

DOSSIER CLÍNICO

NOTICIAS DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

Nº
9

Coleccionables



Índice

2. Aportes para la discusión sobre la regularización del cannabis (marihuana)

Comisión del Sindicato Médico del Uruguay

8. Desarrollo del lenguaje en el niño. Cómo favorecer su adquisición.

Unidad Docente Asistencial Giordano.
Desarrollo y Aprendizaje.



APORTES PARA LA DISCUSIÓN SOBRE LA REGULARIZACIÓN DEL CANNABIS (MARIHUANA)

COMISIÓN DEL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY (SMU), INTEGRADA POR:

Dr. José Lima, SUAMOC (Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta)

Dra. Beatriz De León, SUPIA (Sociedad Uruguaya de Psiquiatría en la Infancia y Adolescencia)

Dra. Rosario Sica, AUDEPP (Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica)

Dra. Cecilia Idiarte Borda, SPU (Sociedad de Psiquiatría del Uruguay)

Dr. Luis Bibbó, APU (Asociación Psicoanalítica del Uruguay)

Psic. Carla Francolino, (Sociedad de Psicología Médica y Medicina Psicosocial)

Dr. Gabriel Rossi, Sociedad de Psiquiatría Biológica

Dr. Gustavo Tamosiunas, Facultad de Medicina, Cátedra de Farmacología

Dr. Eduardo Bianco, Comisión de Tabaquismo del SMU

Dra. Julia Galzerano, Comité Ejecutivo del SMU

Noviembre del 2012

INTRODUCCIÓN

La reciente promoción por parte del gobierno uruguayo de un proyecto de ley para establecer un marco normativo para la regularización del mercado del cannabis (marihuana) (1) ha atraído la atención de los poderes del Estado, de los medios de comunicación, de la población uruguaya y también de la comunidad internacional.

En los últimos años ha habido una creciente movilización nacional e internacional para promover la “regulación” de la marihuana la cual, más allá de plantear diferentes opciones sobre el tema, comparte los siguientes argumentos a favor:

- La actual prevalencia del consumo de marihuana es evidencia de que las estrategias de control han fallado. El modelo de tipo prohibicionista, está siendo cuestionado por su ineficacia e ineficiencia.
- Los costos y las consecuencias de la prohibición causan más daño que el uso de la marihuana misma y conducen a un incremento de la violencia y del narcotráfico.
- La venta legal de la marihuana permitiría obtener recursos fiscales.
- Con la recaudación de impuestos a la venta de marihuana se podrían cubrir parte de los costos que genera la asistencia de los pacientes adictos y expandir las acciones de prevención y tratamiento de los consumidores de drogas ilegales.
- La regulación permitiría disminuir el efecto góndola, con la separación del mercado de la marihuana del mercado de las otras drogas, de forma que se reduzca significativamente el número de nuevos ingresos de personas al mercado de otras sustancias como la pasta base de cocaína o la cocaína. (2)
- Es en este contexto, que el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) convocó a pro-

fesionales de la salud (representantes institucionales) vinculados a la problemática del consumo de drogas, para conformar un grupo con el objetivo de:

- Generar un espacio para democratizar información.
- Generar conocimiento.
- Propiciar el debate.
- Promover una cultura diferente al tema de regulación de la marihuana con conocimiento del tema.

El objetivo que se busca es el de aportar información a los profesionales de la salud, a los políticos y a la población general, a los efectos de contribuir al debate que existe actualmente en la comunidad, cumpliendo con uno de sus fines pertinentes que es la salud de la población.

El uso de cannabis tanto como sustancia de carácter medicinal como recreativo o como droga de abuso es muy remoto y ha transcurrido a lo largo de la historia con frecuentes cambios en la forma en que fue vista por las diferentes culturas; unas veces haciéndose más énfasis en sus propiedades beneficiosas, otras en sus riesgos, hasta la situación actual, considerada droga ilegal a partir de 1937.

En este momento está una vez más en revisión, y es lo que motiva el presente proyecto de ley que estamos analizando y genera este documento que difundimos para la reflexión.

La complejidad del tema viene dada por los múltiples factores biológicos, psicológicos y socioculturales que interretroactúan (3) entre sí, al que se agregan los de carácter político, económico, jurídico, institucional, para citar los más habitualmente esgrimidos por medios de comunicación en los últimos tiempos.

Este tema se ha visto atravesado por múltiples instituciones que de alguna manera se sienten con la legítima necesidad de expresar su perspectiva. La presencia de dichas instituciones en la discusión pone en evidencia lo complejo del mismo que requiere más inclusiones que exclusiones, ya que todas las miradas son pertinentes y aportan desde cada lugar un aspecto importante a considerar. Es así como se podrá construir mejor el conocimiento por parte de la sociedad en su conjunto, para optimizar la relación entre riesgos y beneficios del uso de esta sustancia.

Desde el punto de vista de la salud pública nos parece importante señalar algunos hechos tanto de carácter empírico derivado de su extenso uso, así

como de algunas consideraciones a punto de partida de trabajos científicos a nivel básico experimental como de estudios clínicos, que si bien carecen de la solidez que hoy se exige en el nuevo paradigma de la medicina basada en la evidencia, creemos oportuno poner a la consideración de la sociedad en su conjunto, para contribuir, como expresamos, a aproximarnos un poco más a la realidad de lo que significa el impacto del uso de cannabis, no para censurar sino para que la decisión de su uso pueda ser tomada con mayor responsabilidad.

EL COMITÉ EJECUTIVO DEL SMU ESTÁ PREOCUPADO POR:

- El incremento del consumo de alcohol y de drogas ilegales, en la población, pero en especial en los más jóvenes. (4)
- Las estrategias que se han utilizado en prevención del consumo de estas sustancias no han tenido hasta el momento los efectos esperados.
- El desdibujamiento de los objetivos de Salud Pública, que deberían ser los centrales en cualquier estrategia de política de drogas, para colocar el énfasis en eliminar las consecuencias de la estrategia de prohibición de la venta ilegal de marihuana y de “quitarle el negocio al narcotráfico”.
- La ineficacia de las estrategias de prevención y tratamiento de los consumidores de drogas.
- La forma en que se está desarrollando el debate.
- La disminución de la “percepción de riesgo” vinculado al consumo de marihuana. (5)
- El mensaje de que la regulación del mercado de la marihuana, en sí mismo, incidirá positivamente en el problema del consumo y el tráfico de drogas.

CARACTERÍSTICAS Y FORMAS DEL CONSUMO, DEPENDENCIA DEL CANNABIS EN NUESTRA POBLACIÓN:

En la 5ª Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas, realizada por la Junta Nacional de Drogas en el año 2011 y publicada en mayo 2012, se observa que la prevalencia de consumo de marihuana “en los últimos 12 meses” se multiplicó por seis pasando de 1,4% en el 2001 a 8,3% en el 2011 y por 10 si se considera el “consumo en los últimos 30 días”. (6)

El consumo es mayor en los hombres (25,2%) que en las mujeres (15,2%), siendo sustancialmente mayor en Montevideo (26,9%) que en el interior (11,1%). (7)

Se calcula que 8.500 personas por año se inician en el consumo, la mitad de ellas tiene entre 15 y 17 años. La mayoría son de Montevideo.

Cuatro de cada diez que prueban continúan consumiendo marihuana. Se estima que 18.700 personas son consumidores diarios.

La encuesta también refiere que el 16,6% de los consumidores presentan “uso problemático” de marihuana de acuerdo al Criterio de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). (8)

Los ítems de la 5ª Encuesta muestran los diferentes tipos de consumo que hay: experiencial, esporádico, habitual y problemático. Los datos señalan el aumento de los porcentajes.

Los lugares donde más frecuentemente se ofrece droga, implican un riesgo de naturalización del consumo, dado la alta oferta en ámbitos cotidianos. Esto nos plantea muchas dudas de que la regularización propuesta pueda alejar a los adolescentes y jóvenes de los circuitos de tráfico ilícito.

EFFECTOS AGUDOS Y CRÓNICOS DEL CONSUMO DE MARIHUANA

Se conoce desde hace ya varias décadas, que el cannabis desarrolla sus efectos a partir de la interacción que produce sobre sitios específicos de nuestro organismo: receptores cannabinoides (RCB), lo que ha llevado a plantear primero, y a encontrar más tarde, que esto indica que nuestro organismo produce sustancias muy similares al cannabis, que participan de múltiples funciones normales. Asimismo dicho sistema cannabinoide endógeno también participa en múltiples procesos fisiopatológicos y que involucran mecanismos de defensa y de autorregulación de numerosas enfermedades vinculadas por ejemplo a la inmunidad, el dolor, coordinación motora así como a funciones neurológicas, cognitivas, emocionales, importantes tanto para su desarrollo normal como formando parte de la etiopatogenia de afecciones neuropsiquiátricas y psicológicas. (9)(10)

Desde el punto de vista de su participación en procesos neuroquímicos cerebrales, debemos conocer que la neurotransmisión cannabinoide se expresa a nivel del SNC a través de RCB llamados de tipo 1,

que se encuentran prácticamente a todo nivel del neuroeje, especialmente a nivel cerebral, siendo uno de los receptores más ubicuos del SNC. De esta manera participa de múltiples funciones, especialmente a través de un mecanismo conocido como neuromodulación. Esto significa que el efecto de los cannabinoides es principalmente modular, regular el efecto de otros neurotransmisores, influyendo por tanto en múltiples sistemas. Destaquemos la participación del sistema cannabinoide endógeno en las siguientes propiedades y funciones en nuestro organismo que resumimos a continuación:

- Procesos de memoria y aprendizaje.
- Coordinación motora.
- Percepción de diferentes sensibilidades.
- Modulación del dolor.
- Regulación de la presión arterial.
- Percepción del tiempo.
- Presión ocular.
- Modulación de la homeostasis energético calórica.
- Participación en la liberación de diferentes hormonas.
- Puesta en marcha de mecanismos de defensa contra la agresión.
- Modulación de las emociones.
- Participación en los procesos de ideación y el razonamiento.
- Modulación de respuesta inmunológica.
- Regulación de procesos de contracción y relajación muscular.
- Participación en respuesta frente al estrés.
- Participación en sistemas de reforzamiento conductual

Lo que hemos aprendido es que de su uso no solo derivan los efectos placenteros o recreativos, sino los diferentes efectos del perfil farmacológico. Los datos provenientes de la literatura científica muestran que el consumo de marihuana puede no ser inocuo, cambiando la popular percepción de bajo riesgo de su uso. (5)

EL CONSUMO DE CANNABIS PUEDE:

- Deteriorar la capacidad para conducir vehículos con seguridad y que hacerlo bajo sus efectos se asociaría con mayor riesgo de lesiones y muerte por siniestros de tránsito. (11) (12) (13)
- Provocar ánimo expansivo, sensación de bienestar, risa fácil, aumento del apetito, somnolencia. (14)
- Inducir episodios psicóticos agudos. (15)
- Precipitar el inicio de la esquizofrenia, en edades más tempranas (factor de riesgo), influyendo sobre su evolución y aumentando el número de descompensaciones. No se observa aumento de la prevalencia de esquizofrenia, sino cambios en la evolución de la misma en relación con el uso crónico de marihuana, en poblaciones vulnerables. (16) (17) (18)
- Incidir en la aparición de trastornos de ansiedad y desencadenar ataques de pánico.
- Inducir la aparición de trastornos del estado del ánimo (como depresión o hipomanía) e incidir sobre su frecuencia y su intensidad.
- Deteriorar el desempeño cognitivo con alteración del aprendizaje.
- Generar la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno psiquiátrico o la intersección de ambas disfunciones; se conoce actualmente como patología dual (19), e implica una serie de consecuencias entre las que se encuentran:
- Mayor complejidad y gravedad de la clínica.
- Complejización del diagnóstico, con importantes dificultades para la realización del mismo en forma ajustada.
- Implicancia en el tratamiento y en el pronóstico.
- Mayores costos asistenciales lo que requerirá una planificación de recursos asistenciales necesarios.

CONSUMO DE MARIHUANA EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y EMBARAZADAS

El Sistema Nervioso Central (SNC) completa su desarrollo aproximadamente a los 25 años y por lo tanto la vulnerabilidad neuropsíquica es mayor, es decir, el riesgo de daño es significativamente más alto que en el adulto. (20) (21)

La importancia de la acción de las sustancias psicoactivas en el SNC radica en que su intervención actúan sobre la modulación de la síntesis proteica

y la neuroadaptación, no siendo esto exclusivo del cannabis.

Asimismo, es en la adolescencia donde surgen los patrones de uso de drogas.

En los niños y adolescentes podría verse afectado su rendimiento escolar, ya que el cannabis puede disminuir las capacidades de memoria inmediata, de concentración, de vigilancia y de atención. Es por esto que el uso crónico en niños y adolescentes puede disminuir las capacidades cognitivas como son el procesamiento de la información y el razonamiento, pudiendo llevar al fracaso escolar.

En adolescentes, en caso de consumo crónico e intenso de marihuana, puede presentarse: apatía, desinterés, indiferencia, alteraciones emocionales y cansancio. Se pueden deteriorar, las relaciones interpersonales (familia, amigos), las actividades sociales, el desempeño escolar, laboral, deportivo.

Respecto al embarazo, el agente activo de cannabis atraviesa la placenta y llega al feto. (22)

No hay evidencia científica de teratogénesis pero sí se ha observado bajo peso al nacer. Algunos estudios han relacionado el consumo materno intenso de marihuana durante el embarazo con alteraciones en el desarrollo cognitivo y conductual de niños y adolescentes.

PREVENCIÓN DEL CONSUMO

La evidencia muestra que la percepción de riesgo, la relación precio consumo y la disponibilidad de la oferta son factores importantes a considerar en las acciones de prevención. Hay una relación inversa entre la percepción de riesgo y los niveles de consumo de marihuana: si la percepción baja, el riesgo aumenta. (23)

Según la 5ª encuesta nacional de consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media en Uruguay en el 2011, hubo un descenso significativo en la percepción de riesgo vinculado a la marihuana y es la única droga en la cual existe una diferencia importante de la percepción de riesgo entre los consumidores y los no consumidores.

Este ha sido uno de los hallazgos más importantes en los últimos años, que ha conducido a un cambio

en la forma de pensar de los responsables de la prevención del uso de drogas en distintos países. Mientras que hace unos años se sostenía que transmitir mensajes a los adolescentes serían inefectivos, porque los rechazarían, actualmente varios expertos sostienen lo contrario en función de los resultados obtenidos en estudios.

Otros factores de riesgo significativos son las creencias, normas y leyes de la comunidad favorecedores del consumo en general, y de las drogas en particular.

En el conjunto de acciones preventivas, se destaca el fortalecimiento de los factores de protección comunitarios, como son: los sistemas de apoyo comunitarios, recursos formales e informales de la familia, normas, creencias y estándares conductuales opuestas a los consumos adictivos y la inserción en los sistemas educativos.

Cannabis: usos medicinales

La indicación para la que existe más aval científico es la prevención y tratamiento de las náuseas y vómitos secundarios al tratamiento con antineoplásicos. También hay evidencias basadas en los resultados de ensayos clínicos aleatorizados y controlados en el tratamiento de la pérdida de apetito del síndrome de anorexia y caquexia (VIH y cáncer terminal), en la esclerosis múltiple; tratamiento del dolor neuropático, control de la espasticidad muscular y otros síntomas, o en el tratamiento del dolor neuropático de otras etiologías.

De todos modos, en general, los preparados cannabinoides en uso no son el tratamiento de elección de estas patologías, puesto que no ha habido suficientes ensayos clínicos que demuestren que los beneficios de la marihuana son mayores que sus riesgos en los pacientes cuyos síntomas se quieren tratar.

Si bien el uso de marihuana puede no ser elección terapéutica de primera línea, no hay estudios que la descalifiquen como medicinal frente a la refractariedad con otro tipo de tratamientos. (24) (25)(26) (27)

CONCLUSIONES

La función médica es trabajar en prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, contribuyendo a la salud de las poblaciones y de los individuos. De aquí que es parte de la función del SMU colaborar

con la gestión de Políticas Públicas en Salud.

- La problemática del consumo de drogas es un asunto de Salud Pública, y por lo tanto, el diseño de las políticas para su control y tratamiento debe priorizar dicho enfoque.

- Es de fundamental importancia contribuir al debate en temas de salud y que este sea ampliamente participativo, para que se genere un conocimiento que redunde en beneficio de todos.

- La marihuana es la droga ilegal más consumida y sobre la que existe la menor percepción de riesgo.

- Las políticas de prevención deberían trabajar tanto sobre los factores de riesgo como los de protección.

- No existe evidencia científica de que con una mayor accesibilidad a la marihuana se reduzca el consumo de pasta base o de otras drogas (efecto góndola).

- Todo consumo problemático implica daño a la salud. El consumo continuado de marihuana puede llevar al abuso o la dependencia.

- El inicio precoz del consumo de marihuana aumenta el riesgo de consumo problemático, y puede dar alteraciones tanto en la esfera cognitiva, como en lo psicológico y lo social.

- No hay suficientes ensayos clínicos que demuestren que los beneficios medicinales de la marihuana sean mayores que sus riesgos. Tampoco se puede descalificarla como medicinal, en caso de que otras indicaciones terapéuticas hayan fracasado.

- La coexistencia de los trastornos psiquiátricos (patología dual) influye en la presentación, en la permanencia en el tratamiento y en la evolución de los pacientes consumidores de sustancias, incluida la marihuana.

- Desarrollar una política “racional” y a su vez “efectiva” sobre el cannabis es un desafío, y desde una perspectiva de la salud pública, la misma debe ser tal que permita alcanzar los beneficios de minimizar el daño causado por el consumo de drogas, legales e ilegales, al tiempo de reducir los costos sociales de políticas prohibicionista.

- El SMU y las sociedades científicas que han participado en la elaboración de estas reflexiones se ponen a total disposición de los señores legisladores y de la población en general para aportar al debate, que consideramos indispensable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Proyecto de Ley sobre Regulación de la Marihuana. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. (agosto 8 de 2012) Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/proyectos/2012/08/cons_min_534.pdf. [Consulta: nov. 2012].
2. American Society of Addiction Medicine. White Paper on State-Level Proposals to Legalize Marijuana: adopted by the ASAM Board of Directors July 25, 2012 Disponible en: <http://www.asam.org/docs/publicity-policy-statements/state-level-proposals-to-legalize-marijuana-final2773DD668C2D.pdf?sfvrsn=2>. [Consulta: nov. 2012].
3. Yaria A. El default de la sociedad argentina drogodependencia, alcoholismo juvenil, violencia y desamparo masivo: Buenos Aires: Bonum, 2008.
4. Junta Nacional de Drogas. Observatorio Uruguayo de Drogas Quinta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza: informe de investigación, octubre 2012. Montevideo: OUD, 2012. p. 15-8. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/2012_v_estudiantes.pdf. [Consulta: 19 nov. 2012].
5. *Ibid.* p. 50-5.
6. Junta Nacional de Drogas. Observatorio Uruguayo de Drogas. Quinta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas: informe de investigación, mayo 2012. Montevideo: JND, 2012. p. 36. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/v_enc_hogares_2011.pdf. [Consulta: 19 nov. 2012].
7. *Ibid.* p. 37-8.
8. *Ibid.* p. 41.
9. Contreras CM, Gutiérrez-García AG, Saavedra M, Bernal-Morales B, Rodríguez-Landa JF, Hernández-Lozano M. Efectos adversos y paliativos en los cannabinoides. *Salud mental* 2003; 26(6):62-75.
10. Sole Puig J, Ramos Atance J. A. Cannabinoides aspectos psiquiátricos y bioquímicos. Barcelona: Rol, 2001. p. 49-64.
11. Li MC, Brady JE, DiMaggio CJ, Lusardi AR, Tzong KY, Li G. Marijuana Use and Motor Vehicle Crashes. *Epidemiol Rev* 2012; 34(1):65-72. Disponible en: <http://epirev.oxfordjournals.org/content/early/2011/10/04/epirev.mxr017.full.pdf+html>. [Consulta: nov. 2012].
12. Asbridge M, Hayden JA, Cartwright JL. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision: systematic review of observational studies and metanalysis. *BMJ* 2012; 344:e536. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3277079/pdf/bmj.e536.pdf>. [Consulta nov. 2012].
13. Sewell, A, Poling, J, Sofuoglu, M. The effect of cannabis compared with alcohol on driving. *Am J Addict* 2009; 18(3):185-93.
14. Contreras CM, *op. cit.* p. 72.
15. Pérez de los Cobos JC, Valderrama JC, Cervera G, Rubio G. Tratado SET de Trastornos Adictivos. Madrid: Médica Panamericana, 2006.
16. Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I, Lewis G. Self-reported cannabis use as a risk factor for Schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ* 325(7374):1199.
17. Foti DJ, Kotov R, Guey LT, Bromet EJ. Cannabis use and the course of schizophrenia: 10 year follow up after first hospitalization. *Am J Psychiatry* 2010; 167(8):987-93.
18. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Tests of causal linkages between cannabis use and psychotic symptoms *Addiction* 2005; 100(3):354-66.
19. Szeman N. Protocolo de intervención en Patología Dual. Barcelona: Sociedad Española de Patología Dual, 2009.
20. Bolla KI, Brown K, Eldreth D, Tate K, Cadet JL. Dose related neurocognitive effects of marijuana use. *Neurology* 2002; 59(9):1337-43.
21. Gruber SA, Sagar KA, Dahlgren MK, Racine M, Lukas SE. Age of onset of marijuana use and executive function. *Psychol Addict Behav* 2012; 26(3):496-506.
22. Aguilera C, Izarra A. Abuso de sustancias tóxicas durante el embarazo. *Med Clin (Barc)* 2005; 125(18):714-6.
23. Becoña Iglesias E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas, 2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/bases.pdf>. [Consulta: nov. 2012].
24. American Society of Addiction Medicine. Medical Marijuana Task Force White Paper: executive summary. 2011. Disponible en: <http://www.ibhinc.org/pdfs/MedicalMarijuanaAGWhitePaper.pdf>. [Consulta: nov. 2012].
25. American Medical Association. Use of cannabis for medicinal purposes (Resolutions 910 and 921, I-08; and 229, A-09) En: 2009 Interim Meeting of the House of Delegates. Report of the Council on Science and Public Health. Houston, Texas: AMA, 2009. p. 189. Disponible en: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/38/i-09-csaph-reports.pdf>. [Consulta: nov. 2012].
26. American College of Physicians. Supporting research into the therapeutic role of marijuana: a position paper of the American College of Physicians. Philadelphia: ACP, 2008. Disponible en: http://www.acponline.org/advocacy/where_we_stand/other_issues/med-marijuana.pdf. [Consulta: nov. 2012].
27. Hazekamp A. An evaluation of the quality of medicinal grade cannabis in the Netherlands. *Cannabinoids* 2006; 1(1):1-9. Disponible en: http://www.cannabis-med.org/data/pdf/en_2006_01_1.pdf. [Consulta: nov. 2012].

DESARROLLO DEL LENGUAJE EN EL NIÑO. CÓMO FAVORECER SU ADQUISICIÓN

UNIDAD DOCENTE ASISTENCIAL GIORDANO. DESARROLLO Y APRENDIZAJE.

Silvana Torres, Lic. Fonoaudiología
Adriana Pereyra, Pediatra
Rosana Farcilli, Pediatra
María Noel Cuadro, Pediatra
Ana Parodi, Pediatra
Soledad Pandolfo, Pediatra
Emilia Roldán, Pediatra
Magdalena Álvarez, Psicóloga
María Noel Larrosa, Psicóloga
Claudia Ravera, Lic. Psicomotricidad
Ema Wolff, Psiquiatra pediátrico
Rosana Pérez, Neuropediatra
Blanca Roble, Ginecóloga
Stella Gutiérrez, Pediatra. Coordinadora General

El lenguaje es la forma que tienen los seres humanos para comunicarse. Es un fenómeno social. Constituye un conjunto de signos tanto orales como escritos que a través de su significado y relación permiten la expresión y la comunicación.

Para desarrollarse normal y oportunamente necesita los estímulos del medio, la inteligencia del niño y una afectividad o mundo emocional adecuado.

¿CÓMO SE DESARROLLA EL LENGUAJE?

- a través de la interacción con el medio (estímulo familiar).
- correlacionando objetos con palabras y estas con imágenes.
- con una estimulación afectiva y multisensorial constante y suficiente (mundo emocional).
- con un buen sustrato biológico por parte del niño (inteligencia).

Para promover conductas de estimulación del lenguaje se deben establecer buenas bases para la comunicación, como son:

- saber escuchar.
- hablar claro, conciso y concreto.
- acompañar el mensaje verbal con la mirada y la postura.

La comunicación humana tiene dos facetas: hablar y escuchar. El escuchar es factor fundamental ya que valida el hablar. Va más allá de lo biológico. Implica comprensión, interpretación.

La familia cumple un rol activo para favorecer y estimular el desarrollo del lenguaje en el niño.

VIDA INTRAUTERINA

A partir del quinto mes se puede comenzar a promover su estimulación de la siguiente manera:

- cantándole una misma canción.
- llamándolo por su nombre, si ya se le conoce.
- hablándole en determinadas situaciones.
- haciendo sonar objetos a diferentes distancias y observar sus reacciones.
- conversar durante el amamantamiento, cambio de pañales, baño, etc. con sonrisas y cambios tonales de voz (enfaticar entonación).
- cantarle canciones de cuna.
- llamarlo por su nombre.
- mostrarle objetos de colores llamativos y que hagan sonidos.
- jugar al “está, no está”.

AL AÑO DE VIDA:

- darle órdenes sencillas sin indicar con gestos lo que desea (ej.: “dame la mamadera”, “dame el chupete”, etc.)
- incentivarlo a decir palabras como “papá”, “mamá”, “chau”, “hola”.
- nombrarle partes del cuerpo y señalarlas para que vaya conociendo las palabras.
- promover la producción de palabras a través de canciones (completar la canción con la palabra final del verso).

EN TORNO A LOS 2 AÑOS:

- sentarse con el niño a ver fotografías y libros de cuentos.
- incentivarlo a dibujar a mamá o a papá.
- enseñarle los colores.
- enseñarle conceptos tales como: arriba, abajo, igual, vacío, lleno, adentro, afuera, grande, chico, lejos, cerca, frío, caliente.
- promover el reconocimiento de las diferentes voces de la familia y de los distintos ruidos ambientales y cotidianos.
- enseñarle a decir su nombre completo, a contar del 1 al 5.
- narrarle cuentos.
- enseñarle canciones, rimas, chistes cortos, animarlo a decirlos.
- preguntarle acerca de lo que está haciendo, de los lugares que visita para que se comunique y describa.

- darle órdenes más complejas: “Primero ponte el pijama y después ve al baño a cepillarte los dientes”.

El normal desarrollo del lenguaje requiere entradas lingüísticas, intercambio con el medio ambiente pero un medio ambiente humano y significativo. Si la intensidad del estímulo no es suficiente, puede producirse una incapacidad en el desarrollo de esa competencia. Y el lenguaje es crucial para la integración del niño-adulto en la sociedad.

Como pediatras debemos transmitir este conocimiento a los padres, estimular, vigilar la adquisición del mismo.

El rasgo básico que distingue a la especie humana de otras es el lenguaje. Se sabe que la incorporación de una segunda lengua en la adultez requiere un esfuerzo enorme pero además nunca se incorporan totalmente las habilidades fonéticas que se poseen para la lengua materna.

El pediatra debe estar atento al cumplimiento de los diferentes pasos en la adquisición del mismo y sobre todo enseñar a los padres las estrategias para facilitar este proceso. La identificación de signos de alarma debe hacernos consultar y derivar a otros especialistas según el caso clínico (fonoaudiólogo, psiquiatra, psicólogo, neuropediatra). La comunicación del pediatra con los especialistas es prioritaria para poder diagnosticar la causa del trastorno.

BIBLIOGRAFÍA

- Lucio Cerdá. Avatares de los aprendizajes Buenos Aires. Editorial Miño y Dávila. 2009.
- Rafael Echeverría. Ontología del lenguaje. Buenos Aires. Editorial Granica S.A. 2011.
- M. Isabel Díaz. Sugerencias de estimulación para niños de 0 a 2 años. Editorial Andrés Bello
- Linford Pike, Ciompi y Soler. Hijos con personalidad... raíces y alas.

10



Coleccionables

Contacto

sermedico@smu.org.uy

● CONOCIMIENTO ● COMPROMISO ● CORRESPONSABILIDAD



FALLOS ARBITRALES



FALLO DEL CONSEJO ARBITRAL DEL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY RESPECTO DE LAS DRAS. FLORENCIA PICARONI Y SANDRA CARDOZO.

Montevideo, 17 de mayo de 2012

VISTO: Que el Comité Ejecutivo remitió a este Consejo el planteo efectuado por la Dra. Florencia Picaroni en su nota de fecha 29 de noviembre de 2011.

RESULTANDO: I) Que en la nota dirigida al Comité Ejecutivo del S.M.U. la Dra. Picaroni plantea en lo sustancial lo siguiente:

"1° Que el día domingo 27 de noviembre del presente año me encontraba cumpliendo funciones de anesthesiólogo de guardia en Block Quirúrgico del mencionado hospital (Hospital Maciel) junto a la Dra. Mashenka Rubinstein."

"2° Que encontrándonos en sala de operaciones para la realización de una intervención de hernia estrangulada a una paciente de 82 años, el equipo quirúrgico se encontraba conformado por los Dres. Sandra Cardozo, Javier Chinelli y González; la instrumentista Elisa Verde y los Enfermeros Circulantes William Andreu y Adys Martínez."

"3° Que para la misma el equipo anestésico selecciona una técnica de anestesia regional con bloqueo neuroaxial subaracnoideo."

"4° Que ante la disconformidad de la Dra. Cardozo por dicha técnica comienza con agravios y críticas hacia el equipo anestésico generando un ambiente hostil. Dichos agravios se constituyen, a mi entender, en más inapropiados aún dado que la paciente se encontraba presenciando la situación."

"5° Que la Dra. Rubinstein le solicita a la Dra. Cardozo que espere el tiempo de instalación de la técnica para comenzar la cirugía, pese a esto continúa el destrato y ésta última toma asiento, alejándose de

la paciente."

"6° Que al acercarme a la Dra. Cardozo y colocar mi mano sobre su hombro solicitándole tranquilidad rompiendo así con la barrera de esterilidad, ésta reacciona dándome un golpe de puño en la cara y sujetándome por el cuello desplazándose hacia el fondo de la sala."

"7° Que lo antedicho me ocasiona lesiones varias constatadas tanto por el médico de puerta de este nosocomio como por el médico forense del Juzgado Penal determinado por el juez de 9° turno, estas se vieron agravadas dado que poseo una artrosis de columna."

"8° Que ante la violenta situación (la paciente permanece despierta) el Dr. Chinelli, los circulantes Andreu y Martínez sujetan a la Dra. apartándola de mí y retirándola de la sala."

"9° Que luego de la agresión me retiro de la sala quedando la paciente al cuidado de mi colega, Dra. Rubinstein, y doy parte al coordinador de la guardia anestesiológica del día Dr. Rubinstein. La Dra. Cardozo se prepara nuevamente para realizar la cirugía y la misma se realiza con anestesia general. Retorno a la sala para la finalización de la anestesia."

Luego, en su nota, la Dra. Picaroni se extiende en consideraciones y valoraciones respecto de los hechos descriptos.

II) Que en su comparecencia del día 5 de marzo del corriente año ante el Consejo Arbitral, la Dra. Sandra Cardozo manifestó en lo fundamental lo siguiente:

"En ese momento me desempeñaba como cirujana de guardia, jefa de la guardia; la Dra. Picaroni se desempeñaba como anestesista de guardia, pero no es una anestesista

titulada, que me parece que es un aspecto a tomarse en cuenta. Se trata de residentes de anestesistas autorizados por el MSP, porque no hay suficientes anestesistas para cubrir las guardias. En este caso por suerte teníamos una anestesista titulada, que era la Dra. Rubinstein; a veces hay sólo residentes en las guardias, esa es una realidad de ASSE."

"En segundo lugar quiero señalar que no cuestioné porque sí la técnica anestésica, sino que consideré que desde el punto de vista quirúrgico tengo todo el derecho a discutir, en el buen sentido de la palabra, con el anestesista, cuál es la mejor técnica para obtener en conjunto el mejor resultado."

"Ahí surge el problema, cuando le planteo a la Dra. Picaroni porqué va a realizar una anestesia raquídea, cuando la paciente tenía una hernia umbilical estrangulada; en ese caso generalmente esa no es la técnica de elección, y no lo digo yo, lo hablé con varios anestesistas mucho más experimentados y titulados."

"La Doctora me contesta en malos términos, me increpa. Para mí ahí había terminado la discusión y la Doctora fue a hacer su técnica."

"Habían pasado unos diez minutos y la paciente podía aún mover sus piernas, que es uno de los parámetros para valorar la profundidad de la anestesia. Empezamos a operar y apenas cortamos la piel de la paciente, la paciente comenzó a gritar porque tenía dolor. Esperamos entonces diez minutos más, y como la situación se mantenía igual, yo dije que no iba a seguir operando en esas condiciones, que no iba a seguir sometiendo a la paciente a un sufrimiento que no era necesario; y

entonces ahí me retiré y me senté en un banco que está cerca.”

“En ese momento se me acerca la Dra. Picaroni, me increpa, me dice que yo no era quien para cuestionarla, me increpa con el dedo en alto, aclaro que a todo esto la paciente estaba despierta, y en ese momento me golpea el hombro, que más allá de si fue o no un golpe fuerte, no puede tocarme porque yo estaba vestida para operar; no se puede tocar a un cirujano en esas condiciones, es un principio básico, no puede violar la barrera de esterilidad bajo ningún concepto. En ese momento reacciono sacándomela de encima y le pego un cachetazo; sí, lo reconozco, le pegué un cachetazo. Después de eso tuve que sacarme la ropa, lavarme, y luego proseguir una cirugía con los residentes, que por suerte se pudo finalizar bien.”

“A la paciente la durmieron, que en mi opinión era lo que tenían que haber hecho desde un comienzo; la Dra. Picaroni había desaparecido.”

“Cuando volvió a block y vio que la paciente estaba dormida (anestesia que hizo la Dra. Rubinstein), empezó a insultarme con insultos de todo tipo, e incluso me golpea con el apoyabrazos de la paciente, lo empuja con la rodilla para golpearme; eso no lo dice en su nota. El residente Santiago González le pidió que no siguiera en esa actitud, que ella no podía hacer eso, que estábamos operando.”

“Cuando terminamos de operar, fui a hablar con ella, porque me pareció que teníamos que hablar; yo no había estado bien, pero ella tampoco, ninguna de las dos habíamos estado bien. Acá no hay una buena y una mala como ella pretende, es inaceptable lo de las dos, las dos estuvimos mal.”

“La Dra. Picaroni no accedió a hablar conmigo, siguió insultándome y me amenazó. Después hizo la denuncia, las dos hicimos la denuncia policial, ella primero y yo después, intervino el juez y el forense.”

“No voy a justificarme, fue un momento en que la Doctora “me sacó mal”. Yo no ando por la vida pegándole a la gente. Ella fue la que inició la agresión, la que comenzó con el contacto físico más allá de lo verbal. Y lo que más lamento de todo es que la paciente estaba despierta y presenciándolo todo.”

III) Que el Consejo ha analizado el siguiente material probatorio:

- a) Nota de la Dra. Florencia Picaroni de fecha 29.11.11 dirigida al Comité Ejecutivo del S.M.U.
- b) Declaración de la Dra. Sandra Cardozo de fecha 05.03.11.
- c) Declaración de la Dra. Florencia Picaroni de fecha 15.03.11.
- d) Testimonio de la Dra. Mashenka Rubinstein de fecha 22.03.11.
- e) Testimonio del Dr. Javier Chinelli de fecha 22.03.11.

CONSIDERANDO: I) Que de las declaraciones de denunciante y denunciada, así como de la prueba testimonial diligenciada (Dra. Rubinstein y Dr. Chinelli) surgen hechos que se pueden considerar probados:

- a) la existencia de agresiones verbales entre la Dra. Picaroni y la Dra. Cardozo;
- b) la existencia de agresiones físicas entre ambas profesionales;
- c) que estos hechos se producen en un block quirúrgico, estando la paciente despierta.

II) Que los testimonios brindados por los testigos presenciales coinciden en que hubo insultos recíprocos, sin poder determinar quién inició los mismos. En cuanto a las agresiones físicas, la Dra. Rubinstein en su testimonio sostiene que fue la Dra. Cardozo quien las inició, mientras que el Dr. Chinelli afirma lo contrario, que fue la Dra. Picaroni la que agredió primero.

III) Que lo relevante en este incidente, más allá de quien lo haya iniciado, es que ambas profesionales no se comportaron con el respeto recíproco imprescindible entre colegas

que deben colaborar en la realización de actos médicos, siendo éticamente reprochables ambas conductas.

IV) Que debe evaluarse como agravante la circunstancia de que la paciente estuviera despierta, y hubiera presenciado estos lamentables hechos.

V) Que conforme a lo establecido en el Art. 10º del Reglamento de Procedimiento del Consejo Arbitral, se les confirió vista del Proyecto de Fallo a las Dras. Florencia Picaroni y Sandra Cardozo, la que fue evacuada por la Dra. Picaroni, no habiéndolo hecho la Dra. Cardozo.

VI) Que los descargos presentados no alteran los supuestos de hecho y las conclusiones a que arribara este Consejo Arbitral.

ATENCIÓN: A todo lo expuesto y a lo dispuesto en los Arts. 42, 55 y 57 lit. b) de los Estatutos del S.M.U. y Arts. 66 y 67 del Código de Ética Médica del S.M.U.

EL CONSEJO ARBITRAL DEL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY

RESUELVE:

Censurar a las Dras. Florencia Picaroni y Sandra Cardozo.

Dr. Julio Vignolo, Presidente
Dr. Héctor Puppo
Dr. Asdrúbal Silveri
Dr. Enrique Méndez

FALLO DEFINITIVO DEL CONSEJO ARBITRAL DEL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY RESPECTO DE LOS DRES. JOSÉ PABLO ROSTKIER Y GRACIELA BOGACZ.

Montevideo, 4 de octubre de 2012

VISTO: Que el Comité Ejecutivo remitió a este Consejo el planteo efectuado por el Dr. José Pablo Rostkier en su nota de fecha 27 de marzo de 2012.

RESULTANDO: I) Que en la nota dirigida al Comité Ejecutivo del S.M.U. el Dr. Rostkier plantea en lo sustancial lo siguiente:

Que *"solicita se trate el comportamiento ético de la colega Dra. Graciela Bogacz, también miembro del SMU, al manifestarse públicamente con calificativos inapropiados hacia mi persona a través del correo interno institucional del Banco de Previsión Social (BPS), con remitente a varios destinatarios, provocándome daño en mi integridad personal y profesional."*

"Dado el tiempo transcurrido, sin el cual mediara arrepentimiento alguno, ni las disculpas del caso por parte de la agravante, es que me remito ante Uds. aportando copia adjunta de los dichos para su consideración."

II) El correo electrónico a que hace referencia el Dr. Rostkier, y cuya copia adjuntó a su nota de denuncia, fue enviado por la Dra. Bogacz al Dr. Rostkier y a la Dra. Carmen Ramírez, con copia a ATSS-PIT-CNT, y a otras ocho personas.

III) En dicho correo la Dra. Bogacz expresa:

"Comunicamos a Uds. que el Consejo de Disciplina se expidió en tiempo y forma, tal como lo evidencian los archivos adjuntos."

"Al día de hoy, no hemos obtenido respuesta a la solicitud, por lo tanto estamos aguardando la misma para evaluar si corresponde o no la admisión de dichas denuncias."

"No obstante, (y a pesar de que se

lo comunicué en mas de una oportunidad al Dr. Rostkier, incluso por vía de correo electrónico), no tengo inconveniente en enviarlo una vez más, ya que todo es guardado en una carpeta con los email que elaboramos desde que este Consejo comenzó a trabajar."

"También deseo recordar que esta decisión ya fue comunicada en la Asamblea de Delegados realizada en el mes de Diciembre pp. (y donde el Cro. delegado se encontraba presente)."

"En caso de insistir con este tema, y apelando a mi modesta opinión profesional (pero obviamente en forma honoraria), sugiero la realización de evaluación médica, con eventual realización de estudios orientados a la pesquisa de deterioro cognitivo y/o déficit atencional, ya que descarto la intencionalidad de dichos actos."

"Se podría apelar al Fondo Solidario o de Ayuda (si el CDN y el resto de los Cros. de Comisión Fondo de ayuda autorizaran, cuando los Cros. no contarán con recursos económicos), y creado para estos fines, entre otros temas de salud."

"Asimismo, solicito a los Cros. que los mails que me sean dirigidos lo hagan a través de la ATSS, ya que está explícitamente prohibido por reglamento el uso del correo electrónico institucional para estos fines."

"Quedo a sus órdenes.

*Saludos cordiales
Graciela Bogacz"*

IV) En su comparecencia ante el Consejo Arbitral de fecha 17 de mayo del corriente año, el Dr. Rostkier ratificó los términos de su denuncia, afirmando asimismo:

"La Dra. Bogacz integró hasta hace

poco un órgano de ATSS, nada menos que la Comisión de Disciplina."

"Ambos tenemos una doble sindicación, por un lado ATSS y por otro lado SMU."

"El problema es el comportamiento de la colega. Ante una solicitud por un tema que estaba planteado en la Comisión de Conducta de ATSS que ella integraba, se comporta de una manera que no corresponde éticamente."

"En concreto, cuando le reitero una solicitud de información, ella me deslegitima personalmente, como surge del texto del mail que ustedes tienen en su poder. Y se trata de un mail que no es personal, la Dra. Bogacz se lo reenvió a varias personas, como surge del mismo."

"Además, indirectamente no sólo me deslegitima a mí, sino también al Núcleo de Base del SMU, del cual yo soy uno de los coordinadores."

"De eso se trata el agravio que yo planteo. De la forma que ella se refiere a mí en ese correo electrónico entiendo que es sumamente agravante. Es suficiente leer algunos pasajes del correo electrónico para advertir las referencias irónicas que realiza hacia mi persona; en concreto pide que se me hagan estudios psiquiátricos."

V) Por su parte la Dra. Bogacz en su comparecencia ante el Consejo Arbitral el día 19 de julio del corriente año negó haber agravado o haber tenido voluntad de agravar al Dr. Rostkier, manifestando asimismo:

"Como ustedes sabrán, el Dr. Rostkier y yo trabajamos en el B.P.S. No trabajamos en los mismos sectores pero sí integramos el gremio: la A.T.S.S. El Dr. Rostkier integró una lista, como titular, que encabezaba Carmen Ramírez (lista 182 Agrup. 1°

de Mayo), y yo integré otra lista, la 20, por la que fui electa miembro titular del Consejo de Disciplina”.

“El mail lo mandé a Rostkier y Ramírez que son los denunciantes ante el Consejo de Disciplina, y también a Carlos Buchner que es otro denunciante, también a ATSS, al presidente y secretaria del sindicato, Adolfo Bertoni y Susana Zapirain, las integrantes del Consejo de Disciplina (conjuntamente conmigo) Adami y Giribone; y Eulogia Saravia, Silvia Silvera y Sylvia Sarquiz son integrantes del Consejo del Fondo Solidario de Ayuda. Y las incluí por lo que puse en el mail, que como descartaba intencionalidad, a lo mejor alguien necesitara una evaluación médica o algún estudio, por lo que se podría recurrir al Fondo.”

“Este mail tiene una cantidad de destinatarios, no sólo Rostkier, sino también la Sra. Ramírez, que permanentemente agravia y cuestiona al Consejo de Disciplina.”

“Yo entiendo que este es un tema netamente sindical, que es el único nexa que tengo con el Dr. Rostkier.”

“En segundo lugar, en ningún momento le dije en el mail que él estuviera enfermo. Leí y releí mi mail y realmente no veo dónde puede estar el agravio. Es un compañero al que respeto como todos.”

VI) Que el Consejo ha analizado el siguiente material probatorio:

a) Nota del Dr. José Pablo Rostkier de fecha 27 de marzo de 2012, donde formula su denuncia.

b) Declaración del Dr. Rostkier de fecha 17.05.2012.

c) Declaración de la Dra. Graciela Bogacz de fecha 19.07.2012.

d) Documentación aportada por la Dra. Bogacz consistente en: listas

para las elecciones en ATSS, copia de diversos correos electrónicos, e informes y comunicados del Consejo de Disciplina de ATSS.

CONSIDERANDO: I) Que no es relevante para la dilucidación de este asunto analizar el problema que estuvo a consideración del Consejo de Disciplina de ATSS, ya que el objeto de las presentes actuaciones está referido tan solo al relacionamiento entre dos colegas, el Dr. Rostkier y la Dra. Bogacz.

II) Que de las respuestas brindadas por la Dra. Bogacz frente a la denuncia del Dr. Rostkier sólo caben dos posibilidades:

a) Que la Dra. Bogacz haya pensado sinceramente que el Dr. Rostkier podía necesitar una evaluación médica de carácter psiquiátrico, que es lo que afirma en su declaración;

b) Que la Dra. Bogacz haya utilizado las frases empleadas en el correo electrónico en forma irónica, que es lo que sostiene el Dr. Rostkier en su denuncia.

Debe descartarse en consecuencia la posibilidad de que esas frases hayan sido dichas en tono de broma (animus iocandi), por cuanto no solo el Dr. Rostkier no las interpretó así, sino que la Dra. Bogacz no alegó en ningún momento esa posibilidad.

III) Que si la Dra. Bogacz, como afirmó ante el Consejo, consideró seriamente la posibilidad de requerir una evaluación médica, parece obvio que el medio empleado (correo electrónico con pluralidad de destinatarios) no era el adecuado desde el punto de vista ético.

IV) Si por el contrario, como sostuvo el Dr. Rostkier, las frases empleadas por la Dra. Bogacz tuvieron un carácter irónico, esa conducta

se aparta del relacionamiento debido entre colegas de acuerdo a los principios éticos, máxime cuando se hace partícipe del agravio a otras personas.

V) Que en cualquiera de las dos hipótesis consideradas, la Dra. Graciela Bogacz cometió una falta ética, vulnerando en particular lo dispuesto por el Art. 66 in fine del Código de Ética Médica: “No es ética la calumnia ni los comentarios capaces de perjudicar al colega en el ejercicio de su profesión.”

VI) Que se le confirió vista a la Dra. Graciela Bogacz del Proyecto de Fallo, la que no fue evacuada, no habiendo presentado descargos.

ATENCIÓN: A todo lo expuesto y a lo dispuesto en los Arts. 42, 55 y 57 lit. a) de los Estatutos del S.M.U. y Art. 66 del Código de Ética Médica del S.M.U.

EL CONSEJO ARBITRAL DEL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY RESUELVE:

Amonestar a la Dra. Graciela Bogacz.

Dr. Julio Vignolo, Presidente
Dr. Héctor Puppo
Dr. Asdrúbal Silveri
Dr. Enrique Méndez

