



REVISTA DE LA
FACULTAD DE
**CIENCIAS
MÉDICAS**
UNIVERSIDAD DE CUENCA

VOLUMEN 36 N° 3 DICIEMBRE 2018

REVISTA INDEXADA EN LILACS Y LATINDEX



Misión

"Incentivar a los profesionales de la salud de la región y el país en la producción científica y tecnológica en salud, para difundir y socializar sus resultados por vía impresa y digital, para beneficio de la salud de los ciudadanos y ciudadanas, para mejorar la formación profesional y contribuir a la adecuada toma de decisiones basadas en el conocimiento de nuestra realidad".

Visión

"Constituirse en los próximos diez años en el referente de la producción científica y tecnológica de la región y el país por la magnitud y calidad de las investigaciones publicadas y por su contribución efectiva a la solución de los apremiantes problemas de salud de la colectividad".

CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA.

Dr. Bernardo Vega Crespo

Decano

Dr. Ismael Morocho Malla

Subdecano

Dra. Vilma Bojorque Iñiguez

Vocal Docente Principal

Dr. Marco Ojeda Orellana

Vocal Docente Principal

Sr. Manuel Fajardo Heredia

Vocal Estudiantil Principal

Sr. Jimmy Medina Sarango

Vocal Representante de Empleados y Trabajadores

Lic. Narcisa Arce Guerrero

Directora de la Carrera de Enfermería

Dra. Vilma Bojorque Iñiguez

Directora de la Carrera de Medicina

Lic. Martha Zhindón Galán

Directora de la Escuela de Tecnología Médica

Dr. Marco Ojeda Orellana

Director del Centro de Postgrados

COMITÉ EDITORIAL:

DIRECTOR/EDITOR (E):

Dr. David Achig Balarez

Doctor en Medicina y Cirugía

Magister en Investigación de la Salud.

COMITÉ EDITORIAL LOCAL:

Lic. Diana Sánchez Campoverde

Carrera de Enfermería

Lic. Silvana Maldonado Merchán

Lic. Diego Cobos Cobos

Escuela de Tecnología Médica

Mg. Karolin Varela Solano

Instituto Universitario de Lenguas

Lic. Rosa Méndez Rojas

Bibliotecólogo-Documentalista

Ing. Jenny Alvarado Narváez

Analista de Gestión de Facultad

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL.

Dr. Jaime Breilh Paz y Miño

Universidad Andina Simón Bolívar. Quito

Dr. César Hermida B.

Profesor Honorario Universidad Central del Ecuador. Quito

Dr. Edmundo Estévez

Universidad Central del Ecuador. Quito

Dr. Patricio Maldonado Miño

Hospital Metropolitano. Quito

Dra. Doris Ortiz G.

Docente de Psicología de la Universidad Politécnica Salesiana. Quito

Lic. Yolanda Salazar

Universidad Nacional de Chimborazo

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL:

Dr. Ricard Cervera.

Director y Docente del Servicio de Enfermedades Autoinmunes de la Universidad de Barcelona. Director de la Maestría en Enfermedades Autoinmunes. Investigador de la EULAR.

Dr. Miguel A. Cuevas Toro

Coordinador Académico Campus Norte Facultad de Medicina Universidad de Chile. Jefe de Departamento de Postgrado de Urología de la U. de Chile.

Dra. Alicia Alemán Rigantti.

Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Uruguay.

Dr. Juan Jorge Álvarez Ríos.

Universidad Autónoma de Guadalajara. México.

Dra. Elena Ryder.

Editora del Instituto de Investigaciones Clínicas "Dr. Américo Negrete", Facultad de Medicina de la Universidad de Zulia. Maracaibo. Venezuela.

Dra. Amarilis Calle Cáceres.

Ex Directora de Postgrados de la Universidad Nacional de Tumbes. Perú.

Dr. Miguel Angel Falasco.

Past Presidente de la Sociedad de Medicina Interna. Argentina.



DISEÑO & IMPRESIÓN:

Gráficas Hernández ahora es Graf&Pack

EDITORIAL

Liminar significa preámbulo, perteneciente o relativo al umbral o a la entrada; Liminar fue el título del primer editorial de la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, en octubre de 1953; la Comisión de Redacción la integraron el Director: Dr. Miguel A. Toral, Decano de la Facultad; el Secretario-Jefe de Redacción: Dr. César Hermida Piedra; el Administrador: Dr. Alberto Alvarado C.; e integrado además por los profesores: Dr. Emiliano J. Crespo, Dr. Luis A. Sojos, Dr. José Carrasco, Dr. Víctor Barrera V, Dr. José J. Ortiz, Dr. José G. Moscoso.

Visionarios que cruzaron el sempiterno umbral al futuro, caminantes fraternos para mostrar con confianza lo que somos, para compartir los avances científicos y el quehacer universitario; el número inicial incluía temas de los quilates de: Modificaciones al drenaje en la Adenomectomía Suprapúbica de Freyer del Dr. Emiliano J. Crespo; Orientaciones en la enseñanza de la Anatomía por el Dr. César Hermida Piedra; La Invernación Artificial. Perspectiva de un nuevo Método Terapéutico del Dr. Jaime Vintimilla Albornoz y, Pirotecnia y Capital Humano por el Dr. Emiliano J. Crespo; en las Crónicas de la vida de la Facultad se reseñan las visitas de Profesores extranjeros a nuestra alma mater, representaciones de galenos desde Cuenca a certámenes nacionales e internacionales; el germen de proyectos universitarios con visión social; noticias, entre la que se destaca el nombramiento de los nuevos Jefes de Sala en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl (hoy Museo de la Medicina), que recayó en el Profesor Dr. José Carrasco A. como Jefe de una nueva sala y al Dr. Ricardo Barzallo, profesor de Patología como Jefe de Servicio de la sala "José Alvear".

Revista elocuente, contaba el transcurrir de la Facultad de Ciencias Médicas en modo impreso y de manera regular en este formato científico-social hasta 1988, cuando siendo el volumen 17, en el número 1 se escriben únicamente manuscritos científicos, la Comisión de Redacción ahora se denomina de Publicaciones y la integran como Director: Dr. Arturo Quizhpe P, son vocales los doctores: Claudio Vélez L, Xavier Molina N, Jaime Morales S.M, José Andino V, José Cabrera V y la Lcda. Gladys Eskola T. La Secretaria es la Sra. Eulalia Hermida de B.

Bonhomía universitaria en la ciencia y la verdad registra sus derechos de autor en Abril de 1988 con el ISSN 0301-6730; y desde Abril de 2009 hasta la actualidad con el ISSN 1390-4450.

Sin desmerecer a cada una de las Comisiones de Publicaciones que ha permitido que la Revista trascienda, un hito importante es su indexación en LILACS y Latindex, importantes índices electrónicos de la literatura científica y técnica en Salud de América Latina y de Caribe, la edición de abril de 2013 en su volumen 31 y número 1, hace el sueño posible y coloca a nuestra publicación científica en la palestra mundial. El Director-Editor es el Dr. Jaime Morales Sanmartín; el Comité Editorial lo integran los doctores: Sergio Guevara P, José Ortiz S, Juan Urigüen J. y los licenciados. María Augusta Iturralde A y Paúl Bernal A. El Comité Nacional lo conforman los Dres. César Hermida B, Enrique Terán T, Edmundo Estévez y Jaime Breilh P.

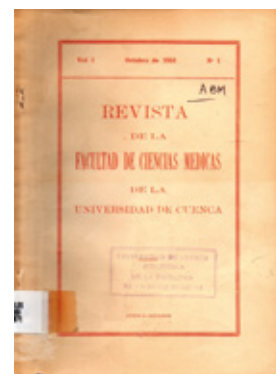
Lo único permanente es el cambio, en las actuales ediciones el Comité de Publicaciones vigilante por mantener sus raíces y su tránsito por el exigente siglo XXI, procura que sus autores inscriban su impronta con el ORCID, del inglés "Open Researcher and Contributor ID", que es un código alfanumérico para identificar a los investigadores y autores académicos; los retos continúan y la próxima meta es contar con el DOI "Digital Object Identifier" también un código alfanumérico que registra los manuscritos proporcionando información de los metadatos del artículo.

El siguiente paso será obtener el registro digital e ingresar en redes electrónicas como Scielo Ecuador; nuevos momentos esperan a la Revista, tradición que se renueva y espera seguir siendo ese espacio, esa ventana para ver el pasado, presente y futuro; ese espejo para mirar casa adentro, lo que somos y sentimos; esa voz amplificadora de ciencia, conciencia y verdad.

Reconocidos con la historia, con la confianza de sus escritores y lectores; y con tanto que agradecer a quienes hacen posible esta edición, con un fraterno y cálido saludo, estamos para servirles.

Atentamente,

David Achig Balarezo



Revista No. 1, Vol. 1, 1953



Revista No. 1, Vol. 17, 1988



Revista No. 1, Vol. 31, 2013

ÍNDICE

■ EDITORIAL

7

■ ARTÍCULOS ORIGINALES

Características de depresión en la población LGBTI de la ciudad de Cuenca. 2017 11

Defas Sani Valeria Fernanda, Ormaza Larriva Daniela Betsabe, Rodas Mosquera Juan Enrique, Mosquera Vallejo Lorena Elizabeth.

Ensayo clínico no aleatorizado del efecto de la acupuntura sobre la calidad de vida en pacientes con rinitis alérgica. Centro de acupuntura - Universidad de Cuenca. 2018 19

Contreras Sinchi Mónica Alexandra, Benalcázar Rodríguez Silvana Maritza, Achig Balarezo David Ricardo.

■ CASOS CLÍNICOS

Seguimiento de un caso de hiperplasia nodular focal hepática por resonancia magnética con medio de contraste hepatoespecífico. 28

Franco Maldonado Heydy Sailé, Villalta Herrera Alex Xavier, Quirola Berruz Lelia del Rocío.

Apendicitis aguda en pacientes pediátricos oncológicos en el Instituto del Cáncer SOLCA-Cuenca. 2017 33

Guerrero Quiroz Enmanuel Isidoro, Alvarado Corral Raúl Francisco, Bravo Muñoz Marx Italo, Quizhpi Paredes Diana Elizabeth, Martínez Reyes Fray Cleiton.

■ ENSAYOS

Una mirada crítica al discurso educativo sanitario de los estilos de vida saludables. 42

Ocampo Rivera Diana Carolina.

Alimentos ancestrales que sanan.

52

Matute García Segundo Patricio, Parra Contreras Adriana Cristina, Parra Parra Jorge Leonidas.

Perspectiva sobre la estructura del pensamiento médico en la Antigua Grecia.

59

Pino Andrade Raúl Haldo.

■ Normas de publicación.

66

Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Comisión de Publicaciones.

Características de depresión en la población LGBTI de la ciudad de Cuenca. 2017

Characteristics of depression in the LGBTI population of Cuenca. 2017

Defas Sani Valeria Fernanda¹, Qrmaza Larriva Daniela Betsabe²,
Rodas Mosquera Juan Enrique³, Mosquera Vallejo Lorena Elizabeth³.

VOLUMEN 36 | N°3 | DICIEMBRE 2018

FECHA DE RECEPCIÓN: 22/11/2018
FECHA DE APROBACIÓN: 21/12/2018
FECHA DE PUBLICACIÓN: 27/12/2018

1. Ministerio de Salud Pública.
2. Libre Ejercicio.
3. Universidad de Cuenca.

Artículo Original
Original Article

Correspondencia:
valedefas@gmail.com
Dirección:
Urbanización Río Sol
Teléfonos:
0995602022 - 2871856
Cuenca-Ecuador

RESUMEN

Introducción:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que más de 300 millones de personas en el mundo viven con depresión, siendo la principal causa de problemas de salud y discapacidad.

Objetivo:

Determinar las características de depresión en la población LGBTI de la ciudad de Cuenca. 2017

Método:

Estudio descriptivo realizado en 93 personas identificadas dentro de la población LGBTI que viven en Cuenca. Se aplicó un formulario del INEC para establecer las características demográficas y el Test de Hamilton, para valorar depresión. Para el procesamiento de la información se utilizó Microsoft Excel 2016 e IBM SPSS Statistics versión 21, como medidas estadísticas se emplearon frecuencias y porcentajes.

Resultados:

El 59.14% refiere que es hombre según su sexo biológico, el 39.79% son mujeres y el 1.07% es intersexual, el grupo etario más frecuente fue el de 18-27 años con un 79.56%, la orientación sexual más representativa fueron los homosexuales con 68.9%, en la variable de identidad sexual los cisgénero ocupan el 90.32%. Llama la atención que el 64.6% presenta algún grado de depresión, el 19.4% presenta depresión moderada y severa, el 10.8% presenta depresión muy severa. El 71% ha sufrido homofobia y discriminación, el 30.1% han sido víctimas de violencia y el 73.1% han sufrido acoso por su orientación/identidad sexual. El 23.7% ha intentado quitarse la vida.

Conclusiones:

Más de la mitad de la población estudiada tiene algún grado de depresión destacando que el 10.8% presenta depresión muy severa.

Palabras Claves: Identidad de Género, Depresión, Trastornos de Ansiedad, Trastornos Mentales, Minorías Sexuales y de Género, Factores de Riesgo.

ABSTRACT

Introduction:

The World Health Organization (WHO) states that more than 300 million people in the world live with depression, being the main cause of health problems and disability.

Objective:

To determine the characteristics of depression in the LGBTI population of the city of Cuenca. 2017.

Method:

It is a descriptive study made in 93 people identified within the LGBTI population of the city of Cuenca. The Hamilton Test was applied to assess depression and a survey to state the demographic characteristics of the population. Microsoft Excel 2016 and IBM SPSS Statistics version 21 were used to process the information, and as statistical measures frequencies and percentages were used..

Results:

The 59.14% reported that they are men according to their biological sex, a 39.79% are women and 1.07% are intersexual, the most frequent age group was between 18 and 27 years with 79.56%, sexual orientation The most representative were homosexuals with 68.9%, in the variable of sexual identity the cisgender occupied 90.32%. Something important is that 64.6% present some degree of depression, 19.4% present moderate and severe depression, 10.8% present very severe depression. A 71% have suffered homophobia and discrimination, 30.1% have been victims of violence and 73.1% have suffered harassment because of their orientation sexual identity. Finally the 23.7% try suicide.

Conclusion:

More than half of the studied population has some degree of depression highlighting that 10.8% present very severe depression.

Key words: Gender Identify, Depression, Anxiety Disorders, Mental Disorders, Sexual and Gender Minorities, Risk Factors.

INTRODUCCIÓN

Varios estudios indican que la depresión representa una gran problemática para la salud mundial [1]. Según cifras publicadas por la OMS la depresión se considera una enfermedad muy frecuente en todo el mundo, llega a afectar a más de 300 millones de personas, convirtiéndose en la principal causa mundial de discapacidad laboral [2].

La depresión es considerada por algunos autores

como una plaga, debido a que produce más pérdidas por discapacidad que cualquier otra patología; muchas veces se atribuye su gran impacto al estigma que la misma representa para la población [3], también se atribuye su alta incidencia a la limitación de recursos que los países destinan a la salud mental, aproximadamente la mitad de la población mundial vive en un país en el que hay menos de dos psiquiatras por cada 100.000 habitantes [4].

Los grupos vulnerables como son lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, entre otros, son discriminados lo que conlleva a inequidades en cuanto a salud se refiere [5]. Estas personas han sido agredidas en su salud física, mental, afectiva, social, libertad, igualdad, entre otras [6].

Años atrás se consideraba a la homosexualidad como una enfermedad psiquiátrica, aunque se ha recalado en varias ocasiones que no se trata de una enfermedad, sino de un estilo de vida [7]. En España los autores Martxueta A, Etxeberria J, en el año 2014 realizaron un estudio acerca de la salud mental en la población LGBTI, las conclusiones de la misma fueron que los sujetos con orientación afectivo-sexual diferente a lo considerado "normal" han sufrido mayor discriminación, violencia y rechazo lo que ha marcado de manera importante su bienestar psicológico [8].

Un estudio similar realizado por Carro Segundo publicado en Uruguay en el año 2015 sugiere que las minorías sexuales están expuestas a estresores sociales como lo son el prejuicio, expectativas de rechazo, discriminación, huida, estigmatización y ocultamiento, que contribuye de manera importante a que padezcan depresión [9].

A su vez en la investigación realizada por Gómez F, Barrientos Delgado JE., en Antofagasta, Chile en el año 2012 indica que no existe diferencias en la salud mental de personas homosexuales y heterosexuales, sin embargo, se encontró una relación directa entre el prejuicio sexual con el aumento de indicadores de estrés psicológico [10]. En el Ecuador se han realizado pocas investigaciones sobre el tema, sin embargo datos obtenidos en un estudio publicado en la ciudad de Quito en Enero de 2017 realizado por Vicuña Arévalo J., nos indica que el rechazo hacia la población LGBTI se manifiesta de manera física o psicológica, ya sea en forma de leyes y políticas que privan de derechos a este grupo o como estigma y exclusión en el ámbito social, lo que los vuelve mentalmente vulnerables [11].

Cabe destacar que en la antigua Constitución Ecuatoriana se trataba a la homosexualidad como un delito, el artículo 516 del Código Penal del

Ecuador decía: "En los casos de homosexualismo, que no constituyan violación, los dos sujetos serán reprimidos con reclusión mayor de cuatro a ocho años" [12]. La sociedad LGBTI del Ecuador decidió apelar esta ley y luchar por sus Derechos, iniciando así la travesía de este grupo al intentar alcanzar la equidad, además acudieron a diversas organizaciones que velaban por los derechos humanos y tuvieron un primer intento fallido por cambiar la constitución del país [13]. No obstante el martes 26 de Noviembre de 1997 en la ciudad de Quito los nueve vocales del Tribunal Constitucional deciden por unanimidad derogar el primer inciso del artículo 516 del Código Penal. Desde este histórico día el homosexualismo consentido entre adultos es legal en el Ecuador [14].

A pesar de todo esto, las situaciones de maltrato y discriminación a las que se ve sometida la población LGBTI, afectan de manera directa a su salud mental [15]. Por lo mismo se plantea como meta abrir la brecha de inclusión de las minorías en la comunidad, aproximarse a ellos y hacerlos sentir que son importantes para el Estado, enseñándoles que tienen derechos, así como obligaciones con la sociedad [10].

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la existencia de depresión en la población LGBTI, para conocer las características de la misma, debido a que la depresión genera gran sufrimiento y deterioro laboral así como una posible asociación al consumo de sustancias de riesgo o de prácticas sexuales de riesgo [16]. En la ciudad de Cuenca no se han realizado estudios sobre depresión en la población LGBTI, se han encontrado investigaciones similares en ciudades como Quito, Guayaquil y Riobamba [17-19].

Se aspira que los resultados de este estudio permitan a las autoridades competentes en salud, crear un enfoque integral para el manejo de grupos vulnerables, así como proveer de herramientas para la atención primaria en salud con enfoque en salud mental [19]. Además al ser la primera investigación sobre salud mental en esta población existente en Cuenca, permitirá que se planteen más investigaciones en base a la misma. Además la presente investigación se enfocó en las Prioridades de Investigación en Salud propuestas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para los años 2013-2107 ubicando el presente tema dentro del área del Salud Mental, línea Depresión y Distimia, y la sub línea Grupos Vulnerables [20].

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio descriptivo, la población de estudio estuvo constituida por 93 personas LGBTI

pertenecientes a los colectivos: Verde Equilibrante, Silueta Cuenca, Red LGBTI Azuay y Cuenca Inclusiva, así como algunas personas LGBTI que no pertenecían a los grupos mencionados que aceptaron participar y firmaron el Consentimiento Informado, se excluyó a personas de la comunidad LGBTI que poseían algún tipo de discapacidad que les impidió realizar la encuesta, así como personas que durante la aplicación no comprendieron la misma y decidieron abandonar voluntariamente la investigación. El método utilizado fue la observación, la técnica la entrevista, el instrumento para la recolección de datos sociodemográficos fue un formulario del INEC adaptado para el presente estudio y el Test de Hamilton para establecer la depresión. La información obtenida se tabuló y procesó en una base de datos en Microsoft Excel 2016 y el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 21, como medidas estadísticas se aplicaron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y mediante medidas de tendencia central (media) para las variables cuantitativas. La presentación de los datos se realizó en tablas en correspondencia con los objetivos.

RESULTADOS

En relación a las características sociodemográficas del grupo de estudio se encontró que sexo biológico correspondiente a hombre fue el de mayor frecuencia con el 59.14%, mientras que tan solo el 1.07% de la población es intersexual. La edad de mayor frecuencia estuvo comprendida entre los 18-27 años con el 79.56%, siendo la media de 25 años (DS=6.69); con el 89.2% la etnia mestiza fue la predominante; el 84.95% de los entrevistados reside en una zona urbana; la instrucción con mayor frecuencia fue la superior con el 63.4% y el 49.5% de la población trabaja, encontrándose datos similares para aquellos que no trabajan (Tabla N° 1).

Así también se halló que el 68.9% de la población LGBTI la conforman las personas homosexuales, un 29.03% son bisexuales, siendo estas dos orientaciones las representativas de la comunidad. En cuanto a la identidad sexual el 90.32% se identifican como cisgénero, seguido por la población transgénero en un 5.39%, además un 3.22% mencionaron otro tipo de identidad sexual (Tabla N° 2).

Los resultados del Test de Hamilton indicaron que el 64.6% de los participantes están deprimidos, correspondiéndose al 34.4% para depresión leve, el 9.7% para depresión moderada, el 20.5% los individuos que tienen depresión severa y muy severa, además el 35.5% no presentan depresión (Tabla N° 3).

TABLA N° 1

Distribución de 93 personas pertenecientes a la población LGBTI según características sociodemográficas, Cuenca 2017

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo Biológico		
Hombre	55	59,14
Mujer	37	39,79
Intersexual	1	1,07
Edad (años)		
18-27	74	79,56
28-37	13	13,97
38-47	4	4,30
48-57	2	2,17
Etnia		
Blanco/a	5	5,4
Indígena	1	1,1
Mestizo/a	83	89,2
Mulato/a	2	2,2
Ninguna	1	1,1
Shuar	1	1,1
Residencia		
Urbana	79	84,95
Rural	14	15,05
Instrucción		
Primaria	1	1,1
Secundaria	27	29
Superior	59	63,4
Cuarto nivel	6	6,5
Trabaja		
No	47	50,5
Si	46	49,5

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores

TABLA N° 2

Distribución de 93 personas pertenecientes a la población LGBTI según orientación e identidad sexual Cuenca 2017.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Orientación Sexual		
Bisexual	27	29,03
Heterosexual	2	2,07
Homosexual	64	68,9
Identidad Sexual		
Cisgénero	84	90,32
Transgénero	5	5,38
Transexual	1	1,08
*Otros	3	3,22

*Biogénero, demigénero, agénero, género fluido, tercer género

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores

TABLA N° 3

Distribución de 93 personas pertenecientes a la población LGBTI según tipos de depresión Cuenca 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Tipos de Depresión		
No deprimido	33	35.5
Depresión Leve	32	34.4
Depresión Moderada	9	9.7
Depresión Severa	9	9.7
Depresión muy severa	10	10.8
Total	93	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos
 Elaborado por: Los autores

DISCUSIÓN

En las 93 personas LGBTI pertenecientes a los colectivos Verde Equilibrante, Silueta Cuenca, Red LGBTI Azuay y Cuenca Inclusiva de la ciudad de Cuenca se encontró el 79.56% de personas con edades comprendidas entre los 18-27 años, en un estudio realizado en la ciudad de Cuenca en el año 2015 se encontró que la edad predominante fue de 22-27 años con un 32.29% [21]. Datos obtenidos por el INEC en el año 2013 en la población LGBTI del Ecuador (en este estudio no se tomó en cuenta a la población LGBTI de la ciudad de Cuenca) el grupo etario de mayor predominio fue 20-34 años con 67.7% [17]. Lo que demuestra que en los tres estudios existe similitud en cuanto al grupo etario más frecuente. Otro estudio realizado en Puerto Rico sobre depresión en la población LGBTI en el año 2013 demuestra que la edad media de sus 44 participantes fue de 21 años [16].

En cuanto al sexo biológico encontramos un 59.14% de hombres, un 39.79% de mujeres y el 1.07% se identificó como intersexual. En el estudio realizado en nuestra ciudad en el año 2015 se encontró un 66.67% de hombres, un 29.17% de mujeres y un 4.17% de personas intersexuales [21]. En otro estudio realizado en Antofagasta- Chile en 2012 por Gómez F y colaboradores sobre los efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas con una muestra de 110 personas se observó que el 65.5% eran hombres, el 34.5% eran mujeres, demostrando así gran similitud con el presente estudio [10]. En Puerto Rico Rodríguez MF y colaboradores realizaron en el año 2013 un estudio en torno al rechazo, la salud mental y la resiliencia en un grupo de jóvenes universitarios gays, lesbianas y bisexuales reflejando que de sus 44 participantes el 62% fueron mujeres y el 39% hombres, lo que no se asemeja a nuestro estudio, pudiendo esto responder

a de que su universo fue incluso menor al nuestro [16].

Al referirnos a la instrucción encontramos un 63.4% con nivel de educación superior, el 29% completaron la secundaria, el 6.5% alcanzó el cuarto nivel de educación y sólo el 1.08% terminó únicamente la primaria. Según el INEC el 41% de personas LGBTI alcanzaron el nivel superior de estudio, el 30.21% completó la secundaria, datos parecidos a los que se obtuvieron en nuestra entrevista, guardando relación estos hallazgos con el grupo etario predominante en ambos casos [17]. Así mismo el INEC da a conocer que en el año 2015 el 1.04% no completó la primaria, el 6.25% de sus encuestados completaron sólo la primaria, el 19.79% no completaron la secundaria, el 30.32% pudo completar la secundaria. En cuanto a estudios superiores universitarios el 26.04% no los completa aún, sin embargo el 16.67% de los entrevistados lograron completar sus estudios superiores [21]. Rodríguez MF y colaboradores en un estudio realizado en Puerto Rico con 44 jóvenes observaron que el 100% se encuentran cursando sus estudios superiores al momento de realizar las encuestas [16]. Esta situación se puede explicar debido a que la población LGBTI a la que ha sido más accesible llegar es la que se encuentra cursando sus estudios superiores. Cabe destacar que a pesar del esfuerzo por llegar a toda la población LGBTI fue muy difícil encontrar personas dispuestas a participar en las entrevistas, puesto que la mayoría prefiere permanecer en el anonimato por temor a los prejuicios sociales, sin embargo en el ambiente universitario nos dimos cuenta que éstos cada vez tienen menor impacto.

Al referirse a orientación sexual el presente estudio reportó un 68.9% de personas homosexuales, 29.03% de bisexuales y un 2.07% de personas identificadas como heterosexuales los mismos que pertenecen

a la población trans. El estudio realizado en la ciudad de Cuenca por Ortega K, Ponce M, Visnay C reportaron un 66.67% de personas homosexuales, ya sea gays o lesbianas y un 16.67% de personas bisexuales [21]. Datos obtenidos del INEC indican un 52.8% de personas homosexuales y un 15.9% de personas bisexuales [17]. Estos datos son similares a los obtenidos en esta investigación, a pesar de las grandes diferencias en cuanto al número de participantes en cada uno de los mismos. Por su parte Gómez y colaboradores en el estudio sobre salud mental realizado en Antofagasta, Chile en el año 2012 indicaron que el 50% de sus participantes se identificaron como homosexuales, y el 50% se identificó como heterosexuales [10]. Datos que no se asemejan a los de la investigación en mención, ya que su objetivo era comparar la salud mental tanto de personas LGBTI como de personas heterosexuales que no pertenecen a esta población. En Puerto Rico se obtuvo que el 52.3% se identificó como bisexual, sólo un 45.5% se consideran como homosexuales [19].

En nuestra entrevista se pidió a los participantes que se auto identificaran dentro de la población LGBTI y se obtuvo que el 47.31% se considera gay, el 21.51% se considera cisgénero, el 21.51% de las personas se identificaron como lesbianas, el 5.38% son transgénero, el 2.15% se encuentran indefinidos y el 1.08% se considera transexual [22]. Un estudio realizado en la ciudad de Quito el año 2016 indica que de sus 201 participantes el 19.9% se auto identifica como bisexuales, el 62.7% son gay, el 14.9% son lesbianas, el 2.0% son transexuales y un 0.5% se identifica como travesti [11]. Así estos datos no concuerdan con los nuestros puesto que en el estudio en la ciudad de Quito se considera con identidad sexual a las personas bisexuales cuando en el presente estudio se consideró dicho término dentro de la orientación sexual.

Mediante la aplicación del Test de Hamilton se encontró que el 64.6% de los participantes presentan depresión, distribuidos de la siguiente manera: el 34.4% presenta depresión leve, el 9.7% con depresión moderada al igual que el 9.7% que presenta depresión severa y el 10.8% registra depresión muy severa que contrasta con el estudio realizado en 2016 en la ciudad de Quito en el que se reportó un 79.1% de personas no deprimidas, el 11.4% presentó depresión leve, el 8.5% depresión moderada y un 0.5% presentó depresión severa [11]. Existen diferencias en cuanto a los tipos de depresión en estas dos investigaciones ya que en cada estudio se utilizó un test de valoración diferente, en el caso del estudio en Quito la depresión consta como una característica dentro de la salud mental de las personas LGBTI, sin embargo en nuestro estudio la depresión se la

considera como una variable independiente. Por su parte en otra investigación sobre la salud mental de las personas LGBTI realizado en San Sebastián-España en el año 2014 con 119 participantes indican que el 66.38% de sus participantes no presentan depresión, sin embargo el 33.62% si la presentaron, al no tratarse de un estudio orientado únicamente en depresión no se especifica qué tipo de depresión presentaron las personas [8]. Por último Gómez F y colaboradores en Antofagasta-Chile en el año 2012 evidenciaron que en personas LBGTI la depresión obtuvo una media de 2.47 (DT=0.98) dentro de los parámetros que miden el distrés psicológico, dando a entender así que es el factor más distintivo por presentar mayor puntaje al analizar el distrés psicológico [10].

CONCLUSIÓN

Dentro de la población LGBTI de la ciudad de Cuenca la población homosexual representa la mayoría con el 68.9%, existiendo un porcentaje del 2.07% de personas trans que se identifican como heterosexuales.

Más de la mitad de la población estudiada (64.6%) presentó algún grado de depresión siendo relevante que el 10.8% presenta depresión muy severa.

RECOMENDACIONES

Es importante realizar nuevas investigaciones dentro de la comunidad LGBTI, ya que hay problemas que no se han abordado y cuyos resultados permitirán la búsqueda de posibles soluciones, especialmente en el campo de la salud mental que es un tema que requiere atención urgente sobre todo en caso de depresión.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Defas Sani Valeria Fernanda. Médica. Ministerio de Salud Pública. Medica Rural.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0636-8829>

- Ormaza Larriva Daniela Betsabe. Médica. Libre Ejercicio.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2855-7746>

- Rodas Mosquera Juan Enrique. Médico. Libre Ejercicio.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7174-4440>

- Mosquera Vallejo Lorena Elizabeth. Máster Salud Pública. Universidad de Cuenca.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7874-4200>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

V.D. S y D.O.L Levantamiento y procesamiento de información, elaboración de marco teórico. Revisión bibliográfica.

J.R.M Contactos con la población, tabulación y procesamiento de información. Revisión Bibliográfica

L.M.V Revisión de marco teórico, discusión, acompañamiento en elaboración de introducción, discusión, conclusiones y recomendaciones.

CONFLICTO DE INTERESES

No hay conflicto de intereses.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Botella C, Mira A, Herrero R, García-Palacios A, Baños R. Un programa de intervención auto-aplicado a través de Internet para el tratamiento de la depresión: "Sonreír es divertido." *Aloma Rev Psicol Ciènc Educ Esport* [Internet]. 2015 Nov 24 [cited 2017 Nov 30];33(2). Available from: <http://revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/264>
2. Mitchell C. OPS OMS | "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [cited 2017 Sep 22]. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1-926&lang=es
3. Aalbers S, Fusar-Poli L, Freeman RE, Spreen M, Ket JC, Vink AC, et al. Music therapy for depression. *Cochrane Common Mental Disorders Group*, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 16 de noviembre de 2017 [citado 30 de noviembre de 2017]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004517.pub3>
4. Smith K, De Torres IBC. A world of depression. *Nature*. 2014;515.
5. Pomeranz JL. Challenging and Preventing Policies That Prohibit Local Civil Rights Protections for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer People. *Am J Public Health*. 2017 Nov 21;e1-6.
6. Rocha Buelvas A. El Riesgo Suicida y los significados de las minorías sexuales: un nuevo reto para la salud pública. *Rev Fac Med*. 2015;25;63(3):537-44.
7. Byne W. LGBT Health Equity: Steps Toward Progress and Challenges Ahead. *LGBT Health*. 2015;2(3):193-5.
8. Martxueta A, Etxebarria J. Análisis diferencial retrospectivo de las variables de salud mental en lesbianas, gays y bisexuales (LGB) víctimas de bullying homofóbico en la escuela. *Rev Psicopatología Psicol Clínica*. 2014;19(1):23-35.
9. Carro Segundo C. Efectos de la homonegatividad en la salud mental de mujeres lesbianas. 2015 [cited 2017 Jul 22]; Available from: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/5793>
10. Gómez F, Barrientos Delgado JE. Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile. *Sex Salud Soc - Rev Latinoam* [Internet]. 2012;(10). Available from: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=293322076005>
11. Vicuña Arévalo Juana Patricia. Prevalencia de ansiedad y depresión en la población no heterosexual del cantón Quito 2016. [Quito-Ecuador]: Universidad Central del Ecuador; 2017
12. Bedón Noboa RS. Guía básica de términos LGBTI para el tratamiento periodístico de la diversidad sexual y de género en la construcción de la noticia en periódicos impresos ecuatorianos [B.S. thesis]. Quito: UCE; 2015.
13. Salgado Álvarez J. Análisis de la interpretación de inconstitucionalidad de la penalización de la homosexualidad en el Ecuador. 2004.
14. Duque Cevallos JA, others. Distintos Evolución de los Derechos Humanos de la comunidad LGBTI en el Ecuador [Internet] [B.S. thesis]. Quito, 2013; 2013 [cited 2017 Jul 22]. Available from: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/2330>
15. Samaniego Torres JL, Heras B, Alexandra D. Discriminación hacia jóvenes homosexuales en su entorno educativo [Internet] [B.S. thesis]. 2015 [cited 2017 Jul 22]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23311>
16. Rodríguez MF, Calle FV. En torno al rechazo, la salud mental y la resiliencia en un grupo de jóvenes universitarios gays, lesbianas y bisexuales. *Rev Griot*. 2013 Dec;6(1):44-65.
17. Gómez M, Barmettler D, Cadena MR, Puente D, Padilla S, Santamaría L, et al. Estudio de caso sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en el Ecuador. 2013;

18. Reyes Tomalá Av, Torres Villón MJ. Factores socio-culturales en el incremento de la homosexualidad Comuna Prosperidad-Santa Elena 2011-2012. 2013.Facultad de Ciencias sociales y de la salud. carrera de Enfermería
19. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI) [Internet]. Primera Edición. Quito- Ecuador; 2016. 52 p. Available from: www.salud.gob.ec
20. Espinosa M. Prioridades de investigación en Salud, 2013-2017. Andamios Rev Investig Soc. 2004;(1):9-50.
21. Ortega K, Ponce M, Visnay C. Condiciones sociodemográficas, acceso a la atención de salud y cumplimiento de los derechos humanos de la Comunidad GLBTI en Cuenca-Ecuador 2014 [Internet]. [Cuenca, Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2015. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22775>
22. Fonseca Hernández C, Quintero Soto ML. La Teoría Queer: la de-construcción de las sexualidades periféricas. Sociológica México. 2009;24(69):43-60.

FECHA DE RECEPCIÓN: 19/11/2018
FECHA DE APROBACIÓN: 21/12/2018
FECHA DE PUBLICACIÓN: 27/12/2018

- 1. Libre Ejercicio.
- 2. Facultad de Ciencias Medicas,
Universidad de Cuenca

Artículo Original
Original Article

Correspondencia:
monalex5664@hotmail.com
Dirección:
Gapal.
Teléfonos:
0979962680 - 074081401
Cuenca- Ecuador

Ensayo clínico no aleatorizado del efecto de la acupuntura sobre la calidad de vida en pacientes con rinitis alérgica. Centro de Acupuntura - Universidad de Cuenca. 2018

Non-randomized clinical trial of the acupuncture effect on quality of life in patients with allergic rhinitis. Acupuncture Center - University of Cuenca. 2018

■ Contreras Sinchi Mónica Alexandra¹, Benalcázar Rodríguez Silvana Maritza¹, Achig Balarezo David Ricardo²

RESUMEN

Antecedentes:

La rinitis alérgica es una patología crónica que afecta el estado físico, emocional y entorno social de los pacientes. La acupuntura, es una terapia alternativa para controlar sus síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo:

Determinar el efecto de la acupuntura sobre la calidad de vida en los pacientes con rinitis alérgica del Centro de Acupuntura de la Universidad de Cuenca. 2018

Método:

Estudio cuasi-experimental de 90 personas en quienes se realizaron tres aplicaciones del Mini Rhinoconjuntivitis Quality of Life Questionnaire (RQLQ), para la medición de la calidad de vida luego de las tres sesiones de acupuntura. Para el procesamiento de la información se utilizó SPSS 15. Se aplicaron los fundamentos bioéticos.

Resultados:

La edad media fue de 34.62 años con $DS \pm 13.94$, con predominio de las mujeres con el 65.6%, residencia urbana con el 74.4%. Un 78.9% tuvo antecedentes familiares de alergia. El síntoma más frecuente de la rinitis alérgica fue la congestión nasal (93.3%). Hubo relación estadísticamente significativa entre la terapia de acupuntura y la calidad de vida en relación a la primera (Wilcoxon $p=0.00$) y segunda medición (T de Student $p= 0.00$, IC 95%: -1.73 y -1.36) del cuestionario mini RQLQ posterior a la terapia acupuntural..

Conclusiones:

En el presente estudio la acupuntura mejora la calidad de vida de los pacientes con Rinitis Alérgica.

Palabras clave: Rinitis Alérgica, Calidad de Vida, Terapia por Acupuntura, Puntos de Acupuntura.

ABSTRACT

Background:

Allergic rhinitis is a chronic pathology that affects the physical, emotional and social environment of patients. Acupuncture is an alternative therapy to control your symptoms and improve patient's quality of life.

Objective:

To determine the effect of Acupuncture on the quality of life in patients with allergic rhinitis in the Acupuncture Center of the University of Cuenca. 2018

Method:

It is a quasi-experimental study. About 90 people participated in which 3 applications of the Mini Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (RQLQ) were performed, for the measurement of the quality of life after the three sessions of acupuncture. SPSS 15 MB was used to process the information. The bioethical foundations were applied for research with human beings.

Results:

The mean age was 34.62 years with SD \pm 13.94, with predominance of women with 65.6%, urban residence with 74.4%. 78.9% had a family history of allergy. Nasal congestion (93.3%) was the most frequent symptom of allergic rhinitis. There was a statistically significant relationship between acupuncture therapy and quality of life in relation to the first (Wilcoxon $p = 0.00$) and second measurement (Student's $T p = 0.00$, 95% CI: -1.73 and -1.36) of the mini RQLQ questionnaire after acupuncture therapy.

Conclusions:

Acupuncture led to improvement quality of life in patients with Allergic Rhinitis.

Keywords: Rhinitis Allergic, Quality of life, Acupuncture Therapy, Acupuncture Points.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud, considera a la rinitis alérgica (RA) como la inflamación de la mucosa nasal, inducida por una respuesta inmunológica mediada por la IgE, se manifiesta por: estornudos, rinorrea, congestión y prurito nasal. Se presenta tanto en niños como adultos y, entre el 19% al 38% de los que la padecen tienen además asma [1].

La frecuencia de RA se ha ido incrementando en forma progresiva en los últimos años alcanzando aproximadamente el 3% de visitas médicas, con el consecuente impacto sanitario que esto implica [2].

Entre sus causas se relaciona, estilo de vida, cambios dietéticos, mayor permanencia en espacios cerrados y la exposición a alérgenos [1,3].

La RA afecta a más de 500 millones de personas con una prevalencia mundial entre el 10% al 40%, puede afectar negativamente e imponer una carga sustancial a la calidad de vida de los pacientes afectando el rendimiento escolar, productividad laboral, etc. [4-8].

En Europa se reporta alrededor de 22,7% de frecuencia, sus costos de tratamiento bordean los 1,500 millones de euros en costos directos y al menos 1,000 millones en proyectos de investigación clínica y farmacológica, enfocadas en el desarrollo de nuevas y mejoradas preparaciones de inmunoterapia específica contra alérgenos estacionales [9,10].

La prevalencia en Latinoamérica bordea el 20% [5,11,12]; no obstante en Brasil se evidenció en escolares de alrededor de 49.9%, en Chile un 45% en adolescentes y un 40% en niños, en Argentina un 9.9% [13,14]. En Venezuela según el Estudio Internacional de Asma y Alergias de la Infancia fase 3, que incluyó niños y adolescentes, se encontró una prevalencia de 22.4% y 27% respectivamente, en Colombia, afecta hasta a un 49.9% de adolescentes (13-14 años) y hasta a un 34.9% de niños (6-7 años), según el estudio mundial ISAAC [4,10].

En Ecuador no existen valores referenciales actualizados sobre la prevalencia de RA, el estudio ISAAC III realizado en Quito en el año 2009, con 6,069 participantes, arrojó una prevalencia de 15.94% en los niños y del 16.12% en los jóvenes [15]. En el año 2014 en la ciudad de Cuenca se realizó un estudio sobre la prevalencia de rinitis alérgica y factores asociados, en el Hospital José Carrasco Arteaga y se obtuvo cifras de 14.28% [16].

Los dos pilares de tratamiento que aplican son: el farmacológico y la inmunoterapia; sin embargo una de las preocupaciones más comunes de los pacientes son los posibles efectos adversos de las drogas sintéticas que se aplican para aliviar los síntomas [17]. La adherencia al tratamiento decae y los síntomas vuelven complejo su tratamiento, y los pacientes buscan nuevas alternativas que mejoren su calidad de vida [18].

Una opción es la acupuntura que consiste la aplicación de agujas especiales en la piel, y aunque no se ha determinado con exactitud su mecanismo de acción para la Medicina Occidental, se están comprobando que los efectos de la acupuntura se deberían a la estimulación de múltiples áreas del cerebro cortical y subcortical, redes límbicas

antinoceptivas endógenas, centros cognitivos y afectivo, como también en el campo inmunológico la acupuntura actúa modulando y regulando biomarcadores del sistema inmunitario, citoquinas, neurotrofinas y neuropéptidos proinflamatorios, además de una reducción significativa de la IgE [9,18,19].

Uno de los principales objetivos del tratamiento acupuntural en la rinitis alérgica es restablecer la calidad de vida del paciente mediante la disminución de los síntomas nasales que son los que mayor influencia tienen en sus actividades diarias [11].

No obstante la acupuntura en correspondencia con sus teorías enmarcadas en la filosofía tradicional china donde se destacan paradigmas como la circulación del Qi (energía), la ley de opuestos en el Yin-Yang, o la consideración de la ciclicidad de los fenómenos en la teoría de los cinco elementos:

madera, fuego, tierra, metal y agua; permite el diagnóstico y tratamiento tradicionales. Dentro del tratamiento se conoce que los puntos de energía donde actúan las agujas se distribuyen a lo largo de 12 meridianos, siendo el meridiano del Intestino Grueso (IG) fundamental para el tratamiento de la rinitis alérgica, pues pasa en las cercanías de la nariz y su efecto local la descongestiona como se explica en la Tabla N°1 se mencionan dos puntos en este meridiano el IG4 hegu 《合谷》 y el IG20 yingxiang 《迎香》 además se mencionan puntos en la cara que corresponden a la categoría extrameridiano, no pertenecen a los meridianos principales pero por su localización contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida en los pacientes con RA.

TABLA N° 1
Tratamiento con acupuntura para la Rinitis Aguda.

PUNTOS ACUPUNTURALES					
	IG20 yingxiang 《迎香》	Ex-CC3 yintang 《印堂》	Ex-CC40 die'eshenjingjie ! 《蝶腭神经节》	Ex-CC8 shangyingxiang 《上迎香》	IG4 hegu 《合谷》
Localización	Surco nasolabial a nivel del punto medio del borde externo de las alas de la nariz.	En medio de los extremos internos de las cejas.	Con la boca abierta en la depresión, entre la articulación Temporo-mandibular y el borde inferior del hueso cigomático.	A ambos lados de la nariz aproximadamente a medio cun sobre la punta de la nariz.	Entre el primer y segundo metacarpiano a nivel de la mitad del segundo metacarpiano en su borde radial.
Principios de tratamiento	Apertura de orificios, drena el viento, aclara el calor	Apertura de orificios, drena el viento.	Punto Local que abre las estructuras.	Apertura de orificios	Regula el Qi defensivo y ajusta la función de la piel, útil en la diaforesis. Drena el viento, abre orificios, tonifica el Yang.
Indicaciones	Epistaxis, obstrucción nasal, rinorrea, edema y prurito de la cara. Parálisis facial.	Cefalea, mareos, epistaxis, rinorrea, convulsión infantil, mareos post-parto debido a la pérdida de sangre, insomnio.	Obstrucción nasal.	Obstrucción nasal.	Cefalea, enrojecimiento, hinchazón y dolor del ojo, enfermedades nasales, sordera, dolor dental, trismus, desviación de la boca y del ojo, dolor de garganta, enfermedades de viento externo con escalofrío, paperas, dolor abdominal, constipación, disentería, distocia, amenorrea.

Fuente: Base de datos.
 Elaborado por: Autores

METODOLOGÍA

El presente estudio cuasi-experimental en 90 pacientes que acudieron al Centro de Acupuntura de la Universidad de Cuenca entre marzo y octubre de 2018 con diagnóstico de rinitis alérgica con edades comprendidas entre los 15 a 65 años y que firmaron el consentimiento y/o asentimiento informado. Fueron excluidos de la investigación pacientes con patologías respiratorias adicionales como tumores nasales, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), además de personas con cirugía nasal previa y pacientes con tratamiento farmacológico u otra terapia para RA y los usuarios que no completaron el tratamiento acupuntural durante el periodo de estudio.

Procedimientos:

Se explica a los participantes los objetivos y alcances de la investigación y se llenan los formularios de asentimiento y/o consentimiento informado. Una vez realizado el diagnóstico clínico, determinado variables sociodemográficas, se aplica el formulario Mini Rhinoconjuntivitis Quality of Life Questionnaire (RQLQ), mientras se realiza la primera sesión de acupuntura durante 30 minutos en el esquema

anotado en la Tabla N°1. Para asegurar la asistencia de las personas en las siguientes sesiones, con 24 horas de anticipación se realizaban llamadas telefónicas para confirmar su presencia. Durante el transcurso del estudio no se tuvieron pérdidas de casos. Los datos fueron procesados en una matriz de Excel, luego analizados en SPSS 15. En dependencia del tipo de variables se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas; y, media y desviación estándar en el caso de las cuantitativas. Finalmente dependiendo de los resultados de las pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, en el caso de una $p > 0.05$ para la comparación de promedios del tratamiento acupuntural y su evolución se aplicó la prueba paramétrica de T de Student y si la $p < 0.05$ se realizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Aspectos éticos.

Con la aprobación del protocolo en la Comisión de Proyectos Investigación. La información recolectada fue manejada con absoluta confidencialidad. Los datos recolectados fueron resguardados por los autores, y se eliminaron una vez terminada la investigación.

RESULTADOS

TABLA N° 2

Distribución según características sociodemográficas en 90 pacientes del Centro de Acupuntura de la Universidad de Cuenca. Marzo - Agosto de 2018

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Edad *		
< 20 años	6	6.7
20 a 39 años	58	64.4
40 a 64 años	23	25.6
> 65 años	3	3.3
Sexo		
Hombre	31	34.4
Mujer	59	65.6
Residencia		
Urbano	67	74.4
Rural	23	25.6

*Ciclos de vida Modelo Atención Integral de Salud *media: 34.62 años (DS± 13.94).

Fuente: Base de datos.
Elaborado por: Autores

TABLA N° 3

Distribución según síntomas más frecuentes de Rinitis Alérgica en 90 pacientes del Centro de Acupuntura de la Universidad de Cuenca. Marzo-Agosto de 2018

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Congestión nasal		
Si	84	93,3
No	6	6,7
Escurrimiento de moco		
Si	75	83,3
No	15	16,7
Estornudos		
Si	71	78,9
No	19	21,1
Comezón de la nariz		
Si	63	70,0
No	27	30

Fuente: Base de datos.
 Elaborado por: Autores

TABLA N° 4

Evaluación del tratamiento acupuntural en la primera semana en 90 pacientes del Centro de Acupuntura de la Universidad de Cuenca. Marzo-Agosto de 2018

Nivel afectación en la calidad de vida	Línea Base		Primera Semana		Valor de p	
	frecuencia	%	frecuencia	%	Kolmogorov-Smirnov	Wilcoxon
Leve	9	10	26	28,9	0,004	0,00
Moderada	61	67,8	64	71,1		
Grave	20	22,2	0	0		
Total	90	100	90	100		

*media línea base: 3.21 (DS± 1.08) *media final tratamiento acupuntural: 2.28 (DS± 0.86)

Fuente: Base de datos.
 Elaborado por: Autores

La media del mini RQLQ en la primera visita fue de 3.21 con DS ± 1.08 (afectación moderada), al terminar el tratamiento disminuyó a 2.28 con DS ± 0.86. Es importante subrayar que al inicio del tratamiento 20 pacientes (22.2%) tuvieron afectación grave, al terminar la terapia ninguno fue encasillado en este grado de alteración de su calidad de vida. La comparación de las medias a la primera semana de terapia acupuntural, se aplicó pruebas de normalidad, y, luego de los resultados de Kolmogorov-Smirnov

(p= 0.004), se procedió a realizar el estadístico de Wilcoxon (con p= 0.00), por lo que se aceptó la hipótesis alterna, ya que se consideraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tratamiento por acupuntura y el mejoramiento de la calidad de vida en pacientes con RA.

TABLA Nº 5

Evaluación del tratamiento acupuntural a la segunda semana en 90 pacientes del Centro de Acupuntura de la Universidad de Cuenca. Marzo-Agosto de 2018zz

Nivel afectación en la calidad de vida	Línea Base		Primera Semana		Valor de p	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Kolmogorov-Smirnov	Wilcoxon
Leve	9	10	26	28.9	0.004	0.00
Moderada	61	67.8	64	71.1		
Grave	20	22.2	0	0		
Total	90	100	90	100		

*media línea base: 3.21 (DS± 1.08) *media final tratamiento acupuntural: 1.66 (DS± 0.73)

Fuente: Base de datos.
Elaborado por: Autores

La media del mini RQLQ en la segunda visita fue de 3.21 con DS ± 1.08 (afectación moderada), sin embargo, al terminar el tratamiento disminuyó a 1.66 con DS ± 0.73 (afectación leve). Para realizar la comparación de las medias después de la segunda semana de tratamiento de acupuntura, se aplicaron pruebas de normalidad, y, luego de los resultados

de Kolmogorov-Smirnov (p= 0.2), se procedió a realizar la T de Student (p= 0.00, IC 95%: -1.73 y -1.36), aceptándose la hipótesis alterna del estudio, ya que se consideraron diferencias estadísticamente significativas entre la terapia acupuntural y el mejoramiento la calidad de vida en pacientes con RA.

TABLA Nº 6

Evaluación del tratamiento acupuntural por dominios globales del miniRQLQ en 90 pacientes del Centro de Acupuntura de la Universidad de Cuenca. Marzo-Agosto de 2018.

DOMINIOS	Nivel afectación en la calidad de vida	Línea Base		Final del Tratamiento	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
ACTIVIDADES	Leve	11	12.7	67	74.4
	Moderada	25	27.8	20	22.2
	Grave	20	22.2	3	3.4
PROBLEMAS PRACTICOS	Leve	17	18.9	70	77.7
	Moderado	47	52.2	16	17.8
	Grave	26	28.9	4	4.5
SINTOMAS NASALES	Leve	9	10	58	64.4
	Moderado	55	61.1	29	32.2
	Grave	26	28.9	3	3.4
SINTOMAS OCULARES	Leve	39	43.3	59	65.6
	Moderado	43	47.8	26	28.8
	Grave	8	8.9	5	5.6
OTROS	Leve	19	21.1	66	73.3
	Moderado	50	55.6	20	22.2
	Grave	21	23.3	4	4.5

Fuente: Base de datos.
Elaborado por: Autores

La Tabla Nº 6 evalúa los resultados globales de cada dominio y la diferencia significativa que hay desde la línea base y el final del tratamiento.

DISCUSIÓN

El presente estudio revela que el 93.3% de los pacientes presentaron congestión nasal, seguido de escurrimiento de moco con 83.3%, los estornudos y la comezón de la nariz fueron menos frecuentes con el 78.9% y 70%, finalmente en cuanto a la frecuencia de presentación de los síntomas, se encontró que los episodios matutinos, nocturnos o ambos representaron un 35.6%, 33.3% y un 31.1% respectivamente.

Estos resultados son comparados con una investigación realizada por Mancilla en el 2015 [1], en México, se realizaron 7866 encuestas a población preescolar, escolar y secundaria, encontrándose una prevalencia de 11.9%, concluyó, que los síntomas catarrales recurrentes se presentaron en el 100% de los casos, con predominio matutino y nocturno de síntomas nasales en un 93.7, la constipación por el frío se presentó 56.8% de pacientes, acompañada de síntomas oculares en el 35.8, tos asociada a síntomas catarrales en el 32%, en cuanto a la presentación del cuadro tuvo predominio matutino y nocturno en un 11%. Hernández [20], en su estudio de tipo descriptivo, en el año 2007, en 56 pacientes con RA de un Hospital de Guadalajara, México, aplicó el cuestionario de síntomas de RA, se observó que los síntomas más frecuentes referidos por los pacientes fueron: rinorrea 94.6%, congestión nasal en un 89.3%, estornudos 85.7%, prurito nasal u ocular un 46.4%. Por otro lado, los resultados del cuestionario RQLQ, se evidenció afectación moderada (2.26 a 3.75), las áreas más afectadas fueron los síntomas nasales y los problemas prácticos (3.75 y 3.73), las puntuaciones más bajas se observaron en el sueño y los síntomas oculares (2.26 y 2.46). El promedio de la puntuación de afectación en la calidad de vida de los pacientes fue de 2.94 ± 0.7 (moderado).

La patogenia de la RA, implica una interferencia compleja entre citoquinas, neurotrofinas y neuropéptidos proinflamatorios, especificándose que la acupuntura (ACP), mejora los síntomas de la RA, debido a que este procedimiento modula algunos biomarcadores, lo cual mejoraría de manera sustancial la calidad de vida de los pacientes con RA [18, 21]. En nuestra investigación, encontramos que al aplicar el mini RQLQ a la segunda semana de haber iniciado la terapia de ACP, la media se ubicó en un 3.21 con $DS \pm 1.08$ (afectación moderada), sin embargo al terminar el tratamiento disminuyó a 1.66 con $DS \pm 0.73$ (afectación leve), al realizar la comparación de las medias por medio de la T de Student ($p=0.00$, IC 95%: -1.73 y -1.36), concluimos que hubo diferencias estadísticamente significativas entre la terapia acupuntural y el mejoramiento la calidad de vida en pacientes con RA. Datos que

coinciden con Choi et al, en el año 2013, en China, en su estudio multicéntrico, con 238 participantes, de los cuales 97 pacientes recibieron ACP activa, 94 acupuntura simulada, observaron que la diferencia de puntuación total de síntomas nasales se redujo de manera significativa en los usuarios que recibieron tratamiento activo ($p=0.03$) [22]. Feng et al, en el 2013, en una revisión sistemática de 13 artículos completos de un total de 2,365 participantes, incluidos 1,126 en el grupo de tratamiento y 1,239 en el grupo control, concluyen que los participantes que recibieron ACP tuvieron una reducción significativa en las puntuaciones de síntomas nasales, se analizaron datos del cuestionario de calidad de vida de rinitis, apuntando la eficacia en el mejoramiento sustancial con una diferencia ponderada de medias de 4.42 (IC 95 -8.42-0.43 $p=0.03$) [23].

Brinkhaus et al, 2013, en su ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico y controlado, aplicado en 422 personas, donde se comparó el tratamiento acupuntural más un medicamento de rescate (MR) (cetirizina), la ACP simulada y sólo MR, tratamientos que fueron proporcionados durante 8 semanas, encontraron que al comparar la ACP simulada y activa, esta última mostró mejoría en la puntuación del RQLQ (IC: 97.5 0.2 a 0.8 $p < 0.001$), así como al establecer diferencias entre la RM frente al tratamiento activo (97.5 CI, 0.8 a 2.2 puntos; $P < 0.001$) [24]. Mi et al, en el 2018, en su estudio con un total de 61 pacientes diagnosticados de RA, se designaron de manera aleatoria, dos grupos, el uno al que se le practicó ACP activa y al otro que se aplicó la simulada, observando que las puntuaciones de dicho cuestionario mejoraron significativamente a partir de la segunda semana de tratamiento en comparación con el grupo control ($p < 0.001$), durante el periodo de seguimientos, la dosis necesaria de medicamento para tratar la RA bajo tratamiento acupuntural fue menor que los del grupo control ($p < 0.005$) [25].

Shiue et al, en el 2004, en su estudio con 18 pacientes que fueron tratados con ACP por 8 ocasiones durante un periodo de 4 semanas, además de la determinación en sangre periférica de la micromatriz de ADN (ácido desoxirribonucleico), para estimar de manera objetiva el efecto terapéutico de la ACP, los pacientes completaron el RQLQ antes y después del tratamiento acupuntural, concluyéndose que hubo el equilibrio de entre las citoquinas proinflamatorias y antiinflamatorias de los pacientes con RA pudieron ser reestructurados por la ACP, se observaron diferencias estadísticamente significativas en los dominios de actividades ($p=0.00$), problemas prácticos ($p=0.00$) y síntomas nasales ($p=0.00$) [26].

Adam et al, en su estudio en 414 pacientes con diagnóstico de RA asignados al azar en tres grupos

de estudio: ACP más medicación de rescate (MR), acupuntura simulada (AS) y MR sola, la información se recolectó durante antes y después de 8 semanas, registrándose que el grupo de acupuntura usó antihistamínicos en menor frecuencia que los otros grupos ($p=0.01$), aproximadamente el 38 de aquellos que recibieron tratamiento acupuntural no usó ningún MR versus un 16 que sí lo hizo [6].

Finalmente, en base a la revisión de la literatura realizada, que incluyó un análisis crítico de los estudios, se puede afirmar que a pesar del interés para la evaluación e inclusión de la acupuntura como opción terapéutica para el manejo de la RA, faltan aún investigaciones que muestren su uso y utilidad.

CONCLUSIONES

La acupuntura condujo a mejoras estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes con RA del estudio, quienes en su mayoría fueron mujeres, con rangos de edad de entre 20 a 39 años y de la zona rural. El síntoma predominante fue la congestión nasal. La media del puntaje general del cuestionario de calidad de vida en pacientes con RA se redujo desde la primera visita, hacia la segunda y de ésta hasta terminar el tratamiento.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Contreras Sinchi Mónica Alexandra. Médico. Libre ejercicio.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8007-766X>.

- Benalcázar Rodríguez Silvana Maritza. Médico. Libre Ejercicio.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8392-5890>

- Achig Balarezo David Ricardo. Doctor en Acupuntura, Moxibustión y Masaje; Magister en Investigación de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2900-0632>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

BS y CS participaron en el diseño, planificación, recolección de la muestra, procesamiento de la información, análisis de datos, elaboración y revisión del manuscrito final.

DA participó en el diseño, planificación, recolección de la muestra, elaboración y revisión del manuscrito final.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Los autores financiaron la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mancilla-Hernández E, González-Solórzano EVM, Medina-Ávalos MA, Barnica-Alvarado RH. Prevalencia de Rinitis Alérgica y de sus síntomas en la población escolar de Cuernavaca, Morelos, México. *Preval Allerg Rhinitis Its Symptoms Sch Child Popul Cuernavaca Morelos Mex*. 2017; 64(3):243-9.
2. Varona Pérez P, Fabré Ortiz DE, Venero Fernández S, Suárez Medina R, Molina Esquivel E, Romero Placeres M. Rinitis Alérgica, prevalencia y factores de riesgo en adolescentes cubanos. *Allerg Rhinitis Preval Risk Factors Cuban Adolesc*. 2014; 52(3):330-45.
3. Narváez-Gómez EI. Prevalencia de sensibilización a aeroalérgenos en pacientes con Rinitis Alérgica en el sur de Bolivia. *Preval Sensitization Airborne Allerg Patients Allerg Rhinitis South Boliv*. 2016; 25(2):49-54.
4. Baumann LM, Romero KM, Robinson CL, Hansel NN, Gilman RH, Hamilton RG, et al. Prevalence and risk factors for allergic rhinitis in two resource-limited settings in Peru with disparate degrees of urbanization. *Clin Exp Allergy J Br Soc Allergy Clin Immunol*. Enero de 2015; 45(1):192-9.
5. Chen Q, Zhang Q, Jiang L, Li X, Liu Y, Xie Y, et al. Effectiveness of strengthened stimulation during acupuncture for the treatment of allergic rhinitis: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. 24 de julio de 2014 [citado 13 de octubre de 2018]; 15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4133069/>
6. Adam D, Grabenhenrich L, Ortiz M, Binting S, Reinhold T, Brinkhaus B. Impact of acupuncture on antihistamine use in patients suffering seasonal allergic rhinitis: secondary analysis of results from a randomised controlled trial. *Acupunct Med J Br Med Acupunct Soc*. 2018; 36(3):139-45.
7. Chen S, Guo S, Wang J, Ha E, Marmorì F, Wang Y, et al. Effectiveness of moxibustion for allergic rhinitis: protocol for a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 19 de mayo de 2015 [citado 13 de octubre de 2018]; 5(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4442239/>.
8. Cheng L, Chen J, Fu Q, He S, Li H, Liu Z, et al. Chinese Society of Allergy Guidelines for Diagnosis and Treatment of Allergic Rhinitis. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2018; 10(4):300-53.
9. Hauswald B, Yarin YM. Acupuncture in allergic

- rhinitis: A Mini-Review. *Allergo J Int.* 2014; 23(4):115-9.
10. Reyes P, Larreal Y, Arias J, Rincón E, Valero N. Rinitis alérgica en pacientes asmáticos. *Allerg Rhinitis Asthmatic Patients.* 2014; 61(4):317-26.
 11. Collado-Chagoya R, Hernández-Romero J, Alejandro Eliosa-Alvarado G, del Carmen García-González A, Isela Campos-Gutiérrez R, Aída Velasco-Medina A, et al. Rinitis no alérgica con síndrome eosinofílico. Reporte de caso. *Non-Allerg Rhinitis Eosinophilic Syndr Case Rep.* 2018; 65(3):230-5.
 12. Yanelis Santos Díaz, Nixy Báez Hechavarría, Mirna León Acebo, Inés del Río Ventura, Elaine Padilla Rodríguez. Tratamiento por Medicina Natural y Tradicional de la rinitis alérgica. *Rev Electrónica Dr Zoilo E Mar Vidaurreta* 2015;(38)8
 13. Luna M de FG de, Fisher GB, Luna JRG de, Silva MGC da, Almeida PC de, Chiesa D, et al. Prevalence of rhinitis among 6 and 7-year old students in Fortaleza. *Rev Assoc Médica Bras.* 2014; 60(4):357-64.
 14. Mancilla-Hernández E, González-Solórzano EVM. Prevalencia de rinitis alérgica y los síntomas como indicadores de riesgo en escolares de la sierra norte de Puebla. *Preval Allerg Rhinitis Symptoms Indic Risk Sch Puebla North Mt Range.* 2018; 65(2):140-7.
 15. Barba S, Lascano G, Naranjo P, Romero M, Zurita M, Alvarez F. ISAAC III: Rinitis en la ciudad de Quito. *Revista Ecuatoriana de Medicina y Ciencias Biológicas.* 2009; 30(1-2):7-15.
 16. Dávila JFM, Jurado IB, Oyervide JJ. Prevalencia de rinitis alérgica y factores asociados en el hospital José Carrasco Arteaga, marzo-agosto. 2014:6.
 17. European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Global atlas of allergic rhinitis and chronic rhinosinusitis: Complementary and alternative medicine for allergic rhinitis [Internet]. Board; 2015. Disponible en: http://www.eaaci.org/globalatlas/ENT_Atlas_web.pdf.
 18. McDonald JL, Smith PK, Smith CA, Changli Xue C, Golianu B, Cripps AW. Effect of acupuncture on house dust mite specific IgE, substance P, and symptoms in persistent allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2016; 116(6):497-505.
 19. Arango-Vélez V, Montoya-Vélez LP. Medicina Integrativa: efectos de la acupuntura y su aplicación clínica en la medicina convencional. [Spanish]. *Integr Med Eff Acupunct Its Clin Appl Allopathic Med Engl.* 2015; 29(2):283.
 20. Hernández MIM, Reyes HM, Rodríguez AMC, Reyes CM, Plascencia MRO, Orozco CF, et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con rinitis alérgica. 2009; 54:7.
 21. Baena C, M S-B, Zernotti M, Larenas Linnemann D, Cruz A, Gonzalez-Diaz S, et al. ARIA (Rinitis Alérgica y su Impacto en Asma). Logros en 10 años y necesidades futuras en América Latina. *Rev Alerg México.* 2013; 60:184-92.
 22. Choi SM, Park J-E, Li S-S, Jung H, Zi M, Kim T-H, et al. A multicenter, randomized, controlled trial testing the effects of acupuncture on allergic rhinitis. *Allergy.* 2013; 68(3):365-74.
 23. Feng S, Han M, Fan Y, Yang G, Liao Z, Liao W, et al. Acupuncture for the treatment of allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Rhinol Allergy.* 2015; 29(1):57-62.
 24. Brinkhaus B, Ortiz M, Witt CM, Roll S, Linde K, Pfab F, et al. Acupuncture in patients with seasonal allergic rhinitis: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2013; 158(4):225-34.
 25. Mi J, Chen X, Lin X, Guo J, Chen H, Wei L, et al. Treatment of persistent allergic rhinitis via acupuncture at the sphenopalatine acupoint: a randomized controlled trial. *Trials.* 2018; 19(1):28.
 26. Shiu H-S, Lee Y-S, Tsai C-N, Hsueh Y-M, Sheu J-R, Chang H-H. DNA Microarray Analysis of the Effect on Inflammation in Patients Treated with Acupuncture for Allergic Rhinitis. *J Altern Complement Med N Y N.* 2008; 14:689-98

Seguimiento de un caso de hiperplasia nodular focal hepática por resonancia magnética con medio de contraste hepatoespecífico.

Monitoring of a hydroplasia nodular focal hepatic case for magnetic resonance with hepato-specific contrast medium.

Franco Maldonado Heydy Sailé^{1,2}, Villalta Herrera Alex Javier², Quirola Berruz Lelia del Rocío³.

VOLUMEN 36 | Nº3 | DICIEMBRE 2018

FECHA DE RECEPCIÓN: 23/3/2018
FECHA DE APROBACIÓN: 21/12/2018
FECHA DE PUBLICACIÓN: 27/12/2018

1. Hospital Universitario de Guayaquil.
2. SOLCA Guayaquil.
3. Hospital Naval de Guayaquil.

Caso Clínico | Clinical Case

Correspondencia:
heysdysf_26@hotmail.com
Dirección:
Urb. Los olivos II (Parroquia Tarqui)
Codigo Postal:
EC090112
Teléfonos:
0998434483
Guayaquil - Ecuador

RESUMEN

La hiperplasia nodular focal (HNF) es el tumor hepático benigno más frecuente después del hemangioma, producto de una respuesta hiperplásica a una anomalía vascular focalizada. A menudo asintomática, la mayor parte de las ocasiones es descubierta incidentalmente. Se presenta más frecuente en mujeres jóvenes de mediana edad con antecedente de ingesta prolongada de anticonceptivos orales. Este tipo de neoformación tiene hallazgos característicos en los diferentes métodos por imágenes. Normalmente tienden a permanecer de las mismas dimensiones e incluso involucionan durante un largo periodo bajo observación. Se presenta el caso de una paciente de 46 años que consultó en SOLCA, Guayaquil, en el año 2016, por un tumor hepático detectado por estudio ecográfico particular, luego de lo cual se le realiza estudios por ultrasonido y tomografía computada en los cuales se evidencia proceso neoformativo en segmento VI hepático. Ante la naturaleza de la lesión, se decide valorarla por medio de resonancia magnética (RM) de abdomen con medio de contraste hepatoespecífico, donde se identifica lesión que por sus características y comportamiento, se plantea como primera posibilidad diagnóstica hiperplasia nodular focal, patología de carácter benigno. Al presentar exámenes de laboratorio sin alteraciones y marcadores tumorales negativos, se optó como conducta terapéutica realizar observación y seguimiento de la paciente a través del mismo método de imágenes sin tratamiento farmacológico. En estudio control por ecografía un año después la lesión permanece sin cambios, manteniéndose la conducta expectante hasta el presente año, en el que se realiza RM, sin evidencia de cambios en su morfología y comportamiento, diferenciándola de otro tipo de lesiones hepáticas y de esta manera se evita procedimientos invasivos como la biopsia. La lesión al permanecer sin cambios, demuestra que la conducta ante una paciente con HNF debe ser expectante, por el potencial que posee esta lesión de sufrir una regresión espontánea.

Palabras Claves: Hiperplasia nodular focal, Espectroscopia de Resonancia Magnética, Medios de Contraste.

ABSTRACT

Method:

Focal nodular hyperplasia (FNH) is the most frequent benign liver tumor after hemangioma, it is caused by the hyperplastic response to a focal vascular anomaly. Most of the time asymptomatic is discovered incidentally. It occurs more frequently in young middle-aged women with a history of prolonged oral contraceptive intake. This type of neof ormation has characteristic findings in different imaging methods. They usually tend to remain the same size and even involute for a long period under observation. We present the case of a patient with FNH, the diagnosis and monitoring was performed by magnetic resonance with hepatospecific contrast, it is a technique that allows observing its benign behavior, differentiating it from other types of liver lesions and avoids invasive procedures such as biopsy. After 2 years of diagnosis, the lesion remains without changes, demonstrating that the attitude towards a patient with FNH should be observant, since they have the potential for the spontaneous regression.

Keywords: Focal nodular hyperplasia, Magnetic Resonance Spectroscopy, Contrast Media.

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia nodular focal (HNF) es el segundo tumor benigno más común en el hígado luego del hemangioma cavernoso, que representa aproximadamente un 8% de todos los tumores primarios del hígado [1]. Se identifica en un 2-5% de la población general, en una relación de 8:1 entre sexo femenino y masculino, en una mayor proporción en adultos jóvenes [2]. Su mecanismo patogénico se ha vinculado con una respuesta hiperplásica hepática a trastornos hemodinámicos ocasionados tanto por factores locales como anomalías vasculares o trombosis venosa local, así como sistémicos: secundarios a la ingesta de anticonceptivos orales o por efecto de moléculas que promuevan procesos de angiogénesis [3]. Esta lesión habitualmente es asintomática y generalmente es detectada incidentalmente por diferentes técnicas de diagnóstico por imágenes que se realizan por otros motivos. Por lo regular esta neoplasia cursa sin complicaciones, ya que la rotura espontánea es poco común y su transformación maligna es aún más infrecuente [4,5]. La resonancia magnética (RM) convencional junto con estudios dinámicos empleando medio contraste intravenoso poseen una mayor sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de la HNF en relación con otras técnicas como el ultrasonido y/o la tomografía computarizada [6]. Actualmente y gracias al desarrollo de medios de

contraste hepatoespecíficos, la confiabilidad de la RM para caracterizar la HNF se ha incrementado, lo que evita realizar otros procedimientos diagnósticos invasivos como la biopsia, que puede presentar ciertas limitaciones incluso en manos de patólogos con amplia experiencia en este tipo de patología. Con respecto a los medios de contraste utilizados en RM, se clasifican en 2 grupos: no hepatoespecíficos o tradicionales y hepatoespecíficos [7]. El primer grupo está basado en agentes quelantes de gadolinio, el compartimiento es intravascular y extracelular. El segundo grupo se subdivide en los que son captados por las células de Kupffer como son las moléculas supermagnéticas de ferumóxidos de hierro y los captados por hepatocitos funcionales como son el gadobenato de dimeglumina (Gd_BOPTA) y el ácido gadoxético (Gd_EOB-DTPA) considerados agentes de contraste intravasculares, extracelulares e intrahepáticos [8], éste último es el que se emplea la Institución donde se realizó el estudio. Su uso permite diferenciar entre lesiones que contengan hepatocitos de las que no las poseen, por lo que una lesión maligna que carezca de hepatocitos funcionales o que no los posea no captará el medio de contraste en fases tardías hepatoespecíficas [9], sugestiva del diagnóstico de patología oncológica primaria y secundaria respectivamente [10], mejorando así su detección y caracterización tanto en número, localización y distribución [11].

La sensibilidad de la RM para detectar la cicatriz central de la HNF (74-78%) es mayor en comparación al ultrasonido o la tomografía computarizada, con un 20 y 60% respectivamente, además de discernir de manera más efectiva los límites de la lesión, sin utilizar radiaciones ionizantes como en la tomografía computarizada. Por estos motivos, la resonancia magnética es considerada el examen de elección para la caracterización, diferenciación y seguimiento de estas lesiones neof ormativas. Por tanto, tras definir un diagnóstico por los diferentes métodos de imágenes, se puede establecer un tratamiento conservador y efectuar un seguimiento clínico-imagenológico a mediano y largo plazo. Sólo se indicará cirugía en caso de ser sintomático o que el diagnóstico diferencial con otras lesiones no esté claro, tales como adenoma o carcinoma fibrolamelar que en algunas ocasiones pueden compartir características similares [12,13].

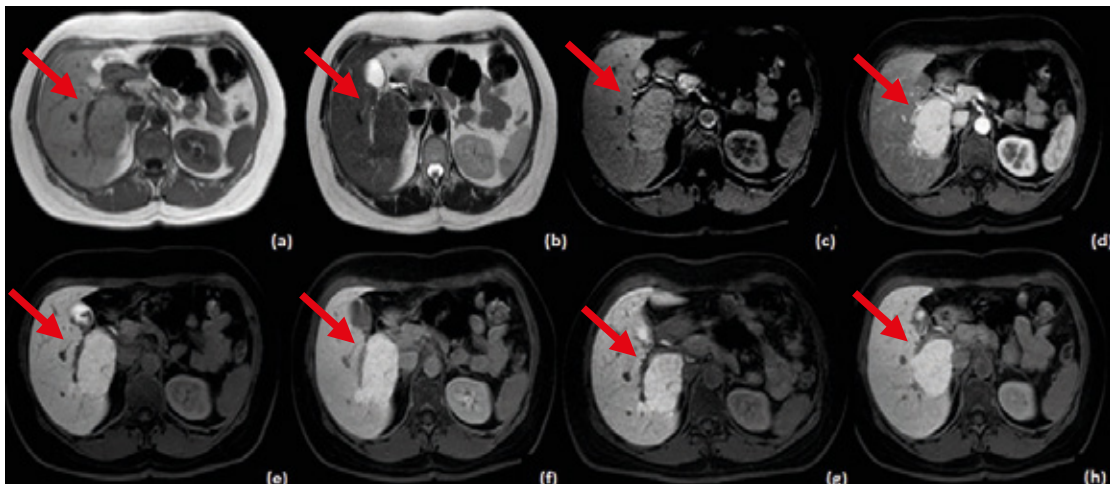
CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 46 años acude en septiembre de 2016 al Departamento de Radiología del Hospital Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo, SOLCA Guayaquil-Ecuador derivada desde Consulta Externa por una lesión hepática detectada incidentalmente en un ultrasonido abdominal realizado por rutina.

Paciente asintomática, con antecedente patológico personal de diabetes mellitus tipo 2 controlada, sin hallazgos relevantes al examen físico. Los estudios analíticos que incluían bioquímica hepática y marcadores tumorales como alfafetoproteína, CEA, CA 15.3, CA 19.9 y CA 72.4 fueron normales. Un nuevo estudio ecográfico fue realizado, el cual mostró lesión tumoral hipoecoica de contornos lobulados en segmento VI hepático que mide 5 x 6 cm en sus ejes mayores. Se decide caracterizar la lesión mediante resonancia magnética empleando medio de contraste hepatoespecífico, en la cual se identifica lesión sólida de contornos lobulados en segmento VI hepático, isointensa al parénquima en secuencia de fase y T2, en fase arterial presenta realce heterogéneo, en fases venosa portal y venosa

hepática el realce se incrementa con imagen lineal hipointensa en el centro de la lesión, en secuencias hepatoespecíficas a los 10, 20 y 40 minutos la lesión es hiperintensa (Figura 1). Por las características de la lesión se consideró como diagnóstico por imagen hiperplasia nodular focal, siendo innecesario un estudio mediante biopsia. Desde aquella fecha hasta el primer trimestre de 2018, la paciente es controlada ambulatoriamente mostrándose asintomática, con marcadores tumorales negativos y con controles por ultrasonido sin cambios significativos. Un nuevo estudio por resonancia magnética con contraste hepatoespecífico es realizado en marzo de 2018, donde se corrobora la ausencia de cambios en la lesión. Actualmente la paciente permanece asintomática, en control por Consulta Externa.

FIGURA N° 1
Resonancia magnética de abdomen en cortes axiales, año 2016



a) Secuencia de fase y (b) T2, en el segmento VI del hígado imagen nodular de contornos lobulados isointensa al parénquima (c) en fase arterial el realce es heterogéneo, (d) en fase venosa hepática es hiperintensa con imagen lineal hipointensa en el centro de la lesión, en fases hepatoespecíficas permanece hiperintensa demostrando su naturaleza hepatocitaria (e) a los 10 minutos, (f) 20 minutos y (g) 40 minutos. (h) Estudio de control a los 2 años, sin cambios, corte axial en secuencia hepatoespecífica a los 40 minutos es hiperintensa con cicatriz central. Las flechas señalan la lesión tumoral.

Fuente: Departamento de Radiología del Hospital Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo, SOLCA Guayaquil-Ecuador.
Elaborado por: Autora

DISCUSIÓN

La HNF es junto con el hemangioma y el adenoma las lesiones benignas que con más frecuencia se describen en la glándula hepática. Se descubre como un hallazgo accidental durante una exploración de imágenes y debido a poseer una evolución favorable se ha determinado que el tratamiento sea conservador y bajo conducta expectante, ya que en la literatura médica está descrito que estas lesiones permanecen estables e incluso pueden involucionar espontáneamente [14, 15].

Habitualmente, la HNF se presenta en mujeres jóvenes con antecedente de ingesta de anticonceptivos orales [16]. Se ha demostrado que estos medicamentos no producen HNF, sin embargo poseen un efecto trófico positivo en el crecimiento de los hepatocitos, intensificando la hiperplasia secundaria a una anomalía vascular localizada, lo cual es la base fisiopatológica de este trastorno proliferativo [17].

Desde un punto de vista general, su localización más frecuente es en lóbulo hepático derecho, sobre la superficie hepática e incluso pedunculada, generalmente con un tamaño menor de 5 cm, observándose forma de presentación aislada en un 95% de las ocasiones [17]. El caso que se presenta cumple parte de estas características, por estar localizado en el segmento VI hepático, el eje mayor de la lesión fue de 6 cm.

Esta tumoración normalmente cursa asintomática y sin complicaciones, como es en el caso de la paciente y se decidió un seguimiento sistemático, conducta catalogada como método estándar de oro en pacientes asintomáticos con FNH. No obstante, se debe considerar la cirugía electiva en pacientes sintomáticos, en aquellos con aumento notable y en caso de incertidumbre del diagnóstico, recordando que las posibilidades de ruptura espontánea son exiguas, y su degeneración lo es aún más [18].

El estudio por resonancia magnética con medio de contraste en fase arterial, venosa y tardía se ha mostrado como el mejor método, su exactitud diagnóstica es de 95%, con una sensibilidad del 70% y especificidad del 98% [2], el uso del medio de contraste hepatoespecífico permite distinguir entre lesiones que contienen hepatocitos y aquellas que no los contienen, es decir las lesiones malignas compuestas por hepatocitos no funcionales (nódulos displásicos de alto grado y carcinoma hepatocelular) o ausentes de hepatocitos (metástasis), no muestra captación de este contraste en fase hepatobiliar [19]. Asimismo, han sido utilizados para distinguir la hiperplasia nodular focal del carcinoma fibrolamelar,

así como del adenoma hepático [7], en nuestro caso permitió definir el comportamiento benigno de la lesión e incluso establecer el diagnóstico como HNF, en el estudio ultrasonográfico la lesión fue catalogada como hallazgo inespecífico. La RM método de diagnóstico evitó realizar biopsia hepática y optar por un seguimiento clínico-imagenológico [20].

CONCLUSIÓN

La RM es una técnica de imágenes que permite detectar y tipificar lesiones hepáticas sólidas.

Los medios de contraste hepatoespecífico mejoran significativamente la caracterización de las lesiones hepáticas, evitando de esta manera procedimientos invasivos.

El seguimiento de la HNF demuestra ausencia de modificación en sus dimensiones e incluso involución, por lo que se sugiere un tratamiento expectante.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Franco Maldonado Heydy Sailé. Médico Imagenólogo, Subespecialista RM. SOLCA Guayaquil. Hospital Universitario de Guayaquil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0178-8157>

- Villalta Herrera Alex Javier. Médico. SOLCA-Guayaquil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8333-2307>

- Quirola Berruz Lelia del Rocío. Médico. Hospital Naval de Guayaquil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5766-1617>

CONTRIBUCION DE LOS AUTORES

HF, AV y LQ: Realizaron la recolección de datos e imágenes, revisión bibliográfica, redacción y análisis crítico del manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burgos L, Silva J, Losada H, Manterola C, Guzman P. Hiperplasia Nodular Focal. *Rev Chil Cir.* 2010; 62(2):108-110.
2. Martínez C, Valenzuela D, Gómez P. Hiperplasia nodular focal, diagnóstico por imagen. Caso radiológico. *Acta Med.* 2015; 13(2):111-113.
3. Moreno E, Escobosa O, García L, Acha T. Hiperplasia nodular focal: diagnóstico a considerar ante una masa hepática. *An Pediatr (Barc).* 2015; 83(5):347-349.
4. Ramírez-Fuentes C., Martí-Bonmatí L., Torregrosa A., Del Val A., Martínez C. Variación de tamaño de la hiperplasia nodular focal mediante resonancia magnética. *Radiología.* 2013; 55(6):499-504.
5. Ferreira F, Eiras A, Braz D. Hepatobiliary contrast agents: differential diagnosis of focal hepatic lesions, pitfalls and other indications. *Radiol Bras.* 2014; 47 (5): 301-309.
6. George R, Godara S, Maj Gen, Srinivas V. Liver specific magnetic resonance imaging contrast medium for evaluation of focal liver lesions – Initial experience at a service hospital. *Med J. Armed Forces India.* 2012; 68 (4) 350-355.
7. T. Kim, K. Lee, H. Jang, et al. Analysis of gadobenato dimegumine-enhanced MR findings for characterizing small (1-2 cm) hepatic nodules in patients at high risk for hepatocellular carcinoma. *Radiology,* 2011; 259(3): 730-738.
8. Cossio-Torrico P, Ramírez-Carmona C, Stoopen-Rometti M, Perochena-González A, Sosa-Lozano L, Kimura-Hayama E. Resonancia magnética con ácido gadoxético – contraste hepatoespecífico – para la evaluación de lesiones focales. *Revista de Gastroenterología de México.* 2015; 80 (4): 267-275.
9. Bittencourt L, Hausmann D, Gasparetto E, Domingues C. Magnetic resonance of the liver with hepato-specific contrast: initial clinical experience in Brazil. *Rev Col Bras Cir.* 2013; 40 (3): 237-240.
10. Sung Soo A, Myeong-Jin K, Joon Seok L, Hye-Suk H, Yong Eun C, Jin-Young C. Added Value of Gadoteric Acid-enhanced Hepatobiliary Phase MR Imaging in the Diagnosis of Hepatocellular Carcinoma. *Radiology.* 2010; 255 (2): 459-466.
11. Dow-Mu K. Liver-specific contrast agents. *Cancer imaging.* 2012; 12 (2); 363-364.
12. Martín-Serradilla J, Tejero M, García I, Franco S, Laherrán E. Hiperplasia nodular focal en mujer joven. *An. Med. Interna (Madrid).* 2006; 23(2):99-99.
13. Cuervo C, Gómez D, Castrillón G. Adenomas hepatocelulares: Hallazgos actuales en imágenes que permiten su caracterización y manejo. *Rev. Colomb. Radiol.* 2014; 25(2): 3934-41.
14. Haaga J. Diagnóstico por Imagen. 5ta ed. Elsevier. 2011; p. 1272-1274.
15. Lim Y, Hee Lee M, Choi S, Ha Yu B, Lee H, Kyung Kim H. Spontaneous Regression of Focal Nodular Hyperplasia of the Liver after Delivery: A Case report. *J Korean Soc. Radiol* 2014; 71(2): 65-68.
16. Mamone G, Caruso S, Miraglia R. Complete spontaneous regression of giant focal nodular hyperplasia of the liver: Magnetic resonance imaging evaluation with hepatobiliary contrast media. *World J Gastroenterol.* 2016 (47): 10461-10464.
17. Federle M., Jeffrey R, Woodward P, Borhani A. Diagnóstico por Imagen. Abdomen. 2da ed. Marban; 2011; p. 706-709.
18. Perrakis A, Vassos N, Grutzmann R, Croner R. What is changing in indications and treatment of focal nodular hyperplasia of the liver. Is there any place of surgery? *Ann Hepatol.* 2017; 16(3):333-341.
19. Castrillón G, Espinosa J, Noriega M, Royero M, Gómez D. Agentes hepatoespecíficos, usos actuales: más allá de la caracterización de lesiones focales. *Rev. Argent. Radiol.* 2018; 82 (1): 13-27.
20. Liang Tian Y, Riddell A, Koh D. Liver-specific agents for contrast-enhanced MRI: role in oncological imaging. *Cancer Imaging.* 2013; 13(4): 567-569.

Apendicitis aguda en pacientes pediátricos oncológicos en el Instituto del Cáncer SOLCA-Cuenca. 2017

Acute appendicitis in oncological pediatric patients at the Cancer Institute SOLCA-Cuenca.2017

Guerrero Quiroz Enmanuel Isidoro^{1,2}, Alvarado Corral Raúl Francisco¹, Bravo Muñoz Marx Italo^{1,2}, Quizhpi Paredes Diana Elizabeth³, Martínez Reyes Fray Cleiton^{1,4}.

VOLUMEN 36 | N°3 | DICIEMBRE 2018

FECHA DE RECEPCIÓN: 13/9/2017
FECHA DE APROBACIÓN: 21/12/2018
FECHA DE PUBLICACIÓN: 27/12/2018

- 1. Instituto del Cáncer SOLCA-Cuenca
- 2. Universidad de Cuenca.
- 3. Hospital Vicente Corral Moscoso
- 4. Universidad del Azuay

Caso Clínico | Clinical Case

Correspondencia:
enmanuelgq@hotmail.com
Dirección:
Baltazara de Calderón y Miguel Vélez.
Código Postal:
010111
Teléfonos:
0990800151 - 2840929
Cuenca -Ecuador

RESUMEN

Antecedentes:

La apendicitis aguda es una urgencia abdominal quirúrgica, en donde la presentación clínica y el diagnóstico generalmente son diferentes cuando se presenta en pacientes oncológicos a consecuencia de la alteración inmunológica propia del cáncer y secundarios al tratamiento con quimioterapia.

Método:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo desde enero del 2011 hasta junio del 2017. Se revisaron las historias clínicas de 433 pacientes con cáncer en menores de 18 años, que fueron atendidos en SOLCA-Cuenca, y se incluyó a 12 pacientes que presentaron apendicitis aguda. Se realizó una descripción de sus características clínicas, patológicas y terapéuticas. La información se incluyó en una base de datos y luego fueron analizados en el programa EXCEL y SPSSv20 portable. .

Resultados:

El promedio de edad de los pacientes fue de 9.58 años en igual proporción para hombres y mujeres. La media de glóbulos blancos fue de 10.500 células por microlitro y su rango estuvo entre 400 y 21.600 células por microlitro. Los neutrófilos, plaquetas y hemoglobina tuvieron una media de 66%, 275.416 células por microlitro y 11 g/dl respectivamente, con un promedio de hospitalización de 18.5 días. El 66% de pacientes presentaron un valor mayor de 7 sobre 10 en la escala de Alvarado. La apendicitis aguda fue más frecuencia (4 casos) en la fase de mantenimiento del tratamiento oncológico. Los resultados patológicos más comunes fueron: apéndice congestivo, flemonoso, perforativo, con 3 casos cada uno. La ceftriaxona fue el antibiótico pre-quirúrgico más utilizado (5 pacientes) y la combinación de meropenem con metronizadol durante el pos-operatorio (4 pacientes). Una paciente (8,3%) falleció 9 días después del procedimiento quirúrgico debido a shock séptico secundario a peritonitis aguda.

Conclusiones:

La apendicitis aguda se presentó en el 2.7% de los pacientes oncológicos. La historia natural en lo que a manifestaciones clínicas se refiere, se presentaron en los pacientes oncológicos que en los no oncológicos. La escala de Alvarado fue una prueba diagnóstica válida en los dos grupos.

Palabras clave: Apendicitis, Neoplasias del Apéndice, Apendicetomía, Instituciones Oncológicas, Registros Médicos, Pediatría.

ABSTRACT

Background:

Acute appendicitis is a surgical abdominal emergency, in which the clinical presentation and diagnosis are generally different when it occurs in oncological patients as a consequence of the immunological alteration characteristic of cancer and secondary to treatment with chemotherapy.

Method:

A descriptive, retrospective study was conducted from January 2011 to June 2017. The medical records of 433 patients with cancer in children under 18 years of age were reviewed; they were treated in SOLCA-Cuenca, and 12 patients who presented acute appendicitis were included. A description of its clinical, pathological and therapeutic characteristics was made. The information was included in a database and then analyzed in the portable program EXCEL and SPSSv20

Results:

The average age of the patients was 9.58 years in the same proportion for men and women. The average of white blood cells was 10,500 cells per microliter and its range was between 400 and 21,600 cells per microliter. The neutrophils, platelets and hemoglobin had an average of 66%, 275,416 cells per microliter and 11g / dl respectively, with an average hospitalization of 18.5 days.

A 66% of patients presented a value higher than 7 on to 10 in the Alvarado scale (method used to diagnose acute appendicitis). Acute appendicitis was more frequent (4 cases) in the maintenance phase of oncological treatment. The most common pathological results were: congestive appendix, phlegmonous, perforative, with 3 cases each. The ceftriaxone was the most used pre-surgical antibiotic (5 patients) and the combination of meropenem with metronizadol during the post-surgery period (4 patients). One patient (8.3%) died 9 days after the surgical procedure due to septic shock secondary to acute peritonitis.

Conclusions:

Acute appendicitis occurred in 2.7% of cancer patients. The natural history as far as clinical manifestations was presented in the oncological patients as in the non-oncological patients. The Alvarado scale was a valid diagnostic test in both groups. It is necessary to be careful with the interpretation of laboratory and image data.

Keywords: Appendicitis, Appendiceal Neoplasms, appendectomy, Cancer Care Facilities, Medical Records, Pediatrics.

INTRODUCCIÓN

La inflamación del apéndice es conocida como apendicitis aguda (AA). Es una enfermedad que en ciertos casos puede tener complicaciones graves, sobre todo, cuando el diagnóstico es tardío [1,2]. Se presenta en todas las edades, con preferencia entre los 7 y 30 años (promedio 10.5 años), y tiene un leve predominio en hombres [3]. Es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en la edad pediátrica. Su incidencia es de 02.3 casos por cada 1,000 niños menores de 14 años [4,5]. En pacientes oncológicos es del 1.5% [6].

Como consecuencia de la respuesta inflamatoria, en el 50% de los casos se caracteriza por dolor inicialmente en epigastrio que puede migrar hacia la fosa iliaca derecha, con signos y otras sintomatologías que orientan el cuadro clínico (McBurney, Blumberg positivo, anorexia, náusea, vómito, etc.) [7,8]; sin embargo, en los pacientes con cáncer que se encuentran recibiendo quimioterapia, la respuesta inmunitaria no es la misma, por lo que el diagnóstico y el tratamiento pre y pos quirúrgico pueden ser diferentes a los convencionales [9,10].

Con lo anterior, la pregunta de investigación que se planteó fue ¿Cuáles son las características demográficas, clínicas, patológicas y de laboratorio que presentan los pacientes oncológicos con apendicitis aguda?

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo en pacientes menores de 18 años atendidos entre enero del 2011 hasta junio del 2017 en el Instituto del Cáncer SOLCA – Cuenca. El Universo estuvo constituido por 433 pacientes pediátricos con cáncer atendidos durante el período de estudio; la muestra fueron 12 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, esto es haber presentado AA durante su proceso oncológico los cuales fueron identificados mediante la revisión de las historias clínicas posteriormente recolectado la información referente a las variables en estudio, las cuales incluyen: edad, sexo, hemograma, estancia hospitalaria, escala diagnóstica de Alvarado, ultrasonido abdominal, fase del tratamiento oncológico, tipo de cirugía, resultado patológico, antibiótico pre y post quirúrgico y condición post quirúrgica. Se excluyeron aquellos que fueron apendicectomizados por una causa diferente a la AA. La información de sus variables fue registrada en una base de datos realizada en

TABLA N° 1

Hemograma de 12 pacientes pediátricos oncológicos intervenidos por apendicitis aguda en el Instituto del Cáncer SOLCA-Cuenca. 2017

Hemograma	Estadísticos				
	Media	DS	Mínimo	Máximo	Mediana
Glóbulos blancos (cel/ μ L)	10500.0	8185.5	400	21600	11500.0
Neutrófilos (%)	66.4	31.7	0	93	77.5
Plaquetas (cel/ μ L)	275416.7	205109.5	40000	710000	228000.0
Hemoglobina (g/dL)	11.0	1.6	7.6	12.7	11.7

Fuente: Base de datos.
 Elaborado por: Autores

TABLA N° 2

Características clínicas y patológicas de 12 pacientes pediátricos intervenidos por apendicitis aguda en el Instituto del Cáncer SOLCA-Cuenca. 2017

Variables	n	%
Escala de Alvarado		
Mayor o igual a 7	8	66.7
De 5 a 6	2	16.7
Menor o igual 4	2	16.7
Ultrasonido abdominal		
No se realizó	4	33.3
Apendicitis aguda	3	25
Sin alteración	3	25
Líquido interasa	2	16.7
Fase de tratamiento oncológico		
Diagnóstico	2	16.7
Inducción	3	25
Consolidación	2	16.7
Mantenimiento	4	33.3
Vigilancia	1	8.3
Tipo de cirugía		
Apendicectomía simple	6	50
Laparatomía exploratoria / Apendicectomía	6	50
Resultado patológico		
Periapendicitis	2	16.7
Apendicitis aguda congestiva	3	25
Apendicitis aguda supurativa	1	8.3
Apendicitis aguda flemónosa / Peritonitis	3	25
Apendicitis aguda perforativa / Peritonitis	3	25
Antibiótico prequirúrgico		
Ceftriaxona	5	41.7
Ampicilina / Sulbactam	3	25
Amoxicilina / Ácido Clavulánico	2	16.7
Cefepime / Amikacina	2	16.7
Antibiótico posquirúrgico		
Metronidazol / Meropenem	4	33.3
Amoxicilina / Ácido Clavulánico	2	16.7
Ceftriaxona	1	8.3
Ampicilina / Sulbactam	1	8.3
Ampicilina / Sulbactam / Metronidazol	1	8.3
Cefepime / Amikacina	1	8.3
Meropenem / Vancomicina / Metronidazol	1	8.3
Metronidazol / Amikacina / Piperacilina / Tazobactam	1	8.3
Condición posquirúrgica		
Vivo	11	91.7
Fallecido	1	8.3

Fuente: Base de datos.
 Elaborado por: Autores

Microsoft Excel para ser presentado en tablas con frecuencias absolutas y relativas, analizado los datos con medidas de tendencia central y de dispersión en el programa EXCEL y SPSSv20 portable

RESULTADOS

La media de la edad en los 12 pacientes intervenidos fue de 9.58 (DS 4.58) años; el rango estuvo entre 4 y 17 años, para una mediana de 8.5 años. En cuanto a sexo, la proporción fue similar para hombres y mujeres.

Del total de casos, el 50% correspondieron a Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) y la otra mitad a otros tipos de cánceres.

La mediana de la estancia hospitalaria fue 9.5 días para un mínimo de 2 y un máximo de 74 días. La media fue de 18.5 días.

La escala de Alvarado mayor a 7 fue positiva en 8 pacientes. El ultrasonido abdominal preoperatorio fue realizado en 8 pacientes y en 3 fue positivo para AA. En la tercera fase de tratamiento del cáncer (fase de mantenimiento), 4 pacientes fueron operados, a los demás se los intervino durante las demás fases del diagnóstico oncológico y tratamiento. Los resultados patológicos más comunes fueron: apéndice congestivo, flemonoso, perforativo con 3 casos cada uno. Entre los esquemas de antibióticos pre-quirúrgicos, el más utilizado fue la ceftriaxona; de los posquirúrgicos, la combinación de meropenem con metronizadol. Una sola paciente falleció por shock séptico secundario a peritonitis aguda.

DISCUSIÓN

La AA es la inflamación del apéndice causada, sobre todo, por la obstrucción de la luz apendicular debido a cuerpos extraños (coprolitos, parásitos), bridas y tumores (tumor carcinoide, linfomas, etc.), que a su vez va seguida de la proliferación de gérmenes (tuberculosis, sarampión, virus) [7,11].

La obstrucción de la luz del apéndice provoca la falta de drenaje linfático con estasis intestinal, proliferación bacteriana, distensión de las paredes, oclusión capilar e inflamación. La invasión bacteriana y liberación de toxinas produce fiebre y posterior leucocitosis [11,12].

En general, la máxima incidencia se presenta entre los 10 y 14 años. La edad promedio de los pacientes en este estudio fue de 9.58 años, cercana al promedio general de 10.5 [3].

Con respecto al sexo, los hombres tienen una razón de 3 a 2 frente a las mujeres [13]. Si se analizan los casos del presente estudio, ambos sexos tienen igual frecuencia, sin embargo, cuando se excluyen a los 2 pacientes con periapendicitis, el 60% pertenecen al sexo masculino, en una relación que se aproxima a lo referido.

El 50% de los pacientes de este estudio tenían diagnóstico de LLA. En todas las áreas geográficas, la LLA es el tipo de cáncer más frecuente de la infancia; representa el 30% del total de neoplasias malignas en menores de 18 años [14]. De los 433 pacientes identificados en el Instituto del Cáncer SOLCA - Cuenca, 144 pacientes (33%) tenían LLA y entre los estudiados, 6 presentaban el cuadro de AA, lo que explicaría la mayor frecuencia de apendicectomizados en este grupo.

El hemograma característico es la leucocitosis con desviación a la izquierda, y las cifras pueden variar dependiendo del estado del apéndice, así: en el estadio catarral y flemonoso el promedio de leucocitos es de 13,700 células por microlitro (ul) con 80% de neutrófilos, en el estadio supurativo y/o abscedado 14,400 células/ul (80% de neutrófilos) y en el estadio gangrenoso, 17,570 células/ul (neutrófilos 83%), es decir, mientras más avanzado está el cuadro patológico del apéndice, más altas son las cifras de los Glóbulos Blancos (GB) [15,16]. En los pacientes oncológicos, el tratamiento con quimioterapia causa frecuentemente leucopenia y neutropenia que dificultan el diagnóstico y retardan el tratamiento [17-21]. El promedio de GB fue de 10,500 células/ul con 66% de neutrófilos, por lo que el hemograma debe ser analizado en el contexto clínico-oncológico del paciente, haciendo énfasis en el tipo de cáncer y fase del tratamiento. Es así, que los tumores que afectan la médula ósea (leucemias) tienden a causar neutropenias más intensas y prolongadas que los pacientes con tumores sólidos (tumor de Wilms, sarcomas, tumores germinales, etc.) [22]. Al analizar el hemograma de uno de los pacientes con leucemia promielocítica aguda (LPA) incluido en este estudio, se observó que sus GB fueron de 1,700 células/ul con neutrofilia del 93%; en condiciones no oncológicas sería difícil pensar que estos valores correspondan a una AA, sin embargo, el antecedente oncológico y la clínica del paciente (escala de Alvarado mayor a 7) orientaron hacia el diagnóstico de AA.

Los promedios de Hb (11g/dl) y de plaquetas (275,416 células/ul) estuvieron dentro de parámetros que no

contraíndican la cirugía; de todas formas, el paciente oncológico no siempre tiene las condiciones hematológicas apropiadas para el procedimiento quirúrgico. El paciente referido con LPA presentó plaquetas un valor de 40,000 células/ul; en un paciente sin cáncer, la cirugía se retardaría hasta que las plaquetas mejoren. En el cáncer, donde la propia enfermedad y la quimioterapia causan trombocitopenia y riesgos de hemorragia [17,23], no siempre es posible alcanzar las condiciones adecuadas se necesitaría más tiempo hacerlo; las consecuencias serían el agravamiento de la apendicitis con el incremento en el riesgo de morir. En este caso, se transfundieron plaquetas antes y después de la cirugía con apoyo transfusional de plasma y factores estimulantes de colonia de granulocitos; la evolución fue favorable.

De acuerdo a Ullauri, JC., en Cuenca, año 2014, el promedio de hospitalización por AA en pacientes no oncológicos fue menor a 7 días [24]. En el presente estudio, el promedio de hospitalización fue de 18.5 y la mediana 9.5 días; entre las posibles causas se incluyen la enfermedad oncológica de base y el uso de quimioterapia (corticoides, ciclofosfamida, 6-mercaptopurina, etc.) que retardan la cicatrización de la herida quirúrgica y favorecen las complicaciones infecciosas [17,25].

Para el diagnóstico de AA se puede utilizar la escala de Alvarado (sensibilidad de 81% y especificidad de 74%) [26], que asigna 1 punto por cada parámetro a náusea o vómito, anorexia, migración del dolor, aumento de temperatura $>37^{\circ}\text{C}$, dolor al descomprimir y neutrófilos $>75\%$; el dolor a la palpación en fosa iliaca derecha y los leucocitos mayores 10.000 células/ul tienen 2 puntos cada uno. La suma igual o mayor a 7 indica cirugía; de 5 a 6 es sospechoso y menos de 4 es observación [26,27]. Clínicamente, la escala de Alvarado en los pacientes oncológicos es difícil de aplicar si se tiene en cuenta que la inflamación en ellos puede estar atenuada. También la aplicación de esta escala se ve afectada por la administración de quimioterapia que puede causar efectos secundarios similares a los que evalúa la escala como hiporexia, náusea y vómito [28].

De los 8 pacientes estudiados con un valor mayor a 7 en la escala de Alvarado, el 87.5% (7 pacientes) fueron positivos para AA en el reporte patológico, lo que le da mayor validez a este instrumento diagnóstico para su aplicación en pacientes oncológicos.

Los estudios de imagen, como la tomografía y la radiografía de abdomen no fueron realizados a nuestros pacientes porque son estudios que se recomiendan cuando existe una AA con presentación clínica atípica. La ecografía abdominal tiene una sensibilidad del 85 al 96% y una especificidad del 89 al 98% en pacientes no oncológicos [29]. En el caso de este estudio, la ecografía de abdomen se realizó en 8 pacientes y el diagnóstico pre quirúrgico por este método fue en 3 pacientes (37.5%) y en otros 2 reportó líquido intraabdominal debido a que el proceso inflamatorio es menor en este grupo de pacientes. El diagnóstico clínico una vez más fue determinante sobre los estudios de imagen al momento de tomar una decisión quirúrgica.

El tratamiento del cáncer generalmente tiene tres fases: inducción, consolidación y mantenimiento [30]; cada fase tiene definida medicamentos y dosis diferentes. La fase de mantenimiento es la más prolongada; esto podría explicar el hecho de que en la misma se tuvieron más casos (4 pacientes). La fase de inducción es la fase donde la quimioterapia es más intensa y, por consiguiente, la neutropenia es más profunda y las complicaciones más frecuentes: 2 de los 3 pacientes en esa fase presentaron peritonitis [31].

Tradicionalmente, se ha utilizado la incisión pequeña en el cuadrante inferior derecho de Rockey-Davis y Mc Burney para la intervención quirúrgica en pacientes con certeza diagnóstica de AA. En el caso de los pacientes con sospecha de peritonitis o duda diagnóstica, como es el caso de los pacientes oncológicos, se opta por laparotomía media porque permite una mayor maniobrabilidad y la resolución de alguna otra patología asociada [32]; en el grupo de estudio, 6 fueron los pacientes sometidos a este procedimiento.

Dependiendo de la fase de la enfermedad, los resultados patológicos que se pueden encontrar son cuatro: apendicitis congestiva (simple o catarral), flemonosa (supurativa), gangrenosa (necrótica) y perforada [7,33]; nueve de los pacientes estudiados se repartieron por igual en las fases congestiva, flemonosa y perforada.

Varios estudios indican que la frecuencia de perforación apendicular es del 9%, frente al 25% resultante en el presente estudio [34]. Cabe mencionar que 6 pacientes (50%) tuvieron peritonitis; probablemente esto se deba a la

dificultad en el diagnóstico y la oportunidad de la intervención quirúrgica oportuna por la ambigüedad en torno al cuadro en el paciente oncológico, a lo que se suma la tardanza de los pacientes en acudir. En cuadros clínicos de difícil diagnóstico y ante la duda de apendicitis, la cirugía está indicada ya que la mortalidad secundaria a perforación apendicular es del 40% [33]. Rodríguez et al., en el año 2016, Colombia, reportó que, de 100 pacientes no oncológicos intervenidos quirúrgicamente por un cuadro clínico de AA, el 17 % no tuvieron esta enfermedad [3, 34, 35]; en dos (16.7%) del total de casos del estudio que se presentaron, el diagnóstico patológico fue de apéndice normal.

El tratamiento terapéutico varía de acuerdo a las condiciones clínicas pre-quirúrgicas y a los hallazgos post-quirúrgicos. En el contexto de un paciente oncológico, el uso de antibióticos de amplio espectro está indicado porque su inmunidad está alterada [36,37]. La ceftriaxona fue el antibiótico pre-quirúrgicos más utilizado (5 pacientes), orientado a cubrir gérmenes gram negativos del colon. Posterior a la cirugía, el esquema más frecuente fue la combinación de meropenem con metronizadol (4 pacientes), contra gérmenes gram negativos y anaerobios, que están presentes en etapas más avanzadas de la AA [34].

En pacientes convencionales el pronóstico es bueno, con un índice de mortalidad de 0.16 por cada 1000 pacientes (0.5-5%) [15]. El único fallecimiento que se dio en este estudio fue de una niña de 9 años diagnosticada de LLA en fase de consolidación; a ella se le realizó una laparotomía exploratoria cuyos hallazgos patológicos fueron una apendicitis flemonosa con peritonitis. El fallecimiento se produjo 9 días después del procedimiento a pesar de los tratamientos de soporte y del uso de antibióticos de amplio espectro (ceftriaxona, cefepime, amikacina, metronizadol, fluconazol, meropenem).

CONCLUSIÓN

La frecuencia de AA en los pacientes pediátricos oncológicos del presente estudio fue del 2.7%. El promedio de hospitalización en este grupo de pacientes fue mayor que en los pacientes no oncológicos. La historia natural de la AA en cuanto a sus manifestaciones clínicas, patológicas y de imagen no varió sustancialmente en los pacientes oncológicos frente a los no oncológicos.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Guerrero Quiroz Enmanuel Isidoro. Hematólogo-Oncólogo Pediatra. Instituto del Cáncer SOLCA-Cuenca. Universidad de Cuenca.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7976-1771>

- Alvarado Corral Raúl Francisco. Cirujano Oncólogo. Director Médico, Cirujano del Instituto del Cáncer SOLCA-Cuenca.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0095-259X>

- Bravo Muñoz Marx Italo. Cirujano Oncólogo. Instituto del Cáncer SOLCA-Cuenca. Universidad de Cuenca.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7367-0502>

- Quizhpi Paredes Diana Elizabeth. Médica. Residente del Postgrado de Pediatría en el Hospital Vicente Corral Moscoso.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7757-434X>

- Martínez Reyes Fray Cleiton. Doctor en Medicina y Cirugía. Vigilancia epidemiológica SOLCA-Cuenca. Universidad del Azuay.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3363-2402>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores colaboraron en la elaboración del artículo durante el concepto, diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección del manuscrito.

CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de interés

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciamiento

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Young P. La apendicitis y su historia. RevMed Chile [Internet]. 2014; Dic [Citado 07 Jul 2017]; 142: 667-672. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000500018
2. Wesson D. Acute appendicitis in children: Clinical manifestations and diagnosis. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-children-clinical-manifestations-and-diagnosis?source=search_result&search=appendicitis&selectedTitle=1~150
Accedido en 06 de agosto de 2017. Fecha de actualización: 03 de mayo de 2017.
3. Rodríguez S, Becerra M, Rueda S. Validación de un programa electrónico de historia clínica que orienta el estudio de la apendicitis aguda en pediatría. Pediatr [Internet] 2016; [Citado 07 jul 2017]; 49(1):8-16. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120491216000185>

4. Ossorio M, Pacheco J, Vázquez J. Abdomen agudo. *Medicine* [Internet] 2016; [Citado 06 Ago 2017]; 12(7):363-79. Disponible en: http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/cirugia/images/Articulos_casos/Tema_6/T6-IC-Abdomen-agudo.pdf
5. Sakellaris G, Partalis N, Dimopoulou D. Apendicitis aguda en niños de edad preescolar. *Salud (i) Ciencia* [Internet] 2015; [Citado 06 Ago 2017]; 21: 284-293. Disponible en: <http://www.siicsalud.com/dato/sic/213/126115.pdf>
6. Samaniego C, Almirón M, López L, Meza C, Meza H, Núñez A, et al. Apendicitis aguda: Edad, tiempo de evolución y complicaciones. *An. Fac. Cienc. Méd.* [Internet] 2006; [Citado 07 Jul 2017] 39(1): 28-32. Disponible en: <http://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/view/465>
7. Cuervo J. Apendicitis aguda. *Rev. Hosp. Niños BA* [Internet] 2014; [Citado 07 Jul 2017]; 56(252):15-31. Disponible en: <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2014/04/15-31-Apendicitis.pdf>
8. Casado P, Santos R, Méndez H, Méndez O, Pérez A, Moreno R. Valor actual de la secuencia de Murphy en el diagnóstico de apendicitis aguda. *ACM* [Internet] 2017; [Citado 19 Jul 2017]; 21(1): 806-817. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000100006
9. Suárez M, Saavedra J. Infecciones en el paciente con neoplasia oncohematológica: neutropenia febril y otros síndromes infecciosos [Internet]. España; Editorial Médica Panamericana; Sociedad Española de Infectología Pediátrica Avanzada; 2014. Capítulo 1, [Citado 06 Ago 2017]; p. 3-16. Disponible en: <http://www.herrerobooks.com/pdf/pan/9788498357738.pdf>
10. Ramón J, Pertejo A. Protocolo diagnóstico y terapéutico de las alteraciones del ritmo intestinal en el paciente oncológico. *Medicine* [Internet] 2017; May [Citado 06 Ago 2017]; 12(34):2076-2082. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030454121730135X>
11. Ávila M, García M. Apendicitis aguda: revisión de la presentación histopatológica en Boyacá, Colombia. *Rev Colomb Cir.* [Internet] 2015; [Citado 02 Ago 2017]; 30:125-30. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v30n2/v30n2a7.pdf>
12. Souza L, Martínez J. Apendicitis aguda, manejo quirúrgico y no quirúrgico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* [Internet] 2017; [Citado 06 Ago 2017]; 55(1):76-81. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171p.pdf>
13. Morán LE. Evolución de Apendicitis Aguda y pronóstico en pacientes del hospital "Abel Gilbert Pontón" durante el período Enero-Diciembre de 2014. [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2014. 61 p.
14. Horton T, Steuber P. Overview of the outcome of acutelymphoblastic leukemia in children and adolescents. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/search?search=Leukemia%20is%20the%20most%20common%20cancer%20in%20children&sp=2&searchType=PLAIN_TEXT&source=USER_INPUT&searchControl=TOP_ge=es&max=10&index=&autoCompleteTerm= Consultado en 06 Ago 2017. Fecha de Actualización: 24 May 2017.
15. Agramonte, O. Armas, B. Leucocitosis con desviación izquierda en apendicitis aguda. *AMC.* [Internet] 2016; Abr [Citado 07 Jul 2017]; 20 (2): 123-128. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000200004&lng=es.
16. Huacuja R, Ruiz M, Lemus R, Villegas E, González M, Díaz A, et al. Factores predictores para apéndice blanca y apendicitis aguda en pacientes sometidos a apendicectomía. Experiencia de dos años en una institución privada. *Rev Invest Med Sur Mex.* [Internet] 2015; Enero-Marzo [Citado 06 Ago 2017]; 22(1): 11-18. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2015/ms151b.pdf>
17. Sobrevilla P, Sobrevilla N, Ochoa F. Neutropenia inducida por quimioterapia: el punto de vista del oncólogo. *GMO.* [Internet] 2016; [Citado 06 Ago 2017]; 15(6): 344-349. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920116300876>
18. Rivas R, Best C, Fernández Y, Ocejo A, Batista B, Vidal V, et al. Consenso mexicano para el abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente con neutropenia febril. *Rev Hematol Mex.* [Internet] 2014; [Citado 06 Ago 2017]; 15 (2):S207-S268. Disponible en: www.nietoeditores.com.mx/nieto/Hematologia/2014/suplemento2/consenso.pdf
19. Cuervo S, Bermúdez C, Enciso L, Gómez J, Castillo J, Sánchez R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones bacterianas y micóticas en pacientes oncológicos mayores de 15 años con neutropenia febril posquimioterapia de alto riesgo. *Rev Colomb Cancerol.* [Internet] 2014; [Citado 06 Ago 2017]; 18(4):186-196. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-guia-practica-clinica-el-diagnostico-S0123901514000353>
20. Olivera E, Olivera Y, Caballero I, López Y,

- Millán M. Neutropenia como efecto adverso del tratamiento quimioterápico en pacientes con cáncer. *Multimed*. [Internet] 2015; [Citado 06 Ago 2017]; 19(4): 128-140. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mul154j.pdf>
21. Figueroa J, Lagunas A, Fernández M, Ortíz F, Madrid V. Sepsis en el niño con cáncer: problemas en su identificación y retos para su disminución. *Rev Chilena Infectol*. [Internet] 2015; [Citado 06 Ago 2017]; 32 (1): 97-104. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182015000200014&script=sci_abstract
 22. Aguado J, Cruz J, Virizuela J, Aguilar M, Carmona A, Cassinello J, et al. Manejo de la infección y la neutropenia febril en el paciente con cáncer sólido. *EIMC*. [Internet] 2017; Ago-Sep [Citado 06 Ago 2017]; 35(7): 451-460. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X15002621>
 23. George J, Arnold D. Drug-induced immune thrombocytopenia. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/drug-induced-immune-thrombocytopenia?source=search_result&search=Chemotherapy%20induced%20thrombocytopenia&selectedTitle=1~150 Accedido en 06 de agosto de 2017. Fecha de actualización: 26 de abril de 2017.
 24. Ullauri JC. Apendicectomía abierta vs. Laparoscópica complicaciones inmediatas y mediatas. [Tesis]. Ecuador: Universidad del Azuay; 2014. 14 p.
 25. Lima E, Ferreira J, Silva M, Araújo V, Barbosa P, Soares S. Factors associated with the healing of complex surgical wounds in the breast and abdomen: retrospective cohort study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet] 2016; [Citado 07 Ago 2017]; 24:e2811. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27737379>
 26. López Y, Fernández A, Hernández Y, Pérez M. Evaluación de la Escala de Alvarado en el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda. *Rev. Hab de CC Méd* [Internet] 2016; [Citado 06 Ago 2017]; 15(2):213-224. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000200009
 27. De Quesada L, Ival M, González C. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. *Rev. Cub de Cirugía* [Internet] 2015; [Citado 18 Jul 2017]; 54(2):121-128. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200004
 28. Hernández C. Apendicitis aguda: rol de la ecografía. *RevArg de Ultrasonido* [Internet] 2007; [Citado 25 Sep 2018]; 6 (4): 291-292. Disponible en http://www.saumb.org.ar/private_uploads/revista/12-2007/epigrafe2007_diciembre.pdf
 29. Castagnola E, Ruberto E, Guarino A. Gastrointestinal and liver infections in children undergoing antineoplastic chemotherapy in the years 2000. *World J Gastroenterol* [Internet] 2016; Jul [Citado 03 Ago 2017]; 22(25): 5853-5866. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4932220/>
 30. Tovar L. Factores de pronóstico en leucemia linfoblástica aguda pediátrica: posibles marcadores moleculares. *Medicina e Investigación*. [Internet] 2015; [Citado 03 Ago 2017]; 3(1): 85-91. Disponible en: <http://web.uaemex.mx/RevMedInvUAEMex/docs/Vol3Num1/21-8.pdf>
 31. Hernández M, Fernández G, Núñez N, Pérez R, Núñez J. Principales causas de mortalidad durante la fase de inducción a la remisión en los pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda. *RevMedInstMex Seguro Soc*. [Internet] 2017; [Citado 17 Jul 2017] 55(3):286-291. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im173c.pdf>
 32. Pestana R, Moreno L. Apendicectomía transumbilical. Un nuevo abordaje quirúrgico 1. *RevColomb Cir*. [Internet] 2004; [Citado 1 de agosto 2018]; 19 (1):64. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v19n1/v19n1a8.pdf>
 33. Sanabria A, Domínguez L, Vega V, Osorio C, Serna A, Bermúdez Ch. Tiempo de evolución de la apendicitis y riesgo de perforación. *RevColomb Cir*. [Internet] 2013; [Citado 04 Ago 2017]; 28:24-30. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v28n1/v28n1a3.pdf>
 34. Amar J, Solís J, Alarco J. Sensibilidad y especificidad del recuento leucocitario como apoyo en el diagnóstico de apendicitis aguda. *Rev Méd panacea*. [Internet] 2014; [Citado 01 Ago 2017]; 4(2): 45-50. Disponible en: <http://108.160.150.69/~revpanacea/index.php/RMP/article/view/87>
 35. Cintra ST, Cintra A, Cintra S, De la Cruz K, Revé J. Apendicitis aguda: aspectos esenciales. *RevInf Cient*. [Internet] 2015; [Citado 28 Jul 2017] 94(6):1393-1405. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/168>
 36. Maldonado M. Infecciones en el paciente oncológico. *RevEspPediatr*. [Internet] 2013;

[Citado 01 Ago 2017] 69(3): 140-154. Disponible en: <http://continuum.aeped.es/files/articulos/REP%2069-3%2022.pdf>

37. Specht P, Sacchi F, Sposito P. Neutropenia febril en el paciente oncológico. Rev. Urug. Med. Interna. [Internet] 2016; Nov [Citado 30 Jul 2017]3: 107-116. Noviembre 2016. Disponible en: http://www.medicinainterna.org.uy/wp-content/uploads/2016/06/Rumi_Sup_03_Noviembre2016.pdf

Una mirada crítica al discurso educativo sanitario de los estilos de vida saludables.

A critical look at the sanitary educational discourse of healthy lifestyles.

■ Ocampo Rivera Diana Carolina^{1,2}.

RESUMEN

Se presentan reflexiones que cuestionan el paradigma hegemónico del discurso de los estilos de vida saludables (EVS) presente históricamente en el desarrollo de acciones educativas en salud, el objetivo de esta investigación es proponer desde la Epidemiología y Pedagogía Críticas pistas para la construcción de un modelo analítico desde la Determinación Social de la Salud que amplíe el abordaje de esta categoría teórico-práctica y permita el desarrollo de propuestas pedagógicas emancipadoras. Se trata de plantear que los EVS no pueden ser abordados únicamente desde la lógica individual; tampoco debe pretenderse conectarlos externamente a otros factores "macroestructurales". La propuesta crítica conceptúa los estilos de vida como procesos más específicos y singulares en el espacio de lo micro, en relación dialéctica permanente con los niveles meso (particular) y macro (general) de la realidad. En este sentido, aunque tienen relación con los aspectos conductuales, no se consideran estáticos o predeterminados, no dependen exclusivamente del "libre albedrío" de los sujetos, tampoco están desconectados ni hacen parte de una diversidad absoluta y fragmentada; son la expresión de los modos de vida de los grupos particulares en los que las personas están insertas socialmente y encarnan modos particulares de ser y comportarse frente a su salud.

Palabras clave: Estilos de Vida Saludables, Factores Epidemiológicos, Educación en Salud.

ABSTRACT

Some reflections that question the hegemonic paradigm of the discourse of healthy lifestyles-HL- are presented historically in the development of educational actions in health, in order to raise from the critical Epidemiology and Pedagogy some clues for the construction of an analytical model from the Social Determination of Health that broadens the approach of this theoretical-practical category and allows the development of emancipatory pedagogical proposals. The critical proposal conceptualizes lifestyles as more specific and singular processes in the space of the micro, in a permanent dialectical relationship with the meso (particular) and macro (general) levels of reality. In this sense, although they are related to the behavioral aspects, they are not considered static or predetermined, they do not depend exclusively on the "free will" of the subjects, they are not disconnected nor are they part of an absolute and fragmented diversity; they are the expression of the ways of life of the particular groups in which people are inserted socially and embody particular ways of being and behaving towards their health.

Keywords: Healthy Lifestyle, Epidemiologic Factors, Health Education.

VOLUMEN 36 | N°3 | DICIEMBRE 2018

FECHA DE RECEPCIÓN: 18/11/2018
FECHA DE APROBACIÓN: 21/12/2018
FECHA DE PUBLICACIÓN: 27/12/2018

1, Universidad de Antioquia

2. Universidad Andina Simón Bolívar
sede Quito-Ecuador.

Ensayo | Assay

Correspondencia:
dcarolina.ocampo@udea.edu.co
Dirección:
Carrera 72 80A-43 Apto 1306.
Teléfonos:
2995931-3166141029
Medellín-Colombia

INTRODUCCIÓN

Una lectura epidemiológica moderna de la realidad, muestra que la vida humana se forja en medio de contradicciones y luchas permanentes entre aquello que protege o deteriora la salud en sus diferentes dimensiones (general, particular y singular) y espacios de la reproducción social (etnias, géneros, clases sociales) [1]. Asumir este precepto impone la responsabilidad de analizar cómo podemos evitar desde los diferentes escenarios y disciplinas académicas, que la ciencia termine sirviendo al juego de la hegemonía, es decir, denunciando sin revelar, informando sin movilizar y enfocando factores aislados de la problemática en salud, sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan [2].

En este sentido, se presentan a continuación reflexiones orientadas a la construcción de una crítica al paradigma hegemónico del discurso de los estilos de vida saludables presente históricamente en el desarrollo de acciones educativas en salud, con lo que se pretende plantear algunas pistas que desde un paradigma crítico epidemiológico aporten a la construcción de propuestas pedagógicas emancipadoras en el campo de la educación para la salud.

Una mirada epidemiológica del concepto estilo de vida

Como tema epidemiológico de interés por ser de gran aplicabilidad en el terreno de la salud pública, el concepto de estilos de vida se ha configurado desde diversas corrientes teóricas con el objetivo de producir una noción que a partir de las dimensiones materiales y simbólicas posibilitará la articulación entre sectores macro (estructura social) y los grupos intermedios expresados en sujetos cuyos comportamientos se caracterizaban por un determinado estilo ejercitado en la vida cotidiana personal y colectiva. Era esencialmente un concepto holístico [3].

La aplicación biomédica utilizó el concepto para describir rasgos específicos de comportamientos relacionados con ciertas enfermedades crónicas y luego con violencias y adicciones, por lo que fue utilizado para referir aspectos aislados con la consecuente aplicación al estudio e intervención de determinados padecimientos, excluyendo otros que también podrían estar relacionados con ellos. Desde el punto de vista epidemiológico clásico, este concepto ha sido reducido al de "conducta de riesgo", limitando o no incluyendo la articulación entre las condiciones materiales e ideológicas o culturales. Así lo importante sería el abatimiento o eliminación del riesgo, por lo cual, si se logra la disminución de

la incidencia del daño, pasa a ser secundario que el concepto se maneje de manera reducida u holística [3].

Con la aparición del informe Lalonde en Canadá, se ponen de manifiesto una serie de elementos que determinan el estado de salud de una población, entre los cuales se encuentran los estilos de vida, que epidemiológicamente representaban el 43% del peso o grado de contribución potencial a la mortalidad de la sociedad en aquel tiempo. Esta información con respecto a los estilos de vida indicó como era obvio, que las principales causas de enfermedad, muerte y discapacidad eran evitables y que "las decisiones y hábitos personales generan riesgos comportamentales aprendidos, y por tanto, evitables e intervenibles desde el punto de vista preventivo y educativo" [4]. A partir de este concepto se han desarrollado otros como el de autocuidado que tendría implicaciones básicamente preventivas o de potencializar la salud en términos de lo que se denomina "salud positiva"[5].

Otras perspectivas de transición crítica como la epidemiología social de los determinantes sociales (DSS) que continúan en una línea similar a la anterior en cuanto al tema se refiere, ubican el concepto de estilo de vida como un determinante intermedio relacionado con factores conductuales y biológicos [6] o con factores psicosociales [7]. En cualquiera de los dos casos, corresponde a la dimensión individual y constituye uno de los factores más comunes y estudiados desde los diferentes modelos de DSS [7, 8]. Estudiar el estilo de vida desde este enfoque epidemiológico, implica conocer cuál es el comportamiento de las personas a lo largo de su vida, frente a distintos riesgos para su salud. Se entiende así el concepto como prácticas que las personas escogen libremente, de ahí la importancia de su conocimiento en la predicción del futuro estado de salud y la implementación de políticas preventivas apropiadas [7]. Si bien desde esta perspectiva la responsabilidad individual sigue teniendo un peso preponderante en la toma de decisiones saludables, sin embargo se reconoce que las circunstancias sociales y económicas son altamente influyentes en dicho proceso y están más allá del control individual [9].

Desde un enfoque epidemiológico crítico, el problema de la salud se ubica en el debate entre la comprensión de fenómenos sociales basados en actos individuales (relativismo) versus la imposición de un control social externo sobre las personas (determinismo) [10]. En este sentido, no es posible entender el estilo de vida como concepto ni como práctica únicamente desde la lógica individual, ni tampoco basta con pretender conectarlo externamente a otros factores

“macroestructurales” que no se entienden como procesos en una relación dialéctica de generación y reproducción social entre los niveles micro y macro a través del tiempo y el espacio.

La propuesta crítica conceptúa los estilos de vida cotidianos de las personas como procesos más específicos y singulares en el espacio de lo micro, en donde se tiende a generar nuevas condiciones articuladas a procesos de la lógica más general. En este sentido, los estilos de vida, aunque tienen

relación con los aspectos conductuales, no se consideran estáticos o predeterminados, no dependen exclusivamente del “libre albedrío” de los sujetos, tampoco están desconectados ni hacen parte de una diversidad absoluta y fragmentada; son la expresión del modo de vida de los grupos particulares en los que las personas están insertas socialmente los cuales a su vez, son una expresión de aquellos fenómenos más específicos [11].

La vertiente sociocultural de la epidemiología también

TABLA Nº 1
Perspectivas del concepto estilo de vida desde diferentes abordajes epidemiológicos

Estilo de Vida	Corrientes Epidemiológicas			
	Clásica	Transición Crítica - DSS-	Ruptura Determinación Social	Sociocultural
Concepto	Decisiones personales que generan riesgo [conducta de riesgo]	Determinante intermedio: factores conductuales o psicosociales	Procesos que son expresión de los modos de vida de grupos sociales particulares	Comportamientos individuales en función de la pertenencia a un determinado sector social
Dimensionalidad	Individual	Individual	Singular	Sujeto/microgrupo
Características	Rasgos específicos de comportamiento o	Comportamientos personales frente a distintos riesgos	Procesos dialécticos	Efecto de globalidad y no de comportamiento individual
Proceso de toma de decisiones	Decisión individual	Libre escogencia	Autonomía relativa	Relativo a las posibilidades materiales y simbólicas del individuo
Nivel de responsabilidad	Individual	Individual-Social [macroestructural]	General/particular	Grupal [condiciones estructurales] /individual
Valor de uso	Específicos para determinadas enfermedades	Predicción del futuro estado de salud	Diversidad de prácticas en salud sometidas a determinaciones generales	Mirada holística: dimensión simbólica articulada a la económica-política
Aplicabilidad	Intervención de determinados padecimientos Disminución de la incidencia del daño	Políticas preventivas Acciones psicologicistas/ Individualistas Salud Pública	Gestión de procesos críticos Exigibilidad de derechos Salud colectiva	Modificación de las condiciones estructurales Ámbito académico-investigativo
Estrategias	Prevención Educación sanitaria clásica	Promoción de la salud individual Gobernanza limitada	Promoción colectiva de procesos protectores. Prevención colectiva de procesos destructivos	Investigación en salud
Conceptos asociados	Autocuidado	Hábitos saludables	Procesos protectores y destructivos de la salud	Autocuidado-autoatención

Fuente: Directa.
Elaborado por: La Autora

se ha interesado en el análisis y revisión del concepto estilo de vida desde la perspectiva antropológica y sociológica, desde donde se rescata la pertinencia de una perspectiva holística de dicho concepto cuestionando la reducción de los comportamientos a la dimensión simbólica, la carencia de la mirada del actor para analizar los comportamientos y la escisión entre lo cultural y económico-político. Desde esta perspectiva, lo que el concepto estilo de vida permite en términos holísticos es entender los comportamientos de las personas en función de su pertenencia a un determinado sector sociocultural, por tanto, no es el estilo de vida individual la causal básica de una enfermedad específica, ni lo que explica la eficacia de las acciones en salud para reducir los riesgos, sino la pertenencia a un sector social determinado, en este sentido el estilo de vida tiene un efecto de globalidad y no de comportamiento individual [3].

Pese a la diversidad de posibilidades (Tabla N°1), el abordaje conceptual del estilo de vida como sinónimo de conducta de riesgo o factor causal de daño a la salud, vinculado a la noción de enfermedad más que a la de salud, ha sido tradicionalmente adoptado por la salud pública para el diseño de políticas y proyectos de promoción de la salud dirigidos a intervenir comportamientos individuales y a modificar o controlar el riesgo [3,8,12,13], mediante el desarrollo de estrategias y actividades educativas lideradas por el personal de salud, siendo esta la manera más adecuada para trabajar acciones focales de gobernanza desde la perspectiva del sujeto institucional que busca el logro de indicadores técnicos, que evidencien el equilibrio del sistema para mantener la legitimidad del orden social en materia de salud [14], aspecto que se expondrá con mayor profundidad a continuación.

La educación para la salud y el discurso de los estilos de vida saludables

La educación que se desarrolla en programas y proyectos de salud, referida en algunas ocasiones como educación sanitaria [15] o educación para la salud [16] se ha propuesto como una de las aspiraciones más fuertes para luchar por la equidad y el alcance de una población saludable con autonomía y capacidad de hacer elecciones adecuadas para su propia salud [16]. En este sentido, constituye una práctica social que se encuentra subsumida histórica y socialmente en los sistemas de salud que la operativizan y que a su vez se relacionan con los modelos económicos que constituyen el marco de su estructuración y funcionamiento, de la misma manera en que la determinación social de la salud es algo inseparable de la determinación social de los sistemas de salud [17].

El espacio social general que caracteriza los escenarios educativos sanitarios está configurado básicamente por elementos como: la hegemonía de una economía de la muerte que estructura sistemas económico-sociales malsanos e incompatibles con la reproducción social humana [18]; una civilización del antropocentrismo consumista, contaminante y derrochador [19] que en nada cuestiona la estructura social ni las dinámicas perversas que en ella se generan y reproducen, especialmente cuando de salud se trata, lo que indefectiblemente conlleva al dominio de una visión neoliberal sobre la salud con la consecuente mercantilización de la atención [20] y de sus políticas, lo que ha influido en el desarrollo de los sistemas de salud de algunos países, conduciendo a la generación de programas incompatibles con los principios y valores de estrategias como la promoción de la salud [6].

Existe además una relación histórica en el mundo entre los sistemas de salud y los sistemas de educación superior en salud [21], lo que ha llevado, en el caso colombiano, a que algunos de los currículos de programas de salud busquen responder de manera coyuntural al sistema actual de salud y al mercado [22, 23], aspecto que impacta fuertemente en las concepciones y prácticas educativas del personal de salud formado bajo este marco interpretativo. De esta manera, en las representaciones del personal de salud, está a menudo la idea de que la educación debe estar orientada a promover la salud de las personas y las comunidades, formar en hábitos saludables y alertar sobre las prácticas que conllevan a enfermedades; con estos elementos, el sujeto tiene o debe tener un papel activo para asumir la gestión de su propia salud [23], convirtiendo así a la educación en una herramienta para el cambio enfocada en los estilos de vida que hacen más saludables a las personas.

Desde esta perspectiva pedagógica, el cambio que se pretende es del orden individual, centrado en los aspectos comportamentales y actitudinales que el individuo-paciente asume con su propia salud [24] y orientado a la modificación de aquellos estilos de vida que son considerados desde el ámbito sanitario como perjudiciales. No se cuestiona desde ningún punto de vista las determinaciones más generales ni las relaciones sociales que configuran asimetrías de clase, etnia y de género y que conforman los modos de vida de estos sujetos y sus patrones estructurados del vivir en colectividades definidas [1].

En este marco simbólico con fuerte preeminencia del modelo médico hegemónico, se desarrollan entre otras, dinámicas pedagógicas que obedecen a un

modelo educativo de tipo persuasivo-motivacional¹ [25], en donde el personal de salud insta al individuo a “gestionar” su propia salud, o mejor, sus estilos de vida, con las herramientas que desde el ámbito sanitario se le brindan, en este caso, recursos más de tipo informativo, por medio de una “participación” que aunque discursivamente posiciona al otro como protagonista, en la praxis, lo sitúa como un receptor pasivo que debe seguir las recomendaciones del personal de la salud [24].

También existe la tendencia desde esta lógica pedagógica a culpabilizar al otro por los comportamientos y prácticas que realiza con respecto a su salud, mediante estrategias como “aterrorizar al aprensivo”, “constreñir” al que no tiene límites o “responsabilizar al negligente”; se asume el hecho de que los sujetos al exponerse a los llamados riesgos comportamentales ya los hace candidatos a ser tachados de “irresponsables” y ser blanco de manifestaciones de crítica en términos morales por su falta de autocuidado, al mismo tiempo que se constituyen en víctimas de sus propias actitudes consideradas negligentes en términos de salud [12]. Desde esta lógica cada vez que se produce una mayor exacerbación de la responsabilidad individual [20] que implica entre otras cosas, la imposición de actos de control moral relativos a nociones de autocuidado ocasionadas por la promoción de la salud individualista, se produce lo que Castiel y Díaz [12] denominan la “Ética de la nueva higiene”.

La intencionalidad educativa desde esta postura pedagógica que podría denominarse “clásica” [15], no es la de cuestionar y/o transformar las dinámicas de poder que se desarrollan en las estructuras sociales y que reproducen modos y estilos de vida malsanos que generan profundas brechas e inequidades sociales, sino más bien modificar con los recursos “disponibles”, que generalmente son en extremo limitados, a-históricos, descontextualizados y desprovistos de un carácter integral, aquellas actitudes, prácticas o comportamientos que representen daños individuales a la salud. Se instituye por tanto a través del discurso de la responsabilidad una educación orientada a la “gobernanza” [12]. Una “gobernanza de sí” entendida como la manera de autogestionar la salud individual de la mano del personal sanitario, se propone entonces una conducción privada de la salud, una gestión ya no centrada en el Estado y sus obligaciones, sino en el individuo con sus propias posibilidades, que incorpora la falacia de la participación social para entregarle al

sujeto finalmente la responsabilidad de su salud y bienestar, sin promover pedagógicamente con ellos procesos reflexivos que lleven a un cuestionamiento profundo de la estructura social para una verdadera transformación emancipadora. Y ello tiene sentido, pues, si pedagógicamente se omite en la salud su condición de proceso dialéctico y multidimensional, si se considera como una realidad fragmentada en partes; y, se asume y aplica la noción de riesgo para expresar la lógica que une esas partes, entonces se desplaza fuera del análisis la noción de transformación [11].

Este tipo de educación sanitaria con enfoque al cambio de los estilos de vida, constituye un eje más de la maquinaria ideológica, académica y política de los sistemas hegemónicos (económicos, de salud y de educación superior), en tanto no promueve el cuestionamiento de su estructuración, operatividad y resultados, es decir, no cuestiona su esencia, ni permite la reflexión profunda y consciente sobre las dinámicas sociales generales que condicionan y subsumen los modos de vivir de los distintos grupos y su expresión en los perfiles de salud y en los estilos de vida de los sujetos sociales; realidad que la condena, gracias al sesgo funcionalista que lleva implícito, a ser un instrumento de un pensamiento y actuación reformistas intrascendentes [19], en donde los sujetos parecen haber perdido su función y están allí no para emprender, sino solo para ejecutar [26], en este caso, las órdenes y prescripciones del personal de salud.

Propias de un paradigma reformismo funcionalista explicado por Bolívar Echeverría [27] y retomado por Breilh [19, 28], se presentan a manera de síntesis características (Tabla N° 2) que se reproducen desde la educación sanitaria actual con discursos como el de los estilos de vida saludables y sus prácticas pedagógicas homogéneas, conductistas y reguladoras.

En primer lugar, estamos frente a una educación para el cambio de comportamientos a “nuevas formas” saludables de actuación individual como las propuestas por organizaciones supranacionales, nacionales y locales, que no compiten con la estructura que las condiciona ni pretende tener alcances innovadores radicales; que además es coherente con la función de control de social inherente a la concepción biomédica de la salud [20]. Aquí es donde el discurso del riesgo participa activamente en la construcción del espíritu preventivo-persecutorio

¹El persuasivo-motivacional es un modelo educativo cuyo objetivo consiste en la modificación de los comportamientos insanos o peligrosos para la salud para orientarlos hacia la adopción de conductas favorables. Acentúa por tanto la responsabilidad de definir los comportamientos que son o no saludables en el

educador sanitario o la institución coordinadora del programa de salud. La actuación educativa es básicamente conductista para el cambio de conducta individual, estimulado por la persuasión y la motivación, pero sin conexión con la vida colectiva.

de la salud, mediante prácticas biopolíticas que desembocan en la construcción de hombres responsables por su salud y, consecuentemente, por su longevidad [12].

En segundo lugar, con la praxis pedagógica desarrollada en este tipo de educación sanitaria, se llega al perfeccionamiento de aristas como el "humanismo/antropocentrismo" en el que triunfa una racionalidad técnica, instrumentalista para ver y abordar la salud. El individualismo que se legitima como expresión de la biopolítica instalada como institucionalidad ideológica donde la primacía de lo individual sobre lo social, de lo económico sobre lo político, del mercado sobre lo público construyen un valor sobre la salud a la cual se aspira como forma de superación social ya que constituye una forma de consumo que marca diferencias [20]. Se colectivizan los riesgos, pero se individualizan las acciones para superarlos o prevenirlos. El biologicismo y la visión farmobiomédica de la salud, con la consecuente "medicalización"² [29] del discurso educativo que se evidencia en el desarrollo de contenidos centrados en la enfermedad, la atención y la prevención. Se aporta de esta manera a la consolidación de una sociedad del riesgo [30] y a la reproducción de tendencias ideológico-culturales propias del modo civilizatorio

capitalista y de los sistemas de atención dominantes. En tercer lugar, subyace en la praxis educativa una idea de interculturalidad funcional, que se traslapa en la retórica discursiva del reconocimiento del otro y la necesidad de su protagonismo a través de una supuesta participación social. Sin embargo, lo que allí se reproduce son formas desiguales de relacionarse con los otros en donde se establecen jerarquías de acuerdo con lo que se considera tenencia e importancia del conocimiento en salud: hay uno que sabe y otros que desconocen, hay un saber hegemónico y otros saberes subsumidos o invisibilizados.

Finalmente, se configura una educación sanitaria que se especializa en el desarrollo tecnocrático de contenidos y estrategias didácticas de gran impacto multimedial para lograr la trasmisión de información o aclarar lo que "está mal" en el comportamiento de los otros [24]; herramientas educativas que encuentran en el espacio cibernético, por ejemplo,

²Entendida como el proceso de carácter político que refleja la colonización de la medicina en todos los espacios y relaciones sociales, lo que la lleva a convertirse en una amenaza para la salud.

TABLA N° 2

Características de la educación sanitaria para la promoción de estilos de vida saludables.

Paradigma orientador	Reformismo Funcionalista Enfoque de Riesgo
Objeto	Comportamientos, hábitos y conductas individuales
Dimensión de la realidad	Individual
Funcionalidad Pedagógica	Control social-moral para el mantenimiento del equilibrio del sistema
Intencionalidad Pedagógica	Preventiva-persecutoria
Estrategias Pedagógicas	Información-comunicación Desarrollo de contenidos morbicéntricos, preventivos Motivación-persuasión [Miedo, represión, juzgamiento]
Tendencias ideológico-culturales	Humanismo/antropocentrismo [racionalidad técnica instrumental] Individualismo [prácticas biopolíticas] Biologicismo [medicalización del discurso educativo] Interculturalidad funcional [Relaciones asimétricas educador/educando]

Fuente y elaboración: Autora con base en Echeverría [27] y Breith [19,28].

un medio ideal para seguir consolidando una filosofía pragmático-funcional que supone una derrota del conocimiento por la información [28], de la reflexión por el adoctrinamiento y de la transformación social por el cambio comportamental.

Existe pues un remozamiento del estado de las cosas prevaletentes en materia de salud y educación en el que se refleja una nueva moralidad vigente en el campo de los discursos: la búsqueda de causas evidentes (neocausalismo) para regular conductas en dirección a nuevas ideas de higiene comportamental en época de altos costos para acciones en salud, así como formas modernas de regulación moral mediante nuevas estrategias de culpabilización socialmente instituidas. La educación sanitaria asume igual que la salud pública hegemónica, un "triste" papel al enfatizar en la responsabilidad individual de las personas por sus riesgos y padecimientos, se transforman así en espacios persecutorios, culpabilizadores moralizadores [12]. La salud colectiva en este sentido, con su vertiente epidemiológica crítica, pueden constituir polos de reflexión desde donde se analicen entre otros, los problemas y conflictos derivados de una excesiva individualización de la responsabilidad con nuestros cuerpos y nuestra salud desde los enfoques educativos. Un exceso de cuidado individual que parece ser solidario del olvido de las protecciones sociales y de las responsabilidades colectivas que caracterizan nuestras sociedades.

Aportes de la Epidemiología Crítica a las reflexiones pedagógicas en el campo de la educación en estilos de vida saludables

Desde la epidemiología crítica se plantean varias categorías conceptuales y metodológicas necesarias para la investigación y abordaje de la salud como objeto complejo y multidimensional, ejes que desde la educación sanitaria deben ser considerados para superar los reduccionismos funcionalistas con los que ha venido operando históricamente y cuyos resultados han sido muy poco eficaces [15]. Incorporar una mirada epidemiológica compleja de la salud y de los estilos de vida, que contemple los aspectos socio culturales y la aplicación de una concepción histórica posibilitaría reorientar mejor y más eficazmente los recursos del sector salud [3] especialmente en materia de promoción de la salud.

Entre los aportes teóricos de la epidemiología crítica al campo educativo en salud pueden describirse los siguientes:

- Análisis de los procesos de estructuración al interior de las prácticas sociales que configuran los modos y estilos de vida los grupos sociales y los sujetos que los integran, para entender que no

es posible prescribir comportamientos ni hábitos "saludables", pues sólo a partir de la comprensión de las diversas dinámicas sociales en cada una de las dimensiones en que se configuran, se entenderán las formas en que se generan y reproducen los comportamientos en salud y se toman decisiones al respecto. Ello conlleva necesariamente a trabajar desde el punto de vista metodológico, ya no con contenidos ni temas centrados en la enfermedad, sino con procesos críticos que orienten la gestión educativa en salud ya no sólo desde la perspectiva individual y destructiva, sino también desde las dimensiones particular y general, abarcando además los procesos protectores de la salud.

- En la dimensión particular, el estudio de la categoría de clase social que rescata la epidemiología crítica constituye un aporte sustancial en el momento de pensar los procesos educativos desde una perspectiva contextualizada socio-históricamente. Es preciso que los educadores sanitarios comprendan que es en la complejidad de la estructura social y su inserción de clases, donde cobran vida las expresiones singulares de los estilos de vida. Seguir asumiendo como educadores que los sujetos pueden tomar decisiones sobre su propia salud sin tener en cuenta las condiciones y modos de vida en los que se desenvuelven, es desconocer el devenir histórico y social de un proceso complejo y multidimensional, como lo es la salud. Tal y como lo plantea Bourdieu, las actitudes y comportamientos individuales tienen el carácter de ser socialmente condicionadas en un ambiente social y familiar que corresponde a una posición específica en la estructura social. La estructura social conduce las acciones individuales y tiende a reproducirlas a través de ellas, más este proceso no es algo rígido, directo o mecánico [31]. Entender esto, implicaría entonces un abordaje desde una perspectiva compleja, de las acciones educativas que se desarrollan en diversos programas de salud, con distintos colectivos insertados socialmente de una manera espacial segregada.

- Es preciso además, realizar una revisión epistemológica de los conceptos de estilo de vida y riesgo para recuperarlos de su uso epidemiológico actual como variable o factor [3] y desde el ámbito educativo resignificar los discursos y las prácticas que se han construido en torno a ellos a lo largo de la historia. Una asimilación liviana o acrítica de estos conceptos que ha proliferado en los vademécum técnicos, constituye un obstáculo para el pensamiento y la praxis en salud y en educación. Es necesario por tanto, articular dichos conceptos a la determinación social del modelo civilizatorio actual para que dejen de ser meros términos neofuncionales [14].

- A pesar de las evidentes dificultades, los sujetos deben participar de procesos de aprendizaje que reconozcan las construcciones legas existentes. Por lo tanto, urge desde el ámbito académico-investigativo y educativo aportar a la solución de preguntas como: ¿Cuáles procesos educativos, tanto en términos didácticos como pedagógicos, serían capaces de proporcionar elementos significativos para las personas en las dimensiones de riesgos y estilos de vida relacionados con las vidas de cada uno? [12].
- Realizar un análisis crítico de los procesos hegemónicos educativos que se han gestado desde los programas de salud constituye además de un aporte teórico y metodológico desde la epidemiología crítica, una necesidad en materia educativa, pues develar dichos procesos contribuirá a la construcción de propuestas contra hegemónicas cuyos niveles de incidencia trasciendan la esfera individual.
- Finalmente, es pertinente comenzar a develar las relaciones existentes entre educación, salud y ambiente, pues esta es una interrelación que ha sido hasta ahora poco explorada y que podría contener elementos significativos para el desarrollo de procesos pedagógicos integradores y de reivindicación del sujeto en tanto portador de saberes.

Metodológicamente, el mayor aporte de la epidemiología crítica podría situarse en la utilización del modelo la determinación social de la salud para la comprensión de los fenómenos que se producen en la praxis educativa, ya que permite enriquecer el proceso investigativo y abrirlo, como lo plantea Breilh [1], en varios sentidos: primero, ofrece una salida metodológica rigurosa y una alternativa a los reduccionismos de los modelos clásicos causales, en tanto promueve la triangulación de procedimientos o técnicas de investigación intensivos y extensivos de tal forma que fortalece el método de investigación educativa con perspectiva de clase, género y etnia. En segundo lugar, produce una ruptura en los modelos preventivos y de promoción de la salud individual en los que está posicionada la educación sanitaria actual, para sacarla de nociones restrictivas de la prevención y la promoción como los "factores de riesgo" y estilos de vida saludables como meros comportamientos individuales, proponiendo categorías de análisis como procesos críticos, procesos protectores y deteriorantes de la salud. Y, por último, orienta para el desarrollo y replanteo de propuestas de investigación participativas, no convencionales.

La salud es un asunto de la vida cotidiana y en tanto no es exclusivo del ámbito sanitario requiere de otras

miradas que ayuden a comprender la complejidad de su abordaje, en este sentido, el campo de la pedagogía también aporta desde sus ejes de acción-didáctica, comunicación, etc., al redimensionamiento del sujeto quien puede desarrollar procesos reflexivos y críticos que lo lleven a comprender desde sus diferentes miradas y construcciones de sentido, los modos de devenir en los que se circunscribe su proceso de salud. No es suficiente una mirada autorreformativa de la educación sanitaria para cambiar someramente su forma, no se trata de ampliar sus márgenes de tolerancia o integrar nuevos esbozos de forma ajenos a ella, se trata de pensar en una propuesta contrahegemónica revolucionaria que permita que la educación sanitaria haga el tránsito del "estado insostenible" en el que se encuentra, modificando sustancialmente su estructura pedagógica, práctica, epistemológica y ontológica.

La propuesta final, que integra lo expuesto en este escrito, radica en comenzar a soñar con una educación que no sea para la enfermedad y la muerte, sino para la salud y la vida. Una educación que permita construir soberanía en salud, una educación que involucre prácticas solidarias entre nosotros mismos y con la naturaleza, entendiendo que los procesos educativos no se dan en espacios homogéneos sino en la riqueza heterogénea de la multiculturalidad, por ello la praxis educativa debe ser una praxis dialógica y profundamente reflexiva, más que informativa y generadora de contenidos y temas. Por último, una educación que sea biosegura en el sentido que permita a los sujetos entre otras cosas, identificar y potenciar los procesos protectores para su salud y evidencie aquellos que provoquen deterioro y agravamiento de la misma.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Ocampo Rivera Diana Carolina. Enfermera, Magíster en Salud Colectiva. Docente de la Universidad de Antioquia. PhD (C) Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad - Universidad Andina Simón Bolívar sede Quito-Ecuador.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4608-7338>

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses para la elaboración del artículo.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Beca completa para cursar estudios doctorales. Universidad Andina Simón Bolívar-Quito-. Comisión de estudios tiempo completo. Universidad de Antioquia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Breilh, J. El Género entrefuegos: inequidad y esperanza. 1. ed. Quito; Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1996, p. 7, 15-16, 185.
2. Breilh, J. Las tres 'S' de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En: Nogueira, R. Editor. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro, Brazil; Cebes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2010, p. 84.
3. Menéndez, E. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*. 1998 Ene-Abr; 16 [46]:37-67.
4. Palomino, P. Grande, ML. Linares, M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Rev. Int. Sociol.* 2014 Jun; 72[1]:71-91. Disponible en: <http://www.codajic.org/node/1129> accedido en 8 de octubre de 2016.
5. Menéndez, E. Care illness models: theoretical exclusions and practice articulations. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003 sn; 8[1]:185-207. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232003000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=es accedido en 25 de agosto de 2016.
6. Mitchell, C. Determinantes e inequidades en salud. En: Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas 2012. Panorama regional y perfiles de país*. Washington, DC; PAHO; 2014, p.22. Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58%3Ahealth-determinants-and-inequalities&catid=24%3Achapters&Itemid=165&lang=es accedido en 8 de octubre de 2016.
7. Santos, H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Rev. cub. salud pública*. 2011 Jun;37[2]:136-144. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662011000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es accedido en 20 de julio de 2016.
8. Acero, M, Caro, I. Henao, L. Ruiz, L. Sánchez, G. Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2013 sn;31[supl 1]:103-110. Disponible en: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/handle/10495/4517> accedido en 8 de octubre de 2016.
9. Wilkinson, R. Marmot, M. Editores. *Social Determinants of health: the solid facts*. Second edition. Copenhagen; Organización Mundial de la Salud; 2003, p. 7.
10. Segura, O. Comentarios a la propuesta de epidemiología crítica de Jaime Breilh. En: *Tras las huellas de la determinación Memorias del seminario interuniversitario de determinación social de la salud*. 1. ed. Bogotá; Universidad Nacional de Colombia; 2015, p. 132.
11. Breilh, J. *Epidemiología crítica ciencia emancipadora e interculturalidad*. 1. ed. Quito; Lugar Editorial; 2003, p. 89,98.
12. Castiel, L. Diaz, C. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. 1.ed. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz; 2007, p. 10, 46-47, 50,121-122.
13. Giraldo, A. Toro, M. Macías, A. Valencia, C. Palacio, S. Health promotion as a strategy to encourage healthy life styles. *Hacia promoc. Salud*. 2010 Jul; 15[1]:128-43. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-75772010000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=es accedido en 6 de octubre de 2016.
14. Breilh, J. *Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica*. En: *Tras las huellas de la determinación Memorias del seminario interuniversitario de determinación social de la salud*. Bogotá; Universidad Nacional de Colombia; 2015. p. 50.
15. Salleras, L. *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. 1. ed. Madrid; Ediciones Díaz de Santos; 1985, p. 54.
16. Sanabria, G. El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud. *Rev. cub. salud pública*. 2007 Abr-Jun;33[2]:1-8. Disponible en: <http://2fwww.redalyc.org/articulo.oa?id=21433204> accedido en 9 de octubre de 2016.
17. Nogueira, R. Determinantes versus determinación de la salud: raíces históricas y teóricas de un debate siempre pertinente. En: *Tras las huellas de la determinación Memorias del seminario interuniversitario de determinación social de la salud*. Bogotá; Universidad Nacional de Colombia; 2015, p. 85.
18. Breilh, J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva*. 2010 Ene-Abr;6[1]:83-101. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-82652010000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es accedido en 8 de octubre de 2016.

19. Breilh, J. Bolívar Echeverría: rebeldía esclarecida para el siglo XXI. La subversión del buen vivir. En: Hidalgo, F. Márquez, A. Editores. *Contrahegemonía y buen vivir*. 2da ed. México D.F.; Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco; 2015. p. 52.
20. Spinelli, H. La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina. ALAMES; 2009. Disponible en: http://saludyambiente.uasb.edu.ec/images/salud/linea_1/documentos/Documento_Taller_Determinantes_Sociales_Hugo_Spinelli.11.pdf accedido en 7 de octubre de 2016.
21. Herrera, J. García, L. Hernández, M. El sistema general de seguridad social en salud y la formación de su talento humano. *Colomb Med*. 2014 Abr-Jun;45[2]:52-53.
22. Peñaranda, F. Giraldo, L. Barrera, L. La enseñanza de la educación para la salud: ¿una confrontación a la teoría y la práctica de la salud pública como disciplina? *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2015 Dic;33[3]:353-60. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2015000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es accedido en 9 de octubre de 2016.
23. Gómez, M. Osorio, H. Social representations of Health Education: School of Medicine, University of Antioquia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2015 Abr;33[1]:85-92. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2015000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=es accedido en 24 de septiembre de 2016.
24. Ocampo, D. Rojas, M. La educación para la salud: "Concepto abstracto, práctica intangible". *Rev Univ salud*. 2016 sn;18[1]:24-33.
25. García, A. Sáez, J. Escarbajal, A. *Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida*. 1. ed. Madrid; Arán Ediciones; 2000, p. 102.
26. Echeverría, B. *Quince tesis sobre modernidad y capitalismo*. Cuadernos Políticos. México, D.F; Editorial Era; 1989, p.44.
27. Echeverría, B. *La izquierda: reforma y revolución. Utopías*. 1990 Mar-Abr;[6]:1-12.
28. Breilh, J. El espectro del derecho a la salud y la justicia: una mirada desde la epidemiología crítica. *Perspectivas sobre a reforma sanitária na Colômbia [1993-2014]*. IX Congreso Brasileiro de Epidemiologia; Sept 2014; p.51.
29. Illich, I. *Nemesis médica: La expropiación de la salud*. 1.ed. Barcelona; Barral; 1975, p.9.
30. Beck, U. *La sociedad del riesgo: En camino hacia otra sociedad moderna*. Barcelona: Editorial Paidós; 2013, p. 14.
31. Nogueira, C. Nogueira, M. A sociologia da educação de Pierre Bourdieu: limites e contribuições. *Educ. Soc.* 2002 Abr;23[78]:15-35. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-73302002000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt accedido en 17 de septiembre de 2016.

Alimentos ancestrales que sanan.

Ancestral food to heal.

Es de tierra el hombre que será comido por la tierra que le da de comer. Come el hijo a la madre y la tierra come al cielo cada vez que recibe la lluvia de sus pechos.
(Eduardo Galeano "El libro de los abrazos")

■ Matute García Segundo Patricio¹, Parra Contreras Adriana Cristina², Parra Parra Jorge Leonidas³.

RESUMEN

En esta época de transformaciones de la humanidad, sembrar, cosechar y cocer alimentos propios y sanos que garanticen una buena alimentación y nutrición es un acto político y revolucionario por antonomasia, que abona en el afán de romper el monopolio de la agroindustria y la industria farmacéutica ligada a la producción de alimentos, preservar las semillas originarias y mantener la identidad cultural y memoria histórica a través de la práctica de la seguridad, soberanía y decolonialidad alimentaria.

Alimentos ancestrales que sanan, es un conjunto de reflexiones que se inscriben dentro del proyecto "Alimentos Sagrados que Sanan" ejecutado en comunidades de Cañar y Saraguro con el apoyo de ReAct Latinoamérica. El ensayo aborda determinantes de los cambios de la alimentación, sustenta la temática de la alimentación de los pueblos originarios como alternativa y desarrolla un ejemplo del manejo de los procesos bacterianos ligados a la alimentación, todos ellos en el marco de la agricultura ancestral.

Palabras clave: ReAct, Características Culturales, etnicidad, Alimentos Integrales.

ABSTRACT

In this time of transformations of humanity, planting, harvesting and cooking healthy food that guarantee a good diet and nutrition, is a political and revolutionary act by antonomasia, which tries to break the monopoly of the agroindustry and the pharmaceutical industry linked to the production of food, preserve the original seeds and maintain the cultural identity and historical memory through the alimentary practice of Security, Sovereignty and Decoloniality

Ancestral foods that heal, it is a set of reflections that are part of the project "Sacred Foods that Heal" executed in communities of Cañar and Saraguro with the support of ReAct Latin America. The essay addresses some determinants of changes in diet, supports the theme of feeding in indigenous people as an alternative and develops an example of the management of bacterial processes linked to food, all of them within the framework of ancestral agriculture.

Keywords: ReAct, Cultural Characteristics, Ethnicity, Whole Foods.

VOLUMEN 36 | Nº3 | DICIEMBRE 2018

FECHA DE RECEPCIÓN: 20/11/2018
FECHA DE APROBACIÓN: 21/12/2018
FECHA DE PUBLICACIÓN: 27/12/2018

- 1. ReAct Latinoamérica
2. Universidad de Cuenca
3. Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad de Cuenca

Ensayo | Assay

Correspondencia:
patricio.matute@gmail.com
Dirección:
Av. Gonzáles Suárez y Archidona, Edificio
Chacón
Teléfonos:
2865652-0985704514
Cuenca – Ecuador

INTRODUCCIÓN

Volver a los orígenes es lo más revolucionario en el siglo del consumismo exacerbado [1]. Así, cuando el ser humano siembra su propio alimento, rompe las cadenas de la nefasta agroindustria, el monopolio de semillas transgénicas, los agrotóxicos, la industria de los antibióticos y las hormonas para criar animales, la industria de la comida chatarra y la publicidad alienante. Esta, es una forma de resistencia transdisciplinaria, que atañe a todos quienes nos preocupamos por el origen de los alimentos y por comer sano.

Alimentos ancestrales que sanan, es uno de los productos del proyecto "Alimentos Sagrados que Sanan" impulsado por ReAct Latinoamérica en el Austro de Ecuador y ejecutado en los pueblos quichuas Cañari¹ y Saraguro², y que tuvo como objetivo recuperar los saberes y la memoria histórica del rol de los alimentos, incluidos los considerados por las comunidades como "sagrados" y su papel como agentes de sanación y prevención en la nutrición cotidiana, sin dejar de lado la conexión entre tierra saludable, alimentación sana y cadena ecosistémica.

Los cambios en la alimentación

El paso de la sociedad agrícola a la sociedad industrial, cambió las formas de alimentación tradicional. Se impusieron los monocultivos, la utilización de agentes químicos para producir alimentos, y la inserción en la economía de mercado.



¹Pueblo quichua del sur del Ecuador ubicado en las provincias de Azuay y Cañar, caracterizado por su vocación agrícola en torno a la chakra, y a las manifestaciones culturales en tejidos, artesanía, música y danza. Su producción gira en torno a papa, maíz, melloco, haba, poroto, y la cría de ganado vacuno y ovino.

²Pueblo quichua del sur del Ecuador ubicado en la provincia de Loja, su producción gira en torno al maíz, y a las plantas medicinales. La palabra Saraguro proviene de dos vocablos quichuas, sara=maíz, y curo=gusano. Crían ganado vacuno y ovino, y poseen grandes manifestaciones culturales en tejidos, artesanía, música y danza.

De la misma forma, el paso de la sociedad moderna a la postmoderna, cambió la forma de alimentación, debido a la producción, distribución y consumo de productos alimenticios que incluyen el uso de hormonas y antibióticos para criar animales, contribuyendo, en éste último caso, a la generación de resistencia bacteriana. En este ámbito, cabe mencionar el uso intensivo de agrotóxicos: fungicidas, plaguicidas, herbicidas para controlar plagas, el monopolio de la industria de la alimentación y la producción de comida chatarra íntimamente relacionada con enfermedades del consumismo como: sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial, diabetes que configuran buena parte del perfil epidemiológico ecuatoriano [2]. Súmese a esto la ingesta de alimentos procesados con harina blanca, arroz blanco, sal refinada y azúcar refinada, así como el uso exagerado de carbohidratos y bebidas carbonatadas, sumado a la falta de ejercicio físico, la mala utilización del tiempo de ocio y de descanso, el estrés por el trabajo excesivo que conlleva a un descuido del núcleo familiar, en suma: un consumismo exagerado que desencadena elevados costos sociales y de salud que son asumido por organismos públicos y privados

Una alternativa, la alimentación de los pueblos originarios y sus implicaciones

Ante los cambios en la alimentación surgidos durante la modernidad y la posmodernidad, los pueblos originarios ponen su cuota de sabiduría con sus formas de vida integrales, por el respeto a la tierra que brinda sus frutos, por sus tecnologías ancestrales agrícolas, por sus formas de medir los tiempos de siembra, aporque, cosecha, por las formas de intercambio y trueque que ponen énfasis en la alimentación sana y saludable, y por sus sabidurías originarias como el Sumak Allin Kawsay³, de los quichuas y quechuas, el Plan de Vida de los Mayas⁴, o el Suma Qamaña⁵ de los aimaras, para citar algunos ejemplos.

Los pueblos originarios reunidos en la Conferencia Mundial Sobre Cambio Climático y Defensa de la Vida [3], han determinado algunos puntos concernientes a la alimentación, que pueden significar una alternativa a la forma de vida del hiperconsumismo:

³Sumak Allin Kawsay, vocablo quichua que significa Vida Integral, una sabiduría de los quichuas-quechuas de los Andes.

⁴Plan de Vida Maya, una hoja de ruta del respeto a la vida y a la naturaleza de los pueblos Mayas de Centroamérica y el sur de México.

⁵Suma Qamaña, vocablo aimara que significa Vivir Bien, una sabiduría de los aimaras que viven en Perú, Bolivia, norte de Chile, y norte de Argentina.

1. Alimentación sana y saludable para una Soberanía Alimentaria.

La defensa de la tierra, territorio, y cultura, es una forma de resistencia ante el embate del modelo económico: explotador, excluyente, y extinguidor de especies. Entendiéndose la defensa de la tierra desde la Soberanía Alimentaria, para obtener alimentos sanos provenientes de una tierra sana, con semillas libres y originarias, con abonos orgánicos, con policultivos, rotando la siembra, respetando a la chakra, practicando las enseñanzas ancestrales de la tecnología agrícola, incluyendo la forma organizacional, principios, normas y códigos de la chakana⁶ que respeta los tiempos del calendario agrícola y los celebra a través de grandes fiestas de agradecimiento y ritos que coinciden con los solsticios y equinoccios, Pawcar Raymi⁷, Inty Raymi⁸, Koya Raymi⁹, y Kapak Raymi¹⁰, permitiendo una vida holística en equilibrio y armonía entre hombre y naturaleza.

2. Empoderamiento y educación ambiental relacionada con la biodiversidad y agroecología.

La ecoalfabetización de niños y jóvenes, y el empoderamiento de las mujeres desde el ecofeminismo¹¹, son buenas alternativas para emprender en pro de la salud de la tierra, y de los alimentos.

"Actualmente, las interrelaciones entre comida, salud y medio ambiente se han vuelto un tema común de discusión, así entran en juego biología y ecología como puntos altos para comprender el desenvolvimiento de los ecosistemas ante el avasallamiento de la tierra, por eso es necesario ecoalfabetizar en los fundamentos de la vida: la energía que posibilita los ciclos ecológicos viene del sol; la diversidad asegura la resiliencia; la vida desde hace millones de años no se dio por combate, sino por asociación de redes" [4].

La biodiversidad es la salud de la tierra y la diversidad alimentaria es parte de nuestra salud, sin embargo, factores como el monocultivo y el megacultivo influyen negativamente en la desaparición de especies originarias, obligándonos a cambiar la dieta para consumir alimentos procesados y carne que influyen en la salud desatando enfermedades

como diabetes, cardiopatías y cáncer. Cambiar los hábitos puede ayudar a mantener la biodiversidad alimentaria:

- a) Cultivando y sembrando alimentos en huertos urbanos, huertos comunitarios, reutilizando las semillas originarias.
- b) Sembrando alimentos olvidados, para salvar especies.
- c) Consumiendo con conciencia y preparando en el hogar alimentos no procesados e industrializados, eligiendo alimentos frescos, de temporada y orgánicos, adquiriéndolos en las redes agroecológicas de cada lugar, podremos tener una dieta variada y sana.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), una dieta sana a lo largo de la vida, previene la malnutrición y distintas enfermedades; sin embargo, los alimentos procesados, la urbanización y el cambio de estilos de vida, han provocado un cambio de formas alimentarias. Hoy se consumen alimentos hipercalóricos, grasas saturadas trans, azúcares libres, sal, sodio; y no se consumen frutas, verduras y fibra como la de los cereales integrales [5].

Otros factores que afectan al sistema alimentario son: el cambio climático, la sostenibilidad ambiental, los cambios tecnológicos, el desigual crecimiento económico y las transformaciones sociales, lo que nos obliga a dejar planteadas al menos dos interrogantes: ¿Cómo alimentar sosteniblemente a la población mundial?, y ¿Cómo tratar el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles? [6].

Creemos que el modelo de agricultura sustentable o agroecología, mediante la resiliencia, permitirá la supervivencia de pueblos originarios y campesinos (los cuidadores de tierra, semillas, y alimentación sana); mientras que la agricultura convencional, que va ya por la tercera gran revolución verde, ya ha demostrado que no es sustentable, por el exagerado uso de insumos de los que echa mano para la producción de alimentos.

La agroecología se basa en una dimensión ecológica-técnico-agronómica que aprovecha y conserva los recursos naturales en la producción de alimentos; también se basa en una dimensión socio-económica

⁶Chakana vocablo quichua que significa puente, es una hoja de ruta organizacional, política, administrativa, en el sentido agrícola muestra los días de siembra, aporque, cosecha, solsticios, equinoccios, fiestas del Koya Raymi, Pawcar Raymi, Kapak Raymi, Inti Raymi.

⁷Pawcar Raymi, vocablo quichua que significa Fiesta del Florecimiento.

⁸ Inty Raymi, vocablo quichua que significa Fiesta del Sol Sagrado.

⁹ Koya Raymi, vocablo quichua que significa Fiesta de la Luna Sagrada.

¹⁰ Kapak Raymi, vocablos quichuas que significan Fiesta del Sapa Inca, o de las autoridades comunitarias.

¹¹Ecofeminismo, corriente ecológica nacida en los años 70 del siglo XX. En la actualidad la representante máxima es la física nuclear y activista Vandana Shiva.

y cultural, que implica un desarrollo endógeno como una forma de resistencia cultural; y una dimensión socio-política como respuesta al modelo económico neoliberal y a la academia, para mostrar una forma de autonomía de los pueblos originarios y campesinos [7].

3. Recuperación de la Cultura y Soberanía Alimentaria.

La producción y preparación de alimentos ancestrales, debe desarrollar formas alternativas de alimentación y nutrición al modelo depredador agroindustrial.

El uso de agrotóxicos y la sobre explotación de la tierra en la producción agrícola, afecta al cambio climático por la generación de gases de efecto invernadero, con ello sufre el equilibrio alimentario por el monocultivo, por eso es inminente reclamar por la Soberanía Alimentaria y por los derechos a la alimentación sana y saludable, "es indispensable cambiar el enfoque y las prácticas del sistema de alimentación y poner los derechos humanos y los de la Madre Tierra por sobre los derechos del mercado. Mientras esto no se haga, el afán de lucro siempre justificará cualquier práctica destructora del equilibrio alimenticio del ser humano y del equilibrio del medio ambiente, alentando el cambio climático" [8].

Los alimentos de los pueblos originarios, constituyen una alternativa al cambio climático por el respeto a la tierra, por la práctica de policultivos, por la rotación en la utilización de terrenos de siembra, porque se utilizan abonos orgánicos y se evitan los agrotóxicos, "la agricultura campesina e indígena y las prácticas agroecológicas han demostrado ser insumos importantes para la solución al cambio climático, recuperando materia orgánica del suelo, colocando a los mercados locales en el centro del sistema alimentario, manteniendo y recuperando las semillas nativas y criollas, deteniendo el desmonte y la deforestación y terminando con la producción concentrada de carne al tiempo que se generan sistemas diversificados que integren la producción animal y vegetal" [9]. Quizá estas tecnologías ancestrales de cultivo, no han sido tomadas en cuenta a nivel global por los países desarrollados, porque el mega agronegocio prefiere mantener el monopolio de producción, distribución y consumo de alimentos.

¹²Vida armoniosa

¹³Vida buena

¹⁴Tierra sin mal

¹⁵Camino o vida noble

La sostenibilidad alimentaria es el paradigma que mantienen los pueblos originarios como forma alternativa de la alimentación y la nutrición al modelo capitalista depredador agroalimentario y agroindustrial. Caza, pesca, recolección, pastoreo, agricultura, conforman un sistema de producción y consumo condensado en las sabidurías milenarias, a pesar de que los cambios culturales, económicos y sociales han sopesado en la salud y en sus prácticas alimentarias.

4. Protección de la biodiversidad y restauración de los ecosistemas.

En Brasil, cientos de indígenas protestan y son reprimidos por la policía frente al Congreso Nacional. Ellos reclaman por la devastación cronológica del Amazonas, [el pulmón del mundo], donde se pretende emplazar grandes zonas de monocultivos; el proyecto de las transnacionales alimentarias, es convertir a Brasil en el "granero del mundo", a costa de devastar la biodiversidad con la consecuente extinción de los pueblos originarios, por el avance de la frontera agrícola, "Todos los días sufrimos, somos masacrados, y cuando venimos a dialogar con el Estado sucede eso", reclamó la líder indígena Ángela Katxuyana, del norteño estado de Pará. "La violencia contra los pueblos indígenas continúa tanto en el papel como aquí" [10].

Restaurar los ecosistemas es una deuda ecológica pendiente de las grandes transnacionales agroalimentarias, sin embargo, continúa los embates y avasallamientos de las transnacionales a las semillas originarias del maíz en México, y de soja en Brasil, Argentina y Bolivia con las consecuencias sociales del monocultivo.

5. Promover la producción ancestral de alimentos en el marco del Vivir Bien/Buen Vivir.

El Suma Qamaña está presente en la Constitución de Bolivia, es una estrategia que plantea la alimentación sana y saludable.

El artículo 8 de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, afirma que "asume y promueve como principios ético-morales de la sociedad plural: ama qhilla, ama llulla, ama suwa [no seas flojo, no seas mentiroso ni seas ladrón], Suma Qamaña, Ñandereko¹², Teko Kavi¹³, Ivi Maraëi¹⁴ y Qhapaj Ñan¹⁵" [11]. El Vivir Bien significa, Vivir Bien con uno mismo, con los demás y en armonía con la Madre Tierra, garantizando el acceso y disfrute de los bienes materiales y de la realización efectiva, subjetiva, intelectual y espiritual de las personas y colectividades, en armonía con la naturaleza y en comunidad entre los seres humanos.

“El Saber Alimentarse para Vivir Bien significa el logro simultáneo del derecho a la alimentación, la soberanía alimentaria en el marco de la realización del derecho humano a una alimentación adecuada” [12].

Así mismo el Sumak Kawsay¹⁶ está presente en la Constitución de Ecuador con el propósito de garantizar la salud, un ambiente sano y una alimentación saludable, así el Artículo 14 señala que: “Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, sumak kawsay”. Otros artículos que abonan en esta dirección son el 32, 319 y 387 [13].

Saber alimentarse y derecho a la alimentación son los preceptos para Vivir Bien en un Buen Vivir que respeta a la naturaleza.

6. Reciprocidad, solidaridad y complementariedad de los pueblos.

En las dos formas de alimentación comunitaria, pampamesa de los quichuas de Ecuador, y en el apthapi de los aimaras de Perú y Bolivia, se sienten: reciprocidad, solidaridad y complementariedad en sus espacios comunitarios de coexistencia.

La “pampamesa es un lugar que supone un intercambio comunitario y equitativo de alimentos, normalmente se efectúa esta costumbre en celebraciones, mingas, o en reuniones importantes para la comunidad” [14]; mientras que el apthapi, de acuerdo con el yachay aimara Néstor Caral, “tiene una profunda connotación social-comunitaria, por el intercambio de cultura, y porque reúne a todos; también tiene una connotación energética porque nos nutrimos al compartir lo que produce la tierra y cocinamos como si fuera un ritual, cantamos, bailamos, homenajeamos, también es destacable que los alimentos que compartimos son orgánicos, son naturales y sanos” (N. Caral, comunicación personal, 29 de marzo de 2017).

7. Preservar y recuperar las plantas medicinales ancestrales.

Es importante recuperar la etnobotánica de los lugares de los pueblos originarios por medio de la botánica y la antropología, como punto importante del patrimonio cultural y de la Soberanía

¹⁶Buen Vivir

¹⁷Jambiruna, vocablo que proviene de dos voces quichuas, jambi=salud, runa=hombre, sanador o sanadora comunitaria.

Alimentaria. Plantas alimenticias para el ser humano y plantas alimenticias para animales; plantas medicinales; plantas como especias; plantas ornamentales; plantas silvestres, pero sobre todo plantas endémicas, nombradas en su propio idioma, que están desapareciendo, llevándose al olvido el germoplasma y la memoria histórica. Entre los pueblos originarios los jambirunas¹⁷, aún conservan esta identidad, cultura, patrimonio, tradición, transmitida por generación oral y educación no-formal con la metodología del error-ensayo desde hace milenios.

8. Acceso a la tierra y garantía de la propiedad del germoplasma nativo.

Para garantizar la Soberanía Alimentaria y la producción de alimentos sanos es necesario comenzar recuperando el acceso a la tierra, eso romperá el monopolio de grandes transnacionales que adquieren tierras para aplicar una política agraria de monocultivo, con ello desaparecen los sitios comunitarios, el libre acceso a las fuentes de agua, y hasta los lugares considerados sagrados desde tiempos milenarios; también las especies endémicas ya no son sembradas, corriendo el riesgo de que el germoplasma nativo desaparezca; por otro lado ya no se utilizan las tecnologías agrícolas ancestrales, lo que conlleva a la pérdida de valores comunitarios practicados en la siembra y en la cosecha, así se va debilitando la memoria histórica y la identidad cultural. Todo esto influye en la producción de alimentos saludables, por eso es necesario reclamar por el acceso a la tierra, pero también cuidarla y no maltratarla con agrotóxicos, antibióticos, hormonas, y transgénicos. Así como los seres humanos somos diversos, así debe ser la producción de la tierra, eso posibilitará la ingesta de alimentos, promoviendo una alimentación variada, equilibrada y nutritiva.

Procesos bacterianos y alimentación ancestral

Los alimentos cumplen un papel muy importante para mantener la salud y el microbioma, en el caso de los pueblos quichuas: Cañari y Saraguro del sur del Ecuador, hay dos ejemplos significativos que visualizan el eficiente aprovechamiento del rol de las bacterias para favorecer una alimentación saludable. “La chicha de jora es una bebida que no puede faltar en la cultura alimentaria del pueblo Cañari, está presente en los tiempos de siembra y cosecha, y en fechas especiales como matrimonios, bautizos, celebraciones, pero también está en la vida cotidiana, como alimento” (R. Alulema, comunicación personal, febrero 16 de 2017). Cuando se ingiere mucha comida, la chicha de jora tomada de forma moderada, regula la digestión, así las bacterias trabajan positivamente en el microbioma del aparato digestivo.

Lo mismo sucede con la chicha de las mujeres, o chicha de hongos, del pueblo Saraguro, cuando es ingerida con frecuencia, las bacterias regulan el microbioma del aparato digestivo. Esta chicha es sembrada, cosechada y obsequiada por mujeres entre sus parientes y amigos (L. Gualán, comunicación personal, marzo 10 de 2017), formando una cadena de salud ancestral que sin duda aplica la sabiduría milenaria utilizando las bacterias como microorganismos de regulación del ecosistema.

Así chicha de jora, y chicha de las mujeres, son alimentos sagrados que sanan, provenientes de las sabidurías ancestrales de los pueblos originarios, una práctica relacionada con el rol de las bacterias en la alimentación y en contextos comunitarios, superando quizás la visión biomédica para fortalecer un accionar integral para el control de la resistencia a los antibióticos.

CONCLUSIÓN

Así como proponemos la alimentación desde la resistencia transdisciplinaria, es decir que todos nos empoderemos para sembrar, cosechar y cocer nuestros alimentos, también proponemos decolonizar la alimentación impuesta desde la globalización: el exceso de tecnologías y el monopolio de la megaindustria alimentaria, para volver a lo orgánico de las sabidurías, a las semillas libres, a los cereales nativos, a las frutas y verduras que conforman una dieta nutritiva, variada y equilibrada.

Es importante recuperar las tecnologías ancestrales de cultivo que respeten los ciclos agrarios para que sean una alternativa a la agroindustria y agronegocio que están terminando con la naturaleza, promoviendo formas de alimentación con productos procesados: azúcar refinada, sal refinada, harina refinada y arroz blanco.

Debemos recuperar los alimentos sagrados ancestrales agrupados en verduras, hortalizas, frutas, especias, cereales preparados en sopas y harinas, bebidas, plantas alimenticias y medicinales, mediante un estudio etnobotánico con el concurso de la biología y la antropología.

Soberanía y Seguridad Alimentaria, biodiversidad, educación ambiental, y agroecología, deben consolidar la alimentación equilibrada, sana y saludable para evitar las enfermedades del consumismo: sobrepeso, obesidad, enfermedades no trasmisibles, desnutrición.

Hay varios alimentos de los pueblos originarios que pueden servir como ejemplo de los procesos microbianos ligados a la alimentación y que pueden ayudar en el esfuerzo de entender los

procesos de Resistencia Bacteriana en los contextos comunitarios.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Matute García Segundo Patricio. Licenciado en Gestión para Desarrollo Socio Cultural. ReAct Latinoamérica.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1104-2436>

- Parra Contreras Adriana Cristina. Psicóloga Clínica. Estudiante de la Maestría en Género, Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva-Universidad de Cuenca. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8277-8761>

- Parra Parra Jorge Leonidas. Doctor en Medicina y Cirugía, Master en Salud Familiar y Comunitaria, Magister en Salud con Enfoque de Ecosistemas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4619-5002>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Contribución similar de los tres autores en todo el proceso: revisión bibliográfica, investigación de campo, sistematización, revisión y presentación de artículo final.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores, declaramos que sobre el ensayo "ALIMENTOS ANCESTRALES QUE SANAN", no recae ningún tipo de conflicto de intereses. .

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

La investigación fue realizada con recursos propios de los autores y el apoyo de ReAct Latinoamérica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fresneda, C. Lo más revolucionario es un huerto. Entrevista a Vandana Shiva. Diario El Mundo. [Citado 1 enero 2017]. Disponible en: <https://www.elmundo.es/elmundo/2013/10/07/baleares/1381134002.html>
2. Misterio de Salud Pública del Ecuador. Sala de Situación Epidemiológica, apo7, 2017. [Citado 3 enero 2017]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/sala-de-situacion-epidemiologica-2017/>
3. Conferencia Mundial de los Pueblos Sobre Cambio Climático y Defensa de la Vida [Internet]. Taquipaya, Cochabamba, Bolivia; 2015; [citado 3 enero 2017]. Disponible en: <https://www.alainet.org/es/articulo/172967>
4. Capra Fritjof. Uniendo los puntos entre alimentación, salud y medio ambiente. Linking Food, Health, and Environment, Centro de Ecoalfabetización. Teachers College [Internet]. Universidad de Columbia;

- 2008; [citado 5 enero 2017]. Disponible en: <http://movimientotransicion.pbworks.com/f/ecoalfabetización.doc>
5. Organización Mundial de la Salud. Alimentación Sana. [Internet]. Nota descriptiva N° 394, septiembre; 2015; [citado 7 enero 2017]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
 6. FAO. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. [Internet]. Nutrición; 2017; [citado 10 enero 2017]; Disponible en: <http://www.fao.org/nutrition/es/>
 7. Sámano Rentería Miguel Ángel. La Agroecología Como Una Alternativa de Seguridad Alimentaria para las Comunidades Indígenas. [Internet]. Universidad Autónoma Chapingo, Departamento de Sociología Rural Revista Mexicana de Ciencias. Agrícolas vol.4 no.8 Texcoco nov. / dic; 2013; [citado 10 enero 2017]; Dispone en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-09342013000800011
 8. Conferencia Mundial de los Pueblos sobre el Cambio Climático y los Derechos de la Madre Tierra, Agricultura y soberanía alimentaria con identidad para enfriar el planeta; [Internet]. 2010; [citado 13 enero 2017]; Disponible en: <https://cmpcc.wordpress.com/2010/02/07/agricultura-y-soberania-alimentaria/>
 9. La Vía Campesina. Los pequeños productores y la agricultura sostenible están enfriando el planeta [Internet]. Grain; 2009; [citado 15 enero 2017]; Disponible en: <https://viacampesina.net/downloads/PAPER5/SP/paper5-SP.pdf>
 10. Diario El Comercio, Disturbios en protestas de indígenas frente al Congreso de Brasil. [Internet]. Actualidad; Quito 25 de abril de 2017; [citado 17 enero 2017]; Disponible en: <http://www.elcomercio.com/actualidad/disturbios-protestas-indigenas-congreso-brasil.html>.
 11. Asamblea Constituyente de Bolivia Nueva Constitución Política del Estado. Ministerio de Defensa. Sucre. 2008; [citado 20 enero 2017]; Disponible en: <http://www.mindef.gob.bo/mindef/node/28>
 12. Asociación de Instituciones de Promoción y Educación (AIPE), Programa NINA. [Internet]. Propuesta de Ley Saber Alimentarse para Vivir Bien, Sumaj Mikhuy Mikhuna. Bolivia. Mayo; 2013; [citado 19 enero 2017]; Disponible en: http://www.redunitas.org/SABER_ALIMENTA.pdf
 13. Asamblea Constituyente. [Internet]. Constitución de la República del Ecuador. Quito. 2008; [citado 19 enero 2017]; Disponible en: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
 14. Minda Herrera Pamela Moncerrath. Mitología andina: formas de entender el mundo y la vida en la sociedad quiteña. [Internet]. Universidad Politécnica Salesiana, Comunicación Social. Quito 2016, p. 21; [citado 22 enero 2017]; Disponible en: <http://www.dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/13339/1/UPS-QT10780.pdf>

Perspectiva sobre la estructura del pensamiento médico en la Antigua Grecia.

Perspective about the medical thought structure in Old Greece.

■ Pino Andrade Raúl Haldo^{1,2}.

RESUMEN

La Antigua Grecia, una cultura cargado de simbolismos y creencias mitológicas logró compendiar en su seno el conocimiento de diversos pueblos, este hecho generó un cambio en los conceptos de salud- enfermedad generando un giro desde un modelo netamente mágico mitológico a una visión de orden más racional, científico y técnico.

Palabras clave: Mundo Occidental, Mundo Griego, Mitología, Alfabetización en Salud, Enfermedad, Historia de la Medicina.

ABSTRACT

The beginning Greek world was loaded of symbolisms and mythological beliefs which managed to compile in its breast the knowledge of diverse cultures, this fact generated a change in the concepts of health-disease, generating a turn from a purely mythological magical model to a more rational, scientific and technical concept.

Keywords: Western World, Greek World, Mythology, Health Literacy, Diseases, History of Medicine.

VOLUMEN 36 | N°3 | DICIEMBRE 2018

FECHA DE RECEPCIÓN: 21/11/2018
FECHA DE APROBACIÓN: 21/12/2018
FECHA DE PUBLICACIÓN: 27/12/2018

-
- 1. Hospital Vicente Corral Moscoso
- 2. Universidad de Cuenca

Ensayo | Assay

Correspondencia:
haldo.pino@ucuenca.edu.ec
Dirección:
Vargas Machuca 5-48 y J. Jaramillo
Telefonos:
2840007-0995412631
Cuenca – Ecuador

INTRODUCCIÓN

La Antigua Grecia fue una civilización repleta de simbolismo y mitología en cada una de sus expresiones, que supo recoger lo mejor de otras culturas como la egipcia, la persa y la india; convirtiéndose así en el centro del mundo antiguo [1] y generando cambios sustanciales, que en lo concerniente al proceso salud-enfermedad supuso el cambio de paradigmas, dejando creencias mitológicas para aceptar conceptos de orden racional científico – técnico, eso sí, sin desligarse de su clásico componente onírico

Orígenes de la Ciencia Médica

El saber filosófico en sus orígenes ha permanecido ligado a lo religioso, tanto la concepción de salud-enfermedad y el “arte de sanar” han sido fuertemente influenciados por conceptos teocéntricos.

El temor a lo no entendible y sobrenatural produjo que imágenes como un relámpago, el sol, la luna, el mar, los terremotos, o sentimientos como el amor, la ira, la soledad, hicieran que las personas meditaran en torno a lo fabuloso de estos acontecimientos, generando como efecto un antropomorfismo de los poderes divinos provenientes de la naturaleza y dando origen a la aparición de los divinos dioses o seres supremos. En esta perspectiva cada dios griego poseía injerencia sobre áreas específicas de la salud o enfermedad y a su vez cada persona podía solicitar el amparo y protección de un dios específico cuando padecía cierto proceso mórbido o fisiológico. Federico Ortiz nos recuerda cuando relata:

“Hera, la diosa del hogar, protegía a la mujer durante el parto; Atenea, la diosa de la sabiduría, era venerada en los templos dedicados a ella, como curandera y patrona de la vista; el centauro Quirón, medio hermano de Zeus, tenía un lugar especial como patrón de la curación y entre sus alumnos se incluían Melampos, Aquiles y Esculapio; Apolo fue identificado como la divinidad principal que controlaba la enfermedad. Los curanderos con poderes mágicos eran Melampos, quien alivió a la loca de Argos; Anfiaros, demonio subterráneo conocido en Tebas, Atenas y Oropos; Tromfonio, médico del inframundo, símbolo de la regeneración” [2].

El bienestar de las personas se ve supeditada a entes superiores, por lo tanto si a un dios no le agradaba una persona, se su temperamento, emociones, pensamientos y compromisos, y en el peor de los casos si se cometía una ofensa, las consecuencias serían nefastas; para muestra lo sucedido con Odiseo (Ulises en su traducción latina) quien luego de la guerra de Troya paso errante por diez años, no pudiendo retornar a su hogar en Ítaca junto a su esposa Penélope y su hijo Telémaco por haberse

granjeado la ira de Poseidón.

En la esfera salud-enfermedad también se puede observar la injerencia de las divinidades en la vida de los mortales, “los griegos, al igual que los hombres de otras culturas, creían que los dioses eran los causantes de las enfermedades: Apolo y su hermana Artemisa disparaban las flechas que provocaban la enfermedad o la peste, deterioro y la muerte” [2], confirmado así una relación directa de influencia entre los dioses inmortales y los seres que viven un solo día o son mortales.

La desdicha de una persona, sea en lo familiar, en el trabajo, la salud o la enfermedad será producida por un castigo divino; en tanto que la felicidad, prosperidad y salud se producirán gracias a las bondades de los dioses como lo señala Homero en la Odisea: “Zeus: ¡Oh Dioses! ¡De qué modo culpan los mortales a los números! Dicen que las cosas malas le vienen de nosotros, y son ellos quienes se atraen con sus locuras infortunios no decretados por el destino” [3].

No solo se teme y debe obedecer a los dioses ciegamente, también se debe acatar las normas de conducta ética, moral y respeto a las leyes naturales. Solo acatando estos lo menciona el siguiente relato:

“Esculapio [...] El joven médico aprendió pronto y gracias a la sangre de la Gorgona –que le regalo Atenea- y a las propiedades de una planta que una serpiente le había obsequiado, pudo resucitar a los muertos. Pronto los infiernos comenzaron a despoblarse y Hades se sintió tan ofendido que se quejó con Zeus: el médico violaba las leyes de la naturaleza. Más aún, esculapio cometió el error de cobrar por devolver la vida a un muerto. Por transgredir las leyes naturales –los mortales deben seguir su destino- y morales –el médico no debe lucrar-. Zeus envió una centella que mató a Esculapio” [2].

El cambio del paradigma de lo religioso a lo racional se produce en el siglo VI a.C, cuando las explicaciones abandonan la esfera teológica y entran en el terreno de la lógica y el argumento; la noción de lo divino pierde sustento (aunque no desaparece) y surge el concepto de la Physis o naturaleza de las cosas.

Desde este punto de vista la naturaleza está revestida de poderes, la “mezcla de elementos ha hecho vivo el todo dándole alma” [2], por lo tanto, en ella encontramos la salud; a la par “tiene un tiempo determinado en que aplica ella misma sus remedios operando cambios convenientes” [2]. De este concepto y de su estudio se originaría la ciencia médica actual, que busca una lógica para sus postulados, el siguiente pasaje lo ilustra:

"La humanidad se había separado de la vida animal por una especie de ruptura de dieta; en el origen, en efecto, los hombres habían utilizado una alimentación semejante a la de los animales: carne, vegetales crudos y sin preparación. Semejante manera de nutrirse, que podía curar a los más vigorosos era severa para los más frágiles: en breve, morían o jóvenes o viejos" [4].

La medicina no nace aislada y sola, germina al unísono con la medicalización y el régimen, "no adyacente al arte médico" [5], el hombre debe buscar el régimen más apropiado para su subsistencia, adaptarse a él y seguirlo, solo así podría evitar la enfermedad o la muerte:

"Gracias a estas dietas más suaves las enfermedades se habrían vuelto menos inmediatamente mortales, advirtiéndose entonces que los alimentos de los sanos no podían convenir a los enfermos; estos necesitaban otro tipo de alimento" [4].

Los Médicos

Es evidente el avance de la Medicina con los aportes de notables personajes como: Hipócrates, Sócrates, Platón y Aristóteles; grandes pensadores para quienes no era posible que la medicina se aleje de la filosofía; un buen médico sería aquel que ejerza, ejecute y cultive las artes médicas pero también que practique la filosofía, aquel que piense y se cuestione sobre el hombre y la naturaleza, ya que "la filosofía y medicina desde su inicio, tienen como propósito comprender al hombre" [6].

Las dos ciencias: medicina y filosofía, están separadas pero ligadas a su vez, se pueden estudiar cada una por separado, pero en algún punto del aprendizaje las dos se juntaran y terminara profundizando en los conocimientos de la otra. Por lo tanto, este punto de confluencia es el que nos permitirá conseguir la más sutil y sobresaliente de las fusiones, logrando encarnar en el médico el arte, la práctica y pensamiento, todo en uno. Ya lo sentenció Hipócrates al hablar sobre el médico "iatros philosophos isotheos", es decir "el médico que al mismo tiempo es filósofo es semejante a un dios" [5].

Un rasgo de la inicial medicina helénica antigua es la estratificación, siendo considerados dos tipos de sanadores, un gremio formal como por ejemplo los Asclepiades y otro informal como los charlatanes; a su vez el grupo de médicos formales poseerá una gradación bien como lo cita Osler en la Republica de Platón:

"Ahora bien, ya sabes que cuando los enfermos no

necesitan medicina, sino que únicamente hay que imponerles un régimen, considerase que basta con el médico de clase inferior, pero cuando hay que suministrar medicinas, entonces debe ser de mayor talla" [7].

Otra forma de agrupar a los practicantes de la medicina, se relaciona con la libertad, existe un grupo encargado de la prescripción de los esclavos y otro grupo mucho más científico y racional para los hombres libres, conformado por médicos particulares y del Estado, éstos últimos gozaban de mayor rango y jerarquía, su trabajo era remunerado mediante un salario; su cargo se ejercía por el lapso de un año y previa su renovación el médico debía ser evaluado y examinado por un tribunal; los médicos de este nivel eran escasos y para alcanzar esta gradación deben demostrar poseer mucha experiencia [7]. La medicina que practican no se basa solo en recetas, se ahonda en la naturaleza del problema, se habla con el enfermo e incluso se aconsejaba sobre sus hábitos y estilos de vida, se persuadía a los pacientes para el cumplimiento del régimen propuesto y la intervención en los acontecimientos que acompañan su sanación, por lo tanto, "del médico sabio, el hombre libre debe recibir, más allá de los medios que permiten la cura propiamente dicha, una armadura racional para el conjunto de su existencia" [8].

Los médicos que se ocupan de la atención de los esclavos, generalmente pertenecían a esta clase y eran tomados como ayudantes de los médicos libres. Ostentaban este título de médicos pese a que no recibieron una educación formal de la misma, sino que, aprendieron mediante la observación de sus maestros:

"... adquieren sus conocimientos de la medicina obedeciendo y observando a sus maestros; empíricamente y no conforme a la manera natural de aprender, como hacen los ciudadanos libres que han aprendido científicamente el arte que imparten ciertamente a sus discípulos" [9].

A diferencia del primero, el médico de los esclavos no da explicaciones respecto a la dolencia, se centraba en la prescripción de la receta, no puede perder el tiempo: ve un enfermo y pasa a otro, no se desgasta en conversaciones con los pacientes, trata el cuerpo pero no el alma. En las Leyes de Platón se describen algunos de los procedimientos médicos de estos grupos:

"¿Has observado alguna vez que hay dos clases de enfermos en los Estados, esclavos y hombres libres: y los doctores esclavos visitan y curan a los esclavos, o los esperan en los dispensarios, los médicos de esta especie jamás hablan por separado a sus enfermos, o dejan a éstos que les hablen de

sus propias síntomas? El doctor esclavo receta lo que indica la mera experiencia, procediendo como si tuviera conocimientos exactos, y cuando ha dictado sus órdenes, como si fuera un tirano, se aleja con igual prisa y aplomo para atender a algún otro sirviente que está enfermo, y así evita al dueño de casa la molestia de cuidar a sus esclavos achacosos. Pero el otro doctor, que es un hombre libre, atiende y practica en hombres libres, y se remonta bien atrás en sus investigaciones, y ahonda en la naturaleza del trastorno, y se pone a discutir con el enfermo y con los amigos de éste, y a la vez obtiene información del enfermo, y le enseña todo lo que puede, y no receta para él sino después de haberlo convencido; por fin, cuando ha colocado al enfermo más o menos bajo su influjo persuasivo y lo ha echado a andar por el camino de la salud, trata de efectuar la curación” [9].

El aprendizaje de la ciencia médica se encuentra cimentado por varios pilares, el primero la enseñanza directa de maestro a discípulo; el joven aspirante debía reunir un conjunto de requisitos previos, los mismos que, permitían tamizar a los posibles candidatos dejando solo los más aptos para estas dignidades. En La Ley uno de los libros del Corpus Hipocrático se puede leer: “Quienquiera que esté por adquirir un conocimiento competente de la medicina, debe poseer las siguientes condiciones: habilidad natural, instrucción, un lugar favorable para el estudio, intuición desde la niñez, amor al trabajo, tiempo” [10].

El segundo pilar en que se encuentra sustentado el saber médico de esta época se relaciona con el concepto y creencia de que la naturaleza es la que permite o no la práctica de algunas actividades, un ejemplo de esta forma de pensar se presenta en el diálogo entre Sócrates y Teetetes sobre las parteras:

“Fíjate en la naturaleza de las parteras, y comprenderás mejor lo que quiero decir. Ya sabes que ninguna mujer, mientras pueda concebir y tener hijos, se dedica a parrear a las demás mujeres, y que no se pone a ejercer este oficio, sino cuando ya no puede quedar preñada [...] Dícnos que Artemisa lo ha dispuesto así, porque aunque preside los alumbramientos, ella misma no pare. No ha querido, sin embargo, dar a las mujeres estériles el oficio de comadronas, porque la naturaleza humana no es capaz de ejercer un arte, del cual no tiene experiencia alguna, y ha encomendado esta tarea a las que han pasado ya la edad de concebir, a fin de honrar de esta manera la semejanza que guardan con ella” [7].

Por lo tanto, un requisito primordial a más de los nombrados anteriormente en la formación del futuro

médico es “ante todo, una habilidad natural porque si la naturaleza se opone, todos los esfuerzos serán vanos” [10]. Solo quienes han sido favorecidos por la naturaleza y han recibido sus dones alcanzaran con su esfuerzo y dedicación la recompensa al final de su camino, transformar sus estudios en un verdadero arte:

“Pero cuando la naturaleza señala el camino hacia lo mejor, entonces comienza la instrucción del arte del que el estudiante debe apoderarse por reflexión y convertirse en un alumno precoz en un lugar de trabajo favorable para el estudio. Más aún, él tiene que trabajar un tiempo largo, de manera que el aprender eche raíces y produzca frutos adecuados ya abundantes” [10].

Todos estos atributos que forman al médico se revisten de valores morales: el respeto y compromiso hacia el maestro; actitud adquirida del trato diario y ejemplo cotidiano de nuestro instructor. La familia del maestro merecía igual consideración, de ser necesaria recibiría la ayuda del alumno agradecido, como el juramento hipocrático reza: “tener al que me enseñó este arte en igual estima que a mis progenitores [...] considerar a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este arte, si es que tuviera necesidad de aprenderlo, de forma gratuita y sin contrato” [11].

Organicidad

Para los médicos de la antigua Grecia el concepto mágico religioso que unía al hombre con las enfermedades existentes fue desapareciendo (aunque no del todo) de su pensamiento. La evidencia de los cuatro elementos presentes en la naturaleza: tierra, fuego, aire, agua, y el análisis generado alrededor de los mismos, permitió plantear la opción de que cada uno de estos se encontraba conformado a su vez por elementos más pequeños que poseían forma triangular. Estos fracciones no perceptibles a las vista, pero de incalculable importancia, al combinarse otorgaban a cada elemento consistencia y características particulares.

Para Platón, el triángulo más perfecto se encontraba conformado la médula y de ella se generaban el resto de tejidos y órganos corporales; en este órgano se producía una dualidad perceptible, una “bisagra del cuerpo y del alma, de la muerte y de la inmortalidad” [12], ya que en su región craneana y redondeada se alberga al alma, y en su parte alargada se hospeda el alma moral, Sir William Osler refiriéndose al Timeo escribe:

“Dios tomó aquellos triángulos primarios que eran rectos y lisos, y se prestaban por su perfección para producir fuego y agua y aire y tierra: éstos, digo, separó

de sus semejantes, y mezclándolos en proporción debida, formó de ello la médula para que sirviera de simiente universal de toda la raza humana; y en esa simiente sembró luego y enceró las almas, y en la distribución primitiva dio a la médula tantas y tan variadas formas como las que habían de recibir después de las diversas clases de almas. A aquellas que, como un campo, iba a recibir la divina semilla, la hizo redonda en todos los sentidos, y llamo a esa porción de la medula cerebro, proponiendo que, al perfeccionarse un animal, el vaso que contenía dicha sustancia sería la cabeza; pero la destinada a contener la parte restante y moral del alma, la distribuyó en figuras a la vez redondas y alargadas, a todas las cuales dio el nombre de "medula", y a ellas, como si fueran anclas, aseguró dos amarres de toda el alma pasada a modelarles alrededor toda la armazón del cuerpo..." [9].

Al lograr conceptualizar el cuerpo, su origen y los componentes etéreos que se albergan en su interior, se tornó imperiosa la necesidad de saber cómo funcionaba, siendo importante transitar desde el inicio: el embrión, los filósofos y médicos coinciden en señalar que para formar un germen de vida, se necesita la eliminación del esperma dentro de la matriz de la mujer, pero difieren en cómo se produce este elemento, así que buscan cada uno una explicación lo más razonable posible para este acontecimiento: para Diógenes el esperma era producido por el cerebro y descendía por la medula hasta la parte inferior del cuerpo, se lo considera como "una gota del cerebro que contenía en su un vapor cálido donde se originaba el alma y los sentimientos del embrión" [13]. Aristóteles lo definía como un producto residual de la alimentación, un concentrado sutil de nutrientes que se almacenaba, los elementos que permiten el crecimiento de un individuo permite la producción de otro [14] ya que "el desarrollo del individuo y su reproducción descansan pues en los mismos elementos y tienen su principio en una misma sustancia" [12].

Como complemento a este intento por entender que es y cómo funciona el hombre se dio énfasis en el estudio de algo más tangible (principalmente en el período alejandrino) como es la anatomía*, dando grandes avances en este campo. El estudio y descripción de los ojos, el cerebro en forma integral (sus meninges, plexos coroideos y la fosa romboidea), la afirmación de que los nervios no se originaban en el corazón sino en el cerebro fueron escritos por Herófilo, quien también describió el duodeno, páncreas, órganos sexuales (próstata, vesículas seminales, epidídimo) entre otros órganos [15].

El estudio de la anatomía comparada se presenta en este período, es el mismo Herófilo quien describe "el

hígado del hombre es muy considerable y grande, en relación con el de los restantes animales de igual volumen", y hace alusión la unión de la anatomía con las otras ramas del saber médico, por ejemplo con la embriología "el hígado [...] tiene el aspecto de una herradura, por donde el feto penetra la vena umbilical" [16], o en una descripción más anatómico-fisiológica como la propuesta por Eristrato y explicada por el Dr. Luis García:

"Según él, la sangre se mueve por las venas impulsadas desde el corazón y pasa directamente a las partes periféricas derramándose en ellas para convertirse en órganos parenquimatosos. De este modo, la sangre es concebida como sustancia nutritiva, tanto plástica como energética, de las porciones del organismo. Las arterias contendrían solamente "pneuma", procedente de la respiración, que iría a las partes periféricas para vivificarlas" [16].

Gracias a la unión de las múltiples e incipientes vertientes anatómicas, fisiológicas, clínicas y observacionales, el campo médico logro un adelanto en su pensamiento, el concepto de "verificación de los hechos"; las patologías en este momento poseen un sustento teórico especulativo el mismo que es cuestionado, "los que han pretendido hablar o escribir de medicina basando su explicación en postulados" aislados "caliente y frío", "húmedo y seco" cometen "errores de bulto en muchas de sus afirmaciones" [17], por lo tanto, para evitar estos vicios interpretativos estos conocimientos deben ser sometidos a prueba y experimentación.

Un caso tangible de este hecho lo constituye el sistema fisiológico de Erasistrato quien como ya se señaló afirmaba que las arterias contenían "pneuma" o "espíritus vitales" en su interior; este evento observado en múltiples disecciones -el encontrar las arterias vacías- fue sometido a evaluación para confirmar su veracidad, este proceso mediante vivisección. Si bien al puncionar las arterias se evidencio salida de sangre de su interior, Erasistrato dio una explicación naturalista a este suceso: "al realizar la incisión en la arteria, el pneuma vital se escapa por ella y que, puesto que la naturaleza aborrece el vacío, un flujo de sangre venosa pasa a los vasos arteriales impidiendo que queden sin contenido" [17]. Otros personajes que practicaron la experimentación son Aristóteles (precursor de la anatomía comparada), Teofrasto, Estratón, etc.

Tipos de enfermedades y afecciones del Cuerpo y Alma

El concepto de "pathos" o enfermedad se aplica tanto para las dolencias de la esfera física como a las perturbaciones producidas por la "psyché" o alma**, cualquiera sea el origen de la afección, producirá un desequilibrio en los humores corporales o en sus

cualidades, causando un padecimiento; la presencia de la enfermedad "pathos", no se quedará solamente en descripción de la misma (fruto de la experiencia adquirida), sino que buscará ir más lejos, hacia una nosología (estudio individual de la patología) y nosografía (descripción y clasificación de las enfermedades) médica.

Este nuevo giro que se presentó generó una visión clínica, mucho más estructurada y científica de la enfermedad, iniciando por una clasificación general de más compleja "enfermedades posibles, afecciones de perturbación, la enfermedad cuando se ha anclado en cuerpo y alma, estados de enfermedad y debilidad, mal inveterado" [12], para luego enumerar las etiológicas "tuberculosis, enfermedades ulcerosas, enfermedades cancerosas, enfermedades de la vista, nostalgia, desconocidas y varias" [18] y por último describirlas con el mayor detalle, no solo en su sintomatología sino su curso natural y las normas para su posible curación, en la descripción de la tuberculosis por ejemplo se menciona: "Hemoptisis [...] respiración quejumbrosa, tos seca, emisión de esputo.... Proceso de la enfermedad [...] la ha invadido la fiebre, aumenta la tos, ha adelgazado muchísimo, se halla completamente postrada... Pautas para la curación [...] el aire es saludable y hay leche muy apropiada para este tipo de curas" [18].

Las afecciones del cuerpo y alma difieren entre sí, las del alma son más difíciles de diagnosticar y tratar, pues comprometen el área sensible, por lo tanto, pueden pasarse por alto y en ocasiones ser tildadas con "virtudes" al confundir "la ira por valentía", "la pasión amorosa por amistad", "la envidia por emulación", "la cobardía por prudencia", en tanto que las afecciones corporales se manifiestan por signos observables y medibles "pulso, bilis, temperatura, dolores" y en casos más graves "letargia, epilepsia y apoplejía" [19].

Es importante recordar que el cuerpo y alma se encuentran relacionados, existiendo ciertas patologías o actuares donde las dos se integran dominando la una a la otra: "Es el cuerpo en cierto modo el que da su ley al cuerpo. Y sin embargo el alma tiene su papel que desempeñar y los médicos la hacen intervenir: pues es ella la que corre sin cesar el riesgo de arrastrar al cuerpo más allá de su mecánica propia y de sus necesidades elementales" [12], por lo tanto afecciones corporales pueden ser generadas por alteraciones de la mente y alma; la importancia de este hecho y de su repercusión psicosomática es descrita por Estacio como "un repentino peligro", que "avanza sin vacilar", producida por la "tensión del trabajar" y el "dominio de su espíritu vigoroso", una "enfermedad mental, con graves consecuencias físicas" que lo llevó a un agotamiento extremo,

"cansancio psíquico", "languidez y abulia", "pereza", "olvido o renuencia al deseo de vivir" [18].

El alma también se manifiesta en los sueños, de tal manera, que aquel que pueda interpretar estos (de manera correcta) poseerá un conocimiento extra a través suyo, por ejemplo, Artemidoro consideraba moralmente censurable el incesto (hijo, madre) pero en el ámbito interpretativo le confiere características positivas y negativas:

"La madre es el oficio; unirse a ella significa pues éxito y prosperidad en la profesión. La madre es la patria: quien sueña una relación con ella puede proveer que regresara a su casa si está exiliado, o que encontrará el éxito en la vida política. La madre también es la tierra fecunda de donde ha salido uno, si está uno en un proceso cuando tiene un ensueño incesto, es que se conseguirá la posesión en litigio; si es cultivador implica que tendrá una rica cosecha. Peligro sin embargo para los enfermos hundirse en esa madre-tierra quiere decir que morirá uno" [12].

CONCLUSIÓN

La cultura griega sentó las bases del pensamiento occidental gracias a un proceso de análisis y transformación de la realidad. Superó el pensamiento mítico y conformó un conocimiento basado en la naturaleza. Como se puede observar en este ensayo, esta forma de pensar penetró en el ámbito médico y de la salud, intentado generar una visión holística de la misma, en la cual, se pueda prestar atención a enfermedades no solo del cuerpo, sino del alma, todo integrado en un comportamiento moral adecuado.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Pino Andrade Raúl Haldo. Cirujano General, Magister en Investigación en Salud. Universidad de Cuenca, Hospital Vicente Corral Moscoso.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0294-5468>

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Ninguna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robles, M. El Mundo Político Greorromano. Centro de publicaciones de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad de Cuenca. 2003.
2. Ortiz, F. Historia del Pensamiento Médico. McGraw-Hill. México. 2002.

3. Homero. La Odisea. Editorial Porrúa, Guadalajara, México, 2007.
4. Foucault, M. Historia de la sexualidad. Decimoquinta edición. Tomo III. Editorial Siglo Veintiuno. México. 2007.
5. Hipócrates. La antigua medicina. Paris 1948 en: Foucault, M. Historia de la sexualidad. Decimoquinta edición. Tomo III. Editorial Siglo Veintiuno. México. 2007.
6. Ortiz, F. Medicina y Literatura. McGraw-Hill. México. 2002.
7. Osler, W. Aequnimitas. The Blakiston Company. Tercera edición. Filadelfia. 1932.
8. Platón. Timeo. En Foucault, M. Historia de la sexualidad. Decimoquinta edición. Tomo III. Editorial Siglo Veintiuno. México. 2007.
9. Platón. Las Leyes. En Osler, W. Aequnimitas. The Blakiston Company. Tercera edición. Filadelfia. 1932.
10. Hipócrates. La ley. En Chuaqui, B. Breve historia de la medicina. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago. 2000.
11. Molina, M. Hipócrates. Sus Aforismos. Prefectura del Azuay. 2008.
12. Foucault, M. Historia de la sexualidad. Decimoquinta edición. Tomo II. Editorial siglo veintiuno. México. 2007.
13. Diógenes, L. la vida de los filósofos Foucault, M. Historia de la sexualidad. Decimoquinta edición. Tomo II. Editorial siglo veintiuno. México. 2007.
14. Aristóteles. La generación de los animales. En Foucault, M. Historia de la sexualidad. Decimoquinta edición. Tomo II. Editorial siglo veintiuno. México. 2007.
15. Clemente de Alejandría. El pedagogo. En Foucault, M. Historia de la sexualidad. Decimoquinta edición. Tomo II. Editorial siglo veintiuno. México. 2007.
16. García, L. De la Anatomía Alejandrina al Corpus Galeninianum. Medicina e Historia. 1974. N. 37.
17. Hipócrates. Sobre la medicina antigua. Madrid 1983. En: Gonzales, J. Grecia y las ciencias. 2007. Disponible en: www.plazayvaldes.es Revisado en Marzo 2018.
18. Segura, B. Enfermar, envejecer y morir en los tiempos de Tito a Trajano. Cuadernos de Filosofía Clásica. Estudios latinos. 2007. V 27.
19. Plutarco. Animime an corporis affectiones sint peiores. En Foucault, M. Historia de la sexualidad. Decimoquinta edición. Tomo II. Editorial siglo veintiuno. México. 2007
20. Gil-Stotres, P. Los evacuantes particulares: ventosas, escarificaciones, sanguijuelas y cauterios en la terapéutica bajo medieval. Medicina e Historia N 34. 1990.
21. Hipócrates. Del régimen III. En: Foucault, M. Historia de la sexualidad. Decimoquinta edición. Tomo II. Editorial siglo veintiuno. México. 2007.
22. Druille, P. El Poder Sanador de la Palabra en Clemente de Alejandría. CIRCE. N13. 2009.
23. Porfirio, Vida de Pitágoras. En Foucault, M. Historia de la sexualidad. Decimoquinta edición. Tomo II. Editorial siglo veintiuno. México. 2007.
24. Laín, P. La racionalización Platónica del Ensalmo y la intervención de la Psicoterapia verbal. Medicina e Historia 1970.N LXIV.

Normas de publicación

Universidad de Cuenca,
Facultad de Ciencias Médicas,
Comisión de Publicaciones.

La Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca es una publicación cuatrimestral con arbitraje ciego por pares académicos. Publica artículos referentes a temas de salud.

VOLUMEN 36 | Nº3 | DICIEMBRE 2018

INGRESO Y RECEPCIÓN DE MANUSCRITOS

Los trabajos científicos a ser publicados en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, serán entregados en la Secretaría de la Comisión de Publicaciones y/o enviados a la dirección electrónica **publicaciones.medicina@ucuenca.edu.ec**, con los siguientes detalles:

1. Un ejemplar impreso y el archivo digital del manuscrito sin nombres de los autores, en formato "Word" con una medida estándar ISO A4, márgenes de 2.5 cm a cada lado, impreso a una sola cara, letra "arial" de 12 puntos, 1.5 de espacio interlineado y con una extensión máxima de 10 páginas numeradas a partir de la hoja del título.
2. Material gráfico en formato "jpg" con una resolución mínima de 1,200 dpi (2 Mb). Incluirá la autorización para la publicación de fotografías en las que se identifique a las personas o que hayan sido publicadas previamente.
3. Formulario de datos del/los autor/es, mismo que podrá ser solicitado, llenado y enviado a la dirección electrónica descrita anteriormente.
4. Aprobación del trabajo de investigación por un Comité de Bioética, especialmente para los estudios experimentales.
5. Oficio dirigido al Director de la Comisión de Publicaciones, especificando el tipo de manuscrito que se presenta: original, ensayo, caso clínico, revisión bibliográfica, etc.

Imágenes: Podrán incluirse imágenes de interés sobre las diversas ramas de las ciencias de la salud, con presentación de eventos o acontecimientos, su descripción, explicación, evolución y desenlace. Máximo 5 imágenes con su numeración y nota explicativa al pie. Las imágenes deben ser de óptima calidad y no permitirán la identificación de la persona, a menos que se disponga de un consentimiento o asentimiento informado para hacerlo. Las figuras contarán con la respectiva autorización si el material ha sido tomado de alguna fuente bibliográfica.

Tablas: Deben estar en formato abierto, sin color. Especificar fuente y elaborado por el/los autor/es de manera general sin colocar nombres. Ejemplo:

TABLA Nº 1
TÍTULO

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
X	n	00.00
Y	n	00.00
z	n	00.00

Elaborado por: los autores Fuente: base de datos

Aspectos éticos

Los artículos científicos para su publicación se sujetarán a las normas nacionales e internacionales de Bioética para investigación y publicación; por lo cual es necesario remitir las aprobaciones de los proyectos de investigación por un Comité de Ética.

Selección de Descriptores (DECS): Los descriptores son colecciones de términos que facilitan el acceso a la información. Sirven como lenguaje único en la indización de artículos de revistas científicas, libros, informes técnicos y otros materiales disponibles en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Se los puede encontrar en el enlace: <http://decs.bvs.br/>

Proceso de Revisión:

Los trabajos enviados para su publicación serán revisados en primera instancia por el Comité Editorial, el cual evaluará la estructura, contenido y presentación. De cumplir con las normas será sometido a arbitraje por pares académicos designados por la Comisión. Los pares académicos a través del informe, determinarán si el manuscrito será aceptado sin modificaciones, enviado a autores para correcciones o devuelto al autor/es. El procedimiento de revisión se mantendrá hasta lograr el cumplimiento de los requerimientos teóricos, técnicos y metodológicos exigidos por la revista. El Comité Editorial será quien defina los artículos a ser publicados en el respectivo número y volumen en consideración a la temática y necesidades de cada volumen.

El Comité Editorial y los pares académicos realizarán un arbitraje a ciegas. Los autores no conocerán la identidad de los revisores.

Tipo y Estructura de manuscritos

- A. Artículo Original
- B. Ensayo
- C. Caso Clínico
- D. Revisión Bibliográfica
- E. Artículo de Reflexión
- F. Carta al Editor

Se sugiere consultar las siguientes guías para la presentación de manuscritos según el tipo de estudio:

TIPO DE ESTUDIO	GUÍA
Ensayos Controlados Aleatorios	CONSORT
Revisiones Sistemáticas	PRISMA
Estudios Observacionales	STROBE
Estudios de Diagnóstico de la Enfermedad	STARD
Estudios Cualitativos	COREQ, SRQR
Reporte de Casos	CARE

La utilización de abreviaturas en el texto, estará precedida por el significado completo de las mismas la primera vez que aparezcan en el documento. Cada referencia, figura o tabla, se citará en el texto en orden numérico (el orden en el cual se menciona en el texto determinará los números de las referencias, figuras o tablas). Para valores numéricos, se utilizará el punto como separador de decimales y la coma como separador de miles.

Los manuscritos incluirán declaración de conflicto de intereses, contribución de los autores y fuentes de financiamiento. El agradecimiento será opcional.

Conflicto de intereses: Es aquella situación en donde el juicio de un individuo puede estar influenciado por un interés secundario. De no ser el caso, los autores declararán la no existencia de conflicto de intereses.

Contribución de los Autores: Se especificará el grado de contribución de cada uno de los autores en la elaboración del manuscrito. Ejemplo:

- Todos los autores declaran haber contribuido de forma similar en la idea, diseño del estudio, análisis, interpretación de datos y redacción del artículo final.
- Iniciales del Autor 1: Idea original, diseño del estudio, etc.
- Iniciales del Autor 2: Recolección, análisis e interpretación de datos, etc.

Fuentes de Financiamiento: Incluir el nombre de los patrocinadores con el uso dado a cada una de las fuentes: diseño del estudio, análisis de datos, redacción del informe, etc. De no existir fuentes externas, se colocará "autofinanciado" o "fondos propios".

Agradecimiento (Opcional): Expresa la gratitud a aquellas personas o instituciones que, habiendo colaborado, no cumplen con los criterios de autoría, estos son, ayuda técnica recibida, ayuda en la escritura del manuscrito o apoyo general prestado. Podrá saludarse el apoyo financiero o los medios materiales recibidos.

A. ARTÍCULOS ORIGINALES:

Los artículos científicos, para efectos metodológicos, se ordenarán de la siguiente manera:

1. Título.
2. Resumen en español e inglés, incluidas las palabras clave.
3. Introducción con planteamiento del problema y revisión de literatura o estado del arte.
4. Metodología
5. Resultados en cuadros, tablas o gráficos.
6. Discusión.
7. Conclusiones.
8. Referencias bibliográficas de acuerdo a las Normas de Vancouver.

1. Título

El Título o encabezamiento será corto, de 8 a 10 palabras, reflejará el contenido del trabajo, además del lugar y el año de la investigación.

2. Resumen

El Resumen constará de 200 palabras en los artículos originales, así como en los de revisión y opinión; y, de 50 a 100 para los informes de casos clínicos. El Resumen será estructurado de la siguiente manera: objetivos, métodos, resultados y conclusiones. No se utilizarán abreviaturas excepto cuando se utilicen unidades de medida. **Palabras clave:** Todo artículo llevará de 3 a 10 palabras clave en español y en inglés (key words). Las palabras clave se relacionarán con los descriptores en ciencias de la salud (DeCS).

3. Introducción

Tiene el objetivo de familiarizar al lector con la temática, la finalidad y el sentido del artículo científico. En ella se exponen las motivaciones que impulsaron a realizar la investigación, el problema a investigar, el objetivo que se propone, la metodología que se aplica para obtener los resultados.

4. Metodología

Se describirá las particularidades de la investigación de acuerdo al tipo de diseño; una adecuada descripción posibilita que la experiencia pueda ser comprobada y recreada por otros investigadores y científicos. Esta norma es compatible con la credibilidad y veracidad de todo trabajo científico. En trabajos cuantitativos es importante presentar el universo o población de estudio, las características de la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, las variables que intervienen, el diseño estadístico y los métodos matemáticos utilizados para demostrar las hipótesis.

5. Resultados

La exposición de los resultados precisa de la descripción científica del nuevo conocimiento que

aporta la investigación, así como de los resultados que la justifican. Se seleccionará de manera ordenada lo que es significativo para la finalidad del artículo, es decir, para el mensaje que se quiere divulgar. Una revisión minuciosa de los datos acopiados y una actitud reflexiva de su significación ayudan a seleccionar la información relevante y a definir adecuadamente la esencia del nuevo conocimiento obtenido.

La utilización de tablas o gráficos estará sujeta a la naturaleza de los datos. Cuando se trata de manifestar y de visualizar una tendencia o proceso en evolución es recomendable el uso de un gráfico, en tanto que las tablas ofrecen mayor precisión y permiten leer los valores directamente. En ambos casos serán auto explicativos, es decir, que eviten remitirse al texto y sean convincentes por sí mismos. El título y las notas explicativas a pie de tabla y gráfica serán breves y concretos.

6. Discusión

Constituye la parte esencial del artículo científico; tiene el propósito de utilizar los resultados para obtener un nuevo conocimiento. No se trata de reiterar los resultados con un comentario sino entrar en un proceso analítico y comparativo con la teoría y los resultados previos de otras investigaciones, para buscar las explicaciones al problema planteado, así como inferir su validez científica en el contexto específico del campo investigativo. Es fundamental contrastar los resultados y conclusiones con estudios previos a la luz de las teorías citadas.

7. Conclusiones

Se destacan las observaciones o aportes importantes del trabajo los cuales deberán estar respaldados por los resultados y se constituyen en una respuesta a los objetivos planteados al inicio de la investigación.

8. Referencias bibliográficas

Las referencias bibliográficas serán escritas de acuerdo a las Normas de Vancouver y podrán ser: libro, capítulo de libro, artículo de revista, artículo de revista en internet reconocido por una sociedad o comunidad científica en el campo de la salud, página web de una institución nacional o internacional reconocida oficialmente en el campo de la salud.

Libros: Apellido e inicial del nombre del/los autor/es. Título. Volumen o N° de edición. Lugar de publicación: Editorial, año, página (s).

Ejemplo:

Guerrero, R. González, C. Medina, E. Epidemiología. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano, S.A.; 1981, p. 52.

Capítulo de libro: Apellido e inicial del nombre del/los autor/es. Título del Capítulo. En: Director/Coordinador/Editor literario del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Página inicial del capítulo-página final del capítulo.

Ejemplo:

Achig, D. Hitos de la Ciencia y la Tecnología Médica en Cuenca durante el siglo XX. En: Cárdenas María Cristina. Ciencia, Tecnología y Desarrollo en el Azuay desde una perspectiva histórica [Siglos XIX y XX]. Cuenca. Gráficas Hernández; 2014. 113-177.

Artículos de Revista: Apellido e inicial del nombre del/los autor/es, Título. Abreviatura de la revista. Año y mes. Volumen (número): páginas.

Ejemplo:

Ojeda, M. Coronel, F. De la Cruz, E. Vivar, D. Gárate, A. Orellana, P. et al. Características de Prescripción Antibacteriana en hospitales públicos de la provincia del Azuay. Rev. Fac. Cien. Med. 2010 Abr; 29(1):17-22

B. ENSAYO:

Es un escrito en prosa con lenguaje conceptual y expositivo que presenta con profundidad, madurez y sensibilidad una interpretación menos rigurosa metodológicamente sobre diversos temas, sean filosóficos, científicos, históricos, etc. El punto de vista que asume el autor al tratar el tema adquiere primacía. La nota individual, los sentimientos del autor, gustos o aversiones se ligan a un lenguaje más conceptual y expositivo. Combina el carácter científico de los argumentos con el punto de vista y la imaginación del autor. La estructura del ensayo consta de: Título, Resumen, Introducción, Desarrollo, Conclusiones y Referencias bibliográficas. Tiene una extensión de hasta 5.000 palabras.

C. CASOS CLÍNICOS:

Se realiza la descripción y análisis de casos clínicos con una extensión máxima de 5.000 palabras con la siguiente estructura: Título, Resumen, Introducción, Presentación del caso que incluya procedimientos, diagnóstico, tratamiento y evolución; Discusión, Conclusiones y Referencias bibliográficas. Se incluye tablas con datos analíticos y hasta cinco gráficos de alta calidad. La Revista de la Facultad publicará los casos que tengan mayor relevancia científica, profesional y social.

D. REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS:

Son escritos para analizar con mayor profundidad temas de interés académico, científico, profesional o social relacionados con la salud. La extensión es de hasta 10 páginas, pueden contener hasta 10 cuadros o gráficos y hasta 100 referencias bibliográficas. Consta de un resumen de aproximadamente 200

palabras. Contiene al menos Introducción, Desarrollo y Conclusiones.

E. ARTÍCULOS DE REFLEXIÓN:

Son escritos de análisis filosóficos, éticos o sociales relacionados con la salud con contenido crítico, con una extensión de hasta 5.000 palabras. Pueden ser elaborados a pedido del Director o por iniciativa de los autores.

F. CARTAS AL EDITOR

Las Cartas al Editor son comunicaciones cortas realizadas por expertos, personas reconocidas en un campo de la ciencia con comentarios, en general, de desacuerdo o acuerdo conceptual, metodológico, interpretativo, de contenido, etc., sobre algún artículo original, de revisión, editorial, etc. publicado previamente en una revista.

Las cartas también estimulan, promueven e impulsan el desarrollo de nuevos conocimientos sobre un tema concreto en tres órdenes: referencia a artículos publicados previamente en la revista, tratamiento de temas o asuntos de interés para los lectores, o bien presentación de una investigación en no más de una carilla que no sería publicada en el formato de un artículo original u original breve.

Las reformas que constan en la presente normativa, fueron aprobadas por los miembros de la Comisión de Publicaciones de la Facultad de Ciencias Médicas, el 30 de mayo de 2018.

COMISIÓN DE PUBLICACIONES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE CUENCA

ENFERMERÍA

MEDICINA

TECNOLOGÍA
MÉDICA

REVISTA DISPONIBLE EN FORMATO DIGITAL

<https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/index>