

# MEDICINA

ISSN: 0120- 5498 • e-ISSN 2389- 8356

Volumen 41 No. 4 (127) Octubre - Diciembre de 2019

Revista científica arbitrada de la Academia Nacional de Medicina de Colombia

Fundada como Revista Médica en 1873

710 ediciones, 583 de 1873 a 1967; edición No. 127 desde 1978

www.revistamedicina.net - www.anmdecolombia.org.co

---

<b>Editor Emérito</b>	<b>Alfredo Jácome Roca, MD</b>
<b>Editor</b>	<b>Jaime Bernal Villegas, MD, PhD</b> Academia Nacional de Medicina de Colombia Carrera 7 No. 69 – 11 Bogotá, Colombia Teléfono: (571) 5550555 revistamedicina@anmdecolombia.org.co
<b>Editora Asociada</b>	Beatriz Suárez de Sarmiento, Enf, MSc
<b>Comité Editorial</b>	Alberto Gómez Gutiérrez, PhD Universidad Javeriana, Bogotá Alexia Peña-Vargas, MD, PhD Universidad de Adelaida, Australia Carlos Arturo Álvarez Moreno, MD, PhD Universidad Nacional de Colombia, Bogotá Diego Andrés Rosselli Cock, MD, EdM, MSc Universidad Javeriana, Bogotá Gladys Stella Martínez Martínez. Psicol. PhD Centro de Investigaciones en Biomodelos Juan Manuel Anaya. MD, PhD Universidad del Rosario, Bogotá Marta Lucía Tamayo, MD, MSc Universidad Javeriana, Bogotá

---

## Comité Científico

Alberto Vélez van Meerbeke, MD, MSc  
Universidad del Rosario, Bogotá

Carlos Corredor Pereira, PhD  
Universidad Simón Bolívar, Cúcuta

Edmond J. Yunis, MD  
Universidad de Harvard, Boston

Jorge Reynolds-Pombo, Ing. Elect  
Fundación Abood Shaio, Bogotá

Luis Alejandro Barrera Avellaneda, PhD  
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

Nancy Gore Saravia, PhD  
CIDEIM, Cali

Nubia Muñoz, MD  
Agencia Internacional para Investigación  
en Cáncer (IARC), Lyon, Francia

Rodolfo Llinás, MD, PhD  
Universidad de Nueva York

---

Martha D. Mendoza Fernández  
Coordinación editorial

Julieta Calvete Girón  
Gestión editorial y corrección de estilo

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

www.anmdecolombia.org.co

### **Biblioteca:**

biblioteca@anmdecolombia.org.co

### **Museo de Historia de la Medicina:**

com\_museo@anmdecolombia.org.co

Telefax: (571) 5550555

Carrera 7 No. 69-11

Bogotá, Colombia

### **Revista MEDICINA**

www.revistamedicina.net

revistamedicina@anmdecolombia.org.co

Publicación trimestral

### **Indexada en:**

Encolombia.com (Colombia)

BBCS-LILACS (Brasil)

Imbiomed (México)

Latindex (México)

Google Scholar (Estados Unidos)

National Library of Medicine (Estados Unidos)

Ulrichs web (Estados Unidos)

World Cat OCLC (Estados Unidos)

REDIB (España)

Journal TOCs (Reino Unido)

Hellenic Academic Lybraries (Grecia)

Hinary (Suiza)

DOAJ (Suecia)

Sprint knowledge (Rumania)

Index Copernicus (Polonia)

### **Impresión**

Imagen Editorial

PBX: (571) 8055892

Bogotá, Diciembre 2019

## JUNTA DIRECTIVA

2018-2020

### **Presidente**

Herman Esguerra Villamizar

### **Vicepresidente**

Germán Gamarra Hernández

### **Secretario Perpetuo**

Gilberto Rueda Pérez

### **Secretario General**

David Vásquez Awad

### **Tesorero**

Augusto Peñaranda Sanjuán

## COMISIÓN DE PUBLICACIONES

2018-2020

Jaime Bernal Villegas, MD, PhD – Coordinador

Alberto Gómez Gutiérrez, PhD

Beatriz Suárez de Sarmiento, Enf. MSc

Carlos Arturo Álvarez Moreno, MD, PhD

Diego Andrés Rosselli Cock, MD, EdM, MSc

Juan-Manuel Anaya, MD, PhD

Marta Lucía Tamayo, MD, MSc.

Luís Hernán Eraso, MD

Roberto D'Achiardi, MD

Patricia Savino Lloreda, ND, MBA

---

«La Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales está llamada a representar los derechos del cuerpo médico; a mantenerle a la altura que le pertenece, tanto por la respetabilidad, como por el número de sus miembros; a afianzar el cumplimiento de sus deberes para con la comunidad, ilustrándose y moralizando el ejercicio de su sagrado ministerio. 'Un periódico es el complemento necesario del pensamiento que ha precedido a su fundación, y ella ha creado por esta razón, la Revista Médica'».

Pío Rengifo, Redactor  
Revista Médica, Serie I, número 1.  
Bogotá, 2 de julio de 1873



**MinEducación**

Ministerio de Educación Nacional



**Academia Nacional de Medicina**

Los contenidos publicados en esta revista son responsabilidad exclusiva de los autores.

# CONTENIDO/CONTENTS

## Editorial / Editorial

### La ley de tamizaje neonatal en Colombia

The neonatal screening law in Colombia

*Jaime Bernal Villegas*..... 297

## Artículos de Investigación / Research papers

### Experiencias y narrativas de mujeres con VIH, víctimas de violencia de pareja en Bogotá (Colombia)

Experiences and narratives of HIV women, victims of intimate partner violence in Bogotá (Colombia)

*Leonardo Arévalo Mora* ..... 299

### Cumplimiento del protocolo para la atención integral en salud a víctimas de violencia sexual, en un servicio de pediatría en Bogotá (Colombia)

Compliance assessment of the comprehensive protocol of health attention of sexual violence victims, in a pediatrics department in Bogotá (Colombia)

*Victor Alfonso Caballero Blanco, Paola Gómez Sandoval, Claudia Maryuri Nárvaez Sánchez* ..... 322

### Diagnóstico funcional de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en un grupo de pacientes de la provincia Sugamuxi - Boyacá (Colombia)

Functional diagnosis of the chronic obstructive pulmonary disease in a patient group of the Sugamuxi province - Boyacá (Colombia)

*María del Pilar Rojas Laverde, Sandra Patricia Corredor Gamba, Alba Yanira Polanía Robayo, Marcela América Roa Cubaque* ..... 339

## Reporte de caso / Case report

### Bloqueo de los nervios digitales del primer dedo del pie mediante la técnica en V invertida en el tratamiento quirúrgico de la onicocriptosis: A propósito de un caso

Blockade of the digital nerves of the first toe by means of the inverted V technique in the surgical treatment of onicocriptosis: a case report

*Sergi Sánchez Hernández* ..... 347

## Historia de la Medicina / History of Medicine

### Entre la anatomía y las geociencias: una aproximación a la vida y obra del beato Nicolás Steno

Between the anatomy and the geosciences: revisiting the life and work of blessed Nicolaus Steno

*María Catalina Sánchez-Martínez, Leonardo Palacios-Sánchez* ..... 351

### Una breve historia de la Quinta de Segovia

A brief history of the Quinta de Segovia

*Hugo Sotomayor Tribín* ..... 358

## DE LA ACADEMIA / FROM THE ACADEMY

### Premios a la Investigación otorgados por la Academia Nacional de Medicina en 2019

Research Awards granted by the National Academy of Medicine in 2019

*Alfredo Jácome Roca*..... 360

### Obituarios / Obituaries

#### Gustavo Malagón Londoño

*Tito Tulio Roa* ..... 363

Índice de temas y autores 2019 ..... 364

#### Miembros de la Academia Nacional de Medicina

Members of the National Academy of Medicine ..... 368

#### Miembros de los Capítulos de la Academia Nacional de Medicina

Members of the Chapters of the National Academy of Medicine ..... 369

#### Miembros de las Academias Regionales de Medicina

Members of the Regional Academies of Medicine ..... 370

#### Asociaciones y Sociedades Científicas afiliadas a la Academia Nacional de Medicina

Scientific Associations and Societies affiliated with the National Academy of Medicine ..... 371

#### Indicaciones para los autores

Instructions to authors ..... 372

## AGRADECIMIENTO A LOS ÁRBITROS DE LA REVISTA MEDICINA

La calidad e integridad de los manuscritos publicados por la Revista MEDICINA, de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, se basa en múltiples niveles de revisión. En primera instancia, el proceso se origina en el autor y/o coautores que han conducido el trabajo y que atestiguan su contenido. En segunda instancia los editores, quienes deciden si el artículo se encuentra dentro del rango de temas de la revista y se adhiere a las recomendaciones que se dan a los autores. Posteriormente, se envía el trabajo a dos pares académicos quienes llevan a cabo un análisis completo de la novedad, claridad, metodología adecuada, interpretación de los resultados, conclusiones, revisión de la literatura, comparando el contenido con trabajos previamente publicados sobre el mismo tópico tratado.

Con base en sus conocimientos y juicio crítico, los árbitros realizan el control de calidad del trabajo y señalan las posibles falencias, fortalezas y debilidades de la investigación, así como las correcciones que deban efectuarse al manuscrito para la determinación de su publicación o eventual rechazo. Elaborar estas revisiones constituye una responsabilidad y una labor dispendiosa, tomada de forma voluntaria por personas que separan un tiempo entre sus múltiples compromisos profesionales y académicos, para bien de la ciencia y de la publicación de investigaciones serias y confiables. Dicha valoración se hace en forma anónima y bajo la modalidad de Doble ciego, de modo que ni el árbitro ni los autores conocen mutuamente sus identidades.

La Revista MEDICINA quiere agradecer a los siguientes pares académicos que brindaron su experta colaboración arbitral en temas relacionados con ciencias biomédicas y de la salud para el año 2019:

Adriana Ordóñez Vásquez

Alberto Gómez Gutiérrez

Alejandra Cañas Arboleda

Alfredo Jácome Roca

Ana Luisa Velandia Mora

Andrés Caballero Arteaga

Betty Almanza Lozano

César Alberto Jáuregui Reina

David Vásquez Awad

Diego Rosselli Cock

Eduardo Jaramillo Carling

Eliana Patricia Rincón Sánchez

Elmer Escobar Cifuentes

Elsa Mariño Samper

Enrique Ardila Ardila

Fernando Alfredo Velandia Hurtado

Fernando Sánchez Torres

Francisco Henao

Horacio Giraldo Estrada

Hugo Díez Ortega

Ignacio Briceño Balcázar

Ignacio Manuel Zarante Montoya

Jaime Bernal Villegas

Jaime Fandiño Franky

Javier Marrugo Cano

Jorge David Rubio Rodríguez

José Gabriel Carrasquilla Gutiérrez

Libardo Alberto Rentería Ledezma

Lina María Mora Barreto

Luis Hernán Eraso Rojas

María Elisa Moreno Fergusson

María José Sarmiento Suárez

Mario Arturo González Mariño

Martha Isabel Murcia Aranguren

Martha Lucía Tamayo Fernández

Michel Faizal Geagea

Odilio Méndez Sandoval

Pablo Rosselli Cock

Remberto Burgos de la Espriella

Ricardo Salazar López

## LA LEY DE TAMIZAJE NEONATAL EN COLOMBIA

Jaime Bernal Villegas<sup>1</sup>

En las últimas semanas se ha informado con alguna profusión en la prensa, la aprobación de la ley que reglamenta un programa de tamizaje neonatal en Colombia (1). A pesar de que se trata de enfermedades raras y por lo tanto de baja prevalencia, es necesario que se tomen más medidas para ampliar tanto la cobertura como el número de enfermedades cubiertas por el programa, dada la importante relación de costo-beneficio de esta práctica.

Sin embargo, al leer los artículos que integran la ley 1980 de 2019, se suscitan algunas inquietudes. En concreto, la mayoría de los artículos están orientados a quienes prestarían el servicio de tamizaje y, particularmente, a los requisitos que deben cumplir los laboratorios que lo hagan, incluidos los engorrosos trámites de acreditación y, sobre todo, la acreditación de cada una de las pruebas usadas con ese fin. Al parecer, no está claro que los programas de tamizaje son mucho más que unas pruebas de laboratorio; detrás de esto debe haber todo un equipo humano que informa a los padres, obtiene su consentimiento para las pruebas, interactúa con rapidez con el laboratorio para identificar los niños cuyas pruebas sugieren la presencia de una de las enfermedades (recuérdese que el tamizaje no es diagnóstico), los busca para hacer las pruebas diagnósticas, los pone en contacto con un médico especialista y luego les hace seguimiento, en varios casos por muchos años.

Adicionalmente, es preciso que haya otro grupo de personas que lleve las estadísticas y el análisis de las pruebas y contrapruebas e informe de esto a las entidades establecidas. En fin, no conviene reducir un programa de tamizaje a la calidad de las pruebas que son, además, “kits” producidos por reconocidas marcas y usados en todo el mundo. Tampoco conviene dejar en manos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), como se propone en el articulado, la búsqueda de los niños que no sean tamizados, pues esa es la tarea central de los programas de tamizaje.

Hay otro aspecto a tener en cuenta y que no es mencionado por la ley: el momento de la toma de la muestra. Es bien sabido que algunas de estas pruebas deben hacerse uno o dos días después del nacimiento, lo cual implica que la gran mayoría de los bebés ya están fuera del hospital o centro de salud donde nacieron. Por esta razón, varios estados en los Estados Unidos toman la primera prueba en el hospital, pero las repiten casi todas, una o dos semanas después del nacimiento. Otras muestras, como el TSH neonatal en sangre del cordón umbilical para hipotiroidismo congénito, puede hacerse y se viene haciendo en nuestro país, y en eso contamos con un largo aprendizaje.

Dado que el hipotiroidismo congénito es la enfermedad de mayor prevalencia en los programas de tamizaje y que su tratamiento debe iniciarse tan pronto sea

1 MD. PhD en Genética Humana. Fundador del Instituto de Genética Humana, Pontificia Universidad Javeriana. Red Colombiana de Medicina Genética (PREGEN). Editor de la Revista Medicina, Academia Nacional de Medicina. Bogotá, Colombia.

posible, parece conveniente mantener esta práctica en nuestro medio y tomar la muestra de sangre del talón para las otras pruebas, una o dos semanas después del nacimiento.

Finalmente, la labor educativa que tenemos por delante es enorme y no es mencionada en la ley. Es indispensable educar a los padres sobre la importancia de los tamizajes; en esa tarea son fundamentales las obstetras, cuya voz es atendida con cariño por la gran mayoría de las madres, y los pediatras que son conscientes de la relación costo-beneficio de estas prácticas. Es preciso también educar a los padres respecto a la importancia de la segunda muestra que puede hacerse al tiempo con el tamizaje visual y auditivo en el centro de tamizaje. Esto debido a las dificultades para superar y remontar la creciente tendencia a no dejar que los recién nacidos sean vistos, ni siquiera por sus

familiares cercanos, en las primeras semanas de vida, o también el derecho que, cada vez más, están exigiendo algunos padres de no vacunar a sus hijos o no aceptar exámenes que el Estado ofrezca como obligatorios. En consecuencia, esperaremos la reglamentación de esta ley para apoyar su desarrollo.

## Referencias

1. Programa de tamizaje neonatal en Colombia. Ley 1980/2019 del 26 de julio. Departamento Administrativo de la Presidencia de la República. Normativa, Leyes. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201980%20DEL%2026%20DE%20JULIO%20DE%202019.pdf>

*El Editor*

**Recibido:** 23 de noviembre de 2019  
**Aceptado:** 25 de noviembre de 2019

## EXPERIENCIAS Y NARRATIVAS DE MUJERES CON VIH, VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA EN BOGOTÁ (COLOMBIA)

Leonardo Arévalo Mora<sup>1</sup>

### Resumen

**Introducción:** En el contexto de la violencia de pareja en VIH, se hace necesario el análisis del proceso psico-social que experimentan las mujeres víctimas de esta violencia, así como las características del comportamiento de las mujeres posterior a la agresión y la relación con el diagnóstico de VIH. El objetivo de este estudio fue identificar las características que componen la violencia de pareja en mujeres con VIH en un programa de atención integral en Bogotá (Colombia). **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio cualitativo descriptivo exploratorio, centrado en las percepciones de mujeres que presentan VIH, y que habían sido víctimas de violencia de pareja tanto física como no física. Se realizaron entrevistas grupales con un número de 2 a 4 personas, participando un total de 12 mujeres. **Resultados:** En el análisis de contenido de las entrevistas surgieron ocho categorías de respuesta determinadas por un antes y un después del diagnóstico de infección por VIH, como fueron: opiniones de violencia de pareja, tipos de violencia sufridos, factores predisponentes, afrontamiento, consecuencias, relación con VIH, violencia desencadenada posterior a diagnóstico de VIH, impacto. **Conclusiones:** La violencia de pareja tiene múltiples causas culturales, sociales, personales y de relación; Si se pueden intervenir las variables personales, es posible romper el círculo de violencia establecido por relaciones de poder dispares que aún persisten en nuestra sociedad.

**Palabras clave:** *Violencia de pareja; violencia doméstica; VIH; Análisis Cualitativo; mujeres (MeSH-DeCS).*

1 Médico Cirujano, especialista en Epidemiología, Magister en Salud Sexual y Reproductiva. Centro de Expertos para Atención Integral CEPAIN IPS. Bogotá, Colombia.

## EXPERIENCES AND NARRATIVES OF HIV WOMEN, VICTIMS OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE IN BOGOTA (COLOMBIA)

### Abstract

**Introduction:** In the context of partner violence in HIV, it is necessary to analyze the psychosocial process experienced by women victims of this violence, as well as the characteristics of the behavior of women after aggression and the relationship with diagnosis of HIV. The objective of this study was to identify the characteristics that make up intimate partner violence in women with HIV in a program care in Bogotá (Colombia). **Materials and methods:** An exploratory qualitative descriptive study was conducted focusing on the perceptions of women with HIV, who had been victims of both physical and non-physical partner violence. Group interviews were conducted with a number of 2 to 4 people, with a total of 12 women participating. **Results:** In the content analysis of the interviews, eight response categories were came up, determined by a before and after the diagnosis of HIV infection, such as: opinions of partner violence, types of violence suffered, predisposing factors, methods of dealing, consequences, relationship with HIV, violence triggered after HIV diagnosis, impact. **Conclusion:** Intimate partner violence has multiple causes such as cultural, social, personal, and relationship factors; if personal variables can be intervened, it is possible to break the circle of violence established by disparate power relations that still persist in our society. The accompaniment that we can give as health personnel is essential to guide and give tools to women and empower them when they are victims of violence.

**Key words:** *Intimate partner violence; domestic violence; HIV infections; Qualitative Analysis; women (MeSH-DeCS).*

### Introducción

La violencia y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) son dos problemas complejos en salud pública que afectan la vida de millones de mujeres. Desde hace dos décadas, se ha estudiado la posible relación existente entre estos aspectos (1), encontrando una alta prevalencia de violencia en mujeres en relación con VIH (2-7). Esta relación genera repercusiones sociales y graves consecuencias para la salud y bienestar de la mujer, sin permitir un adecuado desarrollo del enfoque de género (8). Esta situación conduce a la disminución en el estado de la salud re-

lacionada con el VIH, encontrando asociación con el fracaso virológico, menor recuento de células CD4, mayor incidencia de infecciones oportunistas, marcado aumento de enfermedades episódicas, y mayor riesgo de mortalidad (9-11).

Globalmente, el fenómeno del aumento de la violencia de pareja en personas con diagnóstico de VIH ha sido ampliamente estudiado, registrando que mujeres con VIH reportan tasas más altas de violencia física, sexual y psicológica que la población general (12-14). Pantalone et al, describieron dentro de su revisión sistemática de 31 estudios, que la prevalencia de vio-

lencia física de pareja en las mujeres con VIH en Estados Unidos alcanzaba el 62%, 22% para violencia sexual, y 21-55% violencia psicológica (15). Cuatro estudios de África subsahariana realizados en Sudáfrica, Tanzania y Kenya demostraron que las mujeres seropositivas reportan más violencia de pareja en la vida comparada con mujeres VIH-negativas, con la mayor diferencia reportada en Tanzania (52 vs. 29%, respectivamente) (1). La revisión sistemática de Li y colaboradores de 28 estudios con 331.468 personas en 16 países en 2014, indicó una asociación estadísticamente significativa con la infección por VIH en mujeres y violencia de pareja [RR combinado (IC del 95%): 1,22 (1,01-1,46)].

Del mismo modo, los resultados de los estudios cruzados indicaron asociación significativamente estadística entre la infección por el VIH en mujeres y la combinación de violencia de pareja tipo físico y sexual [2,00 (1,24, 3,22) y con cualquier otro tipo de violencia [OR combinado (IC del 95%): 1,41 (1,16, 1,73)] (7). En otros estudios, se encontró que el haber comunicado la condición de VIH desencadenó violencia física para el 7,2% y violencia psicológica en el 26,5%. (16). Y en algunas investigaciones, la violencia de pareja contra la mujer se asociaba significativamente con un menor uso de antirretrovirales [OR 0,79, intervalo de confianza del 95% (IC del 95%) 0,64-0,97], con baja adherencia autocalificada por el paciente (OR 0,48; IC del 95%: 0,30-0,75) y menores probabilidades de supresión de la carga viral (OR 0,64, IC del 95%: 0,46-0,90) (17). La evidencia de varios estudios y revisiones muestra que un número sustancial de mujeres no revelan el estado de VIH a sus parejas por resultados negativos como la violencia, el abandono, la disolución de las relaciones, el estigma, la pérdida de hijos o la pérdida de su hogar (18, 19).

Para Colombia la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2015 realizada a población general evidenció que el 31,9% habían sufrido agresiones físicas por su

compañero (20). En el año 2018 se realizaron 49.669 peritaciones en el contexto de violencia intrafamiliar, de los cuales el 86,08 % se practicaron a mujeres (21). En el contexto de la infección por VIH, la Fase 1 de esta investigación logró establecer que para una población de mujeres con VIH que eran atendidas en un programa especializado en la ciudad de Bogotá, el 33,6% IC 95% [27-40%] presentaron violencia de pareja de cualquier tipo, física o no física; solo violencia física el 21,9% IC 95% [16-27%], y violencia no física del 31,8% IC 95% [26-38%] (22).

Factores de riesgo como el desequilibrio de poder entre los géneros (23), el machismo (24), la estigmatización de la infección por el virus (25, 26), y la culpabilización que se presentan en la violencia contra la mujer en el contexto del VIH (27), puede conllevar a que la mujer víctima de violencia tenga una baja asistencia a los servicios de salud, y/o una mala adherencia a las recomendaciones médicas con una inadecuada toma del manejo antirretroviral (28, 29). Lo que implica una disminución del número de linfocitos CD4, y así un gran riesgo de aumentar la morbimortalidad de las pacientes en el síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA). Y es que la infección por VIH hace explícitos problemas psicosociales, al convertirse en un estado de prejuicio social estigmatizante y condenatorio en la población general (25, 26); y que a nivel personal se trata de responsabilizar al compañero o compañera sexual, así como culparse a sí mismo por la situación de la transmisión (30, 31).

Dada estas circunstancias, es innegable que en un programa especializado en Colombia que atienda personas con VIH presentará cualquiera de este tipo de escenarios en las mujeres diagnosticadas, siendo situaciones que afectarán su calidad de vida, la adherencia que pueda tener a los manejos necesarios y aumentarán más el estigma al considerar sean una causa de la infección en sus parejas, sea por manipulación-ocultamiento del comportamiento del hombre, o simple-

mente por maltrato por parte de sus parejas. En consecuencia, surge entonces, una necesidad de protección a todas estas personas, dados los diversos contextos que implican un prejuicio social y condenatorio hacia el VIH y que genera violencia de género, y violencias relacionadas con el diagnóstico (25-29).

El apoyo que se podrá brindar partirá de la base del conocimiento del fenómeno social en el país, que influenciada por el contexto político y social puede tener mayores manifestaciones en las mujeres con VIH. No se encontró información del país relacionada con las vivencias de pacientes, con lo cual este estudio puede facilitar información de las concepciones, percepciones y diferentes análisis que de éstos tienen las mujeres, por lo que será de vital importancia a partir del reconocimiento de sus experiencias y vivencias de su problemática.

El objetivo de este estudio fue identificar los factores que están relacionados con la violencia de pareja en mujeres con VIH en un programa de atención integral en Bogotá (Colombia), analizando el proceso psicosocial que experimentan las mujeres que son víctimas de violencia de pareja, así como las características del comportamiento de las mujeres posterior a los actos de violencia sufridos, y la relación que pueden tener con el diagnóstico de VIH.

## **Materiales y métodos**

Esta investigación tuvo un enfoque general adaptado fenomenológico: se realizó un estudio cualitativo descriptivo exploratorio, centrado en las percepciones de mujeres que presentan VIH, y que habían sido víctimas de violencia de pareja tanto física (física y sexual) como no física (verbal, psicológica, y/o económica), descritas en un estudio analítico previo en el que se identificaron y caracterizaron los casos de violencia de pareja contra la mujer (22). En esta parte de la investigación se buscó, a partir de la experiencia, aprehender

sobre el fenómeno y su aclaración (32), ya que el ser víctima de violencia implica una asimetría social en las relaciones entre hombres y mujeres (33), el conocer el concepto de la mujer ante esta realidad, debe tener un relato exacto de lo que se experimenta para reconocer la vivencia en esta situación particular (34). Se utilizó el muestreo de caso crítico, el cual se edifica sobre la base de elegir una situación, fenómeno o realidad humana que permite ganar comprensión sobre una condición hipotética, en análisis por parte del investigador, pero sometida a juicio de un actor social (35). Se diseñó como técnica de recolección de información, las entrevistas de grupo, cuyo propósito principal fue que surgieran actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en las participantes mediante una entrevista grupal semiestructurada.

El estudio se desarrolló en la ciudad de Bogotá, en la institución prestadora de servicios de salud “Centro de Expertos para Atención Integral” (CEPAIN IPS) especializada en el abordaje y manejo integral de pacientes que viven con el virus de inmunodeficiencia humana, de localización predominantemente urbana, y con diferente nivel socioeconómico (bajo, medio y medio-alto). Estos pacientes están afiliados a una sola entidad administradora de planes de beneficios de salud (EAPB), que es una de las más grandes del país. Posterior a la realización de la fase 1 de la investigación (22), se realizó una invitación por medio de llamada telefónica a las mujeres que habían obtenido un resultado compatible de ser víctimas de algún tipo de violencia. La actividad se realizó en el auditorio de la IPS, con cuatro reuniones organizadas según la disponibilidad de las pacientes, quienes asistían una vez en el horario que más les convenía; fueron guiadas por el investigador principal, acompañado de las psicólogas, y trabajadoras sociales del programa interdisciplinario, que actuaron como observadoras. Sin embargo, el rol principal de las profesionales fue el de intervenir si alguna de las participantes presentase algún episodio de labilidad emocional importante debido a la recor-

dación y/o afrontación de haber sido víctima de violencia. Las participantes y el moderador se sentaron en círculo para facilitar el contacto visual y la interacción del grupo. Todas las sesiones eran registradas por medio de grabación, y por registro escrito de los aportes de las participantes.

En el primer momento de la sesión, se realizó una dinámica conocida como “presentación personal con insignias creativas” para que las mujeres no se identificaran con su nombre. Las participantes eran informadas acerca de que la conversación se daría con preguntas orientadoras, referentes a los objetivos propuestos; se desarrolló la técnica de recolección de información y al lograr la “saturación teórica” se dio por terminada la fase de recolección de información. Los datos fueron segmentados por grupo de informantes y temas; este proceso de generación de categorías fue principalmente abductivo, considerando categorías a priori construidas a la luz del marco referencial y, a la vez, un análisis inductivo a partir de las categorías que fueron emergiendo de las entrevistas (36). Los temas se identificaron a través de un proceso de comparación constante codificándose, recodificándose, e identificando patrones comunes y observando regularidades, convergencias y divergencias entre las perspectivas en torno a las categorías de análisis. Esto conformó el material de análisis que fue sometido a un estudio de contenido en la modalidad temática, en el cual se identificaron apreciaciones y nociones de las participantes, en apartados de texto, y se colocó en unidades comparables de categorización para análisis temático (37).

El análisis de los datos obtenidos se procesó bajo el software Atlas.ti (38); para garantizar la calidad de los resultados todas las entrevistas se grabaron y transcribieron literalmente por una persona externa; los análisis fueron discutidos con un analista externo, y por comparación, convergencia, o por consenso, se analizó la información obtenida. Los resultados se contrastaron con diferentes informantes, con distintas característi-

cas y con la bibliografía, lo cual confirmó representatividad y heterogeneidad de las participantes que se tenían de una perspectiva específica. La presentación de los resultados está guiada por dos estructuras de la vivencia de situaciones de violencia con la pareja, y están divididas por el momento del diagnóstico de VIH en un antes y un después. Momento que marca las vidas de los pacientes hacia cambios en la vida para una adecuada adaptación a un diagnóstico estigmatizante, o para sufrir situaciones de negación, rabia, y/o tristeza. Bajo cada estructura, los resultados se presentan en torno a temas que surgieron del análisis. Los criterios que se utilizaron para garantizar la calidad científica del componente cualitativo fueron la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad (39), consistencia lógica (40, 41).

El anteproyecto fue evaluado por el comité de ética de la Universidad del Rosario. Se siguieron las normas legales vigentes relacionadas con la investigación clínica y especialmente las siguientes: Resolución 8430 de 1993, Resolución 2378 de 2008 por la cual se adoptan las buenas prácticas clínicas en Colombia, Declaración de Helsinki (Octubre de 2008) y las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las ciencias médicas.

Se realizó una sesión de diligenciamiento de consentimiento informado, explicando los objetivos de la investigación, la naturaleza de las preguntas, el carácter confidencial de las mismas, los riesgos y las oportunidades de retiro del mismo. Como parte del procedimiento se sensibilizó a las participantes de la investigación, frente a lo que podría generar el tema en términos de susceptibilidad, emotividad o alguna otra reacción afectiva. Se dejó claro la libertad que tenían, de interrumpir la entrevista o no responder ciertas preguntas.

Para asegurar el rigor metodológico de la misma, se contó con la asesoría y acompañamiento de dos do-

centes tutoras. A todas las participantes se les ofreció el apoyo de asesores de salud y psicólogos, también se les proporcionó información en agencias de violencia intrafamiliar locales y organismos de apoyo contra el VIH (ICBF, Comisarías de familia, Policía, DABS, Fiscalía y un listado con nombres y números telefónicos de personas o sitios a los que se podía dirigir en un momento de emergencia). Se determinó que, en caso de detectar en las participantes riesgos de su estado con situaciones que colocasen en peligro su vida, se aplicaría el “Protocolo de valoración del riesgo de violencia mortal contra mujeres por parte de su pareja o expareja”. Si se detectaba que la participante corría un grave peligro y estaba en amenaza y riesgo su vida o la de sus hijos, se actuaría como Institución Prestadora de Salud responsable del cuidado de la paciente, en procura de protegerla a ella y su familia, y si era el caso denunciar para intervenir a nivel intrafamiliar con las instancias ya descritas como fiscalía o policía nacional. Sin embargo, no se presentó el caso y no hubo necesidad de acudir a dichas instancias. El material fue resguardado en archivos con codificación de claves que solo el investigador principal conoce, así mismo se archivaron en una unidad de disco duro sin acceso a internet, ni a sitios de almacenamiento en la web.

## Resultados

La mayoría de las mujeres se encontraban entre los 43 y 65 años, procedían de Bogotá, y una pequeña proporción eran naturales de la costa Atlántica, se encontraban en niveles 2 a 4 de estrato socioeconómico, eran mujeres separadas y tres mujeres aún se encontraban en unión libre, dos mujeres eran viudas.

Luego de identificadas las mujeres, fueron contactadas telefónicamente por medio de la trabajadora social y la psicóloga del programa, se les invitó a participar en los grupos focales recordándoles que hacía parte de la continuación de la Fase I del estudio, de la cual ya habían diligenciado un cuestionario previo y en el

cual habían dado su consentimiento informado para su participación, se presentaron los objetivos de la investigación, se solicitó su aprobación para asistir a la actividad y se acordaron lugares y fechas para las entrevistas.

En total participaron 12 mujeres, las entrevistas tuvieron una duración entre 2 y 3 horas (Tabla 1), todos los nombres son ficticios para protección de la identidad de las pacientes.

**Tabla 1.** Características de participantes de componente cualitativo.

Participante	Edad	Estado civil	Nro. de Hijos	Ocupación
Ana	48	Casada	2	Cajera
Blanca	65	Viuda	2	Pensionada, vive en un ancianato
Claudia	55	Separada	4	Operaria
Diana	50	Separada	2	Auxiliar de enfermería
Felipa	47	Soltera	2	Enfermera
Gabriela	43	Separada	2	Vendedora
Ernestina	48	Viuda	2	Ingeniera industrial
Manuela	48	Casada	5	Hogar
Inés	56	Separada	4	Auxiliar servicios generales
Juana	43	Casada	3	Cajera-vendedora
Lilia	45	Separada	2	Consultora de seguridad en salud
Mónica	49	Separada	5	Auxiliar servicios generales

Dentro de las historias de vida de las participantes se ha tenido en cuenta su estado civil y su relación con el VIH. Esto debido a las consecuencias de morbilidad y mortalidad de la infección y las condiciones en las

participantes para presentar violencia de pareja (Figura 1). Se observó que solo algunas mujeres han perdido a su pareja a causa de infecciones oportunistas por VIH, y precisamente estas personas no han tenido pareja posteriormente. Se logró establecer que las mujeres separadas, lo son por motivos diferentes al diagnóstico de VIH y la mitad de las participantes no se encuentran en unión. Solo para algunas mujeres, se logró documentar que las parejas de quienes se creyó que transmitió el VIH ya habían fallecido para el momento de la investigación.

De las doce mujeres participantes para el momento de la entrevista, la mayoría no convivía con alguna persona, ni poseía relaciones sentimentales. Tres mujeres indicaron que no tenían relaciones desde el fallecimiento de sus parejas, dos de ellas refirieron que sus parejas fallecieron por causas diferentes a la patología infecciosa (comorbilidades propias de tercera edad, y asesinato por hurto). Las demás mujeres se encontraban separadas y todas refirieron que el motivo de la separación no se había dado por el diagnós-

tico de VIH. Tres mujeres indicaron que las personas que les habían transmitido el virus ya habían fallecido, dos de ellas se encontraban separadas al momento de su muerte por causas relacionadas con el Sida; solo cuatro mujeres narraron que se encontraban casadas o en unión libre.

En el análisis de contenido de las entrevistas surgieron las categorías de respuesta determinadas por un antes y un después del diagnóstico de infección por VIH.

### Opinión sobre la violencia de pareja antes del diagnóstico de VIH

La mayoría de las mujeres reconocieron como un tipo de violencia específica la sufrida por la pareja con quien mantenían una relación, y consideraron que se trataba de una experiencia muy dolorosa que producía un gran golpe en la vida de las mujeres, ya que esta persona había sido escogida como compañero de vida y consideran debía proteger y cuidar a la mujer, y no maltratarla.

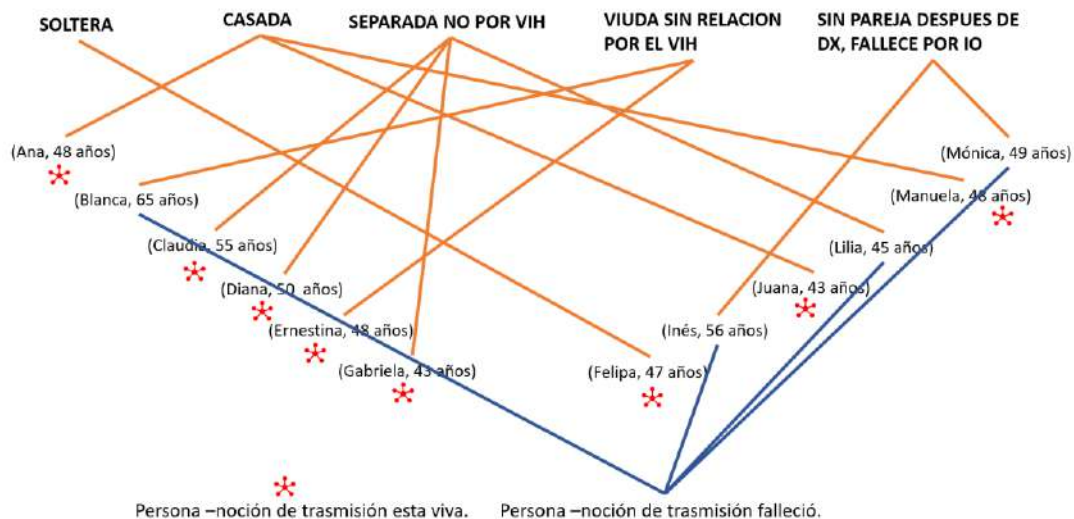


Figura 1. Perfil de participantes, Categorías de análisis.

Hay un reconocimiento de las diferentes manifestaciones de la violencia, predominando la violencia de tipo física con el uso de la fuerza, los golpes, o cualquier contacto físico brusco que afecta la estructura corporal de la mujer (empujar, sacudir, halar el cabello, etc.).

Se identificaron manifestaciones de violencia verbal atribuidas a expresiones orales de subvaloración, bajo reconocimiento a la autonomía y a la capacidad de la mujer de ser independiente, y a la escasa dignificación que se le da en cuanto a su papel o rol como madre, predominando dentro de los recursos las palabras soeces, de intimidación, y sometimiento:

“Bruta, bestia, no haga eso, usted no sirve para nada” (Claudia, 55 años).

Se otorga un amplio reconocimiento a la violencia verbal, la cual resulta hiriente. En sus definiciones impera el ejercicio de intimidación por parte del hombre. Algunas mujeres consideran que su impacto es mayor, ya que la humillación de la subvaloración no conlleva a una recuperación como lo tiene un golpe, sino que genera un menosprecio y subvaloración que afecta la dignidad y autoestima de la mujer:

“yo prefiero que me den un puño y no que me expresen así, o sea que me grite, para mí la verbal es mortal” (Gabriela, 43 años).

En menor medida se describe la violencia psicológica, que asocian a un discurso que conlleva a humillaciones, discriminación, subvaloración, y bajo reconocimiento de la mujer, como madre y pareja, afectando su estabilidad emocional:

“la autoestima se la quitan a uno terriblemente. Se supone que es el esposo, la pareja de uno y pues se supone que es el que tiene que protegerlo, cuidarlo, amarlo y le hace eso... entonces uno dice: ¿qué somos?” (Inés, 56 años).

Algunas mujeres relataron la manipulación ejercida por la pareja producto del ingreso económico que aportan al hogar o por la posición económica que ostenta el hombre y que conlleva a situaciones de menosprecio hacia la mujer o de coacción para crear una dependencia, con un deseo vehemente de demostrar superioridad en la generación de ingresos económicos, o la visión de que la mujer al no aportar económicamente se encuentra en una condición de inferioridad en relación con el hombre. Tales circunstancias generan amenaza permanente frente al no cubrimiento de sus necesidades básicas, ni la de sus hijos o incluso amenazas de desprotección y marginación del núcleo familiar:

“cuando lo someten a uno, o sea, lo chantajejan prácticamente a uno, que si no hace esto o hace lo otro, uno se aguanta toda esa cantidad de violencia cuando le van a dar para la comida o el mercado, para los chicos, para el vestuario, y la mujer se tiene que quedar ahí aguantando todo eso porque uno no tiene la comida para los hijos, o no trabajan, depende de esa persona” (Inés, 56 años).

En cuanto a la violencia sexual, se describe de una parte el acceso carnal, manteniendo relaciones sexuales por la fuerza, y de otra, la subvaloración de su rol de esposas o de parejas en un contexto donde son totalmente ignoradas:

“cuando uno tiene muchos problemas de pareja y no quiere estar con la pareja, puede no ser violación ni nada, sino el no querer estar con su esposo, su pareja, y que lo obliguen porque es una obligación y le toca a uno porque le toca, entonces se siente uno violada”. (Lilia, 45 años).

“no solamente que te obligan a hacer cosas que no quieras, sino que también cuando te igno-

ran, cuando no te quieren tocar, eso para mí es ese tipo de ataque de violencia, un rechazo” (Ernestina, 48 años).

## Tipos de violencia padecidos antes del diagnóstico de VIH

Las mujeres que fueron entrevistadas habían padecido algún tipo de violencia antes del diagnóstico de VIH. En sus discursos describieron experiencias de violencia relacionadas con las parejas, a nivel físico, verbal, psicológico, económico, y/o sexual. Sus respuestas guardan relación con las categorías iniciales en cuanto al reconocimiento de los tipos de violencia, caracterizando con detalles los componentes de dicha violencia o ratificando las connotaciones de cómo habían sido percibidas.

Se encontraron manifestaciones principalmente de violencia física. La mayoría de las mujeres entrevistadas relataron situaciones que tuvieron diferentes detonantes, pero que terminaron en una imposición de fuerza de sus parejas, ya fuera por el uso de los golpes o por el padecimiento de ataques con objetos contundentes:

“me pegó, me tumbó la dentadura; me cogía a correa como una china chiquita” (Manuela, 48 años).

A medida que las mujeres identificaron vivencias similares a las padecidas por otras participantes, los relatos fueron más detallados y revelaron circunstancias extremas y graves en cuanto a cómo fueron agredidas:

“venía como tomado, más que tomado venía como drogado, me acuerdo es porque me dio un puño en la cara, volteé no sé si fue con el puño o con una mesita de noche que me golpeé y hasta ahí me acuerdo...mi madre me tocó que me recogiera de donde yo vivía y me llevó al hospital porque me golpeó tanto que me dejó

inconsciente; esa vez yo duré como una semana que no sabía quién era, o sea perdí el juicio; me golpeó y me rompió el tabique y cuando mi madre llegó, yo estaba bañada en sangre y votada, pero yo no conocía a nadie”.

Solo una mujer describió la violencia física ejercida por su pareja cuando ella se encontraba en estado de gestación, lo que le implicó la pérdida de su bebé:

“yo salí en embarazo y él me pegó y yo perdí el bebé...nos agarramos a pelear y me agarró a puños en el estómago y me empujó duro contra la cama y yo me caí y con esto le pegué a la cama, me fui para atrás y lo agarre a él y me lo traje así; y ahí peleamos un rato y después, al otro día, yo con ese dolor me acosté a dormir y todo el día con esa maluquera; al otro día me fui al médico y el doctor me mandó una ecografía y cuando llegué allá a la ecografía, noté que el bebé estaba ahí pero estaba muerto” (Juana, 43 años).

La siguiente forma de violencia fue la verbal, que se manifestaba en el uso de palabras vulgares y groserías, siendo una agresión que pasaba desapercibida, al no dejar marcas a la vista, y que se producía en el contexto íntimo del hogar, por lo que en su relacionamiento con el entorno, resultaba más llevadera y de difícil comunicación a otras personas para solicitar ayuda. El objetivo del victimario con este comportamiento hacia su pareja era la exigencia de subordinación:

“se perdía, regresaba y empezaba; creía que con los gritos tenía que obligar, y uno tenía que recibirlo y no hacer ninguna pregunta” (Ana, 48 años).

O generar un daño con palabras hirientes:

“la detesto....ojalá se muriera” (Ana, 48 años)  
“me ofendía con palabras feas, me escupía palabras

horribles, me decía a usted no se la come ni el óxido, me decía feas palabras” (Manuela, 48 años).

Derivada de la violencia verbal surge la violencia psicológica, que fue descrita por agresiones verbales permanentes que conllevaban a una humillación intensa y continuada, a amenazas de violencia de diversa índole, de control, desaprobación, desprecio, y/o a la amenaza del abandono. Según lo describen las mujeres, se presentaba ya hasta en las vivencias de todos los días:

“y cuando tenía el periodo me apartaba cobijas; mi autoestima estaba ya baja y me tocó llegar hasta ir a un psicólogo, entonces vea que yo, yo al pie de él me sentía horrible, me sentía fea yo me miraba a un espejo y decía: yo si soy fea; pero yo me sentía fea porque él ya me había hecho sentir así” (Manuela, 48 años).

E incluso esta violencia conllevaba a limitar comportamientos que afectaban directamente a las mujeres con prohibiciones para trabajar o estudiar, y restricciones en sus proyectos de vida:

“Pero en opacarme sí lo hizo bastantes veces, hasta hace muy poquito tiempo quise estudiar y no me dejaba; cuando empecé, entonces era como a sentárseme encima, a no dejarme” (Diana, 50 años).

“decía cosas como: usted no sirve para nada, tiene que quedarse aquí, que tiene que estar con el niño, que por qué no había estudiado, que en mi casa me trataban mal que por eso yo me había ido con él, que me tenían como muchacha porque criaba a sus hijos y hermanos, y por eso era que querían deshacerse de mí, entonces que por eso fue que me recogió y él estaba conmigo” (Felipa, 47 años).

Algunas mujeres manifestaron en el discurso de víctimas de violencia de pareja, el maltrato económico.

En ese escenario la mayoría tenían al hombre bajo un rol de proveedor, quien controlaba los gastos, despilfarraba el dinero o no aportaba a los gastos del hogar. Este desequilibrio económico obligó a las mujeres a depender financieramente de sus parejas, lo que las hacía más vulnerables, coaccionándoles su autonomía, y/o generando dependencia y temor:

“me quitaba la plata, la escondía, le echaba llave. Se la llevaba...” (Juana, 43 años).

“me humillaba por lo que él me daba; me faltaba la comida, se iba por allá a jugar y se le olvidaba que yo comía” (Manuela, 48 años).

Aunque solo algunas mujeres describieron vivencias de violencia sexual, pocas narraron el acceso carnal violento ejercido por su pareja, las demás comentaban que sufrían de este tipo de violencia por tener relaciones sexuales con la pareja por su obligación marital con el riesgo de que si se negaban, eran acusadas de infidelidad:

“cuando yo no quería tener relaciones con él, él me obligaba. Él me violaba... así de sencillo” (Claudia, 55 años).

## Factores predisponentes

No todas las mujeres identificaron factores predisponentes para los diversos tipos de violencia y de su intensidad, solo algunas de ellas identificaron alguna relación. Dentro de los factores más enunciados se destacó la infidelidad, pero no como el generador de las acciones violentas sino como una circunstancia concomitante a la disfunción familiar.

“la primera vez que me pegó fue porque yo iba pasando por un parque y lo vi con una mujer, entonces él me vio, y en vez de decirme discúlpeme o algo así, se me devolvió y fue a pegarme” (Ana, 48 años).

La reproducción de los ciclos de violencia de la familia, fue otro de los factores enunciados destacándose la presencia de comportamientos agresivos al interior de las familias donde había crecido la pareja:

“la mamá de él siempre me decía que era por violencia con el papá de él, por eso era que ella había dejado al papá de ellos, que no era que se fuera, imagínese que la hermana menor de ellos tenía como una semana de nacida cuando la señora se fue y los dejó, pero ella se los llevó a todos. Ellos pasaron muchas necesidades. Ellos se criaron como con la idea de que él era el que se había ido, pero en realidad se fue la señora con todos... el papá de él ha sido un hombre mujeriego empedernido, perro, ha tenido las 200 mujeres de la vida y la mamá de él se aguantaba, se las pasa por la cara y esa señora ahí muy sumisa; él quería que el hijo orgullosamente fuera igual que él, y él era igual que el papá...” (Juana, 43 años).

Las situaciones de violencia más graves se dieron cuando las mujeres reaccionaban con violencia, que fue en una mínima proporción de las mujeres participantes. Ellas manifestaban que el carácter agresivo de ambos podría llevar a situaciones mortales:

“y le dije: la segunda y la última vez que usted me vuelve a hacer esto, porque si usted no me mata yo a usted si lo voy a matar.....y él sabía que yo era explosiva” (Ana, 48 años).

“El problema es que yo también he sido un poco de mal genio, siempre he sido de mal genio; y entonces cualquier cosa que me dijera de pronto me daba mal genio, entonces no contestaba, me quedaba callada pues por evitar, y pues a él lo que le enfurecía era que no contestara, entonces ahí se formaba el lío” (Mónica, 49 años).

Los celos para algunas mujeres representaban la causa principal de los problemas como pareja, aunque el grado de celotipia descrito podía ser catalogado como patológico:

“...me echaba candado en la puerta” (Juana, 43 años).

“llegué como 15 minutos tarde del horario habitual de la tarde, entonces se formó el problema y dijo que yo estaba con el mozo” (Mónica, 49 años).

“era muy celoso. A veces no iba a trabajar y se metía debajo de la cama, a ver yo que hacía... por celos; igual uno no podía saludar a alguien, ya decía que era el mozo, que era una perra, una put\*” (Inés, 56 años).

Solo algunas mujeres hicieron referencia al consumo de alcohol como potencializador de la violencia, describiendo que se trató de un factor que incrementó la agresividad hacia los distintos integrantes de la familia:

“Él no me hizo caso, regresó a los tres días, sin vergüenza, borracho; entonces el niño grandecito le dijo: “huy yo vi a mi papi con la jeta abierta en una tienda casando moscas”, así le dijo el niño porque era un niño pequeño que no sabía que estaba diciendo; él cogió con un cuchillo a matar al niño, se lo clavó, y al coger otra vez el cuchillo, se partió. El niño fue corriendo, el pequeñito, de un año y medio, y cogió un palo, y me lo pasó: “péguele, péguele”, entonces yo no quería que mis niños se afectaran... el pequeñito se metió entre la nevera, la niña cogió y se escondió detrás de la estufa, y el niño mayor se quedó debajo de la mesa. Yo tenía agua caliente porque estaba haciendo aseo y tenía agua caliente para hacer aseo, yo cogí la ollada de agua caliente, no la sentía del mismo

mal genio, no la sentía en mis manos, y le dije o usted se va o yo lo quemo, y él sabía que yo era explosiva, cuando él vio que yo tenía el agua así, él salió corriendo y se fue” (Ana, 48 años).

Una mujer describió que, uno de los factores que generaba violencia era la posibilidad de generación de ingresos económicos por parte de la mujer, y la decisión de qué tipo de gastos deberían ser cubiertos por la pareja:

“Sí, que por qué no le ayudaba más. Yo trabajaba y estudiaba, me pagaba mi estudio y le pagaba el estudio a mi hija, porque la niña es fuera del matrimonio; entonces yo le decía: yo corro con los gastos de mi hija y los míos, usted tiene que mantener lo que es del hogar. Entonces a él le molestaba que porque eso era de dos, entonces si peleábamos mucho por eso” (Lilia, 45 años).

Otra entrevistada refirió en su discurso que la causa principal de la violencia era una preconcepción masculina, de que el rol de subordinación lo debería tener la mujer, y en caso de no cumplir ameritaba algún tipo de castigo:

“son personas que piensan que una mujer la ven es, no como la esposa sino como una empleada. Sí, por lo menos no se me podía derramar la leche porque de una vez me trataba re mal, tocaba tenerle todo al día. Si me pedía un tinto, ahí mismo; si yo no lo hacía, pues de una sola vulgaridad o como un día, me tiró un pocillo” (Manuela, 48 años).

## Mecanismos de Afrontamiento de la violencia

La respuesta individual a la violencia de pareja por parte de las mujeres fue diversa, encontrándose res-

puestas en algunos casos opuestas. Por una parte, se evidenciaron respuestas de agresión hacia la pareja mediante el uso de los golpes, que según los relatos se constituyó en un mecanismo de defensa, y que no fue reactiva a las situaciones iniciales, sino que se dio con el paso del tiempo cuando la violencia se estableció como una dinámica propia de la relación de pareja:

“igual, así como él me pegaba, pues al principio uno si como que no... de todas formas un hombre es más fuerte que uno, pero ya después uno va sacando valor, y no tampoco, ya no me dejaba, así como él me pegaba yo también le daba” (Juana, 43 años).

“él me agarro acá del cuello y me mandó contra la pared, y me estaba dando duro en la cara, cuando saqué los fósforos y los prendí sin que él se diera cuenta, y como nosotros trabajábamos con gasolina, pues se lo eché encima y él se le prendió el pantalón y después las manos” (Juana, 43 años).

Otro grupo de entrevistadas denotó en sus discursos respuestas de sumisión. Esta actitud se relacionó de manera directa con el daño presentado, o como prevención para no recibir otra acción que consideraban peor, como no cubrir los gastos de ella o sus hijos, sufrir más violencia física y/o considerar el abandono del hogar.

“la verdad que yo toleré, aguanté demasiado, permisiva.... Se vuelve uno muy sumiso, y agacharse la cabeza por los hijos doc. Por los hijos uno se queda callado” (Diana, 50 años).

Tan solo dos mujeres relataron que habían reaccionado con ambos tipos de respuesta, primero de manera verbal y luego con violencia física (golpes); las demás habían presentado solo un tipo de comportamiento violento. Una de las participantes que no refirió en sus vivencias haber respondido con violencia o some-

timiento, narró que tuvo que cambiar su actitud de dependencia, asumiendo las responsabilidades del hogar, sin exigir al hombre sus aportes.

“yo solamente asumí mi responsabilidad de papá y mamá y sin exigirle, es más, es la hora y yo vengo a exigirle cuando yo quedo sin trabajo” (Felipa, 47 años).

Dentro del afrontamiento de las mujeres víctimas de violencia, no se visualizó la búsqueda de apoyo con sus redes sociales más cercanas. La mayoría de ellas refirieron que no recibían apoyo de sus familias, dado que no pidieron su ayuda, no comentaban de las situaciones de violencia que padecían y en otras circunstancias porque la familia prefería no involucrarse en situaciones que consideraban hacían parte de la intimidad de la familia. La búsqueda de apoyo ante instancias legales tampoco fue una estrategia adoptada por la mayoría de las mujeres:

“no, ellos todavía me dicen: “nosotros hubiéramos podido hacer más, pero desafortunadamente no hablaste”; y yo les respondía: ¡¡¡¡pero si las únicas veces, ustedes nunca me hicieron caso!!!!” (Lilia, 45 años).

“la familia de uno, cuando uno se casa, ya no es familia son familiares. Entonces los problemas son de uno, no de los demás. ¿Por qué? Porque ellos pueden opinar bien, si son la familia de él, opinan a favor de él; si es la familia de uno, opinan a favor de uno, ¿sí? Entonces uno no tiene por qué comentarle los problemas a los familiares” (Ana, 48 años).

En cuanto a denunciar al agresor en las comisarías de familia o ante alguna otra institución, las mujeres participantes no lo hicieron porque no sabían cómo hacerlo, no creían en que podían darles un apoyo o porque consideraban que podían arreglárselas solas:

“No, tal vez uno no estaba bien informado, uno deja como así, igual hacen la maldad hoy y ya mañana están amables. Uno siempre con la esperanza de tener el hogar por tener un papá, una mamá, una familia completa... ¡qué van a cambiar!” (Inés, 56 años).

“La verdad, a la ley no le creo nada. Entonces hay una ley que es más justa, que es la divina. Cada quien le llegan sus cosas a su debido tiempo” (Mónica, 49 años).

Y las mujeres que asistieron y denunciaron a sus parejas, no obtuvieron la respuesta que esperaban, ya que existen procesos que implicaban la conciliación y las sesiones de evaluación. Se evidenció que las mujeres no sabían a quién debían acudir según la gravedad de la situación:

“fuimos a una comisaría de familia y yo lo mandé; el comisario como era de familia, de una vez al otro día nos atendió. Y él dijo que él me iba a dejar tranquila, que yo hiciera lo que quisiera y cuando salimos de ahí, de la comisaría de familia, me agarró en la calle y me dio una golpiza y me tocó ir a la fiscalía por golpes y todo eso. Entonces yo no volví más, dejé eso así...la verdad es que es una perdedera de tiempo, no le paran bolas a uno, y peor es sí uno vuelve con esa persona” (Juana, 43 años).

## Consecuencias de violencia

Los efectos de las vivencias de violencia de pareja fueron muy diversos y no hubo un patrón común que siguiera la mayoría. Los impactos que en mayor medida fueron descritos lo constituyó la separación, aunque fue una decisión que se presentó muchos años después de padecer la violencia de pareja:

“yo decidí ser madre de los niños sola, no con él, porque él era una carga para mí” (Felipa, 47 años).

Algunas mujeres manifiestan sus temores, pero no ante sufrir más actos de violencia, sino ante la ruptura de la relación por miedo a perder el apoyo económico:

“Entonces ¿yo qué hice?, siempre me estuve en esa casa para tenerles un techo fijo a mis hijos” (Claudia, 55 años).

O también por miedo al abandono:

“él se iba, yo sabía que estaba con más mujeres, me daba cuenta de muchas cosas y yo siempre me quedaba callada para que no se fuera de la casa, y pues a mí me daba miedo quedarme sola” (Diana, 50 años).

Y como consecuencia lógica los sentimientos hacia sus parejas cambiaron, lo que fue expresado por pocas mujeres:

“ya lo fui dejando en el camino, ya la decepción... nunca escuché un “perdóname, discúlpame”... nunca lo ha hecho, no es que él reconozca... no hace falta. Pero sí deje esa arrogancia y acepte de que la cagó, después de cometer todas esas cosas” (Ernestina, 48 años)

Otra mujer expresó un cambio hacia su pareja, pero no con el objeto de separarse, denunciarlo o hacer algo para evitar más reacciones de violencia, sino la actitud que tenía hacia él:

“mire que yo ahorita lo que él me haga me resbala, como que todo se lo lleva el viento y como que no le pongo cuidado; igual, el que está pecando es él...” (Manuela, 48 años).

Posterior a lo vivido como víctima de violencia, dos mujeres se atrevieron a juzgarse a sí mismas, lo que impacta con gran peso sobre su autoestima:

“pienso que me sentí muy usada, me sentí como un objeto... o sea, me pregunto, busco respues-

ta: ¿por qué me dejé?... que si el diagnóstico no me llevó a desestabilizarme tanto como mujer, ¿por qué permití que una persona como él me desequilibrara tanto?” (Felipa, 47 años).

“pienso que me intimidó mucho de sentirme poca mujer, me hizo sentir que... de que nadie me podía aceptar, que tenía que morir sola, que me impactó la violencia...” (Felipa, 47 años).

Una de las mujeres participantes explica que, a pesar de las experiencias de violencia, ella se sentía mal por su estado civil de unión libre, y en lugar de separarse, o de buscar ayuda, decide insistirle a la pareja para que se casen:

“Porque yo estoy asistiendo a la iglesia y yo no podía seguir viviendo con él así, en fornicación. Entonces yo lo hice más que todo por obedecerle a Dios. Y para yo estar bien” (Manuela, 48 años).

Con lo cual, se casan hace dos años bajo un contexto mítico-religioso. Llama la atención que en su narración fue la única mujer que relata haber vivido todos los tipos de violencia con las dos parejas que ha tenido.

## **Opinión sobre la violencia posterior al diagnóstico de VIH**

Ninguna de las participantes había relatado hasta ese momento sentimientos de afecto o amor hacia la pareja que las maltrató, así que el diagnóstico del VIH reforzó la decepción que tenían sobre el daño causado por éstos. Todas las mujeres relataron la vivencia y las circunstancias que llevaron al diagnóstico, siendo experiencias totalmente diferentes. Para algunas, el diagnóstico se dio tiempo después de haberse separado de la pareja, solo dos relataron que fueron diagnosticadas en controles prenatales, otro grupo fue diagnosticado al haber presentado alguna patología sospechosa

de inmunosupresión sin ser infecciones oportunistas mientras convivían con el victimario, y solo una mujer relató que la pareja de ese momento fue diagnosticada con una infección oportunista definitiva de Sida que lo llevó a la muerte a los pocos meses.

## Relación de la Violencia con el VIH

Al instante en que se les preguntó si consideraban que el diagnóstico de VIH había sido un factor precipitante de la violencia de pareja, solo en algunos casos se reconoció explícitamente que a partir del diagnóstico del VIH se incrementaron las situaciones de violencia de distinta índole. Algunas entrevistadas destacaron la violencia psicológica y física, esta última exteriorizada por el reclamo con agresiones físicas hacia la pareja.

Si bien la mayoría no manifestó directamente una relación de la violencia de pareja con el diagnóstico de VIH, llama la atención que en el desarrollo de sus relatos un grupo de mujeres hablaron de situaciones de violencia que correspondían a la problemática de vivir con la infección:

“un día discutimos y fue terrible, fue duro... eso me dolió muchísimo, me lastimó porque me decía sidoso hijueput\*” (Inés, 56 años).

“me decía: si ve, confíesese todos los días porque lo que tienes (VIH) es un pecado muy grande” (Lilia, 45 años).

“yo sentía que él me empezó a dejar en la parte sexual de tocarme él a mí, porque yo si lo tocaba a él y lo complacía de igual forma de que él me viera, pero yo si sentí que él en ese sentido si me fue rechazando, por mi condición en la parte sexual, y entonces ahí si yo sentí, si puedo decir que sentí, como una violencia sexual” (Ernestina, 48 años).

“cuando empezamos la parte como íntima, ya no quería que lo tocara- porque no, besos no, caricias muy poquitas y tocaba doble condón, si se rompía uno el otro no” (Lilia, 45 años).

Estos hechos fueron relacionados con violencia de tipo verbal, psicológica y sexual. Cabe anotar que las dos mujeres que indicaron que se trataba de violencia sexual al sentirse ignoradas y rechazadas, tenían parejas que no habían sido diagnosticadas con VIH, e incluso sentían presión económica cuando eran amenazadas de retirarlas de su respectivo régimen de aseguramiento al interior del sistema de salud, lo que implicaba que no podrían asistir a controles para el manejo del VIH. Tres mujeres opinaron que no evidenciaban una relación directa entre la violencia con el VIH, dado que estas mujeres se habían separado antes de conocer el diagnóstico de VIH, o habían tenido relaciones sentimentales donde el hombre no conocía su diagnóstico.

Una mujer con un proceso inadecuado de aceptación de su enfermedad fue diagnosticada por una candidiasis esofágica y con una inmunosupresión severa, pero no le comentó a su familia sobre su diagnóstico, ni a la pareja con quien se había separado y tuvo situaciones de violencia, ni a una segunda persona con quien tuvo una relación corta que finalizó por infidelidad de parte de él. Así mismo, decidió en su vida no tener ninguna otra relación por miedo al rechazo:

“estar lidiando con tener una pareja porque no es igual, yo sé que al enterarse esa otra persona lo va a señalar, a juzgar; es que no me hago a la idea de que sea algo que me esté pasando, no me hago a la idea...estar lidiando con eso que no sea curable, mientras yo no acepte el diagnóstico siento que no soy la misma, que no me veo igual que antes” (Mónica, 49 años).

Otras mujeres, una que perdió a su pareja por complicaciones del VIH y una mujer ya separada, también

manifestaron su deseo de no tener otras relaciones sentimentales:

“Desde que quedé sola, ha sido muy difícil porque precisamente el susto de contar; salgo de vez en cuando con alguien, pero eso era como por la parte sexual con protección, pero no más, porque me da susto decir: oye tengo VIH... no he sentido la fuerza de Dios. Si llego a tener a alguien, ¿cómo le voy a decir? Y si esa persona con la que tengo intimidad no sabe...” (Lilia, 45 años).

Se destacan sentimientos negativos sobre experiencias previas y su interés de no volver a vivir situaciones de violencia:

“no me gustaría vivir de pronto esa situación, porque ya no estaría dispuesta a dejarme... a dejarme golpear o a dejarme -no más con que me dijeran algo-, ¡no friegue!, tendría para salir corriendo. Y además que la gente no está abierta a ese tema del VIH, entonces cómo explicarle a una persona, cómo aceptarle de pronto un beso sin decirle antes o si le digo, después que lo desprecien a uno” (Inés, 56 años).

Solo una de las mujeres que continúa en unión, refiere un impacto positivo con el diagnóstico de VIH y que cambió el ciclo de violencia que vivía:

“Hoy en día le doy gracias a Dios porque gracias a eso, vivimos muy bien, tenemos un hogar muy bonito” (Juana, 43 años).

Algunas participantes refirieron violencia física posterior al diagnóstico de VIH, dentro de las cuales se observó que la cronicidad del ciclo violento no permitía la reacción por parte de la víctima a denunciar o considerarlo nocivo:

“yo por aguantar entonces me fue pegando, me fui acostumbrando, me fui acostumbrando como al maltrato...” (Lilia, 45 años).

## **Impacto de las manifestaciones de violencia tras el diagnóstico de VIH**

Posterior al diagnóstico y de ser atendidas en el programa especializado en pacientes con VIH, las mujeres han pasado por un proceso de adaptación a la patología con cambios en sus vidas por un estado estigmatizado. No obstante, algunas manifiestan que a pesar de las asesorías y ayudas, continúan presentando temor, y contrario a la violencia donde el problema es manejado y controlado al interior del hogar, creen que el diagnóstico va a ser evidente y que pueden llegar a descubrir su diagnóstico personas a quienes se lo ocultan, ya sea por las consultas, medicamentos, exámenes o situaciones relacionadas con su atención y manejo:

“Duro, me ha dado muy duro porque yo me la paso llorando solo con eso, no lo he podido asimilar” (Lilia, 45 años).

Inicialmente solo algunas mujeres recuerdan que creían que se trataba de una enfermedad letal:

“Yo pensaba que me iba a morir ahí mismo, entonces a raíz de eso fue cuando la niña se la entregué a mi hermana, porque yo pensé: yo me muero rápido” (Manuela, 48 años).

Dos mujeres fueron enfáticas en expresar que la interacción como pareja cambió, llegando a presentarse situaciones de recrudescimiento de la violencia:

“pero afectó más, para darle poder a él de manipulación y de poder hacer conmigo lo que quiera, por lo que él era negativo.” (Lilia, 45 años).

“lo apuñalé, yo lo corté en la pierna y le había echado candado a la puerta; como que yo tenía todo pensado, yo dije: aquí nos vamos a matar porque ni yo me lo voy a aguantar más, ni él me va a aguantar a mí tampoco, y él se estaba desangrando” (Juana, 43 años).

En algunas mujeres el sentimiento de culpa, tras el diagnóstico del VIH, las acompaña de manera permanente. En unos casos por no haber tomado medidas de protección y, en otros, por haber confiado en su pareja:

“Porque como le digo yo, es que yo no sé cómo fue la transmisión porque para decir que con varias personas no, por el problema de que no he tenido relaciones no me he protegido la verdad nunca. Entonces me siento culpable de eso, debido a eso, por no haber exigido protección” (Lilia, 45 años).

“Como arrepentimiento de no cuidarme y de ser así como tan...” (Lilia, 45 años).

El discurso cambió cuando se hablaba de los hijos; las mujeres narraron que antes del diagnóstico de VIH, cuando se presentaban situaciones de violencia, temían porque sus hijos fueran desprotegidos y por ello no abandonaron a sus parejas. No obstante, posteriormente los hijos fueron quienes tomaron la iniciativa de dejar al padre:

“ellos me decían: ya mamá, ya está bueno, él hace contigo lo que se le da la gana, todo por nosotros; vamos a salir adelante, por qué no lo mandas a la mierda\*” (Ernestina, 48 años).

## Impacto del VIH

El contexto del VIH trajo consigo cambios fisiológicos que afectaron a las mujeres. La mitad de ellas, percibieron un deterioro de su autoimagen producto de los

impactos físicos que genera la enfermedad. En algunos casos lo asociaron a la presencia de lesiones en la piel que las estigmatizaba y, en otros, lamentaban la pérdida de su agilidad mental como consecuencia de su deterioro cognitivo:

“Yo dije: Dios mío, sí, me toca quedarme con él. Si ya tengo un hombre que me va a mirar cómo me enfermo, y si será que me iba a reemplazar...me sentía como una leprosa... y ¿quién me va a querer a mí así?” (Ernestina, 48 años).

De igual manera, se evidencia pérdida de la autoestima en su rol de parejas, al considerar que el ser portadora del VIH, daba potestad a sus maridos para sostener relaciones sexuales con mujeres sanas con quienes no tuvieran el riesgo de contagiarse:

“Tenía que aceptar el hecho de que él tuviera amantes allá en Panamá, porque con sus amantes que estaban sanas podía tener relaciones sin condón” (Ernestina, 48 años).

Dos mujeres reconocieron que su proyecto de vida se interrumpió de manera abrupta, ya que la continuidad de sus estudios se vio limitada como consecuencia de la enfermedad:

“A mí me afectó en terminar de estudiar...porque fue muy duro, en dos ocasiones quise matarme, tirarme del apartamento donde vivía” (Diana, 50 años).

## Discusión

La vulnerabilidad de las mujeres no solo está sujeta al factor biológico al ser más susceptibles de adquirir la infección del VIH por sus características fisiológicas, sino que también factores sociales, económicos y culturales tienen un peso enorme en la desigualdad para

mejorar su salud sexual. Esta vulnerabilidad no es modificada por la intervención médica, sino por las condiciones de vida y las opciones personales que reflejan los determinantes sociales de salud en cada individuo. No es ajeno para Colombia que el ámbito de la violencia ha traído graves repercusiones dentro del conflicto interno, y que la violencia de género –representada por las manifestaciones físicas, repercusiones psicológicas, económicas y de relaciones de poder– implica una alta prevalencia en la mayor parte de la población.

En torno al fenómeno de violencia, el componente cualitativo pretendió profundizar en las vivencias de las mujeres que eran víctimas de actos de violencia por sus parejas y cómo llegaban a relacionarse con el diagnóstico de VIH, y que según indican los hallazgos de la literatura internacional previamente descritos, la violencia podía llegar a incrementarse posterior al diagnóstico.

El modelo socioecológico sugiere que los factores individuales, de relación y estructurales influyen en los

resultados de salud, y se utiliza ampliamente en la investigación de violencia de pareja porque incorpora muchos factores complejos que influyen en la pareja (42). Dentro del modelo ecológico del estudio (Figura 2), y con la información obtenida a través de las entrevistas grupales se puede observar que hay una mayor influencia de los factores de relación de pareja, y que, con la estructura de la sociedad identificada por las pacientes, llevan a mayor presentación de situaciones de violencia de pareja antes del diagnóstico de VIH. Las mujeres entrevistadas identificaron como factores que afectan la dinámica de pareja la preconcepción masculina de subordinamiento, la celotipia, el consumo de alcohol, carácter agresivo de ambos, el descubrimiento de infidelidad, antecedentes de violencia familiar, y no apoyo de familiares. Dentro de los factores individuales como comportamientos personales que afectan la salud de la persona, las mujeres hicieron mención de miedo al abandono, miedo a perder apoyo económico, la respuesta que tenían a la violencia de sumisión o de responder con más violencia, y la respuesta a la ruptura del vínculo de pareja dentro de la dinámica de convivencia.

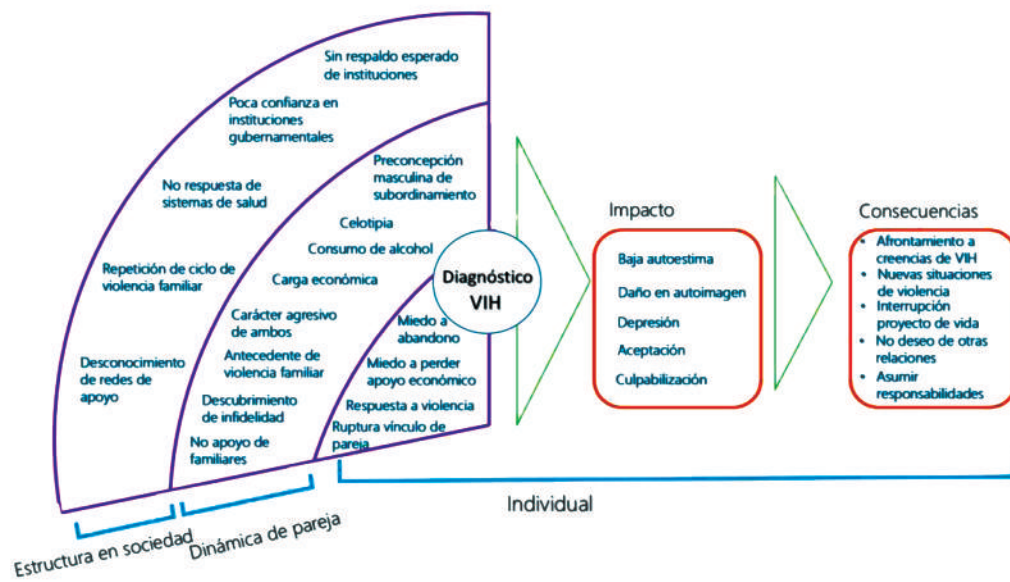


Figura 2. Modelo de relación entre la violencia de pareja y VIH.

Y los factores estructurales referidos como factores sociales o comunitarios más amplios que impactan en la salud, están dados básicamente por un sistema de salud débil que no tiene un engranaje institucional y que no brinda adecuadas respuestas a las expectativas de las mujeres con respecto a la ayuda que le puedan brindar.

Como se muestra en la Figura 3, el tipo de respuesta en cuanto a los fenómenos de violencia de pareja posterior al diagnóstico de VIH entre las pacientes, tiende a cruzarse y cambiar. En lugar de caer en categorías distintas, las participantes a menudo presentaban historias con algunos puntos en común y con múltiples desenlaces, compuestas por aspectos tanto positivos como negativos como reacción a la violencia de pareja después del diagnóstico. Mientras que un mayor tiempo de convivencia y el empoderamiento por parte de la mujer de su proyecto de vida parecieron disminuir los episodios de violencia, posiblemente dado por una mayor cantidad de situaciones vividas y una superación de los mismos, la intensidad mayor en la violencia sufrida antes del diagnóstico pareció empeorar los resultados.

Si bien la maternidad era un elemento que influenció la respuesta a los actos de violencia de la pareja, al continuar en una relación dañina en procura de tener asegurado las necesidades básicas de sus hijos por el aporte económico que, hacia el hombre, posterior al diagnóstico de VIH las mujeres asumían un papel de desesperanza y sacrificaban sus propias necesidades por las de sus hijos, y solo con el trascurso de tiempo hay un empoderamiento para lograr objetivos trazados en sus proyectos de vida. Un elemento en común en todas las narraciones es la negación a que sus hijos hubiesen presentado daños psicológicos con las situaciones de violencia de sus padres; a pesar que las mujeres no puedan proteger por completo a sus hijos de este tipo de daños (43).

Si bien se ha documentado que la experiencia de ser víctima de violencia de pareja puede obstaculizar la disposición de las mujeres para tomar medicamentos antirretrovirales (44), ninguna de las mujeres entrevistadas manifestó problemas de adherencia a sus tratamientos para el momento de la entrevista, sin significar que las situaciones de violencia no las hubieran afectado en su autocuidado.

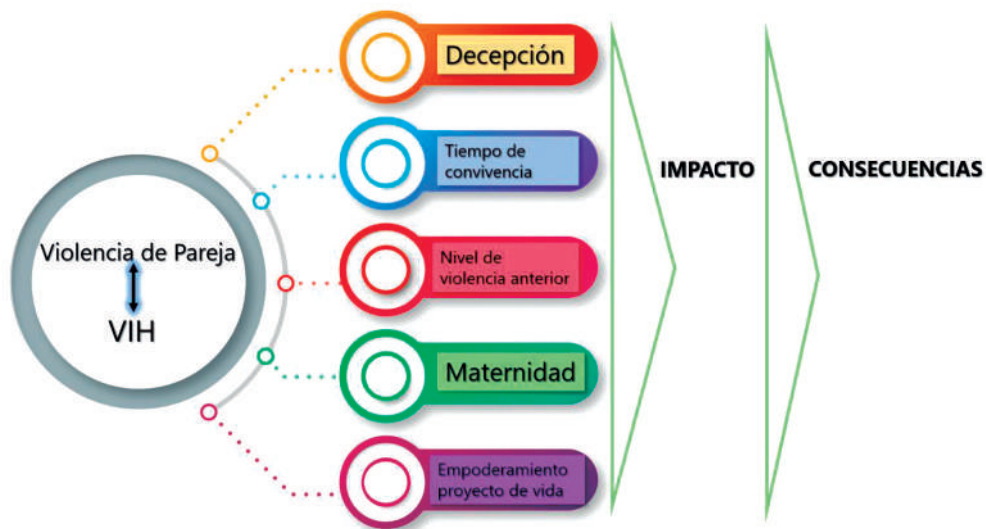


Figura 3. Respuesta a la interacción entre la violencia de pareja y el VIH.

La teoría del género y el poder (45), postula que las dinámicas de poder desiguales limitan la capacidad de las mujeres para ejercer el control personal en las relaciones (46, 47). Así, esta relación se encuentra en mayor contexto en estas parejas cuando eran diagnosticadas con VIH (48). Sin embargo, la mayoría de las participantes de las entrevistas no identifican al diagnóstico de VIH como un factor para que se presentaran situaciones de violencia, lo que refuerza los hallazgos en la fase I donde las mujeres habían referido presentar más situaciones de violencia antes del diagnóstico de VIH, y fue en el análisis de las narraciones que se encontró que varias mujeres si habían presentado violencia verbal, psicológica, y sexual como manifestaciones producidas por el estado de vivir con el virus.

En cuanto a la violencia sexual, identificada como el rechazo de parte de las parejas a tener relaciones sexuales, extremar los cuidados de transmisión equivocados como evitar abrazos, caricias o utilizar doble condón, se logró identificar que se daba en la relación en una pareja discordante, es decir, cuando el hombre es negativo para VIH, y surgía como un miedo a la transmisión lo que conllevaba a maltrato psicológico y estigmatizante sobre vivir con VIH.

En todas las mujeres se vio un escaso empoderamiento cuando vivían situaciones de violencia y pocas herramientas para acudir a redes de apoyo a fin de abordar este tema para dejar de ser maltratadas. No hubo un buen soporte o creencia en las instituciones que les pudieran brindar ayuda, sea porque no querían acudir a ellas o porque no recibían la respuesta inmediata que esperaban; los procesos que utilizaban tales instituciones, según sus relatos, no las protegían y, en cambio, las exponían a recibir represalias por parte de los victimarios.

No se encontraron factores protectores en las circunstancias en que fueron maltratadas, y a pesar de que la mayoría eran separadas, esta separación se dio luego

de mucho tiempo de convivir en relaciones nocivas; lo que el diagnóstico de VIH implicó en sus parejas, fue refrendar la imagen de abusadores que habían sido en sus vidas.

Contrario a lo publicado en cuanto a un aumento de las situaciones de violencia en el embarazo (49, 50), en general las mujeres participantes no tuvieron un incremento de estas situaciones en su gestación; una de las mujeres relató que podrían ser tristes, pero no violentos. Sin embargo, una mujer tuvo un desenlace fatal, ya que perdió la gestación por secuelas en su organismo luego de varios golpes recibidos por su pareja.

A pesar de lo descrito, ninguna de las mujeres relató algún tipo de culpa por lo que llegaron a considerar decisiones incorrectas en su vida de pareja, ni de cómo eligieron a su cónyuge; las personas pueden vivir juntas, pero experimentan cambios en sus sentimientos, perdiendo relaciones sociales significativas y vínculos emocionales.

Para ambos componentes se evidenció que la influencia del consumo de licor y drogas psicoactivas no fue significativa, en el análisis bivariado no se presentó, y en las narraciones del componente cualitativo fueron pocas las mujeres que mencionaron vivir estas situaciones. Sin embargo, cuando se presentó, aumentaba la intensidad de la violencia sufrida causada por sus parejas.

Aunque no se pudo determinar que la situación de separación de sus parejas se hubiera debido al diagnóstico de VIH, sí se encontró en el componente cualitativo que la mayoría de las mujeres se habían separado por situaciones previas de violencia, o por años de mala convivencia y no resolución de problemas y, en todos estos casos, la separación surgió por iniciativa de la mujer.

Como toda investigación cualitativa es específica de una muestra y contexto, y no debe ser generalizada a

otras poblaciones o a contextos distintos. Como limitación en el desarrollo del estudio, se observó que si bien se garantizó la confidencialidad y el anonimato de las participantes, se presentó una situación que inició desde la primera actividad. En concreto, la no asistencia de mujeres invitadas, a pesar de la llamada telefónica, la convocatoria y la confirmación el día anterior a la fecha asignada para la reunión, lo cual no permitió obtener más experiencias de mujeres en este contexto.

## Conclusiones

Las percepciones de las mujeres con VIH víctimas de violencia, mostraron que experimentan una variedad de respuestas a las situaciones de violencia tanto de reacción, como de actitud hacia la pareja. Igualmente, se muestra el grado de aceptación de la mujer hacia la violencia, dado por la dilación, durante años, de decidir actuar en contra de las situaciones de daño ocasionadas por sus parejas. Solo un pequeño porcentaje de ellas solicitaron ayuda a instituciones gubernamentales, sin encontrar la repuesta que esperaban de protección del sistema de salud. También se ratificó que la violencia puede tener múltiples causas como pueden ser factores culturales, sociales, personales, y de relación. Cuando se pueda intervenir las variables personales, y de relación, se logrará romper el círculo de violencia instaurado por relaciones dispares de poder que aún persisten en nuestra sociedad.

Las vivencias de las mujeres víctimas de violencia de pareja, nos demostró que la mayoría de las mujeres nunca acudieron a redes de apoyo institucionales. Y dada esta circunstancia, se prolongaron los rangos del ciclo de violencia. Cuando se les preguntó si consideraban que el diagnóstico de VIH habría sido un factor en la aparición de la violencia de pareja, solo en algunos casos se reconoció explícitamente que ello aumentaba varios tipos de violencia. Sin embargo, aunque la mayoría de las mujeres establecieron que no había una

relación directa de violencia de pareja con el diagnóstico, en el desarrollo de sus historias algunas mujeres narraron situaciones de violencia que correspondían a una correlación con la infección.

Los hallazgos encontrados en este estudio, indican que la violencia de pareja en mujeres con VIH es un problema que debe ser intervenido y debería estar en las agendas de las políticas de salud sexual del país. Se indica como recomendación para las mujeres que se encuentren en situación de vulnerabilidad, el acudir a las instituciones que pueden brindar un apoyo de protección, comprendiendo que los cambios que deben hacerse en la dinámica de pareja deben ser: radicales y perdurables.

## Conflicto de interés

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

## Agradecimientos

Amparo Mogollón por su gran apoyo y colaboración en esta investigación; igualmente a Lily Cantor y Patricia Murcia, por su asistencia en las sesiones con las pacientes.

## Referencias

1. Campbell JC, Baty ML, Ghandour RM, Stockman JK, Francisco L, Wagman J. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *International Journal of Injury Control & Safety Promotion*. 2008; 15(4):221.
2. Maman S, Campbell J, Sweat MD, Gielen AC. The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science & Medicine*. 2000; 50:459-78.
3. Zierler S, Witbeck B, Mayer K. Sexual violence against women living with or at risk for HIV infection. *Am J Prev Med*. 1996; 12(5):304-10.
4. Cohen M, Deamant C, Barkan S, Richardson J, Young M, Holman S, et al. Domestic Violence and Childhood Sexual Abuse in HIV-Infected Women and Women at

- Risk for HIV. *American Journal of Public Health*. 2000; 90(4):560-5.
5. Zierler S, Cunningham WE, Andersen R, Shapiro MF, Bozzette SA, Nakazono T, et al. Violence Victimization After HIV Infection in a US Probability Sample of Adult Patients in Primary Care. *American Journal of Public Health*. 2000; 90(2):208-15.
  6. Marshall KJ, Fowler DN, Walters ML, Doreson AB. Interventions that Address Intimate Partner Violence and HIV Among Women: A Systematic Review. *AIDS Behav*. 2018; 22(10):3244-63.
  7. Li Y, Marshall CM, Rees HC, Núñez A, Ezeanolue EE, Ehiri JE. Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc*. 2014; 17:18845.
  8. Arévalo-Mora L. Violencia de pareja en la mujer que vive con VIH/ Intimate partner violence in women who live with HIV. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2018; 16(13):52-63.
  9. Schafer KR, Brant J, Gupta S, Thorpe J, Winstead-Derlega C, Pinkerton R, et al. Intimate partner violence: a predictor of worse HIV outcomes and engagement in care. *AIDS Patient Care and Stds*. 2012; 26(6):356-65.
  10. Liebschutz JM, Feinman G, Sullivan L, Stein M, Samet J. Physical and sexual abuse in women infected with the human immunodeficiency virus: increased illness and health care utilization. *Arch Intern Med*. 2000; 160(11):1659-64.
  11. Weber K C, Anastos A, Burke-Miller K, Agniel J, Schwartz R. The effect of gender based violence (GBV) on mortality: a longitudinal study of US women with & at risk for HIV. *AIDS*. 2012; 17–22 July 2012.
  12. Campbell JC, Baty ML, Ghandour RM, Stockman JK, Francisco L, Wagman J. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *International Journal of Injury Control & Safety Promotion*. 2008; 15(4):221-31.
  13. Gielen AC, McDonnell KA, Burke JG, O'Campo P. Women's lives after an HIV-positive diagnosis: disclosure and violence. *Maternal and Child Health Journal*. 2000; 4(2):111-20.
  14. Semrau K, Kuhn L, Vwalika C, Kasonde P, Sinkala M, Kankasa C, et al. Women in couples antenatal HIV counselling and testing are not more likely to report adverse social events. *AIDS*. 2005; 19(6):603-9.
  15. Pantalone DW, Rood BA, Morris BW, Simoni JM. A systematic review of the frequency and correlates of partner abuse in HIV-infected women and men who partner with men. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2014; 25(1 Suppl):S15-35.
  16. Kendall T, van Dijk M, Wilson KS, Picasso N, Lara D, Garcia S. A lifetime of violence: results from an exploratory survey of Mexican women with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2012; 23(5):377-87.
  17. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stocckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *Aids*. 2015; 29(16):2183-94.
  18. Medley A, García-Moreno C, McGill S, Maman S. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004(4):299.
  19. Obermeyer CM, Baijal P, Pegurri E. Facilitating HIV Disclosure across Diverse Settings: A Review. *American Journal of Public Health*. 2011; 101(6):1011-23.
  20. Gómez C, Vega A, Murad R, Sánchez S, Gómez G. Encuesta nacional de demografía y salud -ENDS- 2015: Bogotá (Colombia) Profamilia 2016; 2016.
  21. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Colombia. *Forensis 2018. Datos para la Vida*. Grupo centro de referencia nacional sobre violencia, disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis2018>. p. 197-228.
  22. Arévalo-Mora L. Mujeres víctimas de violencia de pareja en el contexto de la infección por VIH en la ciudad de Bogotá. Fase I, 2017. *Rev. Salud Pública*. 2019; 21(1):44-51.
  23. Corsi J, Aumann V. Maltrato y abuso en el ámbito doméstico: fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares: Grupo Planeta; 2003.
  24. Gómez C, Murad R, Calderón M. Historias de violencia, roles, prácticas y discursos legitimadores. *Violencia contra las mujeres en Colombia Agosto de 2013*. Disponible en: <http://docplayer.es/3684523-Historias-de-violencia-roles-practicas-y-discursos-legitimadores-violencia-contra-las-mujeres-en-colombia-2000-2010.html>.
  25. Ministerio de la Protección Social Colombia, UNFPA. Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres. Disponible en: <http://www.unfpa.org.co/?portfolio=factores-de-vulnerabilidad-a-la-infeccion-por-vih-en-mujeres2009>.
  26. Ministerio de salud y protección social, Colombia. Fondo de población de las naciones unidas-UNFPA. Guía de prevención VIH/Sida. *Mujeres en contextos de vulnerabilidad*. 2012.
  27. Puente-Martínez A, Ubillos-Landa S, Echeburúa E, Páez-Rovira D. Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anal. Psicol*. 2016; 32(1):295-306.
  28. Stevens PE, Hildebrandt E. Life changing words - Women's responses to being diagnosed with HIV infection. *Advances in Nursing Science*. 2006; 29(3):207-21.

29. Lafaurie MM, Zúñiga M. Mujeres colombianas viviendo con VIH/sida: contextos, experiencias y necesidades de cuidado de enfermería / Colombian women living with hiv/aids: experiences and needs of nursing care. *Enfermería Global*. 2011(24):0.
30. Tiendrebeogo G. Violence of everyday life, prejudice, secrecy and adherence to antiretroviral treatment. *Tropical Medicine and International Health*. 2009; 14:52.
31. Procópio EV, Feliciano CG, Silva KV, Katz CR. Social representation of sexual violence and its relationship with the adherence to the chemoprophylaxis protocol of HIV in young women and adolescents. *Ciência & saúde coletiva*. 2014; 19(6):1961-9.
32. Bevan MT. A method of phenomenological interviewing. *Qualitative Health Research*. 2014; 24(1):136-44.
33. Expósito F, Herrera M, Moya M, Glick P. Don't rock the boat: Women's benevolent sexism predicts fears of marital violence. *Psychology of women quarterly*. 2010; 34:36-42.
34. Sánchez B. Fenomenología: Un método de indagación para el cuidado de enfermería. Dimensiones del cuidado. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería Grupo de Cuidado: UNIBIBLOS. 2000: 24-36. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1209170>.
35. Quintana A, Montgomery W. Metodología de Investigación Científica Cualitativa. *Psicología: Tópicos de actualidad*. 2006: 47-84. Disponible en: [https://cienciassociales.webcindario.com/PDF/Cualitativa/Inv\\_quintana.pdf](https://cienciassociales.webcindario.com/PDF/Cualitativa/Inv_quintana.pdf)
36. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3(2):77-101.
37. Silveira Donaduzzi DSd, Colomé Beck CL, Heck Weiller T, Nunes da Silva Fernandes M, Viero V. Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Index de Enfermería*. 2015; 24:71-5.
38. Pastor I, Belzunegui Á, Moreno B, Mañ-Rodríguez C. Mapas conceptuales a partir de entrevistas cualitativas. Integración de métodos mediante el uso conjunto de ATLAS/ti y SPSS. (Spanish). Concept mapping from qualitative interviews: A case of methodological integration using ATLAS/ti and SPSS (English). 2010(95):507.
39. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*. 2009; 34(3):164-167.
40. Cornejo M, Salas N. Rigor y Calidad Metodológicos: Un Reto a la Investigación Social Cualitativa / Methodological Rigor and Quality: A Challenge to Qualitative Social Research. *Psicoperspectivas*. 2011(2):12.
41. Salgado A. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos / Quality investigation: designs, evaluation of the methodological strictness and challenges. *Liberabit*. 2007(13):71.
42. Hatcher AM, Stöckl H, Christofides N, Woollett N, Pallitto CC, García-Moreno C, et al. Mechanisms linking intimate partner violence and prevention of mother-to-child transmission of HIV: A qualitative study in South Africa. *Social Science and Medicine*. 2016; 168:130-9.
43. Lapierre S. Mothering in the context of domestic violence: the pervasiveness of a deficit model of mothering. *Child & Family Social Work*. 2008; 13(4):454-63.
44. Maeri I, El Ayadi A, Getahun M, Charlebois E, Akatukwasa C, Tumwebaze D, et al. "How can I tell?" Consequences of HIV status disclosure among couples in eastern African communities in the context of an ongoing HIV "test-and-treat" trial. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. 2016; 28:59-66.
45. Connell RW. Theorising Gender. *Sociology*. 1985; 19(2):260-72.
46. Amaro H, Raj A. On the Margin: Power and Women's HIV Risk Reduction Strategies. *Sex Roles*. 2000; 42(7):723-49.
47. Wagman JA, Gray RH, Campbell JC, Thoma M, Ndyababo A, Ssekasanvu J, et al. Effectiveness of an integrated intimate partner violence and HIV prevention intervention in Rakai, Uganda: analysis of an intervention in an existing cluster randomised cohort. *Lancet Glob Health*. 2015; 3(1):e23-33.
48. Colombini M, James C, Ndwiga C, Team I, Mayhew SH. The risks of partner violence following HIV status disclosure, and health service responses: Narratives of women attending reproductive health services in Kenya. *Journal of the International AIDS Society*. 2016; 19(1).
49. Shamu S, Zarowsky C, Shefer T, Temmerman M, Abrahams N. Intimate Partner Violence after Disclosure of HIV Test Results among Pregnant Women in Harare, Zimbabwe. *PLoS ONE*. 2014; 9(10):1.
50. Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A, Zarowsky C. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PLoS One*. 2011; 6(3):e17591.

**Recibido:** 28 de agosto de 2019  
**Aceptado:** 7 de noviembre de 2019

**Correspondencia:**  
 Leonardo Arévalo Mora  
[larevalom79@hotmail.com](mailto:larevalom79@hotmail.com)

## CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA EN BOGOTÁ (COLOMBIA)

Víctor Alfonso Caballero Blanco<sup>1</sup>, Paola Gómez Sandoval<sup>2</sup>, Claudia Maryuri Narváez Sánchez<sup>3</sup>

### Resumen

La violencia sexual en contra de niños, niñas y adolescentes es un problema de enorme magnitud que tiene múltiples enfoques analíticos y su abordaje depende de la intersección de múltiples servicios. Como respuesta al problema de salud pública, en el año 2012, el Ministerio de Salud y la Protección Social instituyó un Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. No existen estudios que verifiquen su utilidad o cumplimiento. En este sentido, decidimos realizar el primer estudio que verifique el cumplimiento del protocolo en el servicio de urgencias de pediatría de un hospital en Bogotá. Se realizó un estudio retrospectivo de 129 historias que cumplieran con los criterios de inclusión de la totalidad de historias de las víctimas de violencia sexual que fueron atendidas en el servicio de pediatría del Hospital de San José de Bogotá, entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2017.

Se construyeron 20 indicadores para evaluar el cumplimiento del protocolo. Encontramos un cumplimiento con media de 73% del total de todos los indicadores analizados. No es posible describir con certeza los motivos que se encuentran detrás del bajo porcentaje de cumplimiento, teniendo en cuenta que el protocolo es de obligatorio acatamiento y su adherencia debería ser del 100%. Creemos que la creación de un grupo multidisciplinario especializado, dentro de los servicios de urgencias de pediatría, contribuiría favorablemente a la atención de las víctimas de abuso sexual infantil.

**Palabras clave:** *Delitos sexuales; maltrato infantil; atención a víctimas de violencia.*

1 Pediatra. Antropólogo. Especialista en Derecho Médico-Sanitario. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José. Bogotá, Colombia.

2 Residente de pediatría de tercer año. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José. Bogotá, Colombia.

3 Pediatra. Docente asociado. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José. Bogotá, Colombia.

## COMPLIANCE ASSESSMENT OF THE COMPREHENSIVE PROTOCOL OF HEALTH ATTENTION OF SEXUAL VIOLENCE VICTIMS, IN A PEDIATRICS DEPARTMENT IN BOGOTÁ (COLOMBIA)

### Abstract

Sexual violence against children and adolescents is a serious problem with multiple analytical focusing and its approaches depends on the cross-sectorial work of multiple services. In response to a public health problem, in 2012, Colombian Ministry of Health and Social Protection instituted a protocol and comprehensive model of health attention towards sexual violence victims. There are not studies about its efficacy or compliance, so we decide to do the first analysis of protocol's adherence in a pediatrics department at Bogotá's private hospital. This was a retrospective study of 129 clinical records which met the inclusion criteria among all the sexual violence victims treated in the pediatrics department between January 1th, 2013 and December 31 of 2017.

20 indicators were constructed in order to assess compliance with the protocol. We found a compliance of 73% of all the analyzed indicators. It is not possible to describe the reasons behind low compliance, especially because it should be of 100%. We believe that creation of specialized multidisciplinary group, among the pediatric emergency department, would help to advocate for all victims of child sexual abuse in our center.

**Key words:** *Child Abuse; Sexual Harassment; Sex Offenses.*

### Introducción

No existe una definición universalmente aceptada sobre el abuso sexual infantil (ASI). En términos muy generales se puede decir que cualquier acto en el cual un niño, niña o adolescente es sometido a la participación en actividades sexuales por parte de una persona que domina al niño debido a una mayor madurez física, psicoafectiva o emocional, con el objetivo de estimular sexualmente a la persona dominante o gratificar a otros, se incluye dentro de la definición de violencia sexual (1).

De forma más específica, en el ámbito penal colombiano, la violencia sexual se define como «todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre un niño, niña o adolescente, utilizando la fuerza o cualquier forma de coerción física, psicológica o emocional, aprovechando las condiciones de indefensión, de desigualdad y las relaciones de poder existentes entre víctima y agresor» (2).

La violencia sexual quizá es una de las mayores vulneraciones de los derechos fundamentales de las personas (3). No solamente impide el adecuado ejercicio de

los derechos sexuales y reproductivos, sino que atenta contra los derechos a la vida, la salud, la integridad física, la libre expresión y el libre desarrollo de la personalidad, todos ellos consagrados dentro de nuestra carta magna y los diferentes acuerdos supranacionales promovidos por los organismos multilaterales.

Entendida de este modo, la violencia sexual infantil, como problema de salud, corresponde al personal médico -especialmente a los pediatras- su adecuado diagnóstico y atención inicial. En esa perspectiva, el Ministerio de la Salud y la Protección Social protocolizó, mediante resolución proferida en el año 2012 (4), un modelo de atención en salud a las víctimas de violencia sexual (5), que cumple dos características importantes: (i) es de obligatorio cumplimiento para la atención de las víctimas de violencia sexual por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; y (ii) no se centra en los aspectos de detección, sino en atención a las víctimas una vez se haya detectado

el caso. Esto implica que la observación de dicho protocolo debe realizarse siempre en los servicios de urgencias.

Si bien es cierto que el protocolo del Ministerio de la Salud y Protección Social no es el único lineamiento vigente en Colombia para la atención de las víctimas de ASI (6), en términos generales, ofrece una guía sobre las condiciones mínimas que se deben cumplir para realizar un adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento a las víctimas de violencia sexual que ingresan al sector salud y detalla una serie de 15 pasos que son de obligatorio cumplimiento. La figura 1, adaptada de la resolución 459 del 2012 del Ministerio de salud, describe los pasos fundamentales a los que se refiere dicho documento.

Protocolo para la atención integral en salud de víctimas de violencia sexual. Ministerio de Salud y Protección social. Adaptado de República de Colombia.



Figura 1. Pasos fundamentales en la atención integral de las víctimas de violencia sexual.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 000459 de 2012

*Prima facie*, no parecería que existiera mayor dificultad para la aplicación de este, en los casos de presunta violencia sexual que se conozcan en un servicio de urgencias típico; sin embargo, creemos que esto está lejos de la realidad.

Una investigación previa (6), por medio de un análisis cualitativo de estudio de contenido, sugiere que el modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, entre otros protocolos nacionales evaluados, no cumple explícitamente las categorías que determinan la protección integral al menor establecidas en la Ley de Infancia y Adolescencia de Colombia.

El objetivo perseguido por el Ministerio de Salud y de Protección Social al adoptar el protocolo mencionado es « [b]rindar a los equipos de salud una herramienta metodológica y conceptual con los criterios básicos e indispensables para el abordaje integral de las víctimas de violencia sexual que garanticen una atención con calidad y el restablecimiento de los derechos de las víctimas» (4).

Como plantean las autoras de ese trabajo, quizá las únicas evidencias disponibles para evaluar el cumplimiento de este objetivo, son las escandalosas cifras del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses que indican que, en promedio, en el año 2017 realizaron 55 exámenes médico-legales al día (7) por presunta violencia sexual en contra de niños, niñas y adolescentes, o también la ridícula tasa condenatoria de estos delitos en el sistema judicial colombiano: una investigación de doctorado señala que de 13.000 investigaciones realizadas por acceso carnal en menores de 14 años en el periodo de un año, solamente se dieron 4 sentencias condenatorias (8).

En este contexto, los profesionales de la salud vinculados al área de la pediatría, y especialmente aquellos que laboran los servicios de urgencias, tienen un papel relevante en la prevención, detección y atención a las víctimas de violencia sexual; adicionalmente a las obligaciones legales de toma de evidencias forenses, les compete realizar las medidas de protección a las víctimas, denunciar/reportar los casos a la autoridad competente, etc.

No obstante la normatividad vigente, las víctimas de violencia sexual se ven enfrentadas a:

«i) las dificultades que enfrentan las mujeres para tener acceso a un proceso penal contra sus agresores que sea respetuoso de sus derechos como víctimas, ii) las deficiencias institucionales, iii) el incumplimiento de las obligaciones legales de atención a las víctimas de delitos sexuales, iv) la falta de tratamientos médicos y psicológicos adecuados para las víctimas de violencia sexual y vi) la falta de acceso a exámenes y medicamentos para tratar enfermedades de transmisión sexual y para prevenir el embarazo» (9).

Muchas de estas deficiencias podrían ser producto de un inadecuado cumplimiento de los protocolos nacionales concebidos para la atención integral a las víctimas de violencia sexual.

En la bibliografía revisada, no existen determinaciones sobre el cumplimiento del sector salud con relación a sus obligaciones con las víctimas de violencia sexual. En efecto, la naturaleza propia del abuso sexual, los tabúes alrededor de éste y la dificultad que entraña la realización de investigaciones de este tipo, solamente ahondan las dificultades a las que se enfrentan las víctimas de violencia sexual en el momento de acceder adecuadamente al modelo de atención.

Nos parece que el primer paso para acercarse a un problema de tamaño magnitud, parte desde un diagnósti-

co de las condiciones del sector salud en relación con el cumplimiento de las obligaciones con las víctimas de violencia sexual que implique, tanto el estudio de su prevalencia como la revisión de sus actuaciones, con base en los protocolos institucionales y nacionales.

Según el protocolo institucional del Hospital de San José, todos los casos de presunta violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, son atendidos por un equipo interdisciplinario formado por los servicios de pediatría, ginecología, trabajo social y psiquiatría. En este contexto, consideramos indispensable ayudar a disminuir las barreras a las que las víctimas infantiles de violencia sexual se enfrentan en el ámbito hospitalario para recibir una adecuada atención en salud integral; por ello es relevante, no solamente conocer la magnitud del problema al que nos enfrentamos en el Hospital de San José, a través del estudio demográfico de nuestros pacientes, sino también evaluar el cumplimiento del protocolo.

## Métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo, cuya población correspondió al conjunto de todas las presuntas víctimas de violencia sexual que fueron atendidas en el servicio de pediatría del Hospital de San José de Bogotá, entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2017. Las historias se recuperaron de tres fuentes: (I) El reporte de intervenciones por violencia sexual realizado por el servicio de trabajo social del cual se recopilaron historias de 70 pacientes, (II) los casos de violencia infantil reportados por la oficina de estadística del Hospital de San José de Bogotá al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA- del cual se recuperaron 147 historias y (III) de la base de datos del servicio de estadística del Hospital de San José de Bogotá, utilizando como filtro los pacientes cuyo diagnóstico final reportado en los códigos CIE-10 estuviera relacionado con violencia sexual, hallando por este medio 158 historias clínicas.

Teniendo en cuenta que se trata de 3 bases de datos diferentes para recopilación de historias clínicas y que en cada una de ella se encontraban pacientes mal asignados, adultos, mujeres embarazadas y pacientes duplicados, la muestra se redujo a 187 historias clínicas que cumplían el criterio de inclusión, es decir, aquellas que pertenecieran a pacientes menores de 17 años, y 364 que fueron atendidos en el servicio de pediatría del Hospital de San José de Bogotá. Por otra parte, se excluyeron 64 historias clínicas de pacientes cuyo motivo de consulta principal no fuera abuso sexual o cuyo lugar de atención inicial no haya sido el servicio de urgencias de pediatría del Hospital de San José, sino los servicios de consulta externa, urgencias de ginecología o urgencias de adultos. La Figura 2 muestra el esquema de recolección de datos que se utilizó.

Se construyó una base de datos en una hoja de cálculo digital con los datos epidemiológicos de los 123 casos analizados. Para verificar el cumplimiento de los pasos del protocolo se definieron 15 características que debían cumplir las historias clínicas y se construyeron indicadores que evaluaran su cumplimiento, teniendo en cuenta las principales acciones, cuyo resultado debe ser consignado en la historia clínica. Éstos se deben realizar en cada uno de los pasos determinados en el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual para, de esta forma, dar a cada indicador 2 o 3 opciones de respuesta con lo cual determinar si se cumplían cada uno de esos pasos. Cada indicador fue construido en consenso con el grupo de investigadores. Los datos fueron recogidos de forma independiente por dos investigadores, entrenados en el protocolo de atención a las víctimas de violencia sexual; después se compararon los datos recopilados y las diferencias entre ellos fueron resueltas por consenso.

Los pasos 1 y 2 se refieren a la preparación de la comunidad para acceder a los servicios de salud dirigidos a las víctimas de violencia sexual, y la verificación y mantenimiento de las condiciones necesarias para la

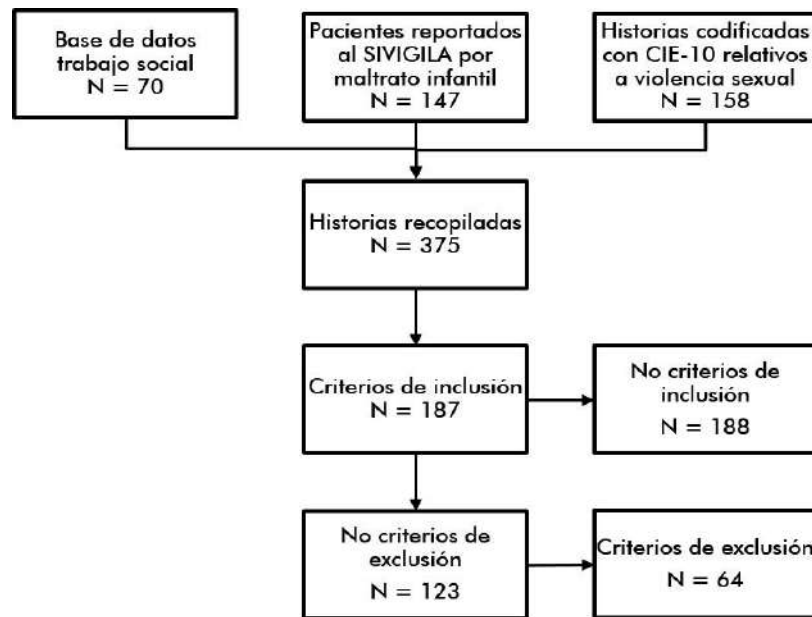


Figura 2. Diagrama de recolección de datos.

prestación de dichos servicios. En este apartado destacamos como actividades dependientes del personal médico, en primer lugar, la explicación de los derechos de las víctimas y, en segundo lugar, la debida obtención del consentimiento informado con el fin de preservar la autonomía del paciente (10).

El paso 3 se refiere a la recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas, el registro de su realización queda consignado en la historia de acuerdo con el sistema de clasificación de triage, reglamentado en la resolución 5595 de 2015 (11) y los criterios se especifican claramente en el protocolo:

«La violencia sexual en las primeras 72 horas de ocurrida la victimización, constituye una prioridad I dentro de triage [cursiva en el original] de urgencias; luego de 72 horas se puede clasificar como prioridad II, excepto que

la víctima acuda con ideación depresiva, de muerte o suicida, sangrado vaginal o uretral severo secundario a trauma, retraso menstrual con sangrado vaginal y dolor severo, agitación psicomotora, confusión, alucinaciones, u otros síntomas y signos físicos o psicológicos que indiquen alto riesgo para la vida o la salud, ante los cuales se dará también prioridad I de triage independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la victimización y el de la consulta» (4).

El cuarto paso indica realizar la valoración completa inicial de la víctima, realizando una división en 4 partes: (A) La realización de anamnesis de la víctima de violencia sexual; (B) Realización del examen físico completo, el cual debe registrarse en la historia clínica; (C) el examen clínico genital y anal de la víctima de violencia sexual y (D) el diagnóstico clínico en la víctima de violencia sexual, los cuales están codifica-

dos en la clasificación internacional de enfermedades CIE-10.

El paso 5 indica la toma de pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima las cuales incluyen serología para sífilis, toma endocervical para Gram y cultivo orientado a la detección del gonococo, frotis en fresco para la búsqueda de tricomonas y pruebas de tamizaje para VIH y hepatitis B. Adicionalmente, en el caso de las mujeres, se recomienda tomar prueba de embarazo, cuya solicitud debe ser consignada en la historia clínica.

El paso 6 obliga la profilaxis para ITS para todos los casos de asalto sexual y el criterio clínico para decidir la profilaxis en casos de abuso sexual y otras formas de violencia sexual en las que se encuentren signos o síntomas sugestivos de enfermedades.

El paso 7 hace referencia específica a la profilaxis contra VIH/sida durante la consulta inicial de salud en los casos indicados, es decir, todos los de asalto sexual en las primeras 72 horas o aquellos que cumplan con los criterios de alto riesgo descritos por el CDC estadounidense (12).

El paso 8, por su parte, indica los criterios para suministrar anticoncepción de emergencia, mientras que el paso 9 promueve la remisión al profesional de salud mental. Los pasos 10, 11 y 12 se refieren a la remisión a los planes de atención ambulatoria, seguimiento por trabajo social y reporte al ICBF y sector justicia.

El paso 13 hace referencia al reporte y seguimiento epidemiológico, es decir, el adecuado diligenciamiento de los diagnósticos del CIE-10 y la notificación mediante fichas de vigilancia epidemiológicas del SIVIGILA.

Por otra parte, los pasos 14 y 15 se refieren al seguimiento rutinario y cierre del caso, adecuados y materializados por la información y asesoría suministrada

sobre el proceso de atención integral a las víctimas de violencia sexual y asesoramiento de derechos sexuales y reproductivos. Dos autores (Víctor Caballero y Paola Gómez) revisaron en momentos diferentes cada una de las historias, respondiendo en una hoja de cálculo si las anotaciones consignadas en las historias clínicas cumplían cada uno de los pasos del protocolo; luego compararon las bases de datos y resolvieron las diferencias por consenso. Para el análisis de frecuencias se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 22.

Esta investigación de tipo descriptivo, no realizó ninguna intervención ni tuvo acceso a datos sensibles, según las definiciones de la resolución 8430 que regula en Colombia la investigación en salud. Al tratarse de revisión de historias clínicas, se define como una investigación sin riesgo por lo que no requirió ningún tipo de formalidad legal o ética para su realización, incluida la obtención del consentimiento informado. No obstante, el trabajo se sometió al comité de ética institucional y obtuvo aprobación expedita.

## Resultados

### Características demográficas

Las principales características demográficas de los pacientes cuyas historias fueron analizadas se resumen en la Tabla 1.

Cabe destacar que la mayoría de las víctimas de violencia sexual atendidas en nuestra población son de sexo femenino, casi por cada 7 niñas víctimas de ASI, un niño sufre esta situación. Si se compara el sexo del agresor, cuando se conoce, esta relación se hace casi de 100:1, es decir, por cada 100 agresores de sexo masculino, 1 mujer comete violencia sexual. En nuestra población podría señalarse que, más allá de la categoría de poder, ampliamente utilizada para explicar la violencia sexual, es necesario realizar un abordaje intersectorial para poder explicar por qué los niños, niñas

**Tabla 1.** Características demográficas de víctimas de violencia sexual, atendidas en el servicio de pediatría del Hospital San José de Bogotá. Periodo 2013-2017.

Edad de la víctima	Mediana	RIQ	Mín.	Máx.
	7	10	0	16
Sexo de la víctima (Razón mujeres/hombres)	7:1,2			
Acompañante a la consulta (Porcentaje)	Padre	94,30%		
	Cuidador	3,30%		
	Otros	2,40%		
Municipio de residencia (Porcentaje)	Bogotá	91,90%		
	Otro	10%		
Grupo poblacional (Porcentaje)	Ninguno	91,90%		
	Discapacitados	4,90%		
	Protegidos	3,20%		
Sexo del agresor (Porcentaje)	Masculino	82,10%		
	Femenino	0,80%		
	Desconocido	17,10%		
Edad del agresor (Rango; porcentaje)	Desconocido	41,50%		
	Menor de 18 años	23,60%		
	Entre 18 -25 años	8,90%		
	Entre 26-45 años	10,60%		
	Mayor de 45 años	15,40%		
Relación con la víctima (Porcentaje)	Familiar	40,70%		
	Conocido	30,10%		
	Desconocido	29,30%		
Tipo de delito (Porcentaje)	Asalto sexual	26,80%		
	Abuso Sexual	73,20%		
Tiempo de consulta (Porcentaje)	< 72 horas	42,2%		
	> 72 horas	10,5%		
	Desconocido o larga data	47,1%		

y adolescentes son más frecuentemente víctimas de abuso sexual (7). La Figura 3 muestra la distribución bimodal en la edad de las víctimas de violencia sexual, existiendo un pico de frecuencia entre las niñas de 1-3 años y otro entre las de 11-13 años.

Con respecto a la procedencia de los casos de violencia sexual atendidos en el Hospital de San José, se destaca

en el análisis gráfico por localidades (Figura 4), la ausencia de un patrón geográfico determinado.

El Hospital de San José de Bogotá está localizado en el centro oriente de Bogotá, por lo que, muchos de nuestros pacientes provienen de localidades contiguas al hospital. Sin embargo, un número importante de estos viven en la zona suroccidental de Bogotá, espe-

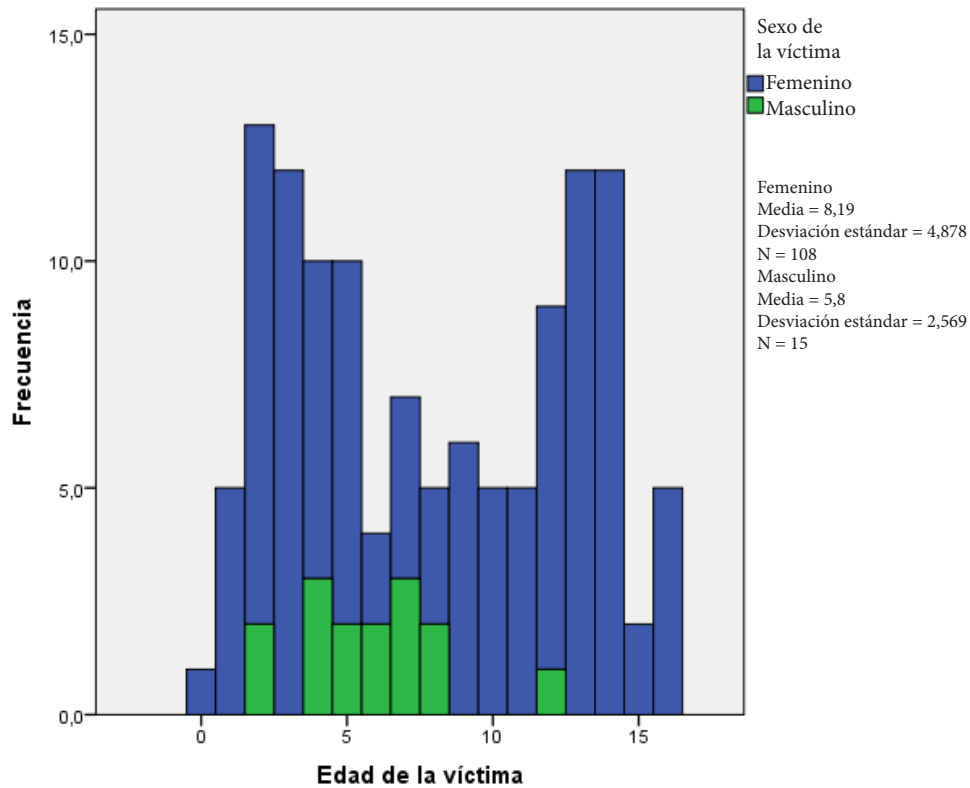


Figura 3. Distribución por edad según sexo de las víctimas de violencia sexual, atendidas en el servicio de urgencias de pediatría Hospital de San José de Bogotá (2013-2017).

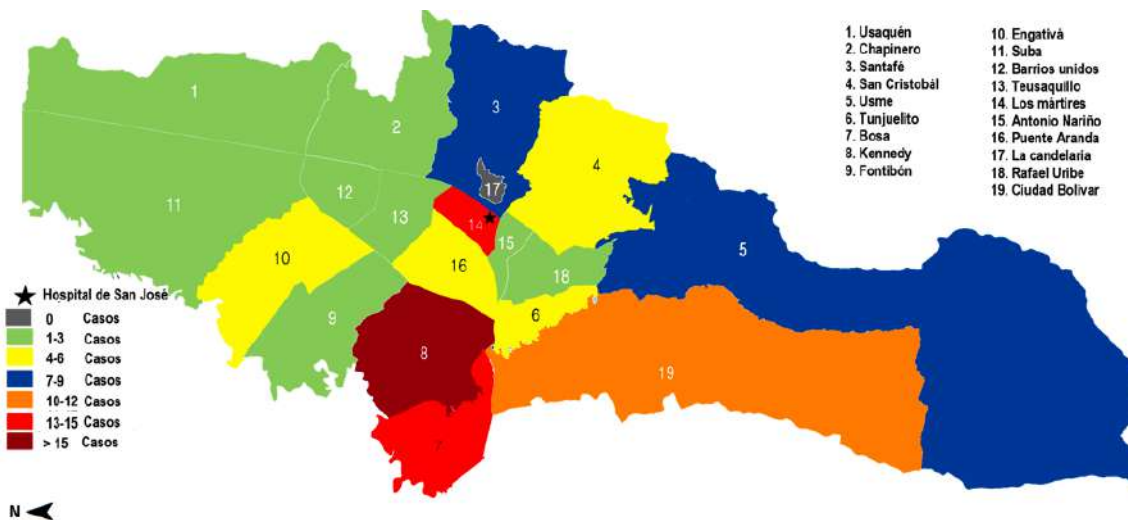


Figura 4. Localidad de procedencia, en Bogotá, de las víctimas de violencia sexual atendidas en el servicio de pediatría del Hospital San José. Periodo 2013-2017.

cialmente en la localidades de Kennedy y Bosa, y muy pocos pacientes provienen del norte de Bogotá.

Respecto a la relación del agresor con la víctima, vale la pena resaltar que nuestra población se comporta de forma similar a la población general, en la cual, la mayoría de las veces, los niños, niñas y adolescentes son agredidos por personas cercanas a su entorno familiar. Así, son las personas provenientes del grupo familiar reconstituido, quienes con mayor frecuencia agreden a nuestros menores, tal como se puede interpretar de la Tabla 2.

**Tabla 2.** Tipo de relación de los agresores con las de víctimas de violencia sexual atendidas en el servicio de pediatría del Hospital San José de Bogotá. Periodo 2013-2017.

Relación con la víctima	Frecuencia	Porcentaje
Otro	5	4,1
Padre o madre	6	4,9
Padrastra o madrastra	13	10,6
Hermano o hermana	7	5,7
Tío o tía	8	6,5
Abuelo o abuela	7	5,7
Primo o prima	9	7,3
Amigo del menor	12	9,8
Vecino	9	7,3
Inquilino	2	1,6
Amigo de algún familiar	9	7,3
Desconocido	36	29,3
Total	123	100,0

La Tabla 3 resalta la relación existente entre la edad del agresor con el lugar de los hechos de la agresión. En términos generales, los menores de edad que son agresores sexuales, se aprovecharían de la privacidad de los ámbitos familiares como el hogar, las instituciones educativas o las viviendas para cometer los delitos. En contraste, los agresores desconocidos, atacan a sus víctimas en espacios públicos. A primera vista, esta tendencia parece insignificante; sin embargo, desde la perspectiva interseccional, podría ayudar a explicar

modelos en los que empleen categorías más complejas para explicar el asalto sexual (13).

## Cumplimiento del protocolo

Se construyeron 20 indicadores para evaluar los 15 pasos a los que hace referencia el protocolo de atención en salud a las víctimas de violencia sexual. El cumplimiento de cada uno de los indicadores del protocolo se puede agrupar de forma arbitraria en tres conjuntos: (1) bajo porcentaje de cumplimiento, (2) alto porcentaje de cumplimiento y (3) muy alto porcentaje de cumplimiento.

En el grupo de bajo porcentaje de cumplimiento, que varía entre el 8 y el 49%, hacen parte los siguientes indicadores: (i) obtención del consentimiento informado para la realización del examen, (ii) asignación del seguimiento ambulatorio por pediatría, (iii) socialización sobre los derechos sexuales y reproductivos, (iv) diligenciamiento de la ficha de notificación, (v) explicación del proceso de atención y (vi) clasificación de triage. En el grupo de alto porcentaje de cumplimiento, que varió entre el 76,4 y el 87%, están los indicadores: (i) adecuada profilaxis contra hepatitis B, (ii) administración del esquema de tratamiento para ITS, (iii) adecuada indicación del profilaxis de VIH y (iv) utilización adecuada de los códigos diagnósticos CIE-10 (Tabla 4).

Cabe destacar que la mayoría de indicadores se encontraron en el grupo de alto cumplimiento, que varió desde 90,2% hasta el 100% de cumplimiento; los siguientes indicadores formaron parte de este grupo: (i) indicación correcta de pruebas diagnósticas de ITS, (ii) registro completo de examen genital, (iii) registro de toma de evidencias forenses cuando estaban indicadas, (iv) registro de examen físico completo, (v) derivación a servicios de trabajo social, (vi) llamado al ICBF y al sector justicia, (vii) anticoncepción de emergencia y (viii) toma de prueba de embarazo cuando estaba indicada.

**Tabla 3.** Edad del agresor, según lugar de los hechos, de víctimas de violencia sexual atendidas en el servicio de pediatría del Hospital San José (2013-2017).

Edad del agresor	Lugar de los hechos					Total
	Otros	Hogar	Instituciones educativas	Viviendas, fincas y similares	Vías públicas	
Desconocido (% del total)	13,0%	4,1%	4,9%	8,9%	10,6%	41,5%
Menor de 18 años (% del total)	0,0%	12,2%	2,4%	8,9%	0,0%	23,6%
Entre 18-25 años (% del total)	1,6%	2,4%	0,8%	3,3%	0,8%	8,9%
Entre 26-45 años (% del total)	0,8%	8,1%	0,0%	1,6%	0,0%	10,6%
Mayor de 45 años (% del total)	0,0%	9,8%	0,0%	5,7%	0,0%	15,4%
Total (% del total)	15,4%	36,6%	8,1%	28,5%	11,4%	100,0%

El tipo de investigación de este trabajo no nos permite describir con certeza los motivos que se encuentran detrás del bajo porcentaje de cumplimiento de estos indicadores. Sin embargo, es claro que estos seis, tienen que ver más con los aspectos psicosociales de la atención en salud que con los puramente biológicos; estos últimos, por el contrario, muestran porcentajes de cumplimiento entre el 74% y el 100% (Figura 5). Al agrupar cada uno de los indicadores, encontramos un cumplimiento medio del 74%, lo que consideramos un porcentaje bajo, especialmente porque al ser un protocolo de obligatorio cumplimiento, éste debería ser del 100%.

## Discusión

Como habíamos mencionado inicialmente, el abuso sexual es una de las mayores vulneraciones de los derechos fundamentales de las personas, no solamente por las consecuencias físicas y biológicas que tiene sobre los cuerpos de las víctimas (14), sino también por los profundos cambios psicológicos que experimentan quienes han sufrido sus estragos (15,16). Este estudio permite describir de manera retrospectiva el cumpli-

miento del protocolo de atención integral en salud para las víctimas de violencia sexual que fueron atendidas en el servicio de urgencias pediatría del hospital de San José durante los años 2013-2017. Durante el periodo de 2013 a 2017, en el servicio de urgencias del Hospital de San José de Bogotá se atendió al menos un caso por semana.

El abuso sexual implica el ejercicio de la violencia sobre la víctima y, lastimosamente, los niños, niñas y adolescentes son las víctimas favoritas de la violencia ejercida por los adultos. Generalmente aceptamos que mientras más atrás se vaya en la historia, mayor es el grado de violencia, abuso y maltrato al cual los niños están expuestos (17). Por este motivo no se puede entender que 2017 ha pasado a la historia como el año en que más víctimas de presuntos delitos sexuales han sido reportadas en el país, en relación con la última década.

En Colombia, la mayor fuente de información sobre abuso sexual es el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; su informe más reciente indica que, solamente en Bogotá, se realizan 9 valoraciones médico-legales al día por presunto abuso sexual en

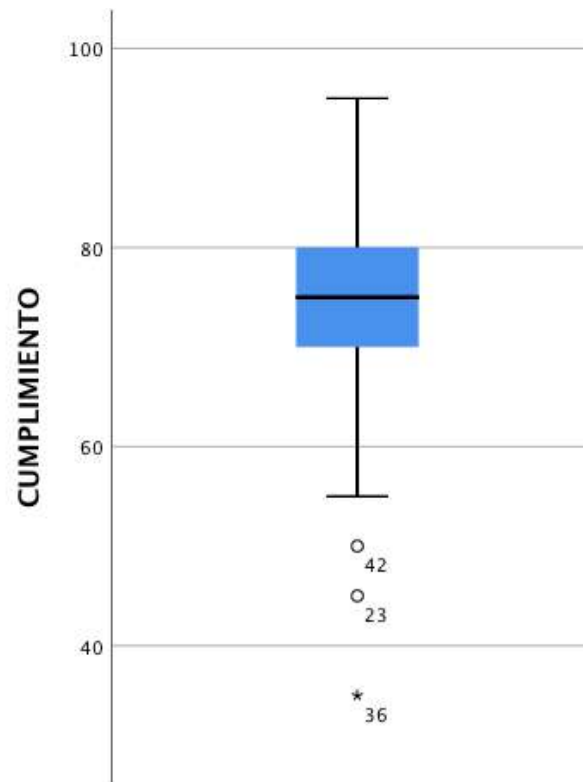
**Tabla 4.** Cumplimiento de indicadores del protocolo de atención integral en salud a las víctimas de abuso sexual. Servicio de pediatría Hospital de San José (2013-2017) N=123.

Indicador	% Cumplimiento
Proporción de pacientes a quienes se les consignó en la historia clínica la explicación de derechos y del proceso de atención	40,7
Proporción de pacientes a quienes se les consignó en la historia la obtención del consentimiento informado	8,9
Proporción de pacientes a los que se les realizó adecuada clasificación de triage	49,6
Proporción de pacientes a quienes se les consignó un relato completo de los hechos y antecedentes relacionados en la historia clínica	95,9
Proporción de pacientes a quienes se les registró un examen físico completo	94,3
Proporción de pacientes a quienes se les registró un examen genital completo	93,5
Proporción de pacientes en quienes se documentó la toma de evidencias forenses cuando estaban indicadas.	93,5
Proporción de pacientes a quienes se realizaron pruebas diagnósticas de ITS cuando estaban indicadas	91,9
Proporción de pacientes a quienes se tomó correctamente prueba de embarazo	100,0
Proporción de pacientes a quienes se administró esquema de tratamiento para ITS	85,4
Proporción de pacientes en quienes se realizó correctamente profilaxis de hepatitis B	76,4
Proporción de pacientes en quienes se inició correctamente profilaxis de VIH	86,2
Proporción de pacientes a los cuales se aseguró anticoncepción de emergencia	98,4
Proporción de pacientes en quienes se realizó valoración por psiquiatría	90,2
Proporción de pacientes a quienes, al egreso, se efectuaron órdenes para control ambulatorio por pediatría	22,0
Proporción de pacientes que fueron derivados a trabajo social	95,9
Proporción de casos en los que se realizó llamado a ICBF y al sector justicia	95,9
Proporción de casos en donde se utilizaron los códigos diagnósticos CIE-10	87,0
Proporción de casos en donde quedó constancia del diligenciamiento de la ficha de notificación	35,0
Proporción de pacientes a quienes se realizó socialización sobre derechos sexuales y reproductivos	26,8

niños, niñas y adolescentes (7). Teniendo en cuenta la baja tasa de denuncia de esta clase de delitos, podemos estar hablando de cerca de 90 casos de abuso sexual infantil ocurridos en Bogotá durante cada día del año 2017.

Al igual que en el resto de Bogotá, en nuestra población la mayoría de las víctimas de violencia sexual fue-

ron las niñas. La razón mujer/hombre de Bogotá en el año 2017 fue de 52:1, mientras que en el Hospital de San José de Bogotá fue de 7:1. En todo el mundo es cierto que las mujeres son, en mayor proporción, víctimas de violencia sexual de cualquier tipo, con respecto a los hombres (18). Cabría preguntarse si la diferencia en la proporción de mujeres y hombres que son atendidos por ASI en el Hospital de San José, eventualmen-



**Figura 5.** Proporción del cumplimiento de indicadores del protocolo de atención integral en salud a las víctimas de abuso sexual. Servicio de pediatría Hospital de San José (2013-2017) N=123.

te podría ser explicada por la dificultad existente en detectar tempranamente los casos de abuso sexual en contra de los hombres y los estigmas relacionados con la inequidad de género en el momento de acceder a los servicios de salud.

Aunque la evidencia de esta y otras investigaciones podría señalar que la violencia sexual es solamente un problema de género (19,20) es necesario tener en cuenta que los fenómenos complejos requieren explicaciones complejas. En ese sentido, se hace necesaria la utilización de los modelos que permitan traer a colación categorías analíticas tales como la historia, la raza o la edad, sin olvidar la enorme cantidad de evidencia que indica que las mujeres son las principales víctimas de violencia sexual.

Existen modelos conceptuales que reconocen múltiples puntos de convergencia a la hora del explicar la violencia sexual. Uno de estos enfoques, reconoce 5 teorías que deben tenerse en cuenta para el análisis de la violencia sexual. (i) El reconocimiento de la violencia sexual como un acto sexual con consecuencias sexuales para el sobreviviente (ii), que el abuso sexual tiene múltiples causales, no solamente persigue el poder/control, sino también abarca motivaciones como la gratificación sexual, venganza, recreación, diferentes clases de filias, expresión de la masculinidad, etc. (iii) La violación como acto político para el mantenimiento del patriarcado y, al mismo tiempo, como una acción con consecuencias específicas a nivel personal. (iv) La importancia del análisis intersectorial con las categorías de raza, identidad de género, clase, pobreza

en los ámbitos político, personal e histórico y (iv) las consecuencias personales del abuso sexual (21).

Por lo anterior, deben hacerse más estudios de corte cualitativo, con metodologías mixtas que permitan realizar análisis inter o transdisciplinarios. Al mismo tiempo que se crea un marco complejo como herramienta analítica para entender el abuso sexual desde la academia, se debe tener en cuenta que la violencia sexual existe en la vida real. En nuestros pacientes no existe primero la clase, el sexo o la motivación de poder en sus experiencias, sino que todo ocurre al mismo tiempo, por lo cual es necesario velar por la prestación de una atención integral a todas las presuntas víctimas que atendemos.

### **Cumplimiento del protocolo de atención a las víctimas de violencia sexual**

En términos generales, se considera aceptable un cumplimiento entre el 75% y 95% en las diferentes guías de práctica clínica basadas en la evidencia. El protocolo de atención integral en salud para la atención de las víctimas de violencia sexual no es una guía de práctica clínica basada en la evidencia, sino la herramienta más importante disponible para garantizar la adecuada atención en salud de las víctimas de violencia sexual. Además, es un modelo que sirve como marco de referencia en el seguimiento de la atención a personas víctimas de violencia sexual (4), razón por la cual, su cumplimiento aceptable debería ser muy cercano al 100%.

En el servicio de pediatría del Hospital de San José de Bogotá, la media de cumplimiento de 74% se considera, en general, baja, teniendo en cuenta lo anterior. Sin embargo, haciendo énfasis en los indicadores con cumplimientos mayores al 90%, casi todos ellos se refieren propiamente a la atención médica. El tipo de investigación de este trabajo no nos permite describir con certeza los motivos que se encuentran detrás del bajo porcentaje de cumplimiento de estos indicadores. Sin embargo, es claro que estos seis indicadores

de bajo cumplimiento, tienen que ver más con los aspectos psicosociales de la atención en salud que con los puramente biológicos. Esto podría indicar que se requiere mayor socialización y reforzamiento en el servicio de urgencias de pediatría, a fin de fortalecer el bajo cumplimiento de algunos indicadores previamente descritos.

No obstante, algunos autores señalan que la dificultad para el cumplimiento de las recomendaciones de las guías de práctica clínica, puede ser producto de su mala calidad (22). Otro tipo de abordajes podrían evaluar si la falta de cumplimiento puede deberse más a la baja calidad del modelo de atención que ha implementado el Ministerio de Salud y la Protección Social (6).

Lo que es cierto es que, en la literatura médica especializada, existe consenso en que la evaluación de los niños víctimas de violencia sexual debe ser realizada por los profesionales más sensibles, quienes cuenten con el mayor conocimiento y la mejor habilidad (23) en este tipo de escenarios. Lo anterior, puesto que es evidente que un diagnóstico médico bien realizado, documentado y sustentado, influirá positivamente en la sustentación de las acusaciones, protección del futuro abuso y remisión para el seguimiento de las secuelas físicas y psicológicas de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. La evaluación del niño víctima de violencia sexual implica múltiples habilidades que se adquieren a través de la práctica médica; no solamente se requiere pericia para obtener una historia clínica adecuada (24), también son necesarias destrezas al momento de documentar los hallazgos encontrados de forma que la historia clínica sea clara, cuidadosa y sustentable (25) con el objeto de no socavar la credibilidad de la evaluación diagnóstica (26).

Lo anterior, se suma a que en nuestro medio existen múltiples carencias que complican la evaluación, diagnóstico y seguimiento de las víctimas de violencia sexual como pueden ser: (i) la ausencia de centros

integrales para la atención integral a las víctimas de violencia sexual; (ii) las limitaciones impuestas por el sistema de aseguramiento que promueven el fraccionamiento de la atención; (iii) la escasa disponibilidad de medios técnicos institucionales y formación adecuada en la documentación digital de los hallazgos del examen físico; y (iv) la atención por profesionales de salud no formados en abuso sexual (27).

Algunos autores han señalado que el desconocimiento de los médicos sobre el abuso sexual (28,29,30) es una limitante a la hora de realizar el abordaje integral a los pacientes que han sido víctimas de violencia sexual. Incluso van más allá, al señalar la incapacidad de muchos pediatras para identificar adecuadamente las estructuras anatómicas femeninas normales prepuberales (31,32,33). Ninguno de estos aspectos es tenido en cuenta por el protocolo de atención integral en salud a las víctimas de abuso sexual del Ministerio de Salud y de Protección Social.

No hay estudios que describan el cumplimiento de estos mismos protocolos o similares, en otras instituciones dedicadas a la atención en salud infantil en Colombia. Lo más parecido es una encuesta citada por Barrios que sugiere que los conocimientos sobre maltrato infantil – categoría que abarca abuso sexual infantil – en el hospital pediátrico más grande del país son, cuando menos, decepcionantes (27).

## Conclusiones

El abuso sexual infantil es un problema complejo, por lo tanto, su abordaje requiere soluciones complejas. La creación de un grupo multidisciplinario especializado, dentro de los servicios de urgencias de pediatría, contribuiría favorablemente a la atención de las víctimas de abuso sexual infantil. Tengamos en cuenta que en nuestro servicio, 2 de cada 3 pacientes evaluados por presunto abuso sexual infantil, llegan después de 72 horas o han venido sufriendolo de forma crónica. En

consecuencia, su atención podría diferirse debido a que su último contacto fue hace más de 72 horas y hay baja probabilidad de (i) encontrar evidencias forenses, así como (ii) poco éxito en la implementación de esquemas terapéuticos profilácticos (24,34). Por otro lado, los niños que fueron víctimas de abuso sexual infantil ocurrido en las últimas 72 horas, pero que no refieren contacto con secreciones ni expresan incomodidad o molestia, también podrían ser evaluados de forma diferida por un grupo de expertos.

Crear un grupo multidisciplinario que se encargue de forma exclusiva de la atención de los casos de abuso sexual infantil y que trabaje en el mejoramiento de los protocolos internos, ofrecería a nuestra población de menores una atención en salud de mejor calidad, y posicionaría al servicio de pediatría del Hospital de San José de Bogotá como una referencia a nivel local en el abordaje del abuso sexual infantil.

## Agradecimientos

Agradecemos al personal de la unidad de estadística y análisis en Salud, por su ayuda en la identificación de posibles pacientes para participar en el estudio. Así mismo, a Hilda Acuña, coordinadora de trabajo social del Hospital de San José de Bogotá, por su amable colaboración para la identificación de pacientes víctimas de violencia sexual. Por otro lado, queremos hacer un reconocimiento especial al Dr. Juan Sebastián Abaúnza, médico especialista en epidemiología, quien nos asesoró para la realización del análisis estadístico de los datos.

## Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## Financiación del proyecto

El proyecto no recibió financiación.

## Referencias

1. Giardino A, Lyn M. El problema. In Finkel M, Giardino A, editors. Evaluación médica del abuso sexual infantil. Bogotá: Asociación Afecto contra el Maltrato Infantil. 2015; 27-46.
2. República de Colombia, Congreso de Colombia. Ley 1146 de 2007.
3. Contreras JM, Bott S, Guedes A, Dartnall. Sexual violence in Latin America and the Caribbean: A desk review; 2010.
4. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 000459 de 2012.
5. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Bogotá; 2011.
6. Abril-Restrepo V, Alcántara-Díaz LE, Castañeda-Martínez ML, Martínez-Marín L. Abuso sexual infantil: protocolos de atención integral en Colombia. Trabajo de grado. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Psicología; 2016.
7. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. Datos para la vida Bogotá; 2017.
8. Ariza-Sosa G. De inapelable a intolerable: violencia contra las mujeres en sus relaciones de pareja en Medellín. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
9. Corporación Humanas - Centro regional de derechos humanos y justicia de género. Situación en Colombia de la violencia sexual en contra de las mujeres. Bogotá: Ediciones Antropos; 2008.
10. Castaño de Restrepo MP. El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica. Bogotá: Temis; 1997.
11. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5595 de 2015.
12. Center for Disease Control and Prevention. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendation for the U.S. Department of Health and Human Services. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2005; 54(RR02): 1-20.
13. Sanday PR. The socio-cultural context of rape: A cross-cultural study. Journal of Social Issues. 1981; 37(4): 5-27.
14. Bonvanie I, Gils A, Janssens K, Rosmalen J. Sexual abuse predicts functional somatic symptoms: An adolescent population study. Child Abuse Negl. 2015; 46: 1-7.
15. Ruggiero K, McLeer S, Dixon F. Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. Child Abuse Negl. 2000; 24 (7): 951-964.
16. Lewis T, McElroy E, Harlaar N, Runyan D. Does the impact of child sexual abuse differ from maltreated but non-sexually abused children? A prospective examination of the impact of child sexual abuse on internalizing and externalizing behavior problems. Child Abuse Neglect. 2010; 51: 31-40.
17. Ariès P. L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime. Seuil: Editions du Paris; 1973.
18. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva: Who, Who clinical and policy guidelines; 2013.
19. Rennison CM. Rape and Sexual Assault: Reporting to the Police and Medical Attention, 1992-2000. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics; 2002.
20. Murhen S, Wright C, Kaluzny G. If "Boys Will Be Boys," Then Girls Will Be Victims? A Meta-Analytic Review of the Research That Relates Masculine Ideology to Sexual Aggression. Sex roles. 2002; 46(11-12): 359-375.
21. McPhail B. Feminist Framework plus: Knitting Feminist Theories of Rape Etiology into a Comprehensive Model. Trauma, violence and abuse. 2016; 17(3): 314-329.
22. Gutiérrez-Alba G, González-Block MÁ, Reyes-Morales H. Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México: estudio de casos múltiple. Salud pública Méx. 2015; 57(6).
23. Finkel M, Giardino A. Prefacio. In Finkel M, Giardino A, editors. Evaluación médica del abuso sexual infantil. Bogotá: Asociación Afecto contra el Maltrato Infantil. 2015; 25-26.
24. Finkel M. La evaluación. In Finkel M, Giardino A, editors. Evaluación médica del abuso sexual infantil. Bogotá: Asociación Afecto contra el Maltrato Infantil. 2015; 47-80.
25. Finkel M, Ricci L. Documentation and Preservation of Visual Evidence in Child Abuse. Child Maltreatment. 1997; 2(4): 322-330.
26. Finkel M. Documentación, reporte, formulación de informes y conclusiones. In Finkel M, Giardino A, editors. Evaluación médica del abuso sexual infantil. Bogotá: Asociación Afecto contra el Maltrato Infantil. 2015; 395-408.
27. Barrios-Acosta M. Abuso sexual en la niñez: análisis desde la práctica en Bogotá. In Finkel M, Giardino A, editors. Evaluación médica del abuso sexual infantil. Bogotá: Asociación Afecto contra el Maltrato Infantil. 2015; 409-429.
28. Lentsch K, Johnson C. Do Physicians have Adequate Knowledge of Child Sexual Abuse? The Results of Two Surveys of Practicing Physicians, 1986 and 1996. Child Maltreatment. 2000; 5(1): 72-78.
29. Kienberger P, Zimo D. Problems for Physicians Dealing with Sexual Abuse Evaluations. Clinical Pediatrics. 1992; 31(12): 731-741.

30. McGuire K. Common Beliefs about Child Sexual Abuse and Disclosure: A College Sample. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2017; 26(2): 175-194.
31. Ladson S, Johnson C, Doty R. Do Physicians Recognize Sexual Abuse? *Am J Dis Child*. 1987; 141(4): 411-415.
32. Makoroff K, Brauley J, Brandner A, Myers P, Shapiro R. Genital examinations for alleged sexual abuse of prepubertal girls: findings by pediatric emergency medicine physicians compared with child abuse trained physicians. *Child Abuse & Neglect*. 2002; 26(12): 1235-1242.
33. Adams J, Starling S, Frasier L, Palusci V, Shapiro R, Finkel M, et al. Diagnostic accuracy in child sexual abuse medical evaluation: Role of experience, training, and expert case review. *Child Abuse & Neglect*. 2012; 36(5): 383-392.
34. Rimsza M, Niggemann E. Medical Evaluation of Sexually Abused Children: A Review of 311 Cases. *Pediatrics*. 1982; 69(1): 8-14.
35. Socolar R, Reives P. Factors or Impede Physicians who Perform Evaluations for Child Maltreatment. *Child Maltreatment*. 2002; 7(4): 377 - 381.
36. Block R, Palusci V. Child Abuse Pediatrics: A new pediatric subspecialty. *The Journal of Pediatrics*. 2006; 148(6): 711-712.x

**Recibido:** 1 de septiembre de 2019

**Aceptado:** 13 de noviembre de 2019

**Correspondencia:**

Víctor Alfonso Caballero Blanco  
*vacaballerob@gmail.com*

## DIAGNÓSTICO FUNCIONAL DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UN GRUPO DE PACIENTES DE LA PROVINCIA SUGAMUXI - BOYACÁ (COLOMBIA)

María del Pilar Rojas Laverde<sup>1</sup>, Sandra Patricia Corredor Gamba<sup>2</sup>, Alba Yanira Polanía Robayo<sup>3</sup>, Marcela América Roa Cubaque<sup>4</sup>

### Resumen

**Introducción:** La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es una importante y creciente causa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, y para el año 2020 se prevé que ocupará el tercer lugar entre todas las causas de muerte. Desde la década de los cincuenta, el consumo de cigarrillo se ha identificado como el factor de riesgo más importante para el desarrollo de esta enfermedad. **Objetivo:** Diagnosticar funcionalmente la EPOC mediante espirometría forzada. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo–transversal con muestra de 327 pacientes diagnosticados clínicamente con EPOC de la provincia Sugamuxi. Con el fin de asegurar la participación equitativa de cada municipio, se estableció un método de afijación proporcional. Se realizó análisis univariado a través de medidas de tendencia central, promedios, desviación estándar, porcentajes e intervalos de confianza. **Resultados:** La población estudiada estuvo conformada por pacientes con diagnóstico clínico de EPOC, caracterizada por ser, en su mayoría, hombres, con edad, talla y peso promedio de 73 años, 1,55 metros y 62 Kilos respectivamente. Solo el 38,7% de la población obtuvo patrón obstructivo leve en mayor proporción, seguido de moderado y grave, lo que significa que solo en ese porcentaje de pacientes se confirmó el diagnóstico. **Conclusiones:** La población estudiada estuvo conformada por pacientes con diagnóstico clínico de EPOC y existe un subregistro, puesto que no todos los pacientes con sintomatología relacionada con EPOC, tienen la enfermedad.

**Palabras clave:** *Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; Espirometría; Diagnóstico.*

- 1 TRC. Mg. Docente Titular. Universidad de Boyacá. Grupo de Investigación OXIGENAR. Tunja, Colombia.
- 2 TRC. Mg. Docente Asistente. Universidad de Boyacá. Grupo de Investigación OXIGENAR. Tunja, Colombia.
- 3 TRC. Mg. Docente Asistente. Universidad de Boyacá. Grupo de Investigación OXIGENAR. Tunja, Colombia.
- 4 TRC. Mg. Docente Titular. Universidad de Boyacá. Grupo de investigación GRIBAC. Tunja, Colombia.

## FUNCTIONAL DIAGNOSIS OF THE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN A PATIENT GROUP OF THE SUGAMUXI PROVINCE - BOYACÁ (COLOMBIA)

### Abstract

**Introduction:** Chronic Obstructive Pulmonary Disease is an important and growing cause of morbidity and mortality worldwide and by 2020 it is expected that it will occupy third place among all causes of death. Since the fifties, cigarette smoking has been identified as the most important risk factor for the development of this disease. **Objective:** Functionally diagnose COPD by forced spirometry. **Materials and methods:** Descriptive – cross-sectional study with a sample of 327 patients diagnosed clinically with COPD from Sugamuxi province, in order to ensure the equitable participation of each municipality, a proportional affixing method was established. Univariate analysis was performed through measures of central tendency, averages, standard deviation, percentages and confidence intervals. **Results:** The studied population was made up of patients with a clinical diagnosis of COPD characterized by being mostly men, with age, height and average weight of 73 years, 1,55 meters and 62 Kilos respectively, only 38,7% of the population obtained an obstructive pattern. mild in greater proportion, followed by moderate and severe, which means that only in that percentage of patients was the diagnosis confirmed. **Conclusions:** The study population was made up of patients with a clinical diagnosis of COPD and there is an underreporting since not all patients with COPD-related symptoms have the disease.

**Key words:** *Pulmonary Disease; Chronic Obstructive; Spirometry; Diagnosis.*

### Introducción

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una de las causas de mayor morbilidad y mortalidad en el mundo ocupando el cuarto lugar, pero se proyecta para ser la tercera principal causa de muerte en 2020. Más de un millón de personas murieron de EPOC en 2012, lo que representa el 6% de todas las muertes en todo el mundo. La EPOC representa un desafío importante para la salud pública ya que se puede prevenir y tratar. Las personas padecen esta enfermedad durante años y mueren prematuramente a causa de la misma o debido a sus complicaciones.

A nivel mundial, se prevé que la carga de la EPOC aumente en las próximas décadas debido a la continua exposición a los factores de riesgo y envejecimiento de la población, es una entidad que se sitúa en cualquier lugar del mundo y el tratamiento se dirige a un seguimiento individualizado que esté estrechamente relacionado con sus necesidades (1).

Es la única enfermedad crónica cuya morbimortalidad mantiene un incremento sostenido. Los estudios epidemiológicos realizados en distintas regiones (2,3) permiten estimar la prevalencia global de EPOC en 10% para individuos mayores de 40 años (4). Los da-

tos de prevalencia en Latinoamérica provienen de dos estudios: el primero, es el estudio PLATINO (Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar), es un estudio epidemiológico sobre prevalencia de EPOC en individuos de 40 años y más, realizado en cinco ciudades de Latinoamérica: Ciudad de México (México), São Paulo (Brasil), Montevideo (Uruguay), Santiago de Chile (Chile) y Caracas (Venezuela); el estudio tuvo una población de 5.529 individuos con datos autorreferidos sobre tratamiento; se identificó como afectados de EPOC (relación volumen espiratorio forzado en el primer segundo/capacidad vital forzada < 0,7 posbroncodilatador) a 758, de los que 86 tenían diagnóstico médico previo (5). El segundo estudio es el PREPOCOL, estudio epidemiológico de prevalencia en cinco ciudades de Colombia, en el que incluyeron un total de 5.539 sujetos, estableciendo una prevalencia de 8,9% (6). Así mismo, en Colombia entre los años 2005 – 2013, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, aunque no fueron la primera causa de deceso, se constituyeron como una de las principales causas de muerte en la población general. En hombres, estas enfermedades causaron el 24,71% (52.974) de las muertes en el grupo de las demás causas, contribuyendo con el 12,34% del total de defunciones dentro del grupo de causas (7).

Los datos para el departamento de Boyacá se sustentan en el informe de indicadores básicos en salud (ASIS), en donde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es la tercera causa de morbilidad en hospitalización con un 2,97%. En la población adulto mayor, se evidencia un aumento progresivo de este grupo poblacional (28,1% género masculino y 30,3% género femenino), teniendo como factores de riesgo los agentes expuestos a biomasa, ambientales, tabaquismo, falta de vacunación y educación, exposición laboral, bajo nivel socioeconómico, antecedentes de tuberculosis, enfermedades respiratorias en la infancia, factores genéticos y de género entre otras; estos se encuentran concentrados en edades de 45 a 59 años, lo cual es

un porcentaje significativo teniendo en cuenta que es una población donde se deben reforzar las acciones de prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Las provincias que más reportan población en este grupo de edad son las del Centro, Sugamuxi y Tundama (8).

Las acciones de seguimiento en Colombia al manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles y en especial la EPOC, están basadas en las metas establecidas en el Plan de Salud Pública 2012-2021 que tienen incluido metas, estrategias y acciones para la prevención y control de dichas enfermedades. Una de las metas al 2021 es aumentar en un 20% la calidad y accesibilidad equitativa de medicamentos esenciales, seguros y eficaces, incluidos genéricos, para tratar las ENT (9). Para EPOC, el tratamiento farmacológico dispone de fármacos broncodilatadores y fármacos corticoides; la vía preferida para la administración de estos fármacos es la inhalatoria (10,11). Sin embargo, se ha demostrado que en algunos casos no se modifica la progresión de la enfermedad, pero se utiliza para prevenir y controlar los síntomas, reducir la frecuencia y severidad de las exacerbaciones, aumentar la tolerancia al ejercicio y mejorar el estado de salud.

## Materiales y métodos

Estudio transversal, descriptivo, conformado por los pacientes diagnosticados con el CIE-10 para Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en el periodo 2015-2016, de las Empresas Sociales del Estado de primer y tercer nivel, de la provincia Sugamuxi del departamento de Boyacá. Se determinó una muestra representativa y estratificada de pacientes con diagnóstico de EPOC.

El tipo de muestreo fue probabilístico estratificado. La muestra fue diseñada en el programa Epidat, teniendo en cuenta una proporción esperada del 8,6% y un nivel de confianza del 95% para una población total

de 11.527. Se tuvo como referente la información que proporciona el Sistema de Información de la Secretaría de Salud de Boyacá SISPRO, sobre la población con diagnóstico de EPOC, obteniendo un tamaño de muestra de 327 sujetos que participaron en el proyecto. Para determinar la muestra para cada uno de los municipios se desarrolló el método de afijación proporcional como se refleja en la Tabla 1.

La base de datos contiene las variables estudiadas, tanto categóricas como cuantitativas y cualitativas (Edad, sexo, talla, peso, municipio y diagnóstico de EPOC); seguido de ello, se procedió con la realización de la evaluación clínica en donde se registró peso y talla, toma de signos vitales (Frecuencia cardiaca, tensión arterial y saturación parcial de oxígeno). Así mismo, la toma de espirometría forzada, la cual consiste en introducir una boquilla en la boca con oclusión nasal a través de pinza, el paciente realiza una inspiración profunda seguida de una espiración forzada durante 6 segundos, previo a la aplicación de broncodilatador (salbutamol 400mg).

La técnica para el análisis y evaluación de resultados se realizó a través de medidas de tendencia central, promedios, desviación estándar, porcentajes e intervalos de confianza.

## Resultados

### Características sociodemográficas

La caracterización sociodemográfica de las variables cualitativas y cuantitativas evidenció que el género masculino prevalece sobre el femenino; los pacientes que participaron en el estudio presentaron edades entre 40 y 102 años, con una edad promedio de 73 años (DE 10.2). Así mismo, teniendo en cuenta que la talla y peso son variables antropométricas fundamentales para la toma de la espirometría forzada, se analizaron estas variables en la población estudiada y se encontró

en ellos una talla promedio de 1,55 cm con un mínimo de 1,34 cm y un máximo de 1,85 cm; el peso promedio fue de 62 kg con un mínimo de 38 kg y máximo de 120 kg. Respecto a las características demográficas, se evidencia que el 88,5% de la población estudiada cuenta con apoyo familiar; en relación con la escolaridad se denota que el 58,5% alcanzó un nivel de escolaridad básica primaria.

### Diagnóstico funcional de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica según espirometría

El diagnóstico realizado al grupo de pacientes mostró que un porcentaje importante reportó patrón espirométrico obstructivo (de acuerdo con la Figura 1) y patrón característico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, correspondiente al 47,9%. Ello demuestra la presencia de limitación al flujo aéreo (obstrucción) que persiste después de la administración del broncodilatador. Cabe resaltar este resultado, dado que si bien el 100% de los pacientes participantes de la investigación tienen diagnóstico clínico de EPOC (reportados en el SISPRO), se evidencia que un poco menos de la mitad de esta población tienen EPOC confirmado por espirometría; la proporción restante tienen alteración restrictiva correspondiente al 19,20%, es decir, tienen una patología diferente al EPOC, y el 32,87% reportan patrón espirométrico normal, esto es, que funcionalmente no tienen EPOC ni patología pulmonar.

### Clasificación de la Alteración Obstructiva

En el grupo de pacientes estudiados se hallaron 155 pacientes (47,9%) con patrón obstructivo, la mayor proporción de ellos correspondiente al 38,7% que se clasificaron con obstrucción leve, seguido del 35,48% clasificados con obstrucción moderada y, finalmente, el 25,8% fueron clasificados como pacientes con obstrucción severa, tal como se detalla en la Figura 2.

**Tabla 1.** Municipio y Población muestra.

Municipio	Empresa social del Estado	Nivel	Pacientes diagnosticados con EPOC	Afijación Proporcional
Aquitania	Empresa Social del Estado Hospital Aquitania	1	179	5
Sogamoso	Empresa Social del Estado Hospital Regional Sogamoso	2	9116	259
Cúitiva	Empresa Social del Estado Centro de Salud Lago Salud de Cúitiva	1	156	4
Firavitoba	Empresa Social del Estado Centro de Salud Firavitoba	1	128	4
Nobsa	Empresa Social del Estado Centro de Salud de Nobsa	1	166	5
Gámeza	Empresa Social del Estado Centro de Salud Gámeza	1	138	4
Iza	Empresa Social del Estado Centro de Salud Iza	1	225	6
Mongua	Empresa Social del Estado Centro de Salud San Jerónimo	1	168	5
Monguí	Empresa Social del Estado Hospital las Mercedes	1	1 72	5
Pesca	Empresa Social del Estado Centro de Salud Pesca	1	195	6
Tibasosa	Empresa Social del Estado Centro de Salud Inés Ochoa Pérez	1	396	11
Tópaga	Empresa Social del Estado Centro de Salud San Judas Tadeo	1	277	8
Tota	Empresa Social del Estado Centro de Salud Tota	1	211	6
<b>TOTAL</b>			<b>11.527</b>	<b>327</b>

## Discusión

La espirometría como prueba de función pulmonar, identifica alteraciones funcionales que son compatibles o excluyentes de una enfermedad. Para ello, es necesario la toma de la espirometría pre y post broncodilatador, con lo cual el diagnóstico de obstrucción se hace cuando la relación VEF1/CVF es menor de 70%, tanto en la espirometría pre como en la post broncodilatador. Adicionalmente, para establecer el diagnóstico

de EPOC se evalúa el VEF1 pre y post broncodilatador, el cual no muestra mejoría post broncodilatadora con respecto al VEF1 prebroncodilatador (15).

En el estudio se evaluaron 327 pacientes con diagnóstico clínico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), de los 12 municipios de la provincia Sugamuxi del departamento de Boyacá. La caracterización sociodemográfica de variables cualitativas y cuantitativas evidenció que el género masculino preva-

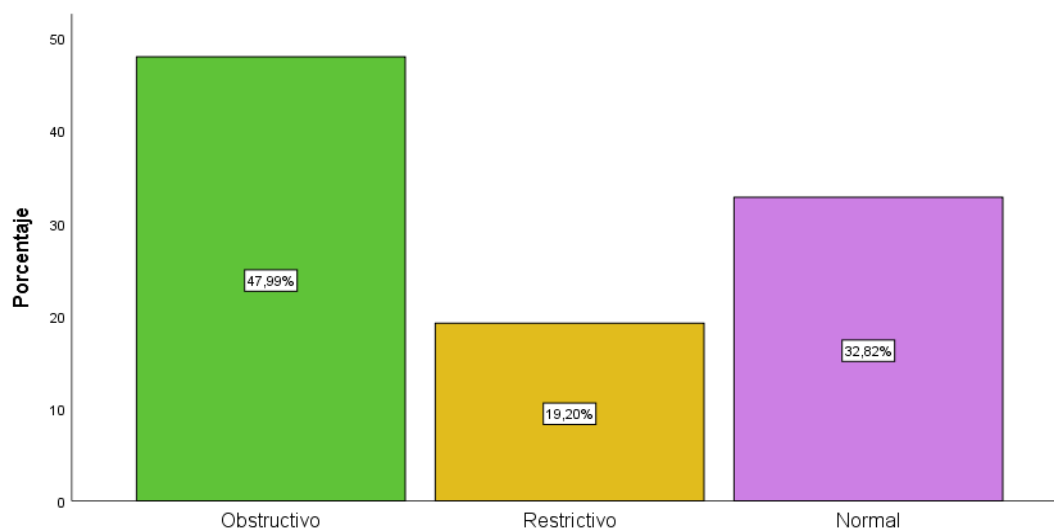


Figura 1. Tipo de alteración espirométrica.

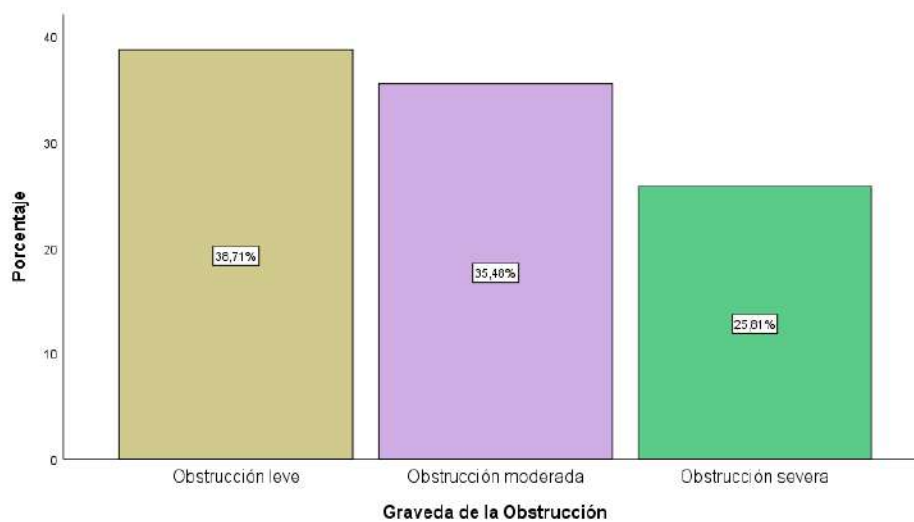


Figura 2. Clasificación de la alteración obstructiva.

lece sobre el femenino. Con respecto al género, se evidencia una prevalencia que oscila en 8,5% en mujeres y 11,8% en los hombres (16), lo cual es similar con los resultados del presente estudio en donde se evidenció que el género masculino prevalece sobre el femenino. Sin embargo, en el estudio realizado por Rodríguez et col. (17), las mujeres presentaron una mayor prevalen-

cia, lo cual difiere con los resultados aquí obtenidos, teniendo en cuenta que esta población ha estado expuesta a factores ambientales y de biomasa.

Con respecto a la edad los pacientes que participaron en el estudio, presentaron edades entre 40 y 102 años, con una edad promedio de 73 años. Esto se re-

laciona con la característica crónica de la EPOC, cuya prevalencia en la población mundial se estima que es aproximadamente del 1%, pero se eleva bruscamente a más del 10% en la población mayor de 40 años (18), subiendo sensiblemente con el incremento de la edad. Así, esos resultados son similares a los obtenidos en la presente investigación.

De acuerdo con los resultados y, teniendo en cuenta que la talla y peso son variables antropométricas fundamentales para la toma de la espirometría forzada, se analizaron estas variables en la población estudiada se encontró en ellos una talla promedio de 1,55 cm y un peso promedio de 62 kg. El apoyo familiar se observó en la mayoría de los casos, lo cual es importante dentro del tratamiento no farmacológico de los pacientes. Respecto a la escolaridad, se denota que el 58,5% alcanzó un nivel de escolaridad básica primaria. Finalmente, el municipio en el cual hubo mayor participación fue Sogamoso con el 80,2%, seguido de Tibasosa con el 3,4%.

El peso promedio fue de 62 Kg y la talla de 1,55 cm, datos que difieren del estudio realizado por Fernández et col. (19) en dos centros de salud urbanos, en donde se reportó un peso promedio de 77,6 Kg y una talla de 1,65 cm.

De los 155 pacientes con diagnóstico de EPOC obstructivo y que realizaron pruebas de espirometrías pre y post broncodilatador, solo el 38,7% obtuvo patrón obstructivo leve en mayor proporción, seguido de moderado y grave. Ello indica que solo en ese porcentaje de pacientes se confirmó el diagnóstico, los demás reportaron patrones espirométricos normales o restrictivos que están relacionados con otra patología. En el estudio realizado por Álvarez et cols., la severidad de la obstrucción se clasificó en moderada, con un 35%, siendo éste el patrón más frecuente, seguida de la leve y grave. Lo anterior permite concluir que existe un subregistro en el diagnóstico, puesto que no todos los

pacientes con sintomatología relacionada con EPOC tienen la enfermedad, así mismo se infiere que el diagnóstico de EPOC se basa en evidencias clínicas (20).

## Financiación

El presente estudio fue financiado por la Universidad de Boyacá.

## Consideraciones éticas

La investigación se fundamentó en la ley 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, siendo una investigación con riesgo mínimo. Los participantes firmaron un consentimiento informado y su voluntad expresa de participar en el proyecto, al igual que retirarse del mismo en el momento que lo consideraran pertinente.

## Conflicto de interés

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés.

## Referencias

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (Revised 2018). 2018; p. 90.
2. Mannino DM, Gagnon RC, Petty TL, Lydick E. Obstructive lung disease and low lung function in adults in the United States: data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. Arch Intern Med 2000; 160(11):1683-1689.
3. Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM, Gillespie S, Burney P, Mannino DM, et al. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. Lancet. 2007; 370(9589):741-750. DOI: 10.1016 / S0140-6736 (07) 61377-4.
4. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, Badamgarav E, Buist AS, Mannino DM. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. Eur Respir J. 2006; 28(3):523-532. DOI: 10.1183 / 09031936.06.00124605.

5. Meneses AM, Pérez-Padilla R, Jardim JR, Muiño A, López MV, Valdivia G, et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet*. 2005; 366(9500):1875-1881. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)67632-5.
6. Caballero A, Torres-Duque CA, Jaramillo C, Bolívar F, Sanabria F, Osorio P, et al. Prevalence of COPD in five Colombian cities situated at low, medium, and high altitude (Prepocol Study). *Chest*. 2008; 133(2):343-349. DOI: 10.1378/cofre.07-1361.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia 2017. Bogotá: El Ministerio; 2017.
8. Guerrero Bernal CS, Lancheros Silva AM, García CM, González Castañeda EJ, Abril Sánchez LR, Báez Plazas LI, et al. Análisis de la situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud, Boyacá. 2018. Tunja: Secretaría de Salud de Boyacá; 2018.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de salud Pública. 2012-2021. Bogotá: El Ministerio; 2012.
10. Burgos F. Terapia inhalada sin educación, un fracaso anunciado. *Arch Bronconeumol*. 2002; (38):297-299.
11. Giner J, Basualdob LV, Casanc P, Hernández C, Maciáne V, Martínez I, et al. Normativa SEPAR para la utilización de fármacos inhalados. Barcelona: Doyma; 1997.
12. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD Updated 2010 [En línea]. Fontana, Estados Unidos: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; 2010. [Citado 5 May 2019]. Disponible en: <http://www.goldcopd.com>
13. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD Updated 2011 [En línea]. Fontana, Estados Unidos: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; 2011 [Citado 3 Nov 2019]. Disponible en: <http://www.goldcopd.com>
14. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD Updated 2014. [En línea]. Fontana, Estados Unidos: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; 2014 [Citado 3 Nov 2019]. Disponible en: <http://www.goldcopd.com>
15. Ministerio de Salud. Uso e interpretación de la espirometría. Convenio 519 de 2015. Bogotá: El Ministerio; 2016.
16. Halbert R, Isonaka S, George D, Iqbal A. Interpreting COPD prevalence estimates: ¿what is the true burden of disease? *Chest*. 2003; 123(5):1684-1692. DOI: 10.1378/cofre.123.5.1684
17. Paisán Rizo WM, Bravo Martínez W, Osorio Illas L. Caracterización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en una parroquia venezolana. *Rev cubana Med Gen Integr*. 2006; 22(2):1-5.
18. Rodríguez Pecci MS, Fuente-Aguado J, Montero-Tinirello J, Sanjurjo-Rivo AB, Sánchez-Conde P, Fernández-Fernández FJ. Enfermedad Pulmonar Obstructiva: diferencias entre hombres y mujeres. *Medicina (Buenos Aires)*. 2012; 72:207-215.
19. Pineda-Higueta SE, Ramos-Melchor VJ, Cadavid-Carmona D. Calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva. *Rev Univ Salud*. 2016; 18(3):482-493. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.53>
20. Álvarez Serrano E, Noa Áreas A, Malpica Rivero J, Quesada Suárez JL. Algunos aspectos clínicos y espirométricos en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *AMC*. 2008 Sep; 12(5).

**Recibido:** 17 de octubre de 2019  
**Aceptado:** 19 de noviembre de 2019

**Correspondencia:**  
María del Pilar Rojas Laverde  
[pilyrojas@uniboyaca.edu.co](mailto:pilyrojas@uniboyaca.edu.co)

## BLOQUEO DE LOS NERVIOS DIGITALES DEL PRIMER DEDO DEL PIE MEDIANTE LA TÉCNICA EN V INVERTIDA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ONICOCRIPTOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

---

Sergi Sánchez Hernández<sup>1</sup>

### Resumen

Los pacientes con onicocriptosis en primer dedo del pie, se tratan con frecuencia en urgencias y en clínicas privadas de podología con distintas técnicas quirúrgicas. Existen pocos métodos de anestesia y algunos pueden carecer de eficacia. **Caso clínico:** En este artículo, presentemos el caso de un adolescente de 13 años operado en nuestra clínica por onicocriptosis crónica en un lateral de la uña del primer dedo del pie derecho, de varios meses de evolución. Se le realizó un bloqueo nervioso de los nervios digitales en primer dedo del pie mediante técnica en V invertida y técnica Fenol-alcohol para el tratamiento quirúrgico de la onicocriptosis. La anestesia realizada fue adecuada para reducir la sensibilidad y el dolor, con nulas molestias para el paciente. **Conclusión:** El bloqueo anestésico con la técnica en V invertida proporciona una anestesia segura y eficaz para el tratamiento quirúrgico de las onicocriptosis.

**Palabras clave:** *Bloqueo nervioso; técnica en V invertida; onicocriptosis; uña incarnata.*

---

<sup>1</sup> Podólogo. Máster en cirugía podológica. Doctorando Universidad de Barcelona. Clínica Podológica. Barcelona, España.

## BLOCKADE OF THE DIGITAL NERVES OF THE FIRST TOE BY MEANS OF THE INVERTED V TECHNIQUE IN THE SURGICAL TREATMENT OF ONICOCRIPTOSIS: A CASE REPORT

### Abstract

Patients with onicocriptosis in the first toe are frequently treated in the emergency room and in private podiatry clinics with different surgical techniques. There are few methods of anesthesia and some may lack efficacy. **Clinical case:** In this article, we present the case of a 13-year-old adolescent operated in our clinic by chronic onicocriptosis on one side of the nail of the first toe of several months of evolution. A nerve block of the digital nerves in the first toe was performed using an inverted V technique and a phenol-alcohol technique for the surgical treatment of onicocriptosis. The anesthesia was adequate to reduce sensitivity and pain, with no discomfort for the patient. **Conclusion:** The anesthetic block with the inverted V technique provides a safe and effective anesthesia for the surgical treatment of onicocriptosis.

**Key words:** *Nervous block; inverted V technique; onicocriptosis; ingrown toenails.*

### Introducción

Las onicocriptosis en el primer dedo del pie es una queja común en los centros de urgencias, centros de salud (centros de atención primaria) y clínicas podológicas privadas, y a menudo se acompañan de mucho dolor. Estas onicocriptosis se tratan con mayor frecuencia con antibióticos tópicos y orales y, en los casos que no se resuelva, se realizan pequeñas intervenciones para extraer total o parcialmente la uña (1). Los métodos quirúrgicos actuales requieren un bloqueo anestésico de la zona (1, 5, 6). En la actualidad hay descritas distintas técnicas, aunque ninguna ha demostrado ser mejor y algunas de ellas son dolorosas (2, 3, 5, 6). Una de estas técnicas utilizadas para el bloqueo de los nervios digitales es la técnica en V invertida (4).

### Presentación del caso

Adolescente de 13 años de edad, acompañado por su madre, con antecedentes de onicocriptosis que pre-

sentaba dolor, hinchazón y deformidad de los labios periungueales por onicocriptosis aguda. El paciente mostraba un nivel de dolor de 8 sobre 10 al intentar manipular la lesión. Explicamos tanto al paciente como a la madre, que la única alternativa para solucionar la onicocriptosis es la quirúrgica, de modo que se obtiene el consentimiento informado y se programa la cirugía.

El día de la intervención quirúrgica, se realizó un bloqueo anestésico mediante la técnica en V invertida. Utilizamos como anestésico un total de 5 ml de lidocaína al 2% (4).

### Realización de la técnica en V invertida:

1. Se acomoda al paciente en un sillón o camilla quirúrgica, regulable en altura y con posibilidad de posición trendelenburg.
2. Antes de proceder al acto de anestesiar rasuramos el dorso del dedo.

3. Se realiza la desinfección del pie mediante el lavado de la zona digital con un jabón antiséptico y enjuague del jabón por arrastre con alcohol etílico a 70° (2).
4. La aguja a utilizar es de 0,6 x 25 mm intramuscular pediátrica-cono azul.
5. La infiltración (1) se realiza en el dorso del dedo, en dirección distal-proximal, ejerciendo un pequeño pellizco, por encima del tendón extensor largo del primer dedo. Aspiramos e inyectamos 1 ml. de anestésico (Figura 1).



**Figura 1.** Visión infiltración dorsal.

Posteriormente, lateralizamos la aguja para dirigirnos a la zona medial/proximal de la falange proximal e ir a buscar la cara plantar del dedo. Mediante esta maniobra, se anestesia el canal tibial de la uña. Utilizamos 2 ml de solución anestésica en la zona plantar, buscando el nervio dorsal lateral del dedo (Figura 2).

Una vez anestesiada la zona medial, realizamos la misma maniobra en la zona lateral, dirigiéndonos hacia la zona plantar (primer espacio interdigital) para poder anestesiarse el canal peroneal de la uña, inyectando nuevamente 2 ml de anestésico (Figura 3).



**Figura 2.** Visión de la primera lateralización.

El paciente no informó de molestias durante el proceso de inyección. Se realizaron varias valoraciones de la sensibilidad y dolor a los diez, quince y veinte minutos después de la inyección. Transcurridos veinte minutos, el paciente no informó de dolor y se pudo realizar la técnica quirúrgica de Fenol-alcohol para el tratamiento de la onicocriptosis.



**Figura 3.** Visión de la segunda lateralización.

## Discusión

Se requiere un alto grado de anestesia local para realizar cualquier técnica quirúrgica en el primer dedo del pie y que esta no sea dolorosa (1, 5). En nuestra experiencia, el bloqueo anestésico del primer dedo del pie mediante la técnica en V invertida es mejor que otras técnicas, al ser un procedimiento menos doloroso, con una sola zona de punción y lograr una anestesia total del dedo que permite realizar cualquier intervención quirúrgica de onicocriptosis.

El principal beneficio de la técnica en V invertida es reducir la cantidad de inyecciones necesarias para realizar un bloqueo anestésico del primer dedo del pie (4). Reconocemos que hay factores que pueden alterar los resultados de la eficacia anestésica, como son la inervación sensorial variada o alteraciones anatómicas de los nervios digitales y la presencia de infección y/o granuloma, lo que hace necesario usar inyecciones suplementarias para realizar un bloqueo nervioso completo. En este caso, la utilización de la técnica en V invertida, permitió una analgesia completa y facilitó el tratamiento quirúrgico de la onicocriptosis.

## Conclusión

El bloqueo de los nervios digitales en el primer dedo del pie con la técnica en V invertida, proporciona una anestesia menos dolorosa que otras técnicas de anestesia, al realizarse con una sola zona de punción. No obstante, se requieren más investigaciones a fin de comparar esta técnica con otros métodos o técnicas

de anestesia, y así obtener más conocimientos sobre las diferencias entre ellas, antes de que la técnica en V invertida pueda convertirse en un tratamiento estándar para el bloqueo anestésico del primer dedo del pie.

## Agradecimientos

Agradecemos al paciente y a su familia la confianza en nosotros para resolver su problema y, de ese modo, favorecer la realización de este artículo.

## Conflicto de interés

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

## Referencias

1. Butterworth R, Dockeary GL. Atlas a color y texto cirugía del antepié. Madrid: Editorial Ortocen; 1992.
2. Martínez Nova A. Podología atlas de cirugía ungueal. 2ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2014.
3. García Carmona F. Tratamiento quirúrgico de las onicocriptosis. Madrid: Editorial Aula Médica; 2003.
4. Sánchez S. Técnica en V invertida para anestesia troncular del primer dedo. Revista El Peu (Barc). 2017; 39 (2): 15-17.
5. Arribas Blanco JM, Rodríguez P, Esteve AB. Anestesia local y locoregional en cirugía menor. Madrid: Elsevier; 2001.
6. Prado M, Ripoll P, Golano P. Cirugía percutánea del pie. Barcelona: Masson; 2004.

**Recibido:** 5 de septiembre de 2019

**Aceptado:** 21 de octubre de 2019

**Correspondencia:**

Sergi Sánchez Hernández  
sesanchez@clinic.cat

## ENTRE LA ANATOMÍA Y LAS GEOCIENCIAS: UNA APROXIMACIÓN A LA VIDA Y OBRA DEL BEATO NICOLÁS STENO

---

María-Catalina Sánchez-Martínez<sup>1</sup>, Leonardo Palacios-Sánchez<sup>2</sup>

### Resumen

Nicolás Steno (1638-1686) fue un importante anatomista y científico danés, cuyos trabajos ayudaron a la fundación de varias ramas de la geología. Como anatomista realizó múltiples aportes: descubrió el conducto que lleva su nombre en las glándulas parótidas, así como del lugar de excreción de las lágrimas que, para ese entonces, se consideraba eran producidas en el cerebro. Controvirtió las ideas anatómicas de la época con sus propuestas de geometrizar la miología, de que el corazón era un músculo y con sus aportes a la comprensión del sistema nervioso. En 1667, se convirtió catolicismo y, en 1677, se consagró como obispo titular de Titiópolis, antigua ciudad cuyas ruinas se encuentran en Turquía. Pasó sus últimos años en la pobreza, como misionero en el norte de Europa. Logró conciliar la investigación científica y el estudio de la anatomía con su vocación religiosa para realizar aportes en diferentes disciplinas. Este artículo, por medio de una revisión de la literatura, hace una reseña de su vida y sus principales obras.

**Palabras clave:** *Anatomía; historia de la Medicina; geología; músculos; corazón; cerebro.*

---

1 Médica. Asistente de investigación en el Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.

2 Médico y Neurólogo. Profesor Titular de Neurología. Miembro del Grupo de Investigación en Neurociencia. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.

## BETWEEN THE ANATOMY AND THE GEOSCIENCES: REVISITING THE LIFE AND WORK OF BLESSED NICOLAUS STENO

### Abstract

Nicolaus Steno (1638-1686) was an important Danish anatomist and scientist, his work helped to found some branches of geology. As an anatomist he made multiple contributions: he discovered the duct that bears his name in the parotid glands, as well as the duct that excretes the tears, which at that time was considered to be produced in the brain. He disputed the anatomical ideas of the time with his proposals of geometrize myology, of thinking the heart as a muscle and with his contributions to the understanding of the nervous system. In 1667 he converted to catholicism and in 1677 he was consecrated as titular bishop of Titiopolis, an ancient city whose ruins are in Turkey. He spent his last years in poverty, as a missionary in northern Europe. His work and life allows us to see, how he reconciled scientific research and the study of anatomy with his religious vocation, to made great contributions in different disciplines. In this paper, through a revision of literature, we make a review of his life and his main works.

**Key words:** *Anatomy; history of Medicine; geology; muscles; heart; brain.*

### Introducción

El anatomista y científico danés Nicolás Steno combinó sus intereses en anatomía con la investigación sobre los sustratos que forman la tierra. Su nombre es conocido en la medicina por describir el conducto parotídeo. Sus hallazgos y teorías fueron expuestos en diferentes ciudades de Europa, a través de conferencias y escritos en los que mostraba sus ideas acerca de la miología, el corazón y el cerebro. Algunas de estas ideas fueron aceptadas y otras refutadas, hasta siglos posteriores en los que se revaloraron las propuestas que había realizado. Así mismo, por sus concepciones sobre la conformación de la tierra, se considera uno de los fundadores de la paleontología, la geología y la cristalografía (1, 2).

En este artículo se presenta una reseña biográfica sobre Steno y sus principales hallazgos científicos.

### Primeros años

Niels Steensen, cuyo nombre fue latinizado por pertenecer al mundo académico como Nicolaus Stenonis y traducido al español como Nicolás Steno, nació en Copenhague (Dinamarca) el 11 de enero de 1638. Su familia era de clase media alta y practicaban el luteranismo. Su padre, Steen Pedersen, fue orfebre y joyero de la Corte, y su madre era Anne Nielsdatter (3).

Inició sus estudios a los 10 años, en el colegio de *Vor Frue* –Nuestra Señora-, uno de los más prestigiosos de su país, donde fue educado en humanismo, matemáticas e idiomas. Dos años después de terminar sus estudios en este colegio, en 1658, inició la carrera de Medicina en la Universidad de Copenhague (2). En esta institución fue aprendiz del médico, matemático, teólogo y anatomista danés Thomas Bartholin (1616-1680), quien describió el sistema linfático (4). También

lo fue del médico y naturalista alemán Simon Paulli (1603-1680), famoso por sus múltiples aportes a la anatomía y la botánica y recordado en el género de arbustos y árboles pequeños *Paullini* (5).

Durante 1658 y 1660, sus estudios se vieron interrumpidos por la guerra entre Suecia y Dinamarca. En este enfrentamiento, Copenhague fue asediada y los estudiantes fueron llamados a colaborar en la defensa de la ciudad. A pesar de esas complicadas condiciones, Steno continuó una constante e intensa actividad intelectual que quedó consignada en su diario científico titulado “Caos”, en el cual se ilustra la metodología que empleaba en ese entonces. Si bien su país ganó la guerra, en 1660, emprendió un viaje internacional para continuar su formación académica, pues las condiciones en Dinamarca eran difíciles (2).

## Viajes académicos

El primer destino de este viaje, con la ayuda de su profesor Paulli, fue la ciudad de Rostock, en Alemania. También visitó las escuelas de París y Montpellier. En esta última, conoció a los médicos ingleses Martin Lister (1639-1712) y William Croone (1633-1684), quienes pertenecían a la *Royal Society of London* –Real Sociedad de Londres- (3).

Un año después se mudó a Amsterdam, donde continuó sus estudios bajo la tutela del anatomista holandés Gerhard Blaës, latinizado como Gerardus Blasius (1625-1629). Unas pocas semanas después de haber llegado a esta ciudad, el 7 de abril de 1660, mientras realizaba la disección de la cabeza de una oveja, se encontró con una estructura anatómica que no había sido descrita: el conducto excretor de las glándulas parótidas. Posteriormente, hizo un hallazgo similar en la cabeza de un perro y también lo encontró en la cabeza de un conejo. Tubbs cita a Steno en una carta que le escribe a Thomas Bartholin, diciendo:

[...] en el primer intento logré diseccionar la cabeza de un oveja, que compré y diseccioné yo mismo, en mi estudio el 7 de abril. Encontré un conducto que –hasta donde yo sé- no ha sido previamente descrito. Mi intención, después de remover las ordinarias partes externas, era hacer un corte en el cerebro, pero decidí primero examinar los vasos que discurrían por la boca. Al examinar con esta intención el curso de venas y arterias, insertando una sonda, observé que el punto no estaba cerrado en una vaina estrecha y que se movía libremente en una cavidad espaciosa; cuando empuje el instrumento, escuché el chasquido que hizo contra los mismos dientes (3)<sup>3</sup>.

A pesar de que Steno describió este hallazgo, en 1661 Blaës argumentó que el descubrimiento había sido suyo. Sin embargo, en una demostración anatómica Steno evidenció, ante varios eruditos, que era él quien lo había hecho (3).

Este inconveniente generó que, en junio de ese año, tuviera que partir a la Universidad de Leiden. En esta nueva escuela continuó su instrucción como anatomista, bajo la dirección del médico y anatomista holandés Franz de la Boë (1614-1672), latinizado como Franciscus Sylvius, famoso por describir la cisura que lleva su nombre (6), y del médico y anatomista holandés Johannes van Horne (1621-1670). Su profesor Sylvius descubrió que el ducto encontrado por Steno en animales, también estaba presente en los seres humanos (Figura 1). El hallazgo fue presentado por Sylvius y van Horne ante un auditorio de académicos en el anfiteatro de la Universidad, y propusieron denominarlo conducto de Steno (1).

Durante su estadía en Leiden, dedicó tiempo al estudio de las glándulas y, en una sesión presidida por van

.....  
3 Traducción libre de los autores.

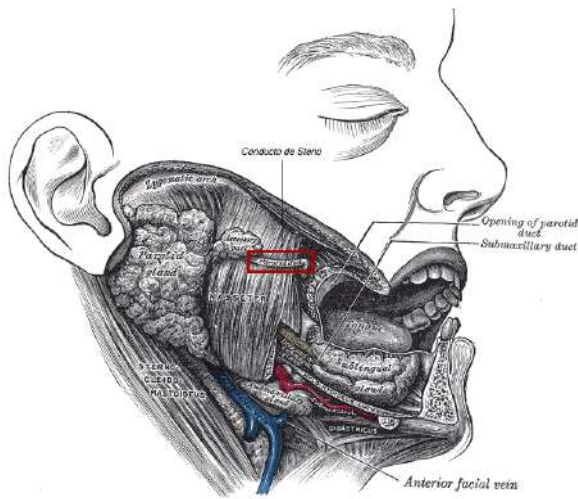


Figura 1. Conducto de Steno (8).

Horne, presentó una conferencia sobre “Las glándulas y los ductos salivares que surgen en la boca y aún no son conocidas”. Esta disertación fue divulgada por Elzevir y, posteriormente, también fue publicada en Copenhague (9).

Su prestigio como anatomista fue creciendo por sus trabajos y en 1662, publicó su texto *Observationes anatomicae* –Observaciones Anatómicas- en el cual recogía las propuestas que replanteaban la función glandular. Siguiendo la teoría mecanicista y cartesiana, sugirió que los poros invisibles actuaban como tamicos que eliminaban las partículas de diferentes fluidos específicos de la sangre. Hizo la distinción entre las glándulas y los ganglios linfáticos, y describió la función de las lágrimas que, para ese entonces, se consideraba eran producidas por el cerebro y que se excretaban por los conductos lagrimales (1). También realizó múltiples disecciones en teatros anatómicos, en varios países de Europa (3).

En 1664, viajó a París, donde continuó sus estudios anatómicos en el círculo de Melchisedec Thévenot (1620-1692), quien era el bibliotecario del monarca Luis XIV (1638-1715). En esta ciudad, empezó a asistir a reunio-

nes académicas que darían pie a establecer la *Académie Royale des Sciences* –Academia Real de Ciencias-. Durante esta estancia, Steno continuó su interés por el cerebro, que había iniciado por el trabajo neuroanatómico de Sylvius. Por su formación como empirista, estaba en contra de las teorías que especulaban sobre la función de este órgano sin conocer a fondo su anatomía. Debatía las ideas que habían propuesto René Descartes (1596-1650) y Thomas Willis (1621-1675), las cuales eran hegemónicas en su época (10).

Afirmaba que las ideas de que el alma estaba en los ventrículos y que el sentido común estaba en el cuerpo estriado, la imaginación en el cuerpo calloso y la memoria en la sustancia cortical, eran especulativas y no se basaban en la experiencia. Al igual, debatía en contra de la función que Descartes le daba a la glándula pineal. En esta Academia dictó, en 1665, la conferencia *Discours sur l'anatomie du cerveau* -Discurso sobre la anatomía del cerebro-, que sería editada por Thévenot en 1669. En ella planteó sus observaciones sobre los aspectos teóricos y sus estudios anatómicos sobre este órgano (1, 2).

Durante su estancia en París, también describió cuatro malformaciones, relacionadas con las arterias cardíacas grandes de una cardiopatía congénita, la cual sería de las primeras caracterizaciones de la patología que posteriormente se clasificaría como Tetralogía de Fallot (9).

El 4 de diciembre de 1664, mientras Steno se encontraba en París, el profesor Sylvius presentó ante el Senado Académico de la Universidad de Leiden los resultados obtenidos por el joven Nicolás, haciendo énfasis en la erudición mostrada por este en sus publicaciones. Dicho organismo tomó una decisión muy poco habitual, otorgar el título de Doctor en Medicina *in absentia* y decretó que el diploma sería elaborado y enviado al recién honrado con tan importante distinción (9).

A partir de su estudio sobre las glándulas, inició su interés por la miología, campo que exploraría en varios

momentos de su vida académica. Para la época, era hegemónica la concepción cartesiana de que el movimiento muscular era resultado de la contracción muscular que se producía cuando se inflaban los músculos por la acumulación de espíritus animales, los cuales se transportaban, a través de los nervios huecos, desde la glándula pineal. Esta idea fue controvertida, en distintos momentos por Steno en sus libros *Musculis et glandulis observationum specimen* -Especimen de músculos y glándulas-, publicado en Copenhague en 1664 y dedicado al Rey danés Federico III (1609-1670) y también, en el libro *Elementorum myologiae specimen* -Elementos de la miología-, publicado en Florencia, en 1667 (10).

En estos proponía un sistema geométrico de la miología. Describió que la estructura muscular era uniforme, en la cual había fibras paralelas, entre los tendones, que formaban una estructura como un paralelogramo. Dándole paso a la propuesta que hoy día se utiliza sobre los músculos penados. Consideraba que la contracción se daba cuando había un acortamiento de estas fibras y que, en este proceso, cambiaba el ángulo del paralelogramo, pero no el volumen muscular (10). Con esto controvertía el sistema cartesiano, pues, como lo cita Kardel, afirmaba que:

[...] Cómo ocurre la contracción es difícil de determinar. Muchos lo atribuyen a un llenamiento de las fibras, algunos a su vaciamiento y otros a ambas. Sería muy atrevido si juzgo alguna de ellas. Por lo tanto, públicamente proclamó que las causas y las formas de esta acción no son obvias (10).

Así mismo, en sus libros expuso múltiples disecciones pues consideraba que la constatación de su experiencia le daría validez a sus afirmaciones. También pensaba que la matematización de la miología era fundamental, pues al ser esta parte de la naturaleza, era la única forma de conocerla verdaderamente (10).

Esta teoría fue expuesta a varios académicos del momento, pero no fue aceptada por la comunidad científica; pues, a pesar de que se podían constatar las afirmaciones del anatomista danés a través de la disección, la propuesta que realizaba iba en contra de la concepción filosófica hegemónica del momento, ya que rompía con el principio mecánico aristotélico en el que todo objeto era movido por el movimiento de uno anterior (10). Como resultado de estos estudios, también sugirió que el corazón estaba compuesto por músculo. Lo cual, también iba en contra de las concepciones anatómicas del corazón, de aquella época (10).

En 1666, pasó un periodo en Florencia como científico de la corte del Gran Duque Fernando II (1610-1670), colaborando con académicos de la prestigiosa *Accademia del Cimento* -Academia del Experimento-. Esta había sido fundada en el año 1657 por el Gran Duque de Toscana, Fernando II de Médici (1610-1670), y su hermano, el príncipe Leopoldo (1617-1675). Fue la primera academia científica con una estructura y organización moderna. Se formó, inicialmente, para continuar con la agenda científica de Galileo, pero con el pasar del tiempo fue tomando otros rumbos y, aunque consideraba de suma importancia la geometría y la matemática, la experimentación y sus repeticiones fueron el fundamento científico de sus académicos (11).

Nicolás Steno fue uno de los extranjeros que tuvo una participación y colaboración con los académicos. Estos últimos, teniendo en cuenta el contexto inquisitorio en el que vivían, eran reacios a abrir sus espacios de comunicación entre científicos. Sin embargo, en el caso de Steno, además de ser llamado por el Gran Duque Fernando, se ha encontrado correspondencia con los miembros de la *Accademia* y en los archivos de esta reposan los manuscritos geológicos y fisiológicos del científico danés (11). Así mismo, durante su estancia en Florencia, en 1667, se convirtió al catolicismo y continuó llevando a cabo su actividad científica (9).

Ese mismo año, por sus conocimientos y destrezas anatómicas, fue llamado para diseccionar la cabeza de un enorme tiburón que había sido capturado cerca de Livorno, Italia. Observó las similitudes entre los dientes del tiburón y las piedras de lengua de Malta que, supuestamente, eran lenguas de serpientes que San Pablo había convertido en piedras durante una visita a las Islas de Malta. Los resultados de esta disección los publicó como un apéndice titulado *Canis carcharie* –La disección de la cabeza de un tiburón- en su libro *Elementorum myologiae specimen*. Desde este momento se interesaría, además de la anatomía, por el estudio de la Tierra. En este texto, utilizó los términos “estrato” y “sedimentos” en el sentido moderno (12).

Publicó, en 1669, su informe titulado *De solido intra solidum naturaliter contento dissertationis prodromus* -Introducción a un discurso sobre un cuerpo sólido incluido de forma natural dentro de otro cuerpo sólido-, del cual se desprendería la Ley de Superposición de Estratos o Ley de Steno, que advierte que las capas de sedimento se organizan a partir de su temporalidad, siendo la más antigua la que se encuentra más adentro y la más nueva la que está superficial. Sus observaciones dieron pie al desarrollo de las distintas ramas de la geología como la paleontología, la cristalografía y la estratigrafía (12).

En esta época, que ya serían los últimos años de su vida académica, se deben destacar varios aportes médicos y anatómicos que realizó. En ese mismo año, en una carta dirigida a Thomas Bartholin titulada *De vitulo hydrocephalo epistola* –Carta sobre un ternero con hidrocefalia-, puntualiza sus observaciones sobre la anatomía patológica de este caso. Describió la ausencia del cuerpo calloso y explicó como se expandían los ventrículos ante la gran cantidad de líquido. Así mismo, pensando que habría algún cambio en la glándula pituitaria, al ser considera este el órgano en el que se eliminaba la flema, la examinó y encontró que estaba en perfectas condiciones. Un experimento más en el que Steno observaba que las teorías de su época no explicaban la realidad que veía (1).

Así mismo, en 1673, cuando se le solicitó una opinión sobre las transfusiones sanguíneas que se venían realizando, con sangre animal o humana, afirmó que no consideraba se debían realizar, pues no se tenía conocimiento suficiente para entender la características sanguíneas de cada tipo de sangre, lo cual ponía en riesgo a los enfermos. Unos años después, este procedimiento médico fue prohibido por la alta mortalidad en los pacientes (9).

En 1674, recibió la orden eclesiástica en la Toscana y, en 1677, Johan Fredrich, Duque de Hanover (1625-1679) lo nombró vicario apostólico para las misiones en el norte de Europa, que pretendían convertir a los luteranos. El Papa Inocencio XI (1611-1689) lo nombró obispo titular de la ciudad de Titiopolis. A pesar de este nombramiento, prefirió continuar ejerciendo su labor como misionero, que había iniciado el 8 de noviembre de 1677, en Hanover. Se acogió al voto de pobreza en forma extrema y se convirtió en un mendigo, como los pobres que protegía. Llevó a cabo esta actividad hasta su muerte (3, 7).

El 25 de noviembre de 1686, a la temprana edad de 48 años, murió en Schwerin, Alemania. Casi un año después, el Gran Duque Cosimo III de Médici de Toscana (1642-1723), quien había sido su discípulo y un gran amigo, solicitó que su cuerpo fuese trasladado a Florencia. El 13 de octubre de 1687 fue enterrado en las criptas de los Médici en San Lorenzo. Tres siglos después, el 23 de octubre de 1988, el Papa San Juan Pablo II (1920-2005) lo hizo beato de la iglesia católica, y fue designado santo patrono de los científicos. Es el único anatomista que hasta la fecha ha sido beatificado (3, 7).

## Conclusiones

A partir de esta revisión se puede concluir que Nicolás Steno seguía las concepciones que, para la época, se estaban empezando a gestar sobre la metodología para llegar a la verdad, basadas en la experiencia y en la matematización de la naturaleza. Esto hizo que en

algunos círculos académicos, a pesar de que sus teorías eran demostrables empíricamente, no fueran del todo aceptadas al no poder ser explicadas por la corriente filosófica de la época. Sin embargo, consideramos que fue un científico notable y que sus aportes a la anatomía y a las geociencias, que hoy en día tienen vigencia, han abierto el campo para que se construyan nuevos saberes y prácticas.

## Financiación

Este artículo fue financiado por la Universidad del Rosario.

## Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## Referencias

1. Perrini P, Lanizno G, Parenti GF. Niels Stensen (1638-1686): scientist, neuroanatomist, and saint. *Neurosurgery*. 2010 Jul; 67 (1): 3-9. DOI: 10.1227/01.NEU.0000370248.80291.C5.
2. Parent A. Niels Stensen: a 17th century scientist with a modern view of brain organization. *Can J Neurol Sci*. 2013 Jul; 40(4): 482-92. DOI: 10.1017/s0317167100014566.
3. Tubbs RS, Mortazavi MM, Shoja MM, Loukas M, Cohen-Gadol AA. The bishop and anatomist Niels Stensen (1638–1686) and his contributions to our early understanding of the brain. *Childs Nerv Syst*. 2011; 27:1–6. DOI 10.1007/s00381-010-1236-5.
4. Hill RB. The Contributions of the Bartholin Family to the Study and Practice of Clinical Anatomy. *Clinical Anatomy*. 2007; 20: 113-115. DOI 10.1002/ca.20355
5. Gorton J. A General Biographical Dictionary: Containing a Summary Account of the Lives of Eminent Persons of All Nations, Previous to the Present Generation. London: Whittaker, Treacher, and Co.; 1830.
6. Van Gijn V. Franciscus Sylvius (1614–1672). *J Neurol*. 2001; 248 (10): 915–916. <https://doi.org/10.1007/s004150170083>
7. De Micheli AA, Izaguirre Ávila R. A saint in the history of Cardiology. *Arch Cardiol Mex*. 2014 Jan-Mar; 84(1): 47-50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acmx.2013.01.016>
8. Gray H. *Anatomy of the Human Body* (internet). 20ª ed. Filadelfia: Lea & Febiger; 1918. Disponible en: <https://www.bartleby.com/107/>. Fig. 1024. Dissection, showing salivary gland of right side. Imagen de dominio público.
9. de Micheli AA, Izaguirre Ávila R. La luminosa trayectoria de un ilustre académico del siglo XVII. *Ciencia*. 2009; 80-86.
10. Kardel T. Nicolaus Steno's new myology (1667): rather than muscle, the motorfibre should be called animal's organ of movement. *Nuncius*. 2008; 23(1): 37-64. PMID: 19069206.
11. Beretta M. At the source of western science: the organization of experimentalism at the Accademia del Cimento (1657-1667). *Notes Rec R Soc Lond*. 2000 May; 54(2): 131-51. DOI: 10.1098/rsnr.2000.0104
12. Sequeiros L. Las raíces de la Geología Nicolás Steno, los estratos y el diluvio universal. *Enseñanza de las Ciencias de la Tierra, AEPECT*. 2002; 10(3); 217-242. ISSN 1132-9157.

**Recibido:** 27 de septiembre de 2019

**Aceptado:** 23 de octubre de 2019

### Correspondencia:

María Catalina Sánchez-Martínez  
[mariaca.sanchez@urosario.edu.co](mailto:mariaca.sanchez@urosario.edu.co)

## UNA BREVE HISTORIA DE LA QUINTA DE SEGOVIA

---

Hugo Armando Sotomayor Tribín<sup>1</sup>

En la Quinta de Segovia, que desde 1830 fue propiedad del señor Alejandro Carrasquilla, funcionó el Instituto Nacional de Agricultura y, posteriormente, a finales del siglo XIX, operó el Instituto Carrasquilla destinado a la investigación y estudio de enfermedades como la lepra.

Se tenía derecho a ingresar a los baños que había construido el señor Alejandro Carrasquilla en un local de su espaciosa quinta, haciendo uso de una ficha en latón de 26 mm y 4 gr. (Figura 1). La Quinta de Segovia era poseedora de pesebreras y caballerizas y doce tiendas que daban hacia la *Huerta de Jaime*, llamada así porque su primer propietario, el valenciano don Juan Alonso Núñez de Jaime, había sembrado hortalizas, árboles frutales y flores, mucho tiempo antes de que esos terrenos los hubiera adquirido -en 1830- Alejandro Carrasquilla para construir la quinta en mención.

Los terrenos de la *Huerta de Jaime* donde estaba la Quinta de Segovia, colindaban con una plaza que desde 1850 se llama Plaza de los Mártires. En dicha plaza se erigió un monumento, diseñado en 1851 por Thomas Reed, con un obelisco en memoria de los patriotas fusilados en Bogotá, tras la llegada a la ciudad de la fuerza “pacificadora” del general Pablo Morillo en 1816.

En 1880, durante la primera administración de Rafael Núñez, se inauguró el Instituto Nacional de Agricultura bajo la dirección del ilustre médico Juan de Dios Carrasquilla, y su sede fue la Quinta de Segovia. El Instituto funcionó hasta 1885 cuando el gobierno lo clausuró con motivo de la guerra civil.

Documentos de la Academia Nacional de Medicina confirman que en marzo de 1896, ya se había dado a Juan de Dios Carrasquilla, apoyo decidido para la creación del Instituto Carrasquilla orientado al estudio de la lepra y otras enfermedades infecciosas. Este instituto estuvo vinculado, desde su fundación, a la producción de la vacuna contra la viruela; posteriormente, aquel se transformó en el Parque de Vacunación para producir la vacuna contra esa enfermedad. El Instituto Carrasquilla se cerró a finales de 1896 o a principios de 1897. Ambos, el Instituto Carrasquilla y el primer esbozo del Parque de Vacunación, funcionaron en la Quinta de Segovia.

El doctor Pompilio Martínez Navarrete, siendo Rector de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia entre 1914 y 1920, fue el abanderado de la construcción del nuevo edificio de la facultad (Figura 2), diseñado por el arquitecto francés Gaston Lelarge, en predios donde funcionaba la Quinta de Se-

---

<sup>1</sup> Miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina. Curador del Museo de Historia de la Medicina de la Academia Nacional de Medicina. Presidente de la Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina (SCHM). Bogotá, Colombia.



**Figura 1.** Ficha de baños públicos de la Quinta de Segovia (siglo XIX).

govia entre la Calle 9 a 10 y las Carrera 14 a 15. En esta nueva sede de la facultad de Medicina, la Academia Nacional de Medicina pasó a ocupar unos salones y realizar sus reuniones desde finales de 1919 hasta 1953, cuando fue inaugurada la Ciudad Blanca entre la calle 26 y la calle 53.



**Figura 2.** Antigua facultad de Medicina de la Universidad Nacional en la Plaza de Los Mártires.

En este bello edificio estudiaron mi abuelo Carlos Tribín Biester, graduado en 1931; también su medio hermano y mi tío abuelo Alfonso Tribín Piedrahita,

graduado en 1946, quien fue decano de la facultad de Medicina y académico de la Academia Nacional de Medicina e igualmente, mi padre Álvaro Sotomayor Macea, graduado en 1953.

Durante ese periodo del siglo XX, el edificio en mención, situado en los terrenos de la antigua Quinta de Segovia, se constituyó en una de las obras arquitectónicas más importantes de la ciudad. Si bien, en la actualidad dicho edificio ya no corresponde a la facultad de Medicina de la Universidad Nacional, continúa siendo un valioso patrimonio, declarado como Bien de Interés Cultural a través del decreto 2390 del 26 de septiembre de 1984.

## Referencias

1. Cáceres H, Cuéllar, Z. Academia Nacional de Medicina de Colombia. Sus Miembros 1873-1997. ISBN: 958-96171-0-7. Bogotá: Academia Nacional de Medicina; 1998, p. 84.
2. Cuéllar-Montoya, Z. Academia Nacional de Medicina de Colombia. Itinerario Histórico. Tomo II, Volumen I, 1992-2004. Bogotá: ANM; 2019, p. 38-39.
3. De Francisco-Zea, A. Juan de Dios Carrasquilla, Hombre de Ciencia. Bogotá: Edición conjunta de la Academia Colombiana de Historia y la Academia Nacional de Medicina; 2004.
4. Sotomayor-Tribín H. Lepra. En: Sotomayor-Tribín HA. Historia y geografía de algunas enfermedades importantes en Colombia. Bogotá: Neogranadina; 2019. p. 113.

**Recibido:** 21 de noviembre de 2019

**Aceptado:** 23 de noviembre de 2019

**Correspondencia:**

Hugo Armando Sotomayor Tribín  
[husotri@gmail.com](mailto:husotri@gmail.com)

## PREMIOS A LA INVESTIGACIÓN OTORGADOS POR LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA EN 2019

---

Alfredo Jácome Roca<sup>1</sup>

Como es tradicional en las últimas décadas, en el marco de los Premios a la Investigación Científica que otorga la Academia Nacional de Medicina de Colombia, durante el mes de octubre de 2019 se dieron a conocer los nombres de los trabajos concursantes que obtuvieron los dos premios disponibles, además de una mención honorífica.

Nuevamente los investigadores en Biología y Ciencias de la salud presentaron sus estudios para concursar en la versión 2019 del Premio a la Investigación Científica de la ANM. Después de sesuda e imparcial evaluación por parte de los jurados designados por la Junta Directiva, presentamos un resumen de los dos trabajos ganadores, así como también el de la mención honorífica.

Uno de los trabajos premiados se denominó “*Análisis de la utilidad de la citometría de flujo en la identificación de infiltración neoplásica del líquido cefalorraquídeo, en pacientes con leucemia aguda y su asociación con parámetros clínico-biológicos de importancia pronóstica*”. Esta investigación fue elaborada por el Grupo de Inmunobiología y Biología Celular, del Departamento de Microbiología, de la Pontificia Universidad Javeriana y la investigadora principal fue la doctora Sandra Quijano. Contó con la colaboración del Departamento de Patología y Laboratorio Clínico de la Fundación Santa Fe de Bogotá y de científicos del Área de Citometría de Flujo-Labo-

ratorio Clínico y del Servicio de Pediatría, ambos del Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, en la ciudad de Bogotá (Colombia).

La doctora Sandra Quijano es bien conocida para la Academia Nacional de Medicina de Colombia, ya que en oportunidades anteriores ha recibido el mismo premio. Igualmente, el doctor Carlos Saavedra ha sido previamente galardonado. Los otros colaboradores fueron Ximena Torres, Iliana de los Reyes, Martha Vizcaíno, Paula Carolina Guzmán, Alba Campos, Niyireth Peñaloza, Ana María Uribe, Alexander Juyo, Martha Romero, Gina Cuéllar, Liliana Martín, Paula Rodríguez y Claudia Cardozo.

El resumen del trabajo es el siguiente:

Es bien conocido que la infiltración al sistema nervioso central (SNC) constituye una complicación clínica de leucemias agudas (LA), asociada a mal pronóstico y a mayor agresividad tumoral. En la actualidad, el diagnóstico temprano de meningitis neoplásica contribuye a realizar una mejor clasificación y seguimiento de los pacientes con riesgo de recaída en SNC. Teniendo en cuenta lo anterior, en los últimos años grupos expertos en citometría de flujo (CMF) han demostrado la utilidad de esta técnica, principalmente en la identificación y cuantificación de células de linfoma en SNC,

---

1 Internista-Endocrinólogo. Miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina, y Honorario de la Asociación Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo. Editor Emérito, revista MEDICINA. Bogotá, Colombia.

en comparación con la técnica “gold standard” que es la citología convencional (CC).

La Asociación Colombiana de Hemato-oncología Pediátrica (ACHOP) en la Guía para la atención integral de niños con LA, identificó la necesidad de implementar la CMF para la evaluación del compromiso en SNC de las LA, pero para esto era necesario realizar un estudio que demostrara su utilidad en nuestros pacientes. Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo del presente trabajo fue evaluar la presencia de infiltración neoplásica en muestras de líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes con diagnóstico de LA mediante CMF comparada con la CC y su relación con diferentes parámetros clínico-biológicos.

Se analizaron en total 156 muestras de LCR de 55 pacientes pediátricos con LA del Hospital Universitario San Ignacio y la Fundación Santa Fe de Bogotá. Estas muestras fueron analizadas de forma simultánea por CMF y CC en estas instituciones. De las 156 muestras estudiadas, 19 (12,2%) mostraron infiltración tumoral detectada por CMF, mientras que la CC solo fue positiva en 1 muestra (0,64%). La concordancia entre las 2 técnicas fue muy pobre obteniendo un índice Kappa menor a 0,2.

Desde el punto de vista clínico-biológico, los pacientes con leucemia linfocítica aguda B (LLA-B) e infiltración del LCR detectada por CMF demostraron asociación significativa con una peor respuesta a la terapia con esteroides, anormalidades en el cariotipo y presencia de síntomas neurológicos. Además, se observó que los pacientes con LLA-B clasificados como riesgo bajo y con infiltración en SNC detectada por CMF presentaron menor supervivencia libre de recaída.

En conclusión, este trabajo demuestra que la CMF logra detectar la infiltración en SNC en pacientes pediátricos con LA y su asociación con variables de valor pronóstico, por lo que es altamente recomendable incluir esta tecnología en los estudios de rutina de las

muestras de LCR de pacientes pediátricos con LA, tanto al momento del diagnóstico como durante el seguimiento de la enfermedad.

Por lo que se refiere al siguiente trabajo investigativo premiado, su título fue “*Estudio longitudinal de epidemiología molecular del cáncer de pulmón, colon y melanoma en Colombia*”. Como investigador principal estuvo a cargo Andrés Felipe Cardona Zorrilla y los Co-investigadores fueron Alejandro Ruiz Patiño, Jorge Miguel Otero Bernal, Diana Carolina Sotelo Rodríguez, Hernán Carranza Isaza, July Katherine Rodríguez Ariza y Carlos Alberto Vargas Báez. Los investigadores hacen parte del Grupo de Oncología Clínica y Traslacional, del Instituto de Oncología, Clínica del Country, así como de la Fundación para la Investigación Clínica y Aplicada del Cáncer – FICMAC, de la ciudad de Bogotá (Colombia).

El resumen de este trabajo dice lo siguiente:

La epidemiología molecular hace referencia a la inclusión de medidas biológicas en el nivel molecular en las investigaciones epidemiológicas, estas mediciones suelen corresponder a la detección de biomarcadores tumorales por medio de técnicas inmunológicas. La epidemiología molecular se puede emplear para medir la exposición, la respuesta biológica a tratamientos específicos o para determinar las características de los pacientes que les confieren diferentes patrones de susceptibilidad. En la oncología, se ha utilizado ampliamente el uso de biomarcadores moleculares que permiten medir la magnitud del daño del ADN, los polimorfismos genéticos heredables que influyen en la susceptibilidad, los genes que se asocian a cáncer y la respuesta a los tratamientos. El perfil genómico de los colombianos es diferente al perfil genómico reportado en otros continentes, por esta razón es importante determinar el perfil genómico mutacional de diferentes regiones del país con el fin de caracterizar mejor la población y facilitar la toma de decisiones pro actores activos de la salud pública. Este es un estudio descriptivo

único en el país en base a la epidemiología molecular e integrativa que busca caracterizar la población con cáncer de pulmón, colon melanoma y gliomas de alto grado mediante la revisión de base de datos y la plataforma de un biobanco de tumores ubicado en Bogotá, que actúa como reservorio de más de 11.000 muestras procedentes de las ciudades principales del país. Con los resultados obtenidos a partir de esta investigación podremos determinar si existe variabilidad en la presencia de marcadores que alteren el pronóstico de estas enfermedades y se puede brindar información a los entes reguladores que permita orientar la toma de decisiones en salud en términos de acceso a pruebas, medicamentos y otras posibles estrategias de tratamiento.

Por último, una Mención de Honor fue otorgada al trabajo “*Uveítis y Esclerosis Múltiple: Mutaciones comunes potencialmente causales*”. La Investigadora principal fue Ligia Alejandra de la Torre Cifuentes y los Co-investigadores fueron Claudia T. Silva Aldana, Juliana Muñoz Ortiz, Laura B. Piñeros Hernández, Óscar Otero, Alejandra Domínguez, León A. Faciolince, Mauricio Arcos Holzinger, Claudio Mastronardi, Nora Constanza Contreras Bravo, Carlos Martín Restrepo y Mauricio Arcos Burgos. Este equipo investigador hace parte del Grupo de Investigación en Neurociencias (NEUROS), Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. Otras afiliaciones de los investigadores son: el Centro para la Investigación en Genética y Genómica-CIGGUR, Grupo de Investigación GENIUROS, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario; Escuela Superior de Oftalmología; Instituto Barraquer de América; Grupo de Investigación INPAC; Fundación Universitaria Sanitas (Bogotá); Grupo de Investigación en Psiquiatría (GIPSI), Departamento de Psiquiatría, Instituto de Investigaciones Médicas (IIM), Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia (Medellín).

Este trabajo fue publicado en inglés en la revista *Molecular Neurobiology* y trata de lo siguiente:

Uveitis, defined as inflammation of the uveal tract of the eye, is a leading cause of blindness and visual impairment throughout the world. The etiology of uveitis is complex, and autoimmunity plays a major role in its pathogenesis. Intermediate uveitis (IU), a subtype of ocular inflammation, has been associated with systemic autoimmune disorders, specifically with multiple sclerosis (MS). This article reports a rare three-generation family with several members affected by IU (four siblings) and comorbid MS (two siblings fulfilling MS diagnostic criteria and a third sibling presenting some neurological symptoms). Based on the clinical findings, we captured and sequenced whole exomes of seven pedigree members (affected and unaffected). Using a recessive model of transmission with full penetrance, we applied genetic linkage analysis to define minimal critical regions (MCRs) in suggestive or nominal regions of linkage. In these MCRs, we defined functional (some pathogenic), novel, and rare mutations that segregated as homozygous in affected and heterozygous in unaffected family members. The genes harboring these mutations, including DGKI, TNFRSF10A, GNGT1, CPAMD8, and BAFF, which are expressed in both eye and brain tissues and/or are related to autoimmune diseases, provide new avenues to evaluate the inherited causes of these devastating autoimmune conditions.

Los premios a la Investigación Científica otorgados por la Academia Nacional de Medicina suponen un reconocimiento y distinción al mérito de hombres y mujeres investigadores, cuya labor es destacada en el campo científico y con sus investigaciones, cuya calidad debe permear la actividad científica, contribuyen al avance de la Medicina en nuestro país.

**Recibido:** 5 de noviembre de 2019  
**Aceptado:** 19 de noviembre de 2019

**Correspondencia:**  
Alfredo Jácome Roca  
ajacomero@gmail.com

## MIEMBRO HONORARIO DR. GUSTAVO MALAGÓN LONDOÑO

Tito Tulio Roa<sup>1</sup>



Voces más autorizadas y elocuentes que la mía, han hablado y hablarán de una figura que ha grabado un hito en la historia de la Academia Nacional de Medicina y en la docencia médica. Yo solo quiero recordar afectuosamente una amistad que nos vinculó por más de setenta años y que comenzó con la gran amistad de nuestros padres. Siendo estudiante de Medicina en la Universidad Javeriana, Gustavo era profesor de Anatomía, Fisiología e Higiene, de los alumnos de cuarto de bachillerato del Gimnasio Boyacá; luego, cuando iniciaba mis estudios en la Universidad Nacional, me llevaba los domingos a acompañarlo al consultorio de pequeña cirugía del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales en la Clínica Santa Bárbara de la Calle 34 con carrera 13; Después me hizo nombrar como Interno y luego Residente de la Clínica de Urgencias de la Transversal 17 con calle 24, donde conocí a Marina su querida esposa.

En la Academia Nacional de Medicina, de la que fue presidente en el período 2008-2010, su ausencia se hace notoria porque en los cuatro lustros transcurridos desde su ingreso, su presencia siempre fue invaluable. Mantuvo una constante “disposición de colaborar al servicio de la institución para mantener incólume su prestigio y proyección”, tal como indicó en su discurso

de posesión como presidente. Tal compromiso y liderazgo, no solo con la Academia sino también con la salvaguarda de la calidad de los servicios salud para los ciudadanos y con la autonomía, formación académica y derechos de los médicos, fueron reconocidos por la ANM con la condecoración correspondiente al Académico ejemplar 2017.

Durante su enfermedad, como mejor disyuntiva soy incapaz de presenciar la caída de esos árboles frondosos y corpulentos que de golpe los aniquila un rayo. Sin embargo y aludiendo a la idea de Borges, según la cual, la amistad no necesita frecuencia, en la ausencia de Gustavo, mantuve esa solidaridad que siempre supimos compartir desde lejos y que hoy comparto de corazón con Marina, sus hijos y familiares.

Así pues, su presencia quedará inmanente en los recintos de nuestra querida Academia.

**Recibido:** 20 de noviembre de 2019

**Correspondencia:**  
Tito Tulio Roa  
[titoroa@hotmail.com](mailto:titoroa@hotmail.com)

1 MD. Especialista en Cirugía plástica. Miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina. Bogotá, Colombia.

## ÍNDICE DE TEMAS Y AUTORES VOLUMEN 41 NÚMEROS 1-4 (124-127) AÑO 2019

### Artículos de Investigación

- Programa de adopción embrionaria in útero: experiencia de 10 años.  
*Ivonne Jeannette Díaz Yamal, Yeisman Pineda Lechuga, Jimmy Castañeda Castañeda, Fernando Gómez Corredor, Ramón Eduardo Sotolongo León, Jaime Edward Villamil Pérez, Claudia Patricia Zambrano, Mónica Valencia Arango* ..... 8-17
- Método de “caminata al azar probabilística” aplicada a la predicción de muertes por tránsito en el estado de Florida.  
*Javier Rodríguez, Catalina Correa, Adriana Ortiz, Jaime Páez, Jairo Cortés, Yolanda Soracipa, Andrés Ovalle, Esmeralda Guzmán, Alejandro Castiblanco, Juan David Naranjo* ..... 18-27
- Mutaciones sensibilizantes y amplificación del gen receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) en correlación con la supervivencia en pacientes con adenocarcinoma de pulmón, tratados con Erlotinib (MutP-CLICAP).  
*Alejandro Ruiz-Patiño, Christian David Castro Gómez, Luisa María Ricaurte, Andrés Felipe Cardona, Luis Leonardo Rojas, Hernán Carranza, Carlos Vargas, Jorge Otero, Pilar Archila, July Katherine Rodríguez, Jenny Ávila, Melissa Bravo, Carolina Sotelo, Luis Eduardo Pino* ..... 98-111
- Caracterización de cohorte posneonatal con sospecha de síndrome de Zika congénito, en institución de alta complejidad en Colombia (2016-2017).  
*Michael Alexander Vallejo Urrego, Juan David Roa Giraldo, José Daniel Toledo Arenas, Rosa Liliana Peñuela Murcia, Daniela Casallas Zambrano, Sheyla Alexandra Rodríguez Real* ..... 213-230
- Experiencias y narrativas de mujeres con VIH, víctimas de violencia de pareja en Bogotá (Colombia)  
*Leonardo Arévalo Mora* ..... 299-321
- Cumplimiento del protocolo para la atención integral en salud a víctimas de violencia sexual, en un servicio de pediatría en Bogotá (Colombia). *Víctor Alfonso Caballero Blanco, Paola Gómez Sandoval, Claudia Maryuri Nárvaes Sánchez X* ..... 322-338
- Diagnóstico funcional de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en un grupo de pacientes de la provincia Sugamuxi - Boyacá (Colombia). *María del Pilar Rojas Laverde, Sandra Patricia Corredor Gamba, Alba Yanira Polanía Robayo, Marcela América Roa Cubaque* ..... 339-346

### Artículos de Reflexión

- Los Estudios Generales o la Educación Liberal en Medicina.  
*José Félix Patiño Restrepo* ..... 28-37

García Márquez y el Alzheimer.  
*Luis Hernán Eraso* ..... 112-113

El largo y sinuoso camino de la enfermedad laboral en Colombia. El caso de la asbestosis.  
*José Ricardo Navarro-Vargas, Guillermo Antonio Villamizar* ..... 231-240

### Artículos de Revisión

Publicaciones biomédicas en Colombia 2008 a 2017: un análisis de Scopus.  
*Diego Rosselli, Paula Valderrama-Junca, Camila Pantoja-Ruiz* ..... 38-46

Riesgos de ser un astronauta: héroes del espacio.  
*Flor de María Muñoz Gallego, María Virginia Pinzón Fernández, Luisa Fernanda Zúñiga Cerón,  
 Luisa Fernanda Mahecha Virgüez, Jhan Sebastián Saavedra-Torres* ..... 47-62

Valoración médica del daño en colectivos. Propuesta médico-legal en Colombia.  
*Liliana Marcela Tamara Patiño, Julio Alberto Guacaneme Gutiérrez,  
 Germán Alfonso Fontanilla Duque* ..... 114-132

¿Es el jengibre un tratamiento eficaz contra las náuseas y el vómito inducidos por quimioterapia?  
 Juan Sebastián Botero-Meneses, Ximena Palacios-Espinosa, Ana María Gómez-Carvajal,  
*Leonardo Palacios-Sánchez* ..... 133-144

Impacto de la Cirugía Mínimamente Invasiva en Cirugía de Columna.  
*Jorge Felipe Ramírez León, Gabriel Oswaldo Alonso Cuéllar, Carolina Ramírez Martínez,  
 José Gabriel Rugeles Ortiz* ..... 145-155

Aspectos socioculturales y médicos del eunucoidismo histórico.  
*Alfredo Jácome Roca* ..... 156-169

El estesiómetro y telémetro láser endoscópico laringofaríngeo (LPEER).  
*Luis Fernando Giraldo-Cadavid, Eliana Morales* ..... 241-251

### Reportes de Caso

Embarazo, lepra y leproreacción.  
*Fernando López Díaz* ..... 252-259

Bloqueo de los nervios digitales del primer dedo del pie mediante la técnica en V invertida en el tratamiento quirúrgico de la onicocriptosis: A propósito de un caso.  
*Sergi Sánchez Hernández* ..... 347-350

## Cartas al Editor

- Ausencia de la descripción del ligamento coracoglenoideo en los libros más empleados por los estudiantes de Medicina humana.  
*Alexandra Milagros Poblete Echevarría, Lucía Lucero Coaguila Monterroso* ..... 63-64
- El desarrollo del cultivo de la Quinua.  
*Miguel Ángel García-Parra, Jhan Sebastián Saavedra-Torres, Luisa Fernanda Mahecha Virgüez, María Virginia Pinzón Fernández* ..... 65-67

## Editoriales

- La Medicina Aeroespacial en el cincuentenario del alunizaje.  
*Alfredo Jácome Roca* ..... 5-7
- Reflexiones sobre el fracking.  
*Diego Rosselli* ..... 93-97
- Glifosato: Complejo asunto.  
*Jaime Bernal Villegas* ..... 211-212
- La ley de tamizaje neonatal en Colombia.  
*Jaime Bernal Villegas* ..... 297-298

## Historia de la Medicina

- Innovaciones médicas realizadas por colombianos o extranjeros en Colombia.  
*Hugo Sotomayor Tribín, Paula Jimena Matiz López, Jenny Milena Machetá Rico, Lina del Mar Moreno, Laura Suárez, Catalina del Mar Sánchez, Stefhany Ramírez, Natalia Giraldo, Ana Silvia Rodríguez, Juan Diego Rojas, Nelson Ariza, Andrés Herrera, Julián González, Laura Natalia Rincón, Camille Carrère-Rivera* ..... 68-76
- Los hospitales militares y la atención a combatientes heridos y enfermos en las guerras de independencia de Colombia.  
*Roger Pita Pico* ..... 170-193
- El logotipo del Museo de Historia de la Medicina de la Academia Nacional de Medicina de Colombia.  
*Hugo Sotomayor Tribín* ..... 194-197
- Partería puesta al día.  
*Hugo Sotomayor Tribín* ..... 260-264

Entre la anatomía y las geociencias: una aproximación a la vida y obra del beato Nicolás Steno.  
*María Catalina Sánchez-Martínez, Leonardo Palacios-Sánchez* ..... 351-357

Una breve historia de la Quinta de Segovia.  
*Hugo Sotomayor Tribín* ..... 358-359

### De la Academia

Memorias del Foro “Enfermedades Huérfanas: Asumiendo el reto de un enfoque integral”.  
*Marta Lucía Tamayo Fernández*..... 265-283

Premios a la Investigación otorgados por la Academia Nacional de Medicina en 2019.  
*Alfredo Jácome Roca*..... 360-362

### Novedades Bibliográficas

La anemia tropical en Colombia. Un recuento histórico.  
*Autor: Hernando Sarasti Obregón*..... 77-78

### Obituarios

Alberto Escallón Azcuenaga. Miembro de Número.  
*Alfredo Jácome Roca*..... 79

Pablo Alberto Isaza Nieto. Presidente capítulo del Tolima.  
*Elmer Escobar Cifuentes*..... 80-81

Andrés Rosselli Quijano. Miembro Honorario.  
*Pablo Rosselli*..... 198-199

Guillermo Marín Arias. Miembro Correspondiente.  
*Tito Tulio Roa* ..... 284-285

Gustavo Malagón Londoño. Miembro Honorario.  
*Tito Tulio Roa* ..... 363

# MIEMBROS DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE COLOMBIA

## Lista de Académicos por orden de Antigüedad

### Miembros Honorarios residentes en Bogotá

Manuel Elkin Patarroyo M.	Gilberto Rueda Pérez
Egon Lichtenberger S.	Jaime Arias Ramírez
Jorge García Gómez	Adolfo de Francisco Zea
María T. Forero de Saade	Guillermo Sánchez Medina
Gabriel Riveros Dueñas	Rafael de Zúbiria Gómez
Alonso Gómez Duque	Fernando Sánchez Torres
José Félix Patiño Restrepo	Jorge Reynolds Pombo

### Miembros Honorarios residentes fuera de Bogotá

José María Salazar Buchelli	Enrique Moreno González
David Baltimore	Luis N. Ferreira
Walter Gilbert	Carlos A. León Saltos
Roger Guillemin	Francisco Kerdel Vegas
Eduardo Arciniegas	Pelayo Correa
Rodolfo Llinás Riascos	Eduardo Gaitán Marulanda
Bernard Lown	Robert H. Gifford
Yuri Belenkov	Alvaro Morales Gómez
Evgueni Chazov	Juan Ramón De La Fuente
Edmond José Yunis	Enrique Wolpert
Antonio Fernández de M.	Nubia Muñoz
James C. Stanley	Stanley J. Dudrick
	Richard John Roberts

### Miembros de Número Residentes en Bogotá

Ernesto Bustamante Zuleta	Marta Lucía Tamayo Fernández
Gabriel Toro González	Eduardo Álvarez Peñalosa
Tito Tulio Roa Roa	Augusto Peñaranda Sanjuán
Galo Llinás Celedón	José D. Cardona Arias
Jaime Escobar Triana	Alfonso Sánchez Medina
Gonzalo López Escobar	César Alberto Jáuregui Reina
Zoilo Cuéllar-Montoya	Hernando Matiz Camacho
Hugo A. Sotomayor Tribín	Manuel G. Uribe Granja
Herman Esguerra Villamizar	Alberto Vanegas Saavedra
Germán Gamarra Hernández	Orlando Pérez Silva
Francisco J. Henao Pérez	Mario Arturo González
Álvaro Rodríguez Gama	Alberto Vélez van Meerbeke
Jaime Fandiño Franky	David Vásquez Awad
Gabriel Carrasquilla G.	Remberito Burgos de la Espriella
Álvaro Moncayo Medina	Luis Hernán Eraso Rojas
Ricardo Salazar López	Gustavo Landazábal
José Antonio Lacouture D.	Michel Faizal Geagea

### Miembros de Número residentes fuera de Bogotá

Jaime Gómez González	Darío Morón Díaz
Alfredo Jácome-Roca	Jaime Forero Gómez
Roberto Liévano Perdomo	Miguel Orticoechea Aguerre
Gustavo Pradilla Ardila	Rafael Alarcón Velandia
Humberto Aristizábal Giraldo	Arnulfo Rodríguez Cornejo
Luis Rafael Caraballo García	Hernán Urbina Joiro
Jaime Eraso López	César Arroyo Eraso
Jorge E. Maldonado A.	Antonio Iglesias
Carlos Cortés Caballero	Eduardo Jaramillo
Manuela Berrocal Revueltas	Juan Daniel Ordoñez Ordoñez

### Miembros Correspondientes residentes en Bogotá

Fernando Guzmán Mora	Jairo Reynales Londoño
Vicente González R.	Juan Manuel Anaya C.
Francisco Javier Leal Q.	María Claudia Ortega López
Bernardo Tirado-Plata	Adriana Rojas Villarraga
Ángela González Puche	Ángela María Ruiz S.
Germán Durán Avendaño	Arecio Peñaloza
Jaime Alvarado Bestene	Luis Eduardo Fandiño Franky
Hernando Abaúnza Orjuela	Margaret Ordóñez de Danies
Diego Andrés Rosselli Cock	Guillermo Ortiz Ruiz
Ricardo Rueda Sáenz	Gloria Arias Nieto
Ramón Abel Castaño Yepes	Rodolfo Vega Llamas
Eduardo Londoño Schimmer	Jesús Alberto Gómez Palacino
Francisco Núñez León	Oswaldo Borrás Gaona
Mario Bernal Ramírez	Hernando Sarasti Obregón
Gustavo A. Quintero H.	Fabio Varón Vega
Luis Eduardo Cavelier C.	Alejandro Niño Murcia
Camilo Uribe Granja	Luis Fernando Giraldo Cadavid
Carlos Medina Malo	Luis Fernando Cifuentes Monje
German Riaño Gamboa	Germán Forero Bulla
Diego Soto Jiménez	Roberto D'Achiardi Rey
Elizabeth García Gómez	Herman Redondo Gómez
Pablo Rosselli Cock	Martha Patricia Rodríguez
Alberto Barón Castañeda	Alvaro Casallas Gómez
Alberto Gómez Gutiérrez	Franklin José Espitia de la Hoz
Ernesto J. Otero Leongómez	Andrés Caballero Arteaga
Ariel Iván Ruiz Parra	Horacio Giraldo Estrada
Ricardo Martín Orjuela	Jorge Felipe Ramírez León
Carlos Arturo Álvarez Moreno	Enrique Ardila Ardila
Pío Iván Gómez Sánchez	John Mario González
Miguel Ronderos Dumit	Alejandro Casas Herrera
Luz Helena Sánchez Gómez	Édgar Montoya Ángel
Francisco José Yepes Lujan	Álvaro Adolfo Faccini
Luis Antonio Gómez Cadena	Robin G. Prieto Ortiz

### Miembros Correspondientes residentes fuera de Bogotá

Carlos F. Corredor Pereira	Magdalena Serpa de Cavelier
Hugo Calderón Villar	José Nader Nader
Braulio Mejía	Ricardo García Bernal
David Bersh Escobar	Zoilo Cuéllar Sáenz
Gustavo Román Campos	Ricardo Cardona Villa
Andrés de Francisco Serpa	Jaime Eduardo Bernal V.

### Miembros Correspondientes Extranjeros

Rafael Camerini Dávalos	Rolando Calderón Velasco
George M. Halpern	Norman I. Maldonado
Juan José Gagliardino	Jorge Cervantes
José María Paganini	Pablo A. Pulido M.
Jorge Yunis	Marvin José López
Daniel Jácome-Roca	Roger Guerra-García Cueva
Alejandro Villalobos F.	Patricio López Jaramillo
Francisco José Mardones	Mario Paredes Suárez
Hipólito Durán Sacristán	Enrique M. Beveraggi
Adolfo Firpo Betancourt	Eduardo Barboza
Joaquín Salcedo Aldrete	José Rodríguez Coura
Julio Ceitlin	Rafael Muci Mendoza

### Miembros Asociados

Felipe Guhl	Luis Alejandro Barrera A.
Álvaro Muñoz	Patricia Savino Lloreda
Beatriz Suárez de Sarmiento	Miguel de Zúbiria Samper
Sonia Echeverri de Pimiento	Germán Velásquez Arango
Elmer Escobar Cifuentes	Helena Groot de Restrepo
Gonzalo Correal Urrego	

# CAPÍTULOS DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

## CAPÍTULO DEL ATLÁNTICO

**Presidente: Julio Mario Llinás**

### **Miembros Activos**

Álvaro Peinado Vila  
Armando de Hart  
Carlos Barrera Guarín  
Carlos Corredor Pereira  
Carlos López Pinto  
Carlos Tache Zambrano  
Guillermo Acosta Osio  
Jaime Castro Blanco  
Jesús Pérez García

Ana María Segura  
Julio Posada Moreno  
Libardo Diago Guerrero  
Teobaldo Coronado  
Rubén Darío Camargo Rubio

### **Miembros Inactivos**

Fuad Muvdi Chain  
Fuad Rumie Fankini

## CAPÍTULO DE NORTE DE SANTANDER

**Presidente: Ramiro Calderón Tarazona**

Carlos Castro Hernández  
Carlos A. Castro Lobo  
Carlos Iván Peñaranda Gómez  
Ciro A. Jurado Guerrero  
Edgar Salgar Villamizar  
Fernando Silva Carradini  
Hernando Villamizar Flórez  
Hernando A. Villamizar Gómez  
Ilse Hartmann de Yañez  
Jesús Antonio Chaustre Buitrago  
Jorge Uribe Calderón  
José Antonio Assaf Elcure  
José Eustorgio Colmenares Ossa

José Manuel Pinzón Rojas  
Julio Coronel Becerra  
Luis Fernando Luzardo Melguizo  
Luis Felipe Matamoros Barreto  
Luis Fredy Vergel Torrents  
Marco O. Fonseca González  
Mario Izquierdo Sandoval  
Mario Mejía Díaz  
Oscar Antonio Parada Parada  
Pablo Emilio Ramírez C.  
Pedro León Peñaranda Lozano  
Rafael Alberto Fandiño Prada  
Rafael Darío Rolón Duarte

## CAPÍTULO DE CÓRDOBA

**Presidente: Álvaro Bustos González**

Antonio Jiménez Larrarte  
Fernando Larios Díaz  
Francisco Rodríguez Yances  
Gabriel Milanés Gallo  
Heiser Arteaga Pautt  
Humberto Manuel González  
Jairo Llorente Genes  
Jorge Ordosgoitia Santana  
Jorge Zapateiro Pérez  
José A. Maroso Guzmán

José Luis Buelves B  
José Luis Méndez Méndez  
José Porto Valiente  
Juan Carlos De Giovanni  
Lázaro Pérez Estarita  
Luciano Lepesqueur Gossain  
Pablo Suárez Aragón  
Rolando Bechara Castilla  
Víctor Otero Marrugo  
Tatiana Espinosa Espitia

## CAPÍTULO DEL QUINDÍO

**Presidente: Roberto Estefan Chehab**

Adonirán Correal Barrios  
Alexander H. Colorado Q.  
Ángela L. Londoño Franco  
Arley Gómez López  
Aura Sofía Arbeláez Giraldo  
David Alberto Ossa Pizano  
Diego Gutiérrez Mejía  
Edgar Manuel Carvajal Rojas  
Edgar Sabogal Ospina  
Gregorio Sánchez Vallejo  
Guillermo Ernesto José Ramírez C.  
Gustavo Román Rodríguez  
Hernán Jaramillo Botero  
Jaime Sánchez Vallejo  
Jairo Alberto Malagón Ortiz  
Jairo Humberto Sanabria Vásquez

John Carlos Castaño Osorio  
Jorge Enrique Gómez Marín  
Juan Carlos Vélez Sáenz  
Juan Farid Sánchez López  
Luis Eduardo Gómez Sabogal  
Marco Alfonso Nieto García  
Néstor Ricardo Botía Silva  
Omar Botero Patiño  
Óscar A. Colonia Gutiérrez  
Óscar A. Bonilla Sepúlveda  
Patricia Landazuri  
Rafael E. López Mogollón  
Rafael Fernando Parra Cardona  
Silvia Isaza Restrepo  
Sol Patricia Castañeda Rubio

## CAPÍTULO DEL HUILA

**Presidente: Jimmy E. Numa Rodríguez**

Abner Lozano Losada  
Alberto E. Trespalacios  
Alfredo Hernán Bahamón M.  
Ángela Botero Rojas  
Antonio Acevedo Ángel  
Antonio María Cortés Segura  
Camilo Perdomo Perdomo  
Edgar Arboleda Correa  
Efraim Amaya Vargas  
Ernesto Federico Benavidez  
Fravio Vargas Tovar  
Germán Liévano Rodríguez  
Gilberto Astaiza  
Giovanny Lastra  
Héctor Adolfo Polanía  
Héctor Alonso Suárez  
Helbert Ariza Herrera

Hernando Piedrahíta  
Humberto Trujillo Bustos  
Jaime F. Azuero Borrero  
Jairo Galindo Monje  
Jimmy E. Numa Rodríguez  
Joaquín Carrera  
Julio César Álvarez Q.  
Luis Alberto Amaya  
Luis Augusto Puentes M.  
Luis Guillermo Cano  
María del Pilar Peña  
Nelson Alberto Castro T.  
Raúl Darío Rodríguez A.  
Ricardo Liévano Perdomo  
Rodrigo Lara Sánchez  
Silvia Madi Buitrago

## CAPÍTULO DE RISARALDA

**Presidente: Fabio Salazar Jaramillo**

Alberto Franco Vélez  
Alberto Orduz Suárez  
Álvaro Ardila Otero  
Armando Arciniégas R.  
Carlos Alberto Isaza  
Carlos A. Orrego Gómez  
Edgar Beltrán Salazar  
Eduardo Ramírez Vallejo  
Ehumir Téllez Martínez  
Héctor Arteaga Pachecho

Jorge Luis Aldana  
José Antonio Márquez  
Juan Carlos Mesa E.  
Juliana Buitrago Jaramillo  
Julio E. Sánchez Arbeláez  
Luis Alberto Marín Gómez  
Luis Fernando Restrepo A.  
María Cristina Cardona de M.  
Ricardo Mejía Isaza  
Rodrigo Posada Trujillo

## CAPÍTULO DE SANTANDER

**Presidente: Julio César Mantilla Hernández**

Arnulfo Rodríguez  
Boris Eduardo Vesga Angarita  
Carlos Cortés Caballero  
Elieth del Socorro Gómez A.  
Gabriel Jesús Gutiérrez Giraldo  
Gerardo González Vesga  
Germán Duarte Hernández  
Gustavo Pradilla Ardila  
Jaime Forero Gómez  
Jesús Solier Insuasty Enríquez  
Jorge L. Peña Martínez

José Luis Osma Rueda  
Juan Daniel Ordóñez Ordóñez  
Juan José Cañas Serrano  
Luis Ernesto Téllez Mosquera  
Mauricio Duarte Vergara  
Miguel Ángel Alarcón  
Myriam Serrano Arenas  
Patricia Elvira Arria Rada  
Ricardo Molina Valencia  
Roberto Serpa Flórez  
Rosendo Castellanos Suárez

## CAPÍTULO DE NARIÑO

**Presidente: Filipo Morán Montenegro**

Álvaro de Jesús Villota Viveros  
Andrés Ricaurte Sossa  
Armando Téllez Ariza  
Cástulo Cisneros  
César G. Arroyo Eraso  
Edgar Villota Ortega  
Emma Guerra Nieto  
Ernesto Varela Villota  
Gerardo Luna Salazar  
Germán Velásquez  
Guillermo Arturo Patiño Bravo  
Héctor López Moncayo

Humberto Dávila Ortiz  
Hugo García Valverde  
Jaime A. Gavilanes Caicedo  
Jaime Eraso López  
Jorge Enrique Garzón Mera  
Jorge Martínez  
José María Corella  
Leonardo Matta Rodríguez  
Luis Enrique Becerra  
Miguel Santacruz Guerrero  
Ricardo Guzmán M.  
Ulpiano de Jesús Hinestrosa

## CAPÍTULO DEL TOLIMA

**Presidente: Rodrigo Rubio Rubio**

Edgar Estrada  
Fernando Espinosa Tovar  
Gentil Gómez Mejía  
Jesús María Lozano Rondón  
Jorge Morales Serna

José Vicente Rengifo M.  
Juan Carlos Rodríguez Pulido  
Juan Ruiz Schinitter  
Rodrigo Rubio Rubio  
Yesid Arciniégas Arango

# ACADEMIAS REGIONALES

## ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLÍN Presidente: Rocio Gómez Gallego

### Miembros Honorarios

Alberto Mesa Vallejo  
Ángela Restrepo Moreno  
Carlos Santiago Uribe Uribe  
César Augusto Giraldo Giraldo  
Darío Córdoba Palacio  
Fernando Gartner Posada  
Gonzalo Restrepo Arango  
Guillermo Latorre Restrepo  
Helena Espinosa de Restrepo  
Hernando Posada González  
Hildebrando Mejía Mesa  
Hugo Trujillo Soto

Iván Jiménez Guzmán  
J. Iván Vargas Gómez  
J. Mario Castrillón Montoya  
Jaime Botero Uribe  
Luis Alberto Correa Cadavid  
Luis Germán Arbeláez Madrid  
Ramiro Vélez Ochoa  
Ramón Córdoba Palacio  
Rodrigo Angel Mejía  
Tiberio Álvarez Echeverri  
Wilma Piedrahíta De Mejía  
Yolanda Torres De Galvis

### Miembros de Número

Alberto Betancourt Arango  
Alejandro Vélez Hoyos  
Álvaro Cardona Saldarriaga  
Carlos Alberto Gómez Fajardo  
Carlos Arturo Aguirre Muñoz  
Carlos Lerma Agudelo  
Fabio Sánchez Escobar  
Germán Campuzano Maya  
Giovanni García Martínez  
Humberto Aristizábal Giraldo

Humberto Martínez Urrea  
Jorge Fernando Delgado Restrepo  
Jorge Vasco Posada  
Luis Fernando Gómez Uribe  
Marcos Restrepo Isaza  
Mario Melguizo Bermúdez  
Oscar Sierra Rodríguez  
Pablo Robles Vergara  
Rocio Gómez Gallego  
Santiago Acevedo Agudelo

### Miembros Correspondientes

Alberto Bernal Eusse  
Andrés Ruiz Linares  
Carlos José Jaramillo Gómez  
Darío Alberto Sierra Moreno  
Esteban Echavarría Escobar  
Fernando Londoño Posada  
Germán Osorio Sandoval  
Hernando Santos Gaviria  
Hernani Santamaría Ortiz  
Jorge Andrés Soto Jiménez  
Jorge Hernán Ospina Duque

José Luis Ramírez Castro  
José Rodrigo Restrepo González  
Juan Carlos Restrepo Gutiérrez  
Juan Esteban Gutiérrez Cadavid  
Juan Guillermo Tamayo Maya  
Lucas Bojanini Acevedo  
Luis Alfredo Villa López  
Luis Felipe Gómez Isaza  
Luis Fernando Arias Restrepo  
Luis Javier Castro Naranjo  
Nicolás Ignacio Jaramillo Gómez

### Miembros Asociados

Elmer Pinilla Galvis  
Flavio Granados Aguirre

Roberto Gaviria Toro

## ACADEMIA DE MEDICINA DE CARTAGENA Presidente: Darío Morón Díaz

### Miembros Honorarios

Alberto Zabaleta Lombana  
Fernando Sánchez Torres  
José Félix Patiño Restrepo

Luis Yarzagaray Cogollo  
Jaime Eduardo Bernal Villegas

### Miembros de Número

Aiken Betancourth Piñeres  
Álvaro Monterrosa Castro  
Aquilés González D. Filipino  
Benjamín Blanco Martínez  
Darío Morón Díaz  
Emilio Juan Bechara  
Francisco Herrera Sáenz  
Heli Hernández Ayazo  
Hernán Urbina Jairo  
Jaime Barrios Amaya

José Abisambra Socarrás Francisco  
Juan Montes  
Luis Caraballo Gracia  
Manuela Berrocal Revueltas  
Mario Mendoza Orozco  
Miguel Ghisays Ganen  
Pedro Pérez Rosales  
Ramiro Tenorio Tuiran  
Raúl Vargas Moreno  
Uriel Mathieu Fortich

### Miembros Correspondientes

Álex González Grau  
Carlos García del Río  
Edwin Maza Anaya  
Gilberto Suárez González  
Gustavo Méndez Carlos

Henry Vergara Sagbinni  
Igor Bonnet Palencia  
Libardo Diego Guerrero  
Nelson Alvis García

## ACADEMIA DE MEDICINA DE CALDAS Presidente: José Norman Salazar González

### Miembros Honorarios

Gerardo Echeverry García  
Horacio Villegas Villegas  
Jahir Giraldo González  
Jaime Jaramillo A.

Javier Guzmán Mejía  
Jorge Vargas Gonima  
Mario Orozco Hoyos  
Ramiro Sierra Pérez

### Miembros de Número

Ana María Matijasevic A  
Andrés I. Chala Galindo  
Antonio Duque Quintero  
Cecilia Correa De Ramírez C.  
Felipe Marulanda Mejía  
Guillermo López Guarnizo  
Hernán Calderón M.  
Hernán Darío Salazar  
Hernando García Zabala  
Iván Mauricio Javela Sotelo  
Jorge Raad Aljure  
Jorge Rafael Villamizar Rubio  
José Arnoby Chacón C

José Fernando Gómez Montes  
José Fernando Gómez Rendón  
José Norman Salazar González  
Natalia García Restrepo  
Norman Ramírez Yusti  
Orlando Mejía Rivera  
Oscar Jaramillo Robledo  
Oscar Salazar Gómez  
Rodrigo Cardona Marín  
Bernardo Ocampo Trujillo  
Adriana Del Pilar Arcila Rivero  
Carlos Alberto Montoya Marín

### Miembros Correspondientes

Alberto Gómez Giraldo  
Álvaro Vargas Vélez  
Bibiana Galindo Ríos  
Carlos Alfonso Polo Galindez  
Carlos Eduardo Gómez Vera  
Consuelo Cárdenas Z.  
Consuelo González Avendaño  
Diana María Otálvaro Trejo  
Fabio Mauricio Sánchez Cano  
Gabriel Eduardo Saffón Botero  
Gustavo Reyes Duque  
Hermann Rodríguez Hoffmann  
Isabel Cristina Franco  
Jaime Alberto Restrepo Manotas  
Jimmy Giovanni Gómez Gómez

Jorge Eduardo Duque Parra  
Juan Manuel Giraldo S.  
Juan Carlos Marín Marmolejo  
Julia Inés Mesa Villegas  
Luis Fernando Gómez Restrepo  
Luis Fernando Rendón Villegas  
Luisa María Villegas Tizón  
Luz Emilia Restrepo Marín  
María Isabel Gutiérrez Botero  
Mario Figueroa Barrera  
Mauricio Calderón Marulanda  
Olga Marina Restrepo Jaramillo  
Omar Mauricio Castaño Ramírez  
Sandra Patricia Montoya

## ACADEMIA DE MEDICINA DEL VALLE DEL CAUCA Presidente: Luis Hernando Moreno

### Miembros Honorarios Fundadores

Carlos Alberto Acevedo Vega  
Luis María Borrero Higuera

Óscar Gutiérrez Rodríguez  
Rodrigo Guerrero Velasco

### Miembros Honorarios

Antonio José Montoya Casella  
Marco Antonio Reyes Reyes

### Miembros de Número

Adolfo León Vera Delgado  
Alfredo Rengifo Arce  
César Iván Varela Hernández  
Diego Sarmiento Marulanda  
Héctor Mario Rengifo Castillo  
Julián Alberto Herrera Murgueitio

Luis Hernando Moreno Macías  
Libardo Helí Bravo Solarte  
Miguel Antonio Escobar Mosquera  
Néstor Harry Amorocho Pedraza  
Víctor Manuel Salamanca Solís

### Miembro Correspondiente

Carlos Hugo Moreno Macías

### Miembro Asociado

Ignacio Alberto Concha Eastman

# ASOCIACIONES Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS AFILIADAS A LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Academia Colombiana de Pediatría y Puericultura

Asociación Colombiana de Cirugía

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología

Asociación Bogotana de Perinatología

Asociación Colombiana de Alergia, Asma e  
Inmunología

Asociación Colombiana de Angiología y Cirugía  
Vascular

Asociación Colombiana de Cirugía de la Mano

Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía  
Dermatológica

Asociación Colombiana de Endocrinología

Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva

Asociación Colombiana de Gastroenterología

Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria

Asociación Colombiana de Hepatología y  
Coloproctología

Asociación Colombiana de Medicina Física y  
Rehabilitación

Asociación Colombiana de Medicina Interna

Asociación Colombiana de Medicina Legal y Ciencias  
Forenses

Asociación Colombiana de Neurología

Asociación Colombiana de Otorrinolaringología y  
Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética  
facial, ACORL

Asociación Colombiana de Parasitología y Medicina  
Tropical

Sociedad Colombiana de Psicoanálisis

Asociación Colombiana de Psiquiatría

Asociación Colombiana de Radiología Nacional

Asociación Colombiana de Reumatología y Psiquiatría

Asociación Colombiana de Sociedades Científicas

Asociación Colombiana de Toxicología Clínica

Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor

Corporación Centro Regional de Población – CCRP

Federación Colombiana de Asociaciones de  
Obstetricia y Ginecología, FECOLSOG

Federación Colombiana de Asociaciones de  
Perinatología FECOPEN

Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Clínica  
Montserrat

Sociedad Colombiana de Anestesiología y  
Reanimación

Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía  
Cardiovascular

Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y  
Traumatología

Sociedad Colombiana de Cirugía Pediátrica

Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética,  
Maxilofacial y de la Mano

Sociedad Colombiana de Oftalmología

Sociedad Colombiana de Pediatría

Sociedad Colombiana de Urología

Sociedad de Cirugía de Bogotá. Hospital San José

# INDICACIONES PARA LOS AUTORES

## Política editorial: Enfoque y alcance

La revista Medicina es la publicación científica oficial de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Su principal objetivo consiste divulgar el conocimiento producido por investigadores y grupos de investigación del área de la salud, sobre los diferentes enfoques: básico -biomédico, clínico, epidemiológico y de sistemas de salud; igualmente importante, es en esta revista, dar a conocer el pensamiento, la historia y tradiciones de la Academia Nacional de Medicina y de los académicos que la conforman, a través de la publicación de artículos originales en español e inglés, por lo cual sirve como medio para intercambiar conocimientos entre profesionales de la salud, estudiantes y académicos colombianos o de países hispanoamericanos.

Actualmente la revista Medicina se encuentra indexada en: REDIB de España, DOAJ de Suecia, Sprintknowledge de Rumania, LATINDEX de México, LILACS de Brasil, Ulrich's Periodicals Directory de Estados Unidos, Google Scholar de Estados Unidos, Index Copernicus de Polonia, Imbiomed de México, Hinary de Suiza y OJS.

La publicación es trimestral consistente en un volumen anual con cuatro números: enero-marzo, abril-junio, julio-septiembre y octubre-diciembre. Se publica en formato físico y digital. Los ISSN de la revista son: ISSN 0120-5498 y e-ISSN 2389-8356. Por otra parte, la abreviatura de su título es Med., la cual debe ser usada para la redacción de bibliografías, notas al pie de página, leyendas.

La revista proporciona acceso abierto a su contenido de esta manera contribuye al intercambio global del conocimiento. En este sentido, se autoriza la divulgación impresa y electrónica de los artículos publicados en ella con fines académicos o internos de las instituciones de investigación siempre que se cite la fuente. Está prohibida su reproducción con fines comerciales.

Medicina no cobra ningún valor por el envío o publicación de trabajos. Recibe artículos todos los días del año; no obstante, deben ceñirse estrictamente al cumplimiento de las normas establecidas en las Indicaciones para los autores. La revista se reserva el derecho de hacer modificaciones de forma y estilo al texto original.

## Forma y preparación de manuscritos

### 1. Requisitos generales:

Los trabajos enviados a la revista Medicina se deben ajustar a los Requisitos uniformes para los manuscritos sometidos a revistas biomédicas establecidos por el International Committee of Medical Journal Editors, disponibles en el sitio web: <https://go.gl/GzWnk8>

El trabajo se debe presentar en un documento Word tamaño carta (21,5 x 27,5 cm), dejando un margen de al menos 2,5 cm en los cuatro bordes, tamaño de letra de 12 puntos con espaciado sencillo y fuente Times New Roman. Las páginas deben ser numeradas en el ángulo superior derecho, empezando por la página del título. Los artículos postulados a la revista se reciben mediante la plataforma Open Journal System del portal de la revista: <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Revistamedicina> o a través del correo electrónico [revistamedicina@anmdocolombia.org.co](mailto:revistamedicina@anmdocolombia.org.co) de la revista. Se reciben artículos en español e inglés.

En el envío del artículo por el portal OJS se deben realizar los siguientes pasos:

- I. Verificar el cumplimiento de la lista de requisitos que aparece en el paso 1 del envío OJS y al final de este documento.
- II. Cargar el documento.
- III. Incluir todos los metadatos del artículo: autores, filiación, correo electrónico; título, resumen, palabras clave y referencias.
- IV. Cargar los archivos complementarios (Declaración de originalidad, Acuerdo de cesión de derechos, Declaración de cumplimiento normatividades éticas).

## 2. Tipos de artículos y estructura general:

Los artículos editados por la revista Medicina responden a las siguientes tipologías:

**Investigación original:** Artículo que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos de investigación. Debe ser un trabajo inédito que aporte nueva información sobre aspectos específicos y contribuya de manera relevante al conocimiento científico. La estructura generalmente utilizada consta de cinco secciones: introducción, materiales y métodos, resultados, discusión y conclusiones.

**Artículo breve:** Documento breve que presenta resultados originales finales, preliminares o parciales de una investigación científica o tecnológica que, por lo general, requiere de una pronta difusión. La estructura generalmente utilizada consta de cinco secciones: introducción, materiales y métodos, resultados, discusión y conclusiones.

**Artículo de revisión:** Documento resultado de una investigación terminada donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas sobre un tema específico con el fin de dar cuenta de los avances y tendencias de desarrollo en el campo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de la literatura médica de por lo menos 50 referencias.

La revisión debe incluir un resumen con énfasis en el significado de los hallazgos recientes, una introducción al tema señalando hitos pasados y desarrollos presentes, describir la metodología utilizada y exponer una discusión a partir de los hallazgos realizados. La revisión debe incluir un análisis crítico de la literatura y datos propios de los autores. Responde a una estructura flexible.

**Artículo de reflexión:** Documento que presenta los resultados de una investigación, desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico en el que se recurre a fuentes originales. También se incluyen ensayos y artículos de reflexión sobre temáticas relacionadas con la medicina y el área de la salud. Responde a una estructura flexible.

**Reporte de caso:** Documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico; incluye una revisión breve de la literatura relevante. Junto a su postulación debe anexarse el Formato de cumplimiento de normatividades éticas. Responde a una estructura flexible.

**Carta al editor:** Texto en formato corto, en el que se publican trabajos experimentales y clínicos, así como puntos de vista sobre el día a día de nuestra profesión, o también posiciones críticas, analíticas e interpretativas sobre los documentos publicados en la Revista. A juicio del Comité Editorial, constituyen un aporte importante a la discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia. Responde a una estructura flexible.

**La Academia:** Texto en el que se expresa el pensamiento de la academia. Se desarrollan temáticas relacionadas con la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Responde a una estructura flexible.

**Historia de la medicina:** Artículos relacionados con la historia de la medicina que se consideren aportes valiosos para las ciencias, responden a un soporte bibliográfico y argumentativo suficientemente desarrollado. Responde a una estructura flexible.

**Novedad bibliográfica:** Texto escrito por un experto donde se presenta y analiza de forma resumida el contenido de un libro de interés para los lectores de la revista. Responde a una estructura flexible.

**Obituarios:** Texto escrito por un profesional del área en homenaje póstumo a un académico. Responde a una estructura flexible.

### 3. Estructura y organización de los artículos:

#### 3.1. Página inicial:

La primera página del manuscrito debe contener:

- Título del trabajo en español e inglés: debe ser conciso, pero informativos sobre el contenido central de la publicación.
- El o los autores, identificados con sus nombres y apellidos completos. Al término de cada nombre de autor debe ir un número en superíndice para identificar su filiación.
- Filiación de los autores: grados académicos (título de pregrado y último posgrado); nombre de la o las secciones, departamentos, servicios e instituciones a las que perteneció dicho autor durante la ejecución del trabajo; ciudad, país.
- Nombre, dirección, teléfono con los indicativos o códigos correspondientes, ciudad, país y correo electrónico del autor principal o el autor con el que se va a establecer la comunicación durante el proceso.
- Fuente de apoyo financiero, si lo hubo, en forma de subsidio de investigación (beca), equipos, drogas, o todos los anteriores. Se debe declarar toda la ayuda financiera recibida, especificando si la organización que la proporcionó tuvo o no influencia en el diseño del estudio; en la recolección, análisis o interpretación de los datos, y en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito.

#### 3.2. Resumen:

Resumen de no más de 300 palabras de extensión que recoge los propósitos del estudio o investigación, el material y métodos empleados, los resultados principales y las conclusiones más importantes. Debe figurar la versión en español e inglés. Se debe utilizar el modelo de resumen estructurado y no emplear abreviaturas no estandarizadas.

#### 3.3. Palabras clave:

Los autores propondrán entre 3 y 6 Palabras clave, las cuales deben figurar en la lista de los descriptores DeCS, en español, y MeSH, en inglés; accesibles en <http://decs.bvs.br/> y <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>, respectivamente.

#### 3.4. Introducción:

Sintetiza la racionalidad del estudio y expresa el propósito del trabajo. Es recomendable solo citar las referencias bibliográficas que sean estrictamente concernientes al estudio.

#### 3.5. Materiales y Métodos:

Dan cuenta de la selección de los sujetos estudiados: pacientes o animales de experimentación, órganos, tejidos, células, etc., y sus respectivos controles. En este apartado, se identifican los métodos, instrumentos o aparatos y procedimientos empleados con la precisión adecuada para permitir a otros observadores que reproduzcan sus resultados.

Si se emplearon métodos establecidos de uso frecuente (incluyendo métodos estadísticos) es preferible nombrarlos y citar las referencias respectivas. Cuando los métodos han sido publicados, pero no son bien conocidos se deben proporcionar las referencias y anexar una breve descripción. Si los métodos son nuevos o se aplicaron modificaciones a métodos establecidos deben describirse con precisión, justificando su empleo y enunciando las limitaciones.

Siempre que se hayan realizado experimentos en seres humanos es necesario hacer explícito si los procedimientos respetaron normas éticas acordadas en la Declaración de Helsinki (actualizada en 2013) y si los casos fueron revisados y aprobados por un comité ad hoc de la institución en la cual se efectuó el estudio. Cuando lo soliciten los editores, los autores deberán adjuntar el documento de aprobación respectivo. Los estudios en animales de experimentación se deben acompañar de la aprobación por el respectivo Comité de Ética.

Asimismo es preciso identificar los fármacos y compuestos químicos empleados con su nombre genérico, sus dosis y vías de administración; y a los pacientes mediante números correlativos. En ningún caso el autor debe mencionar las iniciales de los nombres de los pacientes, ni los números de fichas clínicas del hospital. Es preciso señalar el número de pacientes o de observaciones, los métodos estadísticos empleados y el nivel de significación elegido previamente para juzgar los resultados.

#### 3.6. Resultados:

Los resultados deben presentarse siguiendo una secuencia lógica y concordante. Los datos se pueden mostrar en tablas o figuras, pero no simultáneamente en ambas. Se pueden destacar las observaciones importantes en el texto evitando repetir los datos que se presentan en las tablas o figuras. El autor debe evitar mezclar la presentación de los resultados con la discusión, la cual se debe incluir en la sección respectiva.

#### 3.7. Discusión:

Se deben discutir aquellos aspectos nuevos e importantes que aportan el artículo y las conclusiones que se proponen a partir de ellos. Es preciso hacer explícitas las concordancias o discordancias de los hallazgos con las limitaciones comparándolas con otros estudios relevantes. Es pertinente buscar que las conclusiones correspondan con los propósitos del estudio propuestos en la Introducción. Es recomendable evitar formular conclusiones que no estén respaldadas por los hallazgos.

#### 3.8. Conflicto de interés:

Indique si los hay o no.

### 3.9. Financiación:

Indique si la hubo o no.

### 3.10. Agradecimientos:

Expresa el agradecimiento a las personas e instituciones que hicieron contribuciones sustanciales al trabajo. Los autores son responsables por la mención de personas o instituciones a quienes los lectores podrían atribuir un apoyo a los resultados del trabajo y sus conclusiones.

### 3.11. Referencias:

Recoge las referencias en el orden en que se las menciona por primera vez en el texto. Se identifican mediante números arábigos escritos entre paréntesis al final de la frase o párrafo en que se les alude. Las referencias que sean citadas únicamente en las tablas o en las leyendas de las figuras se deben numerar en la secuencia que corresponda a la primera vez que se citen en el texto. No se aceptan referencias no publicadas. Los autores son responsables de la exactitud de sus referencias.

El formato de citación es el aceptado por el International Committee of Medical Journal Editor (ICMJE) en los Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (normas Vancouver). Se recomienda incluir los números DOI. Pueden verse ejemplos en el siguiente link: <https://goo.gl/XdCdmS> o en el manual de citación disponible en la página web de la revista.

En el caso de los artículos de revisiones, estos deben tener un mínimo de 50 referencias.

### 3.12. Tablas:

Cada tabla debe presentarse dentro del documento e inmediatamente después de mencionarla, no al final del documento a manera de apéndice; numérelas en orden consecutivo y asígneles un título que explique su contenido sin necesidad de buscarlo en el texto. Sobre cada columna coloque un encabezamiento corto o abreviado. Para todas las abreviaturas no estándar, y cuando se requiera, use notas aclaratorias y agréguelas al pie de la tabla. El formato de presentación es en borde sencillo y la misma fuente del texto. Se aceptan seis tablas o figuras como máximo. Se recomienda citar en caso que no sea una elaboración propia y si lo es debe figurar explícitamente.

### 3.13. Figuras:

Se denomina figura cualquier ilustración que no sea tabla (p. ej. gráficos, radiografías, electrocardiogramas, ecografías, fotografías, dibujos, esquemas, etc.). Los gráficos deben ser dibujados por un profesional, o empleando un programa computacional adecuado, pues se deben presentar con una resolución mínima de 300 dpi. Las figuras deben aparecer tanto en el texto, inmediatamente después de ser nombrada, como en un archivo adjunto en blanco y negro cuando sea posible. Las letras, números, flechas o símbolos deben ser claros, nítidos y tener un tamaño suficiente para que sean legibles cuando la figura se reduzca de tamaño en la publicación. Los títulos y leyendas no deben aparecer en la figura, sino que se incluirán debajo de la misma.

Los símbolos, flechas o letras empleadas en las fotografías de preparaciones microscópicas deben tener tamaño y contraste suficientes para distinguirlas de su entorno. Cada figura debe citarse en el texto en orden consecutivo. Si una figura reproduce un material ya publicado se debe señalar la fuente de origen y es preci-

so obtener permiso escrito del autor y del editor para reproducirla en el trabajo. Las fotografías de personas deben cubrir parte(s) de su rostro para proteger su anonimato, de lo contrario el autor debe enviar copia de la carta de autorización para su publicación.

### 3.14. Unidades de medida:

Es recomendable utilizar unidades correspondientes al sistema métrico decimal y seguir las aceptadas internacionalmente.

### 4. Formatos: 4.1 Declaración de originalidad; 4.2 Garantías y cesión de derechos; 4.3 Declaración de cumplimiento normatividades éticas; 4.4 Carta remitora:

Ambos documentos deben ser entregados junto con el original, cualquiera sea su naturaleza: artículo de investigación, caso clínico, artículo de revisión, carta al editor, u otra, proporcionando los datos solicitados, la identificación y firmas a mano de los autores. Estos formatos están disponibles en español e inglés y los puede descargar desde la plataforma de la Revista Medicina o los puede solicitar a través del correo electrónico: [revistamedicina@anmdecolombia.org.co](mailto:revistamedicina@anmdecolombia.org.co)

### 5. Sobre la evaluación por pares:

Los trabajos presentados son sujetos inicialmente a una evaluación por parte de los editores, quienes determinan si cumplen con los requisitos generales para ser sometidos a publicación, señalados en el apartado Indicaciones para los autores. Posteriormente, son revisados por el Comité Editorial de la revista. En todo caso, los artículos deben ser inéditos y no se aceptan traducciones de artículos ya publicados en otras revistas. Una vez certificado el cumplimiento de los requisitos formales, los documentos se someten a evaluación por pares académicos en la modalidad de doble ciego. La nómina de árbitros consultados para el volumen se publica una vez al año en el número final.

Durante el proceso, los editores y el Comité Editorial asigna dos o más pares evaluadores expertos en las temáticas desarrolladas en cada artículo. El plazo máximo para la emisión del concepto por parte de los pares es de 20 días calendario a partir de la aceptación de la solicitud de evaluación. Si la recomendación de los pares al Comité Editorial es no publicar el artículo, el Comité estudia los motivos y puede avalar el concepto o no. En caso de no aceptar el artículo, se notificará a los autores y se les hará envío de los conceptos para su consideración. Para ser aprobado, el artículo deberá contar con mínimo dos conceptos aprobatorios (publicar con cambios, publicar sin modificaciones). En caso de disenso entre dos conceptos, se enviará el material a un par académico extra para tomar una decisión final: aceptar o rechazar. Una vez se cuenta con las dos evaluaciones, se enviarán los conceptos al autor para realizar las adecuaciones a que haya lugar; el autor y el editor gozan de la libertad para aplicar aquellos cambios que consideren relevantes. Una vez recibidas las evaluaciones se contará con un plazo máximo de cinco días calendarios para realizar la corrección del texto.

Una vez recibido el artículo con cambios, será revisado nuevamente por los editores y se le informará al Comité Editorial para su aprobación final. Posteriormente, se envía el artículo al proceso de corrección de estilo y diagramación, tras lo cual, se les compartirá a los autores para su visto bueno. Los autores deberán responder en un plazo no mayor a tres días calendario.