger, Robert Monod, Bernard Desplas y Jean Charrier debieron marchar al frente, había que cubrir el cargo de Gosset. El general Sieur, que había visto trabajar a Chutro, que por ese entonces tenía 35 años, no dudó en nombrarlo y en mayo de 1916 lo puso a cargo del Servicio de Cirugía que tenía el Hospital, con el grado de comandante. Caso único en Francia que un servicio, donde el jefe tiene grado de comandante, sea dirigido por un extranjero. De él dependían 300 camas de cirugía y otras 700 ubicadas en hospitales periféricos, destinadas a la evacuación de pacientes.

Entre los años 1916 y 1917 realizó más de 1.000 operaciones de cirugía mayor.

Cuando el ejército alemán se aproximaba a París, el Hospital Buffon se transformó en hospital de vanguardia y recibió directamente a los heridos de Verdún y del Somme.

Durante la guerra efectuó el primer ensayo de un suero antigangrenoso, que le fue provisto por Roux.

En los cuarenta meses que duró su actividad trabajó intensamente y solo se tomó una licencia para ir a Compagnie a ver a Carrel e imponer su método de irrigación continua en el Servicio.

Al finalizar la guerra en reconocimiento a su colaboración, fue distinguido por el gobierno de Francia en 1917 con el grado de Caballero de la Legión de Honor, en 1919 con el grado de Oficial y en 1936 con el de Comendador, y pasó a integrar la Academia de Medicina de París.



ROEMMERS

CONCIENCIA POR LA VIDA

www.roemmers.com.ar

