



REVISTA

BIOÉTICA

LATINOAMERICANA

Publicación de La Universidad de los Andes - Venezuela
Vol. 28, número especial / 2021 - 2023

***Número
Especial***



M E D I C I N A
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
MÉRIDA VENEZUELA



Revista de Bioética Latinoamericana / 2021-2023 / volumen 28 (número especial)

ISSN: 2244-7482 /

Rev Bioet Latinoam 2021-2023; vol 28 (número especial)

**LA REVISTA DE BIOETICA LATINOAMERICANA POSEEE
ACREDITACIÓN DEL CONSEJO DE DESARROLLO CIENTÍFICO,
HUMANÍSTICO, TECNOLÓGICO Y DE LAS ARTES (CDCHTA-ULA).**

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES-VENEZUELA.



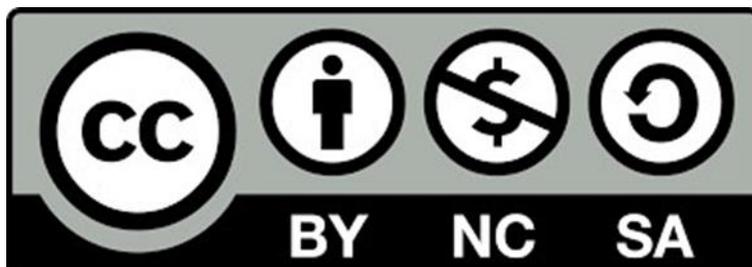
LA **REVISTA DE BIOÉTICA LATINOAMERICANA**, ASEGURA QUE LOS EDITORES, AUTORES Y ÁRBITROS CUMPLEN CON LAS NORMAS ÉTICAS INTERNACIONALES DURANTE EL PROCESO DE ARBITRAJE Y PUBLICACIÓN. DEL MISMO MODO APLICA LOS PRINCIPIOS ESTABLECIDOS POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN PUBLICACIONES CIENTÍFICAS (COPE).

IGUALMENTE, TODOS LOS TRABAJOS ESTÁN SOMETIDOS A UN PROCESO DE ARBITRAJE Y DE VERIFICACIÓN POR PLAGIO.



Todos los documentos publicados en esta revista se distribuyen bajo una **Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional**.

Por lo que el envío, procesamiento y publicación de artículos en la revista es totalmente gratuito.





Carta al Editor

¿ESTÁ HABILITADA UNA CLÍNICA DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA A DESTRUIR EMBRIONES CRIOCONSERVADOS? UN CASO RECIENTE

Por Mg. Miriam Magdalena Sanders Bruletti¹

Enviado el 20-02-2023

La fertilización asistida trae una nueva complejidad ante el cambio de estado civil de una pareja y “los sobrantes embriones congelados”

- Planteamiento del caso: Una pareja decide congelar tres embriones sobrantes de una FIV positiva en una Clínica de Fertilización Asistida. Al separarse ya no desean ser padres de esos embriones y solicitan su destrucción ante las autoridades del nosocomio.
- Hechos. La Clínica de Fertilización Asistida se niega al aniquilamiento embrionario debido a que la situación no se halla expresamente contemplada en el contrato de crioconservación firmado por las partes.
La expareja demanda al Centro de Salud y el caso llega a la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN).

La situación no se halla prevista en el Código Civil y Comercial de la Nación Argentina (CCyC) ni leyes específicas.

La CSJN llama a audiencia pública debido al vacío jurídico, la especialidad y la entidad de la temática.

Lo cual alza voces de manera inmediata de sectores doctrinarios, académicos, jurídicos y políticos.

- ¿Es con arreglo a derecho el declarado vacío jurídico y el llamamiento a audiencia pública?

La línea proaborto sostiene: “El descarte de embriones cuando ambos integrantes de la pareja están de acuerdo ya está saldado por el avance legislativo de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), no podemos volver a debatir si un embrión es persona humana o cuáles son sus derechos, aseguró la diputada nacional por el Frente de Todos Mara Brawer. Por lo tanto, el vacío legal al que alude la Corte no es tal”².

¹ Abogado (UNLP), Prof en Cs Jurídicas y Sociales (Fac Humanidades, UNLP), Esp. en elaboración de normas jurídicas (UBA), Mg en Bioética (UCV). Miembro Tit. del Consejo Directivo de la Asoc Arg de Bioética Jurídica.

² <https://www.telam.com.ar/notas/202302/620191-descarte-embryones-debate.html>. Descarte de embriones: legisladoras y especialistas consideran innecesario reabrir el debate. Telam, 15-02-2023

En rigor de verdad no existe en el país una norma jurídica que legisle sobre el cuidado y destino de los embriones no implantados, aunque se ha advertido su necesidad, como la de zonas oscuras en este campo del derecho.

Pero la ley de aborto no es suficiente. No existe una tipificación especial de la acción, sí laguna jurídica. Junto a un artículo del Código Civil y Comercial de la Nación Argentina (CCyC), que dispone que “La protección del embrión no implantado será objeto de una ley especial”³. Aún no dictada. Por lo tanto, no se puede proceder sin más a la destrucción de embriones crioconservados hasta tanto una ley expresamente lo disponga. El ámbito tampoco es materia expresa del derecho contractual y por ende disponible para las partes.

Incluso, debido a la naturaleza jurídica del acto y la manda legal citada se podría demandar a la clínica por homicidio si hiciera lugar a la petición de los progenitores, quienes encuadrarían en la figura de instigadores al homicidio, porque el art. 19 del CCyC establece que la vida humana comienza con la concepción y aquí se trata de vida humana concebida suspendida en su desarrollo⁴.

Sin embargo, se alega que “abre la ventana para rediscutir una conquista ya conseguida y poner en duda un consenso logrado y de manera solapada, se coloca en tela de juicio a la IVE”⁵

Se trata de enredar la situación desoyendo los estatutos jurídico y biológico del embrión - reconocidos científicamente - con la política, cuando la biología al igual que una cuenta matemática demuestra la verdad sobre el comienzo de la vida.

Se continúan escuchando expresiones disidentes al accionar de la Corte: “Llaman a audiencia pública porque quieren escuchar a los antiderechos otra vez. De nuevo quieren decidir si el embrión es vida, si es un asesinato. Claramente, es el vericuetto que encontraron para poder dar marcha atrás o al menos poner en discusión derechos ya conquistados. No quiero pensar qué ocurriría si la Corte no falla correctamente”⁶.

Esta orientación de pensamiento aprobatoria de la libre disposición de los embriones en cautiverio en el laboratorio avala su destrucción tal cual cosas de nadie. Así amplían que “Si una persona está habilitada a descartar su feto cuando ya está implantado, ¿por qué no podría disponer con libertad cuando el material genético se haya en un estadio anterior en una clínica de fertilización?”

³ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm> Información Legislativa. (Infoleg) Ley 26.994. Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. Sancionado el 1-10- 2014 .

⁴ Ver Estatuto biológico del ser humano/2017. Justo Aznar Lucea
<https://www.observatoriobioetica.org/2017/04/estatuto-biologico-del-embrión-humano-3/15982>

⁵ <https://www.pagina12.com.ar/523416-la-corte-suprema-busca-reabrir-un-debate-ya-saldado-con-la-mara-brawer-l>

Mara Brawer l

⁶ Brawer, op cit



“Si ya existe una ley que otorga prevalencia a la autonomía reproductiva, no se entiende por qué ahora habría que poner en discusión la entidad que tiene un material genético in vitro, que no es más que un conjunto de células” abunda Eleonora Lamm⁷.

Porque ese conjunto de células es un embrión que tiene vida y es el origen de una persona humana, la cual desde su concepción debe ser protegida y se le deben reconocer sus derechos.

El artículo 19 del CCyC determina la existencia de la persona desde su concepción, sin distinguir dónde se encuentra el embrión, dotándolo de protección y derechos. Cerrando el mismo código con la promesa del dictado de una ley especial para proteger al embrión no implantado. Descontando la custodia de la vida (en sus distintas etapas) en la Carta Magna, leyes concordantes e internacionales.

Frente a este vacío legal, como bien sostiene la Corte, la sociedad argentina se debe un debate. No olvidemos que el tratamiento de la ley del aborto tuvo idas y vueltas en ambas cámaras legislativas⁸ con una cantidad de votos que no representa a la mayoría. Además, de las movilizaciones espontáneas del pueblo de la Nación.

Cuando de la vida humana se trata, deliberar la cuestión es lo más saludable para un país que se declara democrático. Además, será esclarecedor para ambas posiciones, hoy encontradas. Coadyuvando ambas visiones a nuestra juventud, para que cada uno pueda decidir a partir de los dictados de la ciencia y de su conciencia.

⁷ <https://elargentiniodiario.com.ar/argentina/legislativo/15/02/2023/descarte-de-embriones-legisladoras-y-especialistas-consideran-innecesario-reabrir-el-debate/>

⁸ <https://perio.unlp.edu.ar/genero/derecho-al-aborto/el-senado-voto-en-contra-del-proyecto-de-ley-de-legalizacion-del-aborto/>

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-55483258>

https://verne.elpais.com/verne/2020/12/30/mexico/1609291603_413567.html



EXPERIENCIA EN UN COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN

AN EXPERIENCE IN A CLINICAL RESEARCH ETHICS COMMITTEE

Álvaro Sanz Rubiales¹

RESUMEN

Los Comités de Ética de Investigación Clínica ayudan a valorar tanto la metodología como el componente ético de los proyectos de investigación de un hospital o de un área de salud. Las cuestiones éticas que se plantean suelen ser prácticas y se limitan, de ordinario, a pocos temas. El primero es la adecuación del diseño. También es preciso evaluar la pertinencia de los estudios y que haya proporcionalidad entre los riesgos que asumen los pacientes, normalmente muy limitados, y la expectativa de beneficios de la investigación. Se valora específicamente el perfil y la experiencia de los investigadores y el modo en que se emplean los recursos técnicos y humanos para confirmar que el estudio no repercute de manera negativa en la asistencia clínica programada. Dos cuestiones en que es más frecuente plantear sugerencias son el manejo confidencial y anonimizado de los datos y el contenido del documento de consentimiento informado para hacerlo más comprensible y adaptarlos a los estándares. También se contempla de manera específica la participación de menores. En los estudios post-autorización se valora que la prescripción de los medicamentos sea independiente de la decisión de incluir pacientes en este tipo de estudios. Por otra parte, en ocasiones se presentan al Comité protocolos de estudios que ya están en curso. Por último, también se intenta implementar algún sistema que permita confirmar el desarrollo e incluso la publicación de resultados de los trabajos que ya han sido aprobados.

Palabras claves: Bioética, Comité Ético de Investigación Clínica.

ABSTRACT

Clinical Research Ethics Committees help assessing both the methodology and the ethical component of research projects in a hospital or in a health area. The ethical issues raised are often practical and are generally limited to a few topics. Firstly, the adequation of design. The relevance of the studies needs to be assessed and that there

¹Profesor Asociado, Universidad de Valladolid. Vocal, Comisión de Bioética de Castilla y León. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. España. Correspondencia: Oncología Médica Hospital Universitario del Río Hortega, Calle Dulzaina 1,47012 Valladolid, España.
Teléfono: 983420400E-mail: asrubiales@hotmail.com

is proportionality between the risks assumed by the patients, usually very limited, and the expectation of benefits from the research. The Committee must know the profile and experience of the researchers and the way in which technical and human resources are used to confirm that the study does not have a negative impact on scheduled clinical care are specifically assessed. Two questions in which suggestions are more frequent are confidentiality and anonymized handling of the data, and the content of the informed consent document to make it more understandable and to adapt it to current standards. Post-authorization studies are evaluated in their formal part to confirm that the prescription of medications is independent of the decision to include patients in this kind of study. The participation of under-aged is also specifically contemplated. On the other hand, sometimes the protocols of studies that are already in progress are presented to reach a late approval by the Committee. Finally, an attempt is made to implement some system to confirm the development and eventually the publication of results of the protocols that have already been approved by the Committee.

Keywords: Bioethics, Clinical Research Ethics Committee.

INTRODUCCIÓN

La investigación no es algo externo a la actividad clínica, sino que forma parte de ella y es uno de sus componentes con una mayor carga ética. Muchos estudiantes y médicos jóvenes no tienen una idea intuitiva de la necesidad de una supervisión ética externa de los estudios clínicos por parte de un Comité. Desde unos conocimientos limitados, tanto de la sistemática investigación como de sus fundamentos éticos, suelen asumir de buena fe que el investigador es capaz instintivamente de regular su actividad para no hacer daño y que un exceso de trabas es muy contraproducente para sacar adelante cualquier estudio clínico.

Efectivamente, tanto en la práctica clínica como en la investigación nos solemos fiar del instinto, de la experiencia y de la buena intención. Si yo entiendo que esto no es malo, lo he hecho más veces con buenos resultados y no busco hacer daño a nadie, ¿por qué no va a ser adecuado llevarlo a la práctica? Desde esta perspectiva no se comprende que pueda haber un estamento que limite una iniciativa tan noble y tan relevante como la investigación clínica. Sin embargo, esta función de control externo es necesaria: la historia nos ha dado evidencias de lo que puede suceder si los resultados de la investigación se sitúan por delante de las personas que participan y si no se aplican criterios éticos y un control externo¹. La necesidad de una evaluación



externa no viene de que el nivel de conocimientos de los investigadores no sea adecuado sino por la mera necesidad de un control desde fuera, de la opinión de alguien que no esté implicado y pueda confirmar que, efectivamente, se respeta al paciente y hay proporcionalidad entre medios y fines².

Esta función de supervisión externa de la actividad de investigación clínica le corresponde a los Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC) o Comités Éticos de Investigación con medicamentos (CEIm)³. La función del CEIm no es exclusivamente ética. De hecho, analiza también los proyectos desde sus objetivos y su metodología. Su papel no es la de fiscalización y sino la de colaboración y asesoramiento, a veces con un perfil claramente didáctico. Por otra parte, estos dos perfiles -ético y metodológico- no están reñidos. No es ético gastar esfuerzos ni implicar pacientes en un mal estudio, malo por la inadecuación metodológica, un estudio que no va a lograr su objetivo porque ha planteado unos medios y una sistemática que no son adecuados. De este modo, la crítica metodológica constructiva es también una crítica ética; mejorar la metodología es ayudar a que mejore también el perfil ético del estudio.

En nuestro medio, cada Hospital o Área de Salud debería tener su propio Comité con un perfil y una variedad de miembros especificada. E, igual que un CEIm, debería haber un Comité de Ética Asistencial con un perfil consultivo en la resolución de los conflictos éticos de la práctica clínica. Resulta llamativo en nuestro medio cómo los CEIm tienen una carga de trabajo abundante mientras que los Comités de Ética Asistencial suelen lamentar que son muy pocas las cuestiones que se les plantean. Entre otras causas, hay que pensar que una de ellas es que la aprobación de CEIm es necesario para poder oficializar los proyectos de investigación mientras que el papel del Comité de Ética Asistencial es meramente consultivo y su visto bueno no es imprescindible para ninguna actividad.

En esta línea, un CEIm raramente va a tener que afrontar retos bioéticos de alto nivel. De ordinario las valoraciones y las recomendaciones –más allá de las de perfil técnico que ayudan a mejorar la metodología- se limitan a algunas aclaraciones en relación

con cuestiones sencillas que tienen que ver con el diseño de los proyectos de investigación. Desde la experiencia de la colaboración dentro del Comité de mi Hospital es posible, dentro del respeto a la confidencialidad que se nos exige y a la que nos comprometemos, ofrecer un resumen del perfil de las cuestiones éticas que se valoran con más frecuencia.

ADECUACIÓN DEL DISEÑO

Una de las labores del Comité es valorar el diseño del estudio sobre todo para confirmar que la metodología es razonable y que se adapta a los objetivos. No se pretende cambiar el estudio sino sencillamente ayudar a perfilarlo. Si es preciso, aportar las sugerencias que luego -cuando ya fuses tarde- podrían aportar los revisores del trabajo cuando se remitiera para publicar. En cierto modo, se trataría de *adelantar posibles problemas*.

Como se ha mencionado, la cuestión metodológica no es independiente de la valoración ética. Un estudio que plantea una metodología que no conduce a alcanzar su objetivo es, cuando menos, una pérdida de tiempo. Y puede suponer un gasto innecesario y una molestia -e incluso un daño- a los pacientes del que no se va a obtener ningún conocimiento científico medianamente sólido. La metodología también merece e incluso requiere una visión y una revisión éticas.

PERTINENCIA

Es conveniente que alguien valore la pertinencia del estudio. ¿Tiene sentido en estos momentos? ¿Plantea una pregunta actual? ¿Es adecuado el trabajo para lo que se pretende alcanzar? El objetivo es que los esfuerzos se dediquen a resolver dudas que puedan aportar algo y que tengan sentido en el momento actual, sobre todo en los estudios con un nivel de exigencia alto en cuanto a personal y al empleo de recursos económicos y técnicos.

Es cierto que una limitación a la hora de valorar esta pertinencia es que en los Comités no todos son expertos en todas las especialidades ni están actualizados en cada una de



ellas. Pero hay una mayoría de personal sanitario de diferentes perfiles y están acostumbrados a revisar trabajos sobre cuestiones muy variadas. Y el propio diseño, en la introducción y la justificación del estudio, debería argumentar en este sentido. Además, tienen siempre la opción de consultar. En todo caso, salvo en situaciones concretas y muy justificadas, resulta razonable que se asuma *por defecto* la pertinencia de los estudios. Solo en situaciones muy especiales se debería llegar a plantear o a sugerir un cambio en el diseño por este motivo.

PROPORCIONALIDAD ENTRE RIESGOS Y BENEFICIOS ESPERADOS

En el fondo, esta es la primera función ética del comité⁴. Toda investigación busca un avance en los conocimientos: en el diagnóstico, en el tratamiento, en la prevención... El posible daño -o riesgo de producir daño- de la investigación tiene que ser proporcional al beneficio no solo que se pretende (ideal) sino que de una manera realista se espera alcanzar. Si no hay proporcionalidad no tiene sentido la investigación, por muy doloroso que pueda ser tener que dejar de lado unas expectativas inmensas y ver que las cosas siguen como estaban sin haber podido dar los pasos adelante que se esperaban. Si en la práctica clínica prima el *primum non nocere*, en la investigación aún más*.

En nuestro medio es anecdótico que no exista proporcionalidad en un estudio valorado por un CEIm. La mayor parte de los estudios son observaciones, mucho de

* El paradigma histórico de lo que *no es* una investigación fueron los experimentos que llevaron a cabo los nazis en los campos de concentración. En esos experimentos se segó la vida de prisioneros para resolver cuestiones falsamente científicas en las que, por supuesto, solo se dio valor formal a los resultados (que fueron en conjunto prácticamente irrelevantes¹) sin que se tuviera en cuenta la integridad física o la vida de las personas que fueron sometidas al experimento. Estos prisioneros de los campos de concentración reclutados forzosamente para los estudios solo eran vistos por los ojos de los presuntos investigadores como objeto del estudio, es decir, únicamente tenían un valor condicionado y transitorio orientado a la obtención de un resultado.

ellos retrospectivos, que solo requieren entrar en la historia clínica del paciente. Pero también hay estudios que suponen algún tipo de intervención y que siempre se manejan con una prudencia especial. Cualquier acceso al paciente que suponga un cambio en la práctica clínica habitual se valora de manera específica. Esta intervención puede ser tan somera como una entrevista o tan incierta como un fármaco nuevo en un ensayo clínico. Por ejemplo, un cuestionario tiene que ser proporcionado tanto en el esfuerzo que supone como en su contenido, de modo que no *hiera la sensibilidad* del paciente. En esta línea, no se puede preguntar de manera rutinaria al paciente oncológico por su enfermedad y su pronóstico porque puede suponer un daño si le hace afrontar o recordar una realidad que de manera más o menos consciente, como mecanismo de defensa está negando o procura olvidar y no tener presente en el día a día. Prolongar el tiempo de una técnica, tomar una biopsia más⁵, emplear un dispositivo nuevo en una técnica quirúrgica o definir a priori un tipo de tratamiento para todos los enfermos con un mismo perfil... son situaciones de (muy) bajo riesgo pero que tienen que estar justificadas.

En estos casos es importante que quede claro cuál o cuáles son las opciones de manejo estándar de esa situación, cuál es la práctica habitual en el hospital y cómo se modificarían en el paciente si entrara en el estudio. Los investigadores deberían ser capaces de distinguir lo que es manejo estándar en ese proceso de lo que no lo es y lo que puede suponer que los pacientes salgan de este manejo habitual al entrar en el estudio.

EMPLEO DE RECURSOS

Una cuestión ética que no resulta infrecuente y que hace más referencia al principio de equidad es cómo se emplean los recursos sanitarios y cómo es la atención que recibe el paciente dentro del estudio. El paciente en un estudio clínico puede tener una atención más intensiva pero no “mejor” porque eso sería asumir que el paciente estándar está “peor” atendido y sería como crear categorías de pacientes

La limitación de los recursos, sobre todo diagnósticos, es un problema habitual que suele traducirse en unas listas de espera que se pretende que sean razonables. Esto



puede suceder en estudios de imagen como la TAC o la Resonancia Magnética y, a veces, también en estudios de laboratorio específicos como las técnicas biomoleculares. Si se plantea un estudio que incluya este tipo de técnicas hay que garantizar que no supongan un perjuicio al resto de pacientes. No se debería bloquear una tarde un aparato de TAC para hacer estudios si eso repercute de manera negativa en la lista de espera. Igual que un profesional no se debería dedicar a un estudio clínico si eso supone que deja desatendida su labor asistencial.

Las exigencias de recursos específicos materiales y humanos que pudiera tener un estudio deberían afrontarse con los medios (subvenciones...) del propio estudio sin recaer en los ya sobrecargados medios asistenciales.

PERFIL DE LOS INVESTIGADORES

Una parte de la valoración ética de un estudio es tener en cuenta el perfil de los investigadores. Dentro de la adecuación entre medios y fines que se debe valorar en todo estudio (una manera de estimar a priori su factibilidad) está el de la adecuación de los medios humanos, es decir, el número y el perfil de los investigadores, a los que se les suele exigir un compromiso firmado para evitar –en lo posible- que sea una mera cuestión formal.

Por ese motivo se suele pedir un resumen del *curriculum vitae* al que, normalmente, se le presta la atención justa. Se debería valorar en cuenta que una parte del grupo haya participado en otros estudios y, a la vez, que se facilite la integración también profesionales más jóvenes, con una experiencia más limitada y que deben ampliarla integrándose precisamente en estos proyectos.

Se debería valorar no solo la experiencia en investigación (mediante la valoración curricular) sino también la disponibilidad y la dedicación. ¿Cómo se va a compaginar la práctica clínica con la implicación y colaboración en el estudio? ¿Cuál va a ser la asignación de trabajo de los diferentes investigadores, es decir, quién coordina, quién hace el trabajo de campo, quién analiza los resultados? Pero bastantes de estas

cuestiones son difíciles de concretar y sería muy complejo realizar un análisis específico.

RESPECTO DEL ANONIMATO Y LA CONFIDENCIALIDAD

Los estudios clínicos pueden requerir que se acceda al paciente (y/o a sus familiares o cuidadores) pero lo más frecuente es que sea suficiente con recoger datos de la historia clínica. En lo que se insiste es en que este acceso se limite a la cuestión que se estudie y que el registro de los datos se codifique de manera anónima⁶. Más allá de las cuestiones legales de protección de datos, la idea ética es que hay que evitar que aparezcan nombres, que se pueda reconocer a las personas que participan en un estudio.

Es posible definir una cierta costumbre -bienintencionada y con cierto conocimiento de la legislación sobre protección de datos- que lleva a guardar bases de datos de pacientes *privadas* que sirven como registro o como referencia de cara a estudios, etc. Más allá del componente legal, no se deberían generar bases de datos que incluyan nombre, historia clínica o cualquier otro dato que pudiera permitir identificar a un paciente con relativa facilidad. Cualquier base de datos que se genere debería estar tan anonimizada que si se llegara a extraviar (ahora es más probable que el extravío sea como un archivo *en la nube* y no como un documento en papel), nadie pudiera tener opción directa o indirecta de conocer la identidad de los pacientes. De hecho, si se planteara un estudio sobre una base de datos previa y anonimizada no sería de extrañar que Comité no interviniera en la valoración de esos estudios.

CONSENTIMIENTO INFORMADO REAL

Con frecuencia hay colegas que se plantean realizar un estudio clínico porque lo necesitan para algún tipo de titulación o máster. El consejo, sobre todo a los que tienen una experiencia más limitada, es que cuenten con que todos los trabajos deberían ser valorados por un CEIm y que tendrían que incluir el consentimiento informado por parte de los pacientes⁷. Es decir, que, para sacar adelante un proyecto



de investigación clínica, el documento de consentimiento informado tendría casi la misma relevancia que la valoración por parte del Comité.

El consentimiento informado no es solo un documento que exige la firma del paciente y que, en cierto modo, descarga y asume parte de la responsabilidad, el consentimiento informado es un proceso. Sin embargo, mientras que en la práctica clínica habitual el consentimiento informado solo se exige por escrito en situaciones de mayor riesgo, en investigación es una práctica habitual y, además suelen ser documentos más minuciosos y detallados que los que se emplean en la práctica clínica.

Una de las cuestiones de los proyectos que más se prestan a que un CEIm aporte sugerencias es el documento de consentimiento informado. En parte porque no sería de extrañar que los miembros del comité que no son profesionales de ámbito sanitario pudieran tener una sensibilidad específica que les permite leer y comprender el texto con ojos y mentalidad de paciente, no de iniciado. Lo que se pretende es que el texto sea coherente y que lo pueda entender una persona de la calle. Eso supone corregir malas traducciones, problemas de "corta y pega" y evitar los tecnicismos de los que muchas veces los profesionales no somos conscientes. Desde el CEIm se presta una atención especial a este apartado -sobre todo por parte de los miembros que no tienen una vinculación profesional con el ámbito sanitario- y se plantean sugerencias concretas que ayuden a que sea el documento del consentimiento informado sea un texto que resulte realmente comprensible para los pacientes.

Es necesario que se preste una atención especial a que siempre quede claro que la decisión de colaborar es libre y voluntaria, que se puede abandonar el estudio cuando se desee y que ninguna de estas decisiones puede suponer un riesgo o una merma en lo que es la atención clínica habitual⁸.

Muchos estudios son retrospectivos y se limitan a revisar las historias clínicas de los pacientes. Hace tiempo se entendía que no hacía falta una aprobación especial para acceder a esta historia por motivos de investigación, sobre todo si lo hacía el médico o el equipo médico que trata o trataba al paciente. La situación ahora es mucho más restrictiva, de modo que se reconoce el derecho al paciente de que nadie acceda a su

historia clínica si no es con una intención asistencial. De este modo, el acceso a la historia por otros motivos requeriría un consentimiento informado específico por parte del paciente.

Es muy frecuente que se pida al CEIm que exima a algunos estudios de la obligación de pedir este consentimiento. Es evidente que obtener el consentimiento informado tiene muchas veces limitaciones logísticas. Es el caso de los estudios retrospectivos que incluyen muchos pacientes o los estudios en que los pacientes pueden haber fallecido y en los que acceder a los pacientes o a las familias puede ser tan complicado que en la práctica pueden impedir que se lleve a cabo. En estos casos se debería intentar valorar las circunstancias de cada estudio en concreto y, a la vez, mantener una línea que evite arbitrariedades. Los criterios que se valoran, principalmente, son que se trate de estudio retrospectivo o, al menos, no intervencionista y con un riesgo prácticamente inexistente nulo para los sujetos, y que se incluya un periodo de tiempo muy prolongado.

MENORES Y MENOR MADURO

Una cuestión ética que parece marginal pero no lo es y que tiene relevancia en la práctica clínica y en la investigación, es el trato con el menor maduro. Si con los niños es evidente que el consentimiento deben darlo los padres, según van creciendo en edad se les reconoce un crecimiento también en la autonomía por lo que van participando cada vez más en la información y en la toma de decisiones.

Más allá del componente legal, que puede limitar la capacidad de decidir participar en ensayos clínicos en menores, se valora de manera específica cómo debe ser la participación de los niños en los estudios.

ESTUDIOS POST-AUTORIZACIÓN



Los estudios post-autorización (EPA) se llevan a cabo con medicamentos que se emplean en las condiciones de uso normales, habitualmente las que se describen en su ficha técnica⁹. Es frecuente que este tipo de estudios, sobre todo los que son de *seguimiento prospectivo* (EPA-SP), estén promovidos por la empresa farmacéutica que produce el fármaco y que como compensación al esfuerzo de los clínicos que participan les facilite (a ellos, al equipo o a alguna fundación) algún tipo de beneficio. Por este motivo, la ley es clara al indicar que en este tipo de estudios la decisión de prescribir un medicamento determinado debe estar claramente dissociada de la decisión de incluir al paciente en el estudio, es decir, que el motivo para administrar ese fármaco en concreto a un paciente no debe ser que como lo está recibiendo ya se le puede incluir dentro del EPA.

Esta cuestión hay que tenerla en cuenta de manera específica en cada caso. Pero esta valoración solo puede ser formal ya que no es posible intervenir en la libertad de prescripción ni es adecuado juzgar los motivos que guían las decisiones de cada profesional.

ESTUDIOS PRE-ELABORADOS

Hasta ahora no ha habido una cultura fuerte que reconociera la necesidad de la aprobación previa por parte de un Comité para poder llevar a cabo un estudio clínico. Por ello, puede haber compañeros que se sorprendan porque a la hora de remitir un trabajo que han realizado a publicar se encuentran con que se les exige una aprobación específica del CEIm. Este tipo de aprobaciones se llegan a exigir incluso para presentar un caso clínico.

Es posible que, en ocasiones, los trabajos se presenten a los CEIm cuando ya están hechos; lo que se buscaría en estos casos es una aprobación, por así decir, a posteriori. A pesar de todas las pegas, sería razonable que la actitud del Comité se limitara a valorar el diseño y dar, por así decir, la aprobación ética a lo que es propiamente el diseño del estudio, si es factible, obviando las cuestiones temporales. En estos casos serían los autores los que deberían reseñar, al remitir el estudio para publicación, que

la aprobación al diseño se pidió a posteriori y este dato debería ser tenido en cuenta por los editores de las revistas.

Hay veces la propia redacción del protocolo del estudio (como el modo en que se emplean los tiempos verbales...) puede hacer sospechar que se trata un trabajo que ya está concluido. En estas situaciones, aunque haya motivos para pensar que es un estudio que ya se ha llevado a cabo, la valoración ética y metodológica podría también limitarse al protocolo que se ha enviado.

También están casi siempre preelaborados (redactados) los comentarios en relación con casos clínicos, que cada vez se presentan con más frecuencia a los CEIm porque se considera un requisito de cara a su publicación en numerosas revistas. De estos casos clínicos solo se tendría en cuenta la parte ética (no la relevancia o el componente didáctico) por lo que no resulta extraño que desde los Comités no se tenga nada específico que añadir y se pueda dar la aprobación de manera casi automática tras una revisión meramente formal.

SUPERVISIÓN DEL DESARROLLO DE LOS ESTUDIOS

Algo que todavía resulta carencial es la supervisión y el estímulo por parte del CEIm en el seguimiento de la implementación y desarrollo de los estudios y del compromiso ético de publicar los resultados¹⁰.

Los motivos por los que se abandona un estudio son muy variados: el investigador ha cambiado de hospital o ha sufrido algún cambio en su vida o en su trabajo, no se ha obtenido ayuda económica, se ha cerrado a nivel central por falta de reclutamiento. Con frecuencia el motivo es el olvido como consecuencia de la apatía o del desinterés: se ha perdido el interés científico por la cuestión o ha quedado apantallada por otra más actual o mediática o, sencillamente, se ha dejado de estimular a los investigadores. Y en estos casos puede ser bueno contar el aliciente externo de tener que informar periódicamente al Comité. Este informe debería explicarse no como un mero control técnico sino como acicate para hacer memoria periódicamente de los estudios en curso, para que los investigadores puedan analizar en qué punto se encuentran, para conocer cuáles no han seguido adelante y por qué.



Por último, cualquier estudio tiene el compromiso de ser publicado, es decir, de compartir sus resultados con los demás profesionales¹¹. Este compromiso también se asume con todas las personas que han colaborado en el trabajo, pacientes y no pacientes. Sería bueno que el CEIm estimulara la publicación de los trabajos. No tanto por el prestigio en parámetros bibliométricos sino por el compromiso ético que se asume de presentar y hacer públicos los resultados de cualquier estudio, buenos o malos, “positivos” o “negativos”.

CONCLUSIÓN

Se podría decir que en la investigación clínica hay una visión ética doble pero complementaria. Por una parte, está la valoración ética de miras amplias, de grandes estudios con técnicas novedosas o los diseños que plantean problemas éticos porque, por ejemplo, se lleva a cabo en pueblos con pocos recursos, donde es fácil reclutar pacientes y los compromisos y los requisitos legales son más someros. Y luego está la valoración ética del estudio cercano y sencillo, que es la que llevan a cabo a diario los CEIm de los hospitales y áreas de salud.

La intención de este trabajo ha sido la de mostrar cuáles son las cuestiones éticas, generalmente sencillas, pero también relevantes que forman parte del trabajo de estos Comités que, en cierto modo, ayudan a que se las inquietudes clínicas de nuestro entorno más inmediato busquen respuesta mediante una investigación clínica ética y de calidad. Ahí se encuentran la adecuación del diseño, la pertinencia y la proporcionalidad entre riesgos y expectativa de beneficios de la investigación, la valoración del perfil de los investigadores y el modo en que se emplean los recursos técnicos y humanos, la confidencialidad y el consentimiento informado, la participación de menores, el análisis formal del diseño de los estudios post-autorización para confirmar que el interés en el estudio lleve a que los pacientes reciban el fármaco que se analiza, la valoración de diseños de estudios que ya están en curso o la necesidad de supervisar el desarrollo de los trabajos y la publicación de resultados.

REFERENCIAS

-
- ¹ Spitz V. Doctors from hell: The Horrific Account of Nazi Experiments on Humans. 2005. Sentient Publications: Colorado, USA.
 - ² Piantadosi S. Rigor in Monitoring Clinical Trials Is Ethical. *J Clin Oncol*. 2008; 26: 683-5.
 - ³ Schnitzbauer AA, Lamby PE, Mutzbauer I, Zuelke C, Schlitt HJ, Geissler EK. Europe gets nulpoints for harmony in trials. *BMJ*. 2009; 338: 1302-4.
 - ⁴ El Comité Director de la Bioética. Guía para los Miembros de los Comités de Ética de Investigación. 2012. Consejo de Europa.
 - ⁵ Levit LA, Peppercorn JM, Tam AL, Marron JM, Mathews DJH, Levit K, et al. Ethical Framework for Including Research Biopsies in Oncology Clinical Trials: American Society of Clinical Oncology Research Statement. *J Clin Oncol*. 2019; 37: 2368-77.
 - ⁶ Flanagan A, Bauchner H, Fontanarosa PB. Patient and Study Participant Rights to Privacy in Journal Publication. *JAMA*. 2020; 323: 2147-50.
 - ⁷ Masso M, Dodds S, Fildes D, Yeatman H, Eagar K. Ethical research in palliative care: a guide through the Human Research Ethics Committee process. 2004. Centre for Health Service Development, University of Wollongong.
 - ⁸ Dixon-Woods M, Angell E, Tarrant C, Thomas A. What do research ethics committees say about applications to do cancer trials? *Lancet Oncol*. 2008; 9: 700-1.
 - ⁹ Estudios posautorización de tipo observacional con medicamentos de uso humano. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. AEMPS. <https://www.aemps.gob.es/investigacionClinica/medicamentos/estudiosPostautorizacion.htm#norEstatat> (accedido el 05-07-2020).



- ¹⁰ Arthur S. Slutsky AS, Lavery JV. Data Safety and Monitoring Boards. *N Engl J Med.* 2004; 350: 1143-7.
- ¹¹ Mann H. Research ethics committees and public dissemination of clinical trial results. *Lancet.* 2002; 360: 406-8.



El legado de John Henry Newman para abordar la crisis ética en un contexto de pandemias¹

The legacy of John Henry Newman to address the ethical crisis in a context of pandemics

Carlos Eduardo de Jesús Sierra Cuartas²

Resumen: En la medida en la que se revisa con detenimiento la historia de la educación, cabe encontrar intelectuales lúcidos cuyo pensamiento presenta anticipaciones de ideas de la actual Bioética, amén de brindar claves para abordar la crisis ética del presente dado el contexto de pandemias y, en general, de crisis civilizatoria. Un intelectual así, de altos merecimientos, es el cardenal irlandés John Henry Newman, cuya obra sobre la universidad no debe pasarse por alto para la época actual, máxime al haber demostrado que no existe inconmensurabilidad alguna entre ciencia y religión.

Palabras claves: Bioética global, principio de responsabilidad, pandemia, John Henry Newman, cultura, universidad.

Abstract: To the extent that the history of education is carefully reviewed, it is possible to find lucid intellectuals whose thinking anticipates ideas of current bioethics, in addition to providing keys to address the ethical crisis of the present given the context of pandemics and, in general, of civilizational crisis. Such an intellectual, highly deserved, is the Irish Cardinal John Henry Newman, whose work on the university should not be overlooked for the present time, especially since he has shown that there is no incommensurability between science and religion.

Keywords: Global bioethics, principle of responsibility, pandemic, John Henry Newman, culture, university.

¹Artículo basado en el seguimiento hecho por el autor del pensamiento del cardenal John Henry Newman por su pertinencia para el abordaje de la actual crisis ética del mundo.

²Magíster en Educación Superior de la Pontificia Universidad Javeriana e Ingeniero Químico de la Universidad Nacional de Colombia. Profesor Asociado con Tenencia del Cargo de la Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Minas. Miembro de *The New York Academy of Sciences*, *The History of Science Society*, *The British Society for the History of Science*, *The Newcomen Society for the Study of the History of Engineering and Technology* y *The International Committee for the History of Technology*. Así mismo, fue miembro del Consejo Editorial de la Circular de la Red de Astronomía de Colombia (RAC) hasta el momento de su repentina extinción a comienzos de 2019. Además, ha sido *Biographee* de *Marquis Who's Who*, *American Biographical Institute* e *International Biographical Centre*. De otra parte, ex miembro del grupo de investigación Bioethicsgroup, línea Bioética global y complejidad, coordinado desde la Universidad Militar Nueva Granada, Colombia; y ex miembro del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín. Correo electrónico: cesierra48@une.net.co.

Exordio: Vivimos tiempos difíciles

Desde la antropología filosófica, se sabe que el ser humano es ante todo proyecto. Pero, no en el sentido pobre, gélido y restringido en extremo del mundo actual habida cuenta de una mentalidad crematística y empresarial que lo domina a ultranza. Botón de muestra, si nos damos una pasada por alguna facultad de ingeniería o una firma, salta de inmediato a la vista la pobreza en cuestión a propósito del vocablo “proyecto”, reflejo mismo de una invencible pereza mental. Lo mismo ocurre si curioseamos un poco en un gran almacén dedicado a la venta de herramientas y materiales para la construcción. Empero, estamos ante un vocablo mucho más rico en imágenes dada su polisemia inherente. De ahí la enorme importancia que reviste la antropología filosófica para poner debidamente los puntos sobre las íes. Propiamente, esta disciplina nos dice que el ser humano es proyecto porque siempre es un ser complejo e inacabado, compuesto por un diapasón variopinto de dimensiones, como las de *homo faber* y *homo ludens*, que está en constante búsqueda. Ni siquiera el momento de la muerte significa completitud, a despecho de que alguien pudiera haber disfrutado de una existencia harto longeva.

Si nos fijamos con detenimiento, el arte y la ciencia, que Santiago Ramón y Cajal estimaba como los dos logros del ser humano más dignos de encomio, han surgido precisamente porque los seres humanos somos proyecto. Las más de las veces, los artistas y científicos auténticos son, sobre todo, mentalidades ambiciosas y descontentadizas, mentalidades que aborrecen la machaconería y el achabacamiento, que, a la manera de Sócrates, sólo consideran digna una vida de examen. Por ejemplo, piénsese en los orígenes del género literario del ensayo, cuyos padres son Michel de Montaigne y Francis Bacon, quienes, justamente, lo concibieron como una forma de escritura que reafirma al sujeto en consonancia con el arte de expresar las ideas por excelencia, por lo que, de forma inevitable, un buen ensayo combina arte y ciencia. Sencillamente, como señala con tino Jorge Eliécer Ruiz (1987: 33), las tareas del juicio pueden acometerlas en exclusiva quienes no ponen límites a su curiosidad, a su imaginación, a su deseo de comprender el mundo y el tiempo en



que les ha tocado vivir. Y vaya que esto adquiere mayor relevancia hoy, cuando estamos sumidos en un contexto de pandemias sin final a la vista, a la par que transcurre el cambio climático y que el mundo podría estar *ad portas* de una tercera guerra mundial. Sin duda, vivimos tiempos difíciles, en los cuales todo gran poder exige una gran responsabilidad, todo un imperativo ético categórico.

En estas circunstancias, máxime cuando buena parte de la humanidad carece del modo científico de entender el mundo en clave integral, es menester no perder de vista la pertinencia de pensamientos, de legados intelectuales y éticos, que, sin importar el tiempo que haya transcurrido desde que vieron la luz por primera vez, preservan su esencia de ser luces en medio de la oscuridad. No son pocos los pensadores de esta índole: Iván Illich, Hans Jonas, Van Rensselaer Potter, Margaret Mead, Martha Nussbaum, Rabindranath Tagore, Santiago Ramón y Cajal, Linus Pauling, Carl Sagan, etcétera, etcétera. Empero, por desgracia, no suelen ser figuras muy conocidas, incluso en ámbitos universitarios y académicos.

En la actualidad, como parte de la hostilidad generalizada hacia la Iglesia Católica, vemos que sus intelectuales y pensadores conspicuos suelen desconocerse las más de las veces, cuando no proscribirse, en determinados círculos. Entre estos pensadores de fuste que es menester no pasar por alto dada la gran valía de su legado, ha de considerarse sin duda al cardenal John Henry Newman, en quien podemos encontrar no pocas ideas que hacen las veces de antesala muy temprana de lo que solemos denominar Bioética. No hace mucho tiempo, el científico español César Nombela Cano, cuando fungía como Rector de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, destacaba que el modelo propuesto por Newman mantiene su vigencia, máxime cuando el desafío universitario de nuestro tiempo reside más que nunca en el saber multidisciplinar, al igual que en la combinación de saberes. Y, claro está, los problemas actuales de la Humanidad requieren respuestas desde el conocimiento responsable (Newman, 2014: 9). Y, dicho esto, comienza a percibirse porque el legado del celeberrimo Cardenal ofrece ideas de semblante bioético.

Cautelas metodológicas

En primera instancia, el abordaje de los pensamientos y legados de intelectuales de la Iglesia Católica y del ámbito cristiano en general precisa de la puesta en práctica de lo que Umberto Eco denomina con acierto y sentido común como la humildad científica, esto es, no pasar por alto ninguna fuente de información relacionada con algún tema de investigación, así se trate de un autor o una obra que no figure en las grandes bases de datos o en los fondos de bibliotecas y centros de documentación. Más aún, la humildad científica exige por encima de todo evitar las falsas dicotomías, como, para lo que aquí interesa, la pretendida dicotomía entre ciencia y religión, la cual no resiste un análisis histórico serio y riguroso. De hecho, al pasar una revista detenida a la historia de la ciencia, es fácil apreciar que la mayoría de los científicos que han existido son cristianos. Empero, por desgracia, las universidades laicas suelen fomentar esta falsa dicotomía rayana en la insensatez.

Así las cosas, cuando se tiene claridad en cuanto a que no hay dicotomía real entre ciencia y religión, se abre una inmensa panoplia de obras valiosas de pensadores lúcidos de la Iglesia Católica y otras iglesias cristianas. De facto, el propio Van Rensselaer Potter, padre de la Bioética, jamás dejó de ser un científico cristiano como el que más. En fin, con una perspectiva así en mente, resulta inevitable el deleite y la fruición con el pensamiento lúcido y actual del cardenal John Henry Newman.

La enfermedad cultural de nuestro tiempo

Con este mismo título, existe un libro clave de Johan Huizinga (2007) concebido unos años antes del inicio de la Segunda Guerra Mundial, en pleno auge del nacionalsocialismo. De hecho, fue el desarrollo de una conferencia dada en Bruselas el 8 de marzo de 1935. En general, por su espíritu, parece una obra escrita para el momento actual, puesto que los problemas ahí abordados no sólo no han desaparecido, sino que han crecido sobremanera. Si lo decimos a la manera de Sócrates, estamos sumidos, como en los tiempos de Huizinga, en una crisis civilizatoria



caracterizada por la evanescencia del pensamiento crítico, de la práctica ausencia de vidas de examen. El oscurantismo hace de las suyas, jamás duerme.

Resulta llamativo que Huizinga estimaba que el ámbito de la ciencia es el que mejor se presta para iniciar la descripción de los fenómenos propios de la crisis en la cultura. Sin duda, esto es crucial para nuestro tiempo habida cuenta de que la práctica ausencia del modo científico de entender el mundo en el grueso de la población entraña por fuerza grandes obstáculos para la asimilación de las ideas propias de la Bioética por parte de ésta. En los tiempos de Huizinga, a fuer de la renovación constante de la ciencia, de sus avances acelerados, no ha sido posible la precipitación de ésta en forma de cultura. En otras palabras, el grueso de la población, con conocimientos tecnocientíficos precarios o nulos, no está en posición de asimilar y comprender los logros de la ciencia actual. Entre tantos ejemplos representativos a este respecto, pueden señalarse el segundo principio de la Termodinámica, la teoría de la evolución, la teoría de la relatividad y la física cuántica. Incluso, esto no es tan sólo aplicable a las personas incultas y ágrafas en materia tecnocientífica por cuanto, también, hay una incultura similar entre muchas personas con titulaciones universitarias. En palabras de Huizinga: “Y al mismo tiempo que la ciencia ahonda cada día más profundamente y analiza más minuciosamente la realidad, diríase, en cambio, que las bases de nuestra vida intelectual se hallan cada vez más conmovidas y desquiciadas” (Huizinga, 2007: 55). En otras palabras, la ciencia no sólo llegó hace décadas y décadas a los límites de la capacidad intelectual de la mayor parte de la humanidad, sino que la ha desbordado sobremanera.

Como bien lo percibía Huizinga a la sazón, el profano apenas puede entregarse a la añoranza de la alegre y palpable realidad de antaño, de los tiempos de Maricastaña. Esto es, puede hojear sin angustiarse o desesperarse un libro de Buffon con el fin de distraerse con una imagen sencilla y serena del mundo, seducido por el olor del heno y el trino de los pájaros. Empero, este tipo de ciencia, para nuestro tiempo, ya es poesía e historia. Se han descompuesto las categorías con las que antes se conformaba el pensamiento (Huizinga, 2007: 57-58). En la actualidad, habida cuenta de que, desde el año 2004, se ha detectado una disminución alarmante del desempeño intelectual de

las nuevas generaciones, sobre todo, máxime por ser generaciones hipermasificadas, esta problemática diagnosticada por Huizinga hace casi un siglo adquiere una magnitud mucho mayor. Así las cosas, estamos ante una gran paradoja, a saber: sin la menor duda, el mundo actual, con grandes problemas que lo agobian, como pandemias y el cambio climático, requiere inevitablemente de la tecnociencia en consonancia con la Bioética, un manejo responsable y sabio del gran poder que aquella le da a los seres humanos. No obstante, el grueso de la población, por lo antedicho, está afectada por una merma ostensible de sus capacidades intelectuales. En estas condiciones, a despecho del gran despliegue de tecnociencia en el mundo, su ciudadanía está caracterizada por ser tremendamente acientífica y, de paso, inculta. Vaya paradoja.

Propiamente, esta merma de las capacidades intelectuales que apreciamos en este tiempo tiene que ver con el conflicto de vieja data entre el conocer y el existir, diagnosticado con tino por Huizinga en su época. En otras palabras, se trata del abandono del principio intelectual, de la subordinación del conocimiento a la vida. En todo caso, dicho pensador señala que nuestra civilización, mucho más que en épocas anteriores, ha rechazado el conocer en su sentido más amplio, al punto de abandonar la verdad, la inteligibilidad misma, todo en favor de lo infrarracional, de los apetitos e instintos (Huizinga, 2007: 91-93). Por supuesto, si reparamos con cuidado, esto va de la mano con la dictadura de los relativismos, tanto epistemológicos como axiológicos, a los que asistimos desde hace algunas décadas. Además, recordando a José Ortega y Gasset, cabe reparar en que, para la civilización occidental, se ha magnificado esta paradoja por cuanto, como señalaba el ilustre filósofo español, el hombre europeo, siglos atrás y a diferencia de otras culturas, decidió vivir de su inteligencia. En las actuales circunstancias, no es posible afirmar esto para Occidente.

Hace poco tiempo, ha visto la luz un libro lúcido del filósofo argentino Agustín Laje Arrigoni (2023): *Generación idiota*. Se trata de un libro que pone los puntos sobre las íes acerca del colapso de la inteligencia en nuestro tiempo, con un viso harto dramático para los países latinoamericanos. En sentido estricto, el adjetivo “idiota” del título correspondiente no está puesto en tono de insulto en modo alguno, sino que está referido al sentido otorgado al término desde la antigua Grecia, esto es, el



individuo que no participaba en la vida de la *polis*, prefiriendo quedarse aislado en su casa sin reparar en el mundo para nada. En la época actual, esto significa que el idiota es aquel individuo que, al tener los ojos y la nariz pegados de las insulsas redes sociales, mirando, subiendo y descargando videos de perritos, gatitos y material sicalíptico, entre otras tantas banalidades, carece de la necesaria formación intelectual y política para entender el mundo, sus problemas y sus crisis, sobre todo al ser un individuo que no se formó en la cultura de la lectura de libros. En otras palabras, es un individuo carente del modo científico de entender la realidad. En especial, son las generaciones más jóvenes las que están afectadas en este sentido nefasto. Incluso, se comportan con tenacidad como un enfermo que no quiere una cura.

Y esto no se refiere en exclusiva a los sectores sociales que no han pisado una universidad. Como bien lo sabe todo aquel que se dedica a las arduas e ingratas lides docentes tanto en colegios como en universidades, la merma de las capacidades intelectuales es notoria en los estudiantes actuales, sobre todo del año 2004 a esta parte, salvo por algunas excepciones que validan la regla. Es decir, si un docente quisiese poner un examen como los que acostumbraba a hacer un par de décadas atrás, más exigente, sería mucho menor el número de estudiantes que lograría aprobarlo. Más aún, la insistencia en las aulas en cuanto a asimilar y poner en práctica el modo científico de abordar la realidad, el buen pensamiento crítico, puede conllevar el riesgo de ganarse algún insulto, como, botón de muestra, el de dizque promover “discursos de odio”, o sea, el procaz aparato de censura de tres al cuarto al uso hoy día por parte de una izquierda en crisis irreversible aquí y en Vladivostok.

En fin, ante semejante panorama dantesco, cabe temer con sobrada razón que la ciudadanía de hoy no está preparada para participar en los indispensables y profundos debates bioéticos exigidos por el auge de las nuevas tecnologías, incluida la inteligencia artificial. Al fin y al cabo, la Bioética es, en lo esencial, el conocimiento sobre cómo manejar el conocimiento, justo la forma atinada como la introdujo Van Rensselaer Potter décadas atrás. Por ende, la insensata subordinación actual del conocimiento al mero existir entraña grandes riesgos para la continuidad de la humanidad sobre la Tierra. Bien lo decía Sócrates: la única vida digna de vivir es una

vida de examen, una idea que, en su esencia, la supo expresar con elocuencia Immanuel Kant en su célebre artículo intitulado *¿Qué es la Ilustración?*, a saber: “La Ilustración es la salida del hombre de su minoría de edad. El mismo es culpable de ella. La minoría de edad estriba en la incapacidad de servirse del propio entendimiento, sin la dirección de otro. Uno mismo es culpable de esta minoría de edad cuando la causa de ella no yace en un defecto del entendimiento, sino en la falta de decisión y ánimo para servirse con independencia de él, sin la conducción de otro. ¡Sapere aude! ¡Ten valor de servirte de tu propio entendimiento! He aquí la divisa de la Ilustración” (Kant, 1784). Y esto no es cualquier cosa habida cuenta de que el hombre ético por excelencia es el hombre autónomo, condición indispensable para poder actuar con responsabilidad. Naturalmente, la Bioética no se sustrae a esto.

Un pensador lúcido cuyo legado permanece incólume y enhiesto

En pleno siglo XIX, conforme avanzaba y fenecía la Primera Revolución Industrial, dando paso a continuación a la Segunda, madura y florece el pensamiento del cardenal John Henry Newman, valioso de manera especial por sus reflexiones en torno a la institución universitaria, una preocupación que fue central para él con motivo del hecho que, en su Irlanda natal, apenas iban entrando en escena sus primeras universidades. Lo llamativo de tales reflexiones estriba en que Newman concebía con sensatez la universidad como algo general y total, como lugar de la enseñanza del conocimiento universal. En cuanto al papel del conocimiento, el ilustre Cardenal lo concebía como un fin en sí mismo y por sí mismo para fines educativos en sentido estricto. Esto es, el conocimiento como algo extraño frente a cualquier finalidad externa y a cualquier criterio de utilidad, condición necesaria para que el conocimiento sea libre y haga libre a quien lo busca. Más todavía, Newman tenía claro que el conocimiento es una iluminación adquirida mediante esfuerzo, un hábito, una posesión personal, un secreto interior (Loterero Orozco, 1998). Si reparamos con cuidado, vemos que esta idea tan importante se ha vuelto evanescente en nuestra época dada la enfermedad cultural que la caracteriza.



En nuestro tiempo, no puede pasarse por alto que tiende a considerarse bastante a la ligera, con un proceder *calamo currente*, que la ciencia y la religión no la van, que hasta son antagónicas. Botón de muestra, esto es algo que he podido apreciar a lo largo de los años en el seno de las universidades públicas colombianas. Ahora bien, un pensamiento como el del cardenal John Henry Newman es crucial para establecer que semejante consideración queda enquistada en un plano ideológico como el que más. César Nombela Cano, científico cristiano y quien fuese Rector de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, lo afirma con rotundidad en su introducción a la obra del Cardenal dedicada a la universidad: “A estas alturas de la Historia podemos postular con claridad que el afán de saber, la formulación de preguntas sobre la realidad, son actitudes compatibles con una visión religiosa que propone el que también la indagación desde la Teología es una tarea universitaria” (Newman, 2014: 8). Si esto no se tiene claro, la universidad queda empobrecida en grado sumo. Ni se diga cuando hablamos de asuntos bioéticos.

Sin más ambages, remitámonos a algunos de los lúcidos textos del conspicuo Cardenal concebidos en la Irlanda de su tiempo. Del año 1855, tenemos su conferencia titulada *Cristianismo e investigación científica*, con la cual procuraba dejar establecido el innecesario antagonismo que ha solido existir entre los teólogos y los científicos en general, antagonismo que persiste en la actualidad a causa del desmedro de la formación humanista. En tal conferencia, el Cardenal decanta esta conclusión, la cual resume su punto de vista al respecto (Newman, 2014: 236-237):

... no debéis extrañaros al saber que existe, aquí y ahora, no una dificultad inexplicable, no una contradicción asombrosa, ni mucho menos una contradicción en cuanto a hechos reales, entre Revelación y Naturaleza, sino una complicación, una pequeña oscuridad, una divergencia de tendencias, un antagonismo temporal, una diferencia de tono entre la una y la otra; es decir, entre la opinión católica, por una parte, y la astronomía, la geología, la fisiología, la etnología, la economía política, la historia o las antiguas civilizaciones, por otra. [...] verdaderamente, caballeros, no me parece que esté haciendo una petición disparatada cuando, en nombre de la Universidad, pido a quienes

escriben sobre religión y a los juristas, economistas, fisiólogos, químicos, geólogos e historiadores que sigan tranquilamente y como buenos vecinos sus respectivos caminos de reflexión, investigación y experimentación, con una fe plena en la coherencia de aquella verdad multiforme que todos comparten, y con una confianza generosa en que, en última instancia, todos y cada uno serán coherentes en la suma de sus resultados, aunque pueda haber colisiones momentáneas, situaciones delicadas, miedo abundante ante problemas, profecías de conflictos y, en todo momento, cosas que extrañan a la *imaginación*, pero no, repito, a la *razón*.

Si reparamos bien en la esencia del método científico, no suena descabellada esta conclusión de Newman habida cuenta de que tal método tiene que ver con el tratamiento de las ideas científicas, no con la fuente de su origen. Esto es, no hay nada cuestionable en cuanto a que un científico afirme que tuvo cierta idea como fruto de alguna inspiración divina, puesto que lo que le dará a la idea de marras el carácter de científica es el tratamiento de ésta en consonancia con los principios de inteligibilidad, objetividad y dialéctico. En fin, es bueno tener esto claro, en especial para asuntos bioéticos dada su fuerte multidisciplinariedad, por ser un campo en el que no tiene nada de extraño la confluencia entre teólogos, filósofos, humanistas y científicos de diversas formaciones.

Además, en la misma conferencia, Newman precisó con claridad lo relativo a la seriedad y el rigor que deben caracterizar a los medios destinados a dar a conocer las investigaciones científicas, es decir, no son aconsejables los medios efímeros y de poco peso intelectual (Newman, 2014: 244-245). Esto es pertinente para nuestra época ante la marejada de sandeces que proliferan como verdolaga en playa en redes sociales de diverso jaez, pues, ni de lejos, los guarismos acerca de *likes* y otras bobadas afines resultan equiparables a criterios de verdad al no tener nada que ver con los tres principios señalados líneas más arriba.

En 1858, el querido Cardenal dio una conferencia que llevó el sugestivo título de *Disciplina intelectual*, que concibió pensando en las necesidades de Irlanda de cara a lograr un buen futuro. A la sazón, dicha tierra no contaba con medios materiales



adecuados y suficientes para ello. Empero, con todo, Newman, con evidentes optimismo y esperanza, consideraba que el cultivo prudente y diligente del intelecto es un medio principal para alcanzar tan deseado resultado (Newman, 2014: 256). En otras palabras, un país con una ciudadanía intelectualmente deficiente, como lo vemos en el mundo actual, carece de futuro promisorio. Más adelante en su conferencia, Newman señala lo siguiente: “Hay que distinguir con sumo cuidado, caballeros, entre la mera diversión del espíritu y su auténtica educación. [...] Una persona puede asistir a mil lecciones y leerse miles de libros, y al final no haber adelantado un solo paso en cuanto a conocimiento. Para que el conocimiento sea duradero hace falta algo más que simplemente *dejarlo entrar* en la mente de forma indolente. No hay que recibirlo pasivamente sino aceptarlo activa y realmente, abrazarlo, dominarlo. La mente tiene que salir al encuentro para recibir a medio camino lo que le viene de fuera” (Newman, 2014: 259-260). De nuevo, vemos aquí la pertinencia para nuestro tiempo con motivo de la enfermedad cultural que lo caracteriza, con su desmedro del conocimiento ante el existir. Pensemos tan sólo en la ilusoria ingenuidad de muchas personas, quienes creen que mirar unos cuantos videos en YouTube es sinónimo de conocimiento y experticia. En cuanto a esto, el insigne Cardenal supo decirlo con notable tino (Newman, 2014: 270-271):

Ésta es la estéril burla del conocimiento que procede de asistir a grandes lecciones, o del mero brujulear entre revistas, semanarios, periódicos y demás literatura del día que, por muy capaz y valiosa que sea en sí misma, no es el instrumento adecuado para la educación intelectual. Si ésta es toda la formación de una persona, lo más seguro es que cuando hayan pasado unos cuantos años sobre su cabeza y haya hablado y hablado, se canse de hablar, y de los temas de los que hablaba. Dejará de seguir aprendiendo y se olvidará de lo que sabía, sea lo que sea; y poniéndonos en lo mejor, su intelecto no se encontrará en condiciones muy distintas de las que estaba cuando comenzó a mejorarlo—eso esperaba; aunque, quizá, nunca pensó en otra cosa que en pasárselo bien—. Digo “poniéndonos en lo mejor”, porque quizá sufra de agotamiento y le empiecen a disgustar los temas que tanto le agradaban en el pasado; o quizá haya sufrido

verdaderos daños intelectuales; quizá se ha trastornado gravemente o ha admitido algún tinte de escepticismo del que nunca se podrá librar.

Sin duda, estas palabras de Newman parecen escritas para nuestro tiempo a causa de los males causados por las redes sociales y otros engendros de parecido jaez. De facto, lo dicho por Newman ya cuenta con nombre propio: efecto de Dunning-Kruger, esto es, el sesgo cognitivo por el cual las personas con baja habilidad en una tarea sobrestiman su habilidad. Por cierto, esto hace venir a la mente unas sabias palabras de Louis Pasteur: “Un poco de ciencia aleja de Dios, pero mucha ciencia devuelve a Él”. Por lo demás, estas palabras de Newman caen como golpes de mandoble sobre aquellas personas que despotrican de la disciplina, la ascesis, que requiere la educación virtual de hoy para arribar a buen puerto, por ejemplo, como cuando, en la plataforma Coursera de la Universidad de Stanford, aparecen comentarios tontos alegando que la lectura de buenos textos es terrible y fatigosa, y que es mucho más deseable, deleitable y “exitoso” ver vídeos. No obstante, si algo demuestra con creces la historia de la humanidad es el hecho que el conocimiento siempre ha implicado un esfuerzo arduo por parte del ser humano. Por así decirlo, resulta imposible conocer por medio de ósmosis.

En el mismo año de 1858, incluso en el mismo mes, noviembre, el Cardenal dio otra conferencia dirigida a los estudiantes de medicina. Su título: *Cristianismo y ciencia médica*. Conviene destacar que todavía faltaba más de un siglo para que entrará en escena la actual Bioética merced a los escritos fundacionales de Van Rensselaer Potter. Pues bien, a poco de comenzar su conferencia, Newman dijo las siguientes palabras, de marcado semblante bioético: “Toda profesión tiene sus peligros; toda verdad general, sus falacias; y todo ámbito de acción, límites que se prestan a ser ampliados o alterados indebidamente” (Newman, 2014: 276-277)³. No mucho después, añadía: “Y ahora explicaré cómo se aplica esto a la profesión médica, y cuál es el peligro particular que entraña en relación con la Catolicidad” (Newman, 2014: 278).

³ En lo relativo a estas palabras del cardenal John Henry Newman, he corregido su puntuación, aunque sin alterar en modo alguno su sentido.



Al comenzar a desarrollar esta cuestión, el Cardenal lo decía en los siguientes términos (Newman, 2014: 279-280):

Aquí llegamos a lo que considero la tentación y el peligro particular a que está expuesta la profesión médica. Se trata de un cierto sofisma del intelecto fundado en la siguiente máxima, insinuada, pero no enunciada, y ni siquiera admitida: “Lo que es verdadero es lícito”. Y no es así. Observad—aquí está la falacia— que lo que es verdadero en una ciencia nos es dictado efectivamente según esa ciencia, pero no según otra, o en otra categoría. Lo que es cierto en las artes de la guerra tiene fuerza en el arte de la guerra, pero no en el arte del gobierno. Y si el arte del gobierno es una categoría de acción superior a la guerra, y demanda lo contrario, lo militar no puede reclamar nuestro consentimiento y nuestra obediencia. Así, lo que es verdad en la ciencia médica podría llevarse a cabo en todos los casos si el hombre *fuera* un mero animal o un bruto sin alma. Pero, puesto que es un ser racional y responsable, algo puede ser totalmente verdadero en el campo de la medicina y, sin embargo, ser ilícito porque la ley superior de la Moral y la Religión ha llegado a una conclusión distinta.

Si nos fijamos con suma atención en esta declaración de Newman, estamos ante una anticipación notable de un principio usual en la Bioética actual, a saber: “No todo lo que es tecnocientíficamente posible es éticamente admisible”. En otras palabras, es lo que también suele expresarse en unos términos que se han vuelto bastante familiares gracias a las películas sobre *El hombre araña*: “Todo gran poder requiere una gran responsabilidad”. En este punto, no puedo evitar la fascinación que me produce el pensamiento del querido Cardenal cada vez que brinda una anticipación de ciertas ideas de la actual Bioética. Por lo demás, con el fin de aclarar mejor lo que decía al respecto, Newman brinda unos cuantos ejemplos. He elegido el siguiente (Newman, 2014: 281-282):

Tomemos otro ejemplo que con frecuencia suscitará, según las circunstancias, grandes diferencias de opinión entre personas auténticamente religiosas, sin que por esto deje de ilustrarse la idea en la que estoy insistiendo. Un paciente se

está muriendo. El sacerdote desea estar presente para que no muera sin la debida preparación; pero el médico dice que pensar en la religión le producirá inquietud y pondrá en peligro su recuperación. Pues bien, en cada caso en particular, el uno o el otro podrían tener razón al intentar hacer prevalecer su opinión sobre lo que debe hacerse. Lo que pretendo es dirigir vuestra atención hacia el *principio* en cuestión. He aquí los representantes de dos grandes ciencias, la Religión y la Medicina. Cada uno expone lo que es verdad en su propia ciencia, y cada uno pensará que tiene derecho a asegurar que su verdad es la que se debe poner en práctica. Pero, resulta que una de las ciencias es superior a la otra, y que la finalidad de la Religión es infinitamente superior a la de la Medicina. Y tómesese la decisión que se tome en el caso particular, sobre si se debe introducir el tema de la religión o no, creo que esa decisión la debe tomar el sacerdote; de la misma forma en que debe ser el Gobernador General quien toma la última decisión y no el comandante en jefe— cuando hay un conflicto entre la política y la estrategia.

Desde luego, un ejemplo como éste, al igual que otros por el estilo, sugieren un rasgo que es típico de la Bioética de hoy: su método de trabajo multidisciplinar. Al fin y al cabo, los problemas de los que se ocupa la Bioética son complejos como los que más, por lo que un enfoque reduccionista resulta en externo inadecuado para ocuparse de problemas derivados del uso irresponsable del enorme poder que la tecnociencia le otorga a los seres humanos, problemas caracterizados por su gran escala tanto espacial como temporal, o sea, problemas que afectan a la vida en las antípodas del origen respectivo y a las generaciones que aún no han nacido. Y vaya que Newman fue consciente de los peligros inherentes a un proceder reduccionista: “En Inglaterra he visto a ilustres médicos dando los más detestables consejos a jóvenes, como consecuencia de esta visión reduccionista del hombre y su destino” (Newman, 2014: 283).

Por ende, un buen médico, como, por el estilo, en otras disciplinas y profesiones, ha de poseer una visión amplia y una capacidad para el quehacer multidisciplinar. En esta perspectiva, según señala Gildardo Lotero (1998), con el término de “intelecto cultivado”, Newman se refiere al desarrollo de la capacidad de síntesis y de



profundización que la educación universitaria ha de propiciar de cara a la visión general de las cosas, no a la mera erudición, saber pormenorizado e inerte basado en la simple acumulación de conocimientos. Al fin y al cabo, como bien lo decía el ilustre jesuita Baltasar Gracián y Morales: “Ciencia sin seso, locura doble”. Por desgracia, la crisis educativa de nuestro tiempo, que es parte de la crisis ética propia de la enfermedad cultural, cuenta entre sus características con la evanescencia insensata del pensamiento crítico, que es el que implica la puesta en práctica de operaciones mentales como las de análisis y síntesis, entre otras. Recordemos que, desde el año 2004, se ha detectado una merma de la capacidad intelectual de las generaciones más jóvenes. En fin, se diría que la universidad de hoy ha desdibujado el fin señalado por John Henry Newman, a saber: “La formación universitaria persigue un fin muy importante, pero, a la vez, muy elemental: elevar la capacidad y el nivel intelectual de la sociedad, cultivando la mente de los asociados, purificando el gusto nacional, suministrando verdaderos principios al entusiasmo popular y fijándole metas a sus aspiraciones, dotando de sobriedad y de amplitud a las ideas de una generación, facilitando el ejercicio del poder político, y refinando la vida privada” (Loterio, 1998). Esto suena por el estilo de la atinada definición de universidad brindada por José Ortega y Gasset: la inteligencia como institución.

Un modelo actual de incredulidad: El auge de los relativismos

Otra de las notables conferencias de Newman, dada en 1854, estuvo dedicada al auge de la incredulidad en su tiempo, una problemática exacerbada en la actualidad en grado sumo. El título correspondiente: *Un modelo actual de incredulidad*. En lo esencial, se ocupa ahí de una estrategia de su tiempo concebida para hacerle competencia a la Teología de manera soterrada, sin oponérsele de forma directa, cara a cara, sino mediante la introducción de otros estudios, en otras universidades e instituciones, los que, además del encanto añadido de la novedad, ofrezcan un interés, una riqueza y un valor práctico más elevado que ella (Newman, 2014: 171). En otras palabras, la estrategia de marras era hacerse con tales estudios, apropiarse de ellos,

monopolizarlos y no dejar entrar ahí a los partidarios de la Religión. Con esta estrategia, se da por sentado que la Religión no tiene nada que ver con los estudios aludidos, ni éstos con aquella. Ahora bien, los estudios en cuestión no eran otra cosa que el diapasón variopinto de las ciencias experimentales.

Cosa bien curiosa, no deja de ser llamativa, por lo pésima, dicha estrategia de los enemigos de la Religión por entonces, ya que, en sentido estricto, se sabe que la ciencia tiene tres raíces, a saber: el monoteísmo judeocristiano, las artes de la argumentación aportadas por los antiguos griegos y los instrumentos brindados por los gremios de artesanos medievales. En particular, el monoteísmo judeocristiano, más allá de haber sido una revolución religiosa, fue una revolución del pensamiento habida cuenta de que implicó el paso hacia una forma de entender el universo como sistema, como un todo compuesto por partes que interactúan entre sí. Así las cosas, carece de todo sentido oponer las ciencias experimentales a la Religión, pues, sería como oponer a una componente del método científico contra sí mismo. En la actualidad, esta estrategia, que no ha desaparecido, es todavía más absurda a la luz de las investigaciones de las últimas décadas en lo relativo a la historia de la ciencia, como, por ejemplo, lo que sucedió durante el reinado del faraón Akenatón, quien fue justo el inventor del monoteísmo.

En todo caso, cuando puso tal estrategia en evidencia, Newman no albergaba ninguna falta de respeto hacia las ciencias. Propiamente, él arremetía lanza en ristre contra el monopolio que otros, los anticatólicos de aquellos días, pretendían ejercer sobre ellas. En palabras de Newman: “Y desde luego no es una acusación injusta decir que las ciencias, como todo don divino, pueden usarse para fines malos con los que no tienen ninguna relación natural y para los que nunca fueron creadas” (Newman, 2014: 172). En suma, el Cardenal deseaba que los estudios de todo tipo tuviesen su aplicación legítima.

En estos tiempos oscurantistas que corren, de franca enfermedad cultural, la ilegitimidad en el uso de las ciencias tiene como su expresión más dañina los relativismos, tanto los epistemológicos como los axiológicos. Es justo lo que se conoce como la ideología postmoderna, también denominada la lógica cultural del capitalismo



tardío, auténtico calambre mental que le ha dado ciertas alas a la izquierda y sus aliados para arremeter contra la línea de flotación del modo científico de entender el mundo, del pensamiento crítico. Por supuesto, estamos ante una izquierda extraviada que ama tanto el dinero como el poder.

Inevitablemente, con esta postura asumida por Newman, debía quedar incluida una crítica acerada contra los males propios de la especialización, que el buen Cardenal plasmó como sigue (Newman, 2014: 174-175):

Cualquier estudio, del tipo que sea, si se dedica uno a él de manera exclusiva, mata en la mente el interés, o más bien, la capacidad de percepción de cualquier otro estudio. [...] Difícilmente, se puede convencer a la gente para que hable de otra cosa que no sea lo suyo; hacen girar el universo mundo en torno a *su* tema y todo lo miden por la regla de *sus* intereses, como el pescador de la obra de teatro que alababa a su señor diciendo “¡Era tan aficionado a la pesca!”. [...] De igual manera está claro que la tendencia de la ciencia es a hacer a los hombres indiferentes o escépticos por el mero hecho de cultivarla en exclusiva. Así pues, a esta corriente de que estoy hablando, que entiende esto muy bien, no le importará que haya todo tipo de discusiones en las escuelas teológicas todos los días del año, siempre que logren mantener bien lejos de ellas a los estudiantes de ciencias.

A propósito de esto, salta de inmediato a la vista que, si nos ubicamos en el tiempo actual, la crítica de Newman al conocimiento especializado permanece incólume y enhiesta, sobre todo cuando de ocuparse de cuestiones bioéticas se trata. Al fin y al cabo, la Bioética es la más interdisciplinar de las ciencias. Precisamente, los problemas de hoy están íntimamente relacionados con una forma torpe de abordarlos de marcado semblante especialista, de obsecuencia con el síndrome del caballo cochero: el cambio climático, la contaminación, la crisis económica, las pandemias, etcétera. Además, esta crítica del brillante Cardenal mantiene su frescura de cara a la problemática educativa de nuestro tiempo, con unas jóvenes generaciones que adolecen de una merma ostensible de sus capacidades intelectuales y cuya mayor

ambición estriba, por así decirlo, en llegar a ser vulgares *influencers*. Es decir, el mundo actual ha perdido de vista que el verdadero conocimiento va de la mano con el duro esfuerzo personal si de adquirirlo y crecer como personas se trata. En cambio, proliferan como verdolaga en playa los fetiches políticos de diverso jaez, hilarantes a más no poder al ir de la mano con una “cultura” de la diversión.

En este panorama de lo más dantesco, resulta saludable la idea planteada por Morris Berman (2011) a propósito de la creación de zonas de inteligencia, todo un contraveneno para procurar neutralizar los males propios del presente período de oscurantismo en el que estamos inmersos. A su manera, el cardenal John Henry Newman, con su lúcido pensamiento, iba justo en esta dirección en pleno siglo XIX. Y, claro está, una zona de inteligencia por excelencia, si se la concibe a la manera de Newman, es la institución universitaria. Empero, la universidad de este tiempo dista en mucho de parecerse a la idea de universidad formulada por el insigne Cardenal. Así mismo, el concepto de zona de inteligencia no tiene nada que ver con la izquierda postmoderna de hoy, tan enemistada con el modo científico de entender la realidad.

Por su parte, en su ensayo intitulado *Las exequias de la universidad*, Jorge Eliécer Ruiz (1987: 142-147), aclara que la institución universitaria, antes que ser el producto de una época histórica determinada, la Edad Media, lo es de un determinado sistema de relaciones sociales, el feudalismo. Por ende, en este siglo XXI en el que estamos, las universidades mantienen su semblante feudal, manifiesto sobre todo en sus jerarquías, incluso más que en las instituciones castrenses. Más aún, este autor deja así mismo claro que la universidad fue ecuménica, o sea, universal y, por ende, verdadera universidad, mientras que las condiciones políticas de la sociedad de entonces no cristalizaron en una forma moderna de Estado. Así las cosas, estas precisiones de Jorge Eliécer Ruiz hacen caer en la cuenta de que en nuestros días, dado que el Estado está invadido por la ideología postmoderna, resulta inevitable que las universidades también. Y, ante todo, la ideología de marras es anticientífica como la que más, no favorece el desarrollo de zonas de inteligencia, salvo por las perspicaces iniciativas independientes y alternativas de algunos universitarios.



De esta suerte, en dicho ensayo, al final de éste, se plantea una sugestiva pregunta que contiene un fuerte trasfondo ético, a saber: ¿Qué necesitan el hombre y la sociedad actual para conservar el acervo de sus conocimientos, para transmitirlos, para crear nuevos saberes, para que resurja un nuevo humanismo sin desconocer las condiciones materiales que hemos alcanzado? Esto significa que una pregunta como qué necesita la universidad se ha quedado corta habida cuenta de que los escenarios de evolución del conocimiento hace mucho tiempo que desbordaron la linde universitaria. Ni se diga en la actualidad con motivo de la crisis educativa de alcance mundial. En su libro ya mencionado, *Generación idiota*, Agustín Laje insiste en que la solución no radica en las instituciones educativas de siempre, sino en lo que él denomina como educación radical, la cual implica recuperar la cultura del libro y las disciplina intelectual concomitante a la par que la autoridad de los profesores y el modo científico de entender la realidad.

Por desgracia, estimo que es más fácil enunciar la necesidad de dar el paso hacia una, sin duda, indispensable educación radical que su puesta en práctica. Pensemos en cifras concretas. Para muestra un botón, en el caso de Colombia, se está ante 3,5 millones de jóvenes afectados e infectados por la ideología de la izquierda postmoderna, jóvenes, por supuesto, que adolecen de la respectiva merma de sus capacidades intelectuales, salvo por un porcentaje no muy alto de ellos que constituyen la excepción a la regla. Así las cosas, considerando que, en muchos otros países, se tienen guarismos con órdenes de magnitud por el estilo, cabe afirmar que las sociedades están ante un problema de grandes proporciones: ¿Qué hacer con dicha juventud caracterizada por un hándicap intelectual y educativo de lo más ominoso? ¿Poner a estos millones y millones de jóvenes a barrer las calles de los pueblos y ciudades, amén de recoger las cosechas en los campos? Para colmo, es una juventud que, a mi juicio, se comporta como un enfermo que no desea curarse, dado que no admite que sus facultades intelectuales están mermadas frente a las generaciones que las han precedido. En un libro reciente, Jonathan Haidt y Greg Lukianoff (2021), al analizar lo que ha venido sucediendo en las universidades norteamericanas desde hace diez o quince años, muestran que los estudiantes correspondientes no han sabido

apreciar y valorar los esfuerzos hechos por sus profesores con el fin de mejorar su desempeño intelectual y moral. De facto, a raíz de esto, el imperio estadounidense está en un franco colapso. Desde luego, algo parecido cabe aseverar para otras regiones del mundo, incluida Latinoamérica. A todas luces, estamos sumidos en una era oscurantista como la que más.

Para mayor ironía, lo diagnosticado por Agustín Laje no es una problemática precisamente nueva, puesto que, un siglo atrás, José Ortega y Gasset ya se había referido a la misma en obras como *La rebelión de las masas* y *Misión de la universidad*. De similar manera, en obras posteriores, vemos abordajes lúcidos y pertinentes en autores como Charles Percy Snow (2013), Santiago Ramón y Cajal (2017), Gregorio Marañón (1956), Jeremy Rifkin (1990, 2011), Nicholas Carr (2011), Vicente Romano García (2004), Ignacio Ramonet (2012a, 2012b), Giovanni Sartori (1998), Martha Nussbaum (2011), Nuccio Ordine (2014, 2017), Carlos París (2012), Iván Illich (2006, 2008), Carl Sagan (1997), José Sánchez Tortosa (2008, 2018), Michel Desmurget (2020), seguidos de un largo etcétera, tan largo como se desee. Esto es, durante décadas y décadas, no han faltado en el mundo intelectuales lúcidos que han alertado al respecto, aunque, lamentablemente, no ha solido prestárseles la debida atención. A este respecto, en la historia latinoamericana, cabe destacar que muchos de sus ensayistas apuntaron en direcciones como ésta, pero no sólo se hizo caso omiso de sus agudos análisis y conclusiones, sino que, para colmo, tuvieron que sufrir persecuciones. En suma, como señala con tino Marcelino Cereijido (Cereijido y Reinking, 2004), los hispanos carecen de ciencia, y así la tuvieran, no sabrían qué rayos hacer con ella. Sin la menor duda, esto implica toda una crisis ética y bioética, pues, para abordar y manejar con propiedad la Bioética es menester comprender la cultura de la ciencia, el modo científico de entender la realidad, en perspectiva convivencial, integral y holística, lo cual exige una elevada estatura intelectual. Sólo así la Bioética puede ser, según la define con elocuencia José Luis del Barco Collazos, la fámula solícita de la naturaleza en apuros, definición que le escuché hace ya años en un curso dado por él en la sede Medellín de la Universidad Pontificia Bolivariana. En fin, la Bioética no es para tontos.



A estas alturas, estimo que resulta de lo más diáfano apreciar porque las ideas del brillante cardenal John Henry Newman, delineadas con sumo cuidado en la Irlanda del siglo XIX, permanecen incólumes y enhiestas en este siglo distópico XXI en el que estamos, máxime porque él supo ver que la ampliación de la racionalidad científica no riñe con la aceptación de la apertura a una verdad superior. Carece de sentido plantear la existencia de inconmensurabilidad alguna entre ciencia y religión, algo que resulta todavía más comprensible gracias a lo que dice el mitógrafo estadounidense Joseph Campbell (2019: 24):

Hemos visto lo que ha sucedido, por ejemplo, con las comunidades primitivas desequilibradas por la civilización del hombre blanco. Al desacreditar sus viejos tabúes, se han venido abajo, se han desintegrado y convertido en caldo de cultivo del vicio y la enfermedad.

Actualmente, nos ocurre lo mismo a nosotros. Con nuestros viejos tabúes fundamentados en la mitología desestabilizados por nuestra propia ciencia moderna, en todo el mundo civilizado puede observarse una rápida y creciente incidencia del vicio y el crimen, de los trastornos mentales, suicidios, adicciones a las drogas, hogares destrozados, niños insolentes, violencia, asesinatos y desesperación. Son hechos, no me los invento. Todo ello da pie a las llamadas de los predicadores al arrepentimiento, la conversión y el regreso a la vieja religión. También representan un desafío para el educador moderno con respeto por su propia fe y lealtad fundamental. ¿Va el profesor concienciado –preocupado tanto por el carácter moral como por el aprendizaje de sus estudiantes a ser leal en primer lugar a los mitos que sostiene nuestra civilización o a los hechos “demostrados” de la ciencia? ¿Están ambos conceptos contrapuestos? ¿O bien existen algunos puntos de conocimiento más allá de los conflictos entre ilusión y verdad a través de los que las vidas puedan volver a ser unificadas?

Como puede apreciarse, Campbell, en el fondo, no está diciendo nada nuevo, nada que el cardenal John Henry Newman no hubiese avizorado con agudeza en el siglo XIX. De este modo, páginas más adelante, Campbell (2019: 35) desemboca con tino en lo

siguiente: “Vivimos tiempos difíciles, y todo lo que nos defienda del manicomio puede aceptarse como suficientemente bueno, para aquellos que carecen de nervio”. Dicho de otra forma, lo que puede salvar del manicomio al grueso de las sociedades hoy, idiotizadas según se ha visto antes, es la recuperación de una educación radical, antagónica en cualquier caso frente a la educación basura de estos días. Y, sin ir más lejos, una educación radical va de la mano con la idea de universidad del ilustre cardenal John Henry Newman. Por ende, brinda las bases necesarias para razonar y actuar éticamente hablando, pues, al fin y al cabo, el individuo ético por excelencia es el individuo autónomo. Los sujetos heterónomos no están en posición de razonar y actuar de manera ética, ni se diga en lo relativo a problemas derivados del mal manejo de la tecnociencia dada su inevitable complejidad e interdisciplinariedad. Entretanto, mientras no tenga lugar el paso decidido hacia una educación radical, la humanidad seguirá escindida en dos, a saber: una masa de individuos hipermasificados, heterónomos y con dotes intelectuales menoscabadas, ya vaticinados por escritores de ciencia ficción como Ray Bradbury y Walter M. Miller, que denominaban con términos como “los simples” y otros de similar jaez; y un sector, más bien selecto, de individuos que han procurado no descuidar lo mejor de la ciencia y la cultura, una verdadera élite intelectual que es el sustrato básico para procurar fomentar las zonas de inteligencia que tanto se necesitan hoy por hoy.

Conclusiones

Todo lo dicho deja muy en claro que, como parte de la presente crisis civilizatoria, hay una enfermedad cultural que crece y crece, con antecedentes de vieja data según quedó visto gracias a Johan Huizinga. En la actualidad, la enfermedad de marras tiene su expresión en la denominación de “generación idiota” introducida por el filósofo argentino Agustín Laje, si bien es un diagnóstico establecido desde mucho antes por otros autores, lo que incluye a José Ortega y Gasset. En estas circunstancias distópicas, el pensamiento de John Henry Newman mantiene su vigencia cual luz en la oscuridad que nos rodea, sobre todo por el hecho que la institución universitaria de hoy dista en mucho de parecerse a la idea de universidad de Newman en tanto algo general y total,



un lugar de la enseñanza del conocimiento universal, lo cual excluye en consecuencia las rivalidades desaconsejables entre ciencia y religión. Y tal idea es bastante relevante por cuanto los escenarios de la evolución del conocimiento hace mucho tiempo que desbordaron la linde universitaria, lo cual le otorga mayor peso a la idea de educación radical planteada por Laje cual contraveneno para combatir la crisis civilizatoria de hoy y el oscurantismo ominoso que le es concomitante.

Fuentes

BERMAN, Morris. (2011). *El crepúsculo de la cultura americana*. México: Sexto Piso.

CAMPBELL, Joseph. (2019). *Los mitos: Su impacto en el mundo actual*. Barcelona: Kairós.

CARR, Nicholas. (2011). *Superficiales: ¿Qué está haciendo Internet con nuestras mentes?* Bogotá: Taurus.

CEREIJIDO, Marcelino y REINKING, Laura. (2004). *La ignorancia debida*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

DESMURGET, Michel. (2020). *La fábrica de cretinos digitales: Los peligros de las pantallas para nuestros hijos*. Madrid: Ediciones Península.

Haidt, Jonathan y LUKIANOFF, Greg. (2021). *La transformación de la mente moderna: Cómo las buenas intenciones y las malas ideas están condenando a una generación al fracaso*. Bogotá: Ariel.

HUIZINGA, Johan. (2007). *Entre las sombras del mañana: Diagnóstico de la enfermedad cultural de nuestro tiempo*. Barcelona: Ediciones Península.

ILLICH, Iván. (2006). *Obras reunidas: Volumen I*. México: Fondo de Cultura Económica.

ILLICH, Iván. (2008). *Obras reunidas: Volumen II*. México: Fondo de Cultura Económica.

KANT, Immanuel. (1784). *¿Qué es la Ilustración?* Recuperado de <file:///C:/Users/cesie/Downloads/Dialnet-QueEsLallustracion-3171408.pdf>.

LAJE ARRIGONI, Agustín. (2023). *Generación idiota: Una crítica al adolescentrismo*. México: Harper Collins.

LOTERO OROZCO, Gildardo. (1998). *Conocimiento, universidad y catolicidad: El pensamiento universitario del cardenal John Henry Newman*. En: *Revista Universidad Pontificia Bolivariana*, Vol. 47, N° 144, pp. 9-15.

MARAÑÓN Y POSADILLO, Gregorio. (1956). *Vocación y ética*. Madrid: Espasa-Calpe.

NEWMAN, John Henry. (2014). *La idea de la universidad: II. Temas universitarios tratados en lecciones y ensayos ocasionales*. Madrid: Ediciones Encuentro.

NUSSBAUM, Martha C. (2011). *Sin fines de lucro: Por qué la democracia necesita de las humanidades*. Bogotá: Katz Editores.

ORDINE, Nuccio. (2014). *La utilidad de lo inútil: Manifiesto*. Barcelona: Acantilado.

ORDINE, Nuccio. (2017). *Clásicos para la vida: Una pequeña biblioteca ideal*. Barcelona: Acantilado.

PARÍS, Carlos. (2012). *Ética radical: Los abismos de la actual civilización*. Madrid: Editorial Tecnos.

RAMÓN Y CAJAL, Santiago. (2017). *Los tónicos de la voluntad: Reglas y consejos sobre investigación científica*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

RAMONET, Ignacio. (2012a). *La crisis del siglo*. Bogotá: Le Monde diplomatique.

RAMONET, Ignacio. (2012b). *La explosión del periodismo: Internet pone en jaque a los medios tradicionales*. Bogotá: Le Monde diplomatique.

RIFKIN, Jeremy y HOWARD, Ted. (1990). *Entropía: Hacia el mundo invernadero*. Barcelona: Ediciones Urano.

RIFKIN, Jeremy. (2011). *La Tercera Revolución Industrial: Cómo el poder lateral está transformando la energía, la economía y el mundo*. Barcelona: Paidós.

ROMANO GARCÍA, Vicente. (2004). *La formación de la mentalidad sumisa*. Barcelona: Editorial El Viejo Topo.

RUIZ, Jorge Eliécer. (1987). *Sociedad y cultura*. Bogotá: Instituto Caro y Cuervo.

SAGAN, Carl. (1997). *El mundo y sus demonios: la ciencia como una luz en la oscuridad*. Bogotá: Planeta.



SÁNCHEZ TORTOSA, José. (2008). *El profesor en la trinchera: La tiranía de los alumnos, la frustración de los profesores y la guerra en las aulas*. Madrid: La Esfera de los Libros.

SÁNCHEZ TORTOSA, José. (2018). *El culto pedagógico: Crítica del populismo educativo*. Madrid: Akal.

SARTORI, Giovanni. (1998). *Homo videns: La sociedad teledirigida*. Madrid: Taurus.

SNOW, Charles Percy y LEAVIS, Frank Raymond. (2013). *Las dos culturas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.



La importancia de la enseñanza de la ética en el quehacer profesional de los alumnos del posgrado

The importance of teaching ethics in the professional work of postgraduate students

Norma Alicia Ordóñez Vázquez¹

Resumen

En años recientes ha existido un interés por cursar un posgrado como una alternativa para adquirir conocimientos y lograr acceder a un mejor trabajo. La preparación de los alumnos de posgrado tiene que contener una enseñanza ética para así contar con herramientas y elementos que les permitan resolver dilemas éticos que se les presenten a lo largo de su actuar profesional. El no contar con nociones mínimas de ética puede impactar en una mala práctica profesional que afecta a la sociedad en general. De ahí la importancia de que se proporcionen cursos o seminarios en los que se faciliten principios éticos para aplicarlos en el ámbito de estudio que corresponda. Diversos estudios concuerdan en que la actitud de los estudiantes hacia la ética profesional en las competencias cognitivas y técnicas es positiva lo cual pueden indicar que existe una mayor responsabilidad de obtener nuevos conocimientos dentro de su área de estudios y así emplearlos para un bien común, contar con creatividad y un pensamiento crítico. Se realizó una revisión narrativa en la que se presenta una exploración reflexiva sobre la importancia de la enseñanza de la ética en el nivel posgrado y así reflejar la necesidad de que exista un verdadero interés en interiorizar la ética en cualquier área de conocimiento, ya que es una responsabilidad hacia la sociedad.

Palabras clave: Enseñanza ética, dilemas éticos, valores, moral.

Abstract

In recent years there has been an interest in pursuing a postgraduate degree as an alternative to acquire knowledge and gain access to a better job. The preparation of graduate students must include ethical teaching to have the tools and elements that will allow them to solve ethical dilemmas that may arise during their professional career. Not having minimal notions of ethics can have an impact on professional malpractice that affects society in general. Hence the importance of providing courses or seminars that provide ethical principles to be applied in the corresponding field of study. Several studies agree that the attitude of students towards professional ethics in cognitive and technical competencies is positive, which may indicate that there is a greater responsibility to obtain new knowledge within their area of study and thus use it for the common good, have creativity and critical thinking. A narrative review was conducted in which a reflective exploration is presented on the importance of teaching ethics

¹Norma Alicia Ordóñez Vázquez es doctora y maestra en Ciencias de la Salud en el campo de estudios principal de Salud Mental Pública por el posgrado de la Facultad de Medicina y Licenciada en Psicología por la Facultad de Psicología, ambas de la UNAM. Su desempeño e interés está en la investigación social y de la salud. Ha incursionado en la docencia en el nivel medio superior y superior. Realizó una estancia posdoctoral en el Programa Universitario de Bioética de la UNAM y actualmente está realizando una estancia posdoctoral con la Dra. Elyse Singer en la Universidad de Oklahoma. Correspondencia: camel1806@yahoo.com.mx

at the graduate level and thus reflecting the need for there to be a real interest in internalizing ethics in any area of knowledge, since it is a responsibility to society.

Key words: Ethics teaching, ethical dilemmas, values, morals.

Introducción

En los posgrados es importante fomentar la enseñanza de la ética para una mejor actuación personal y profesional. El escalar a mayores niveles educativos tiene que estar correlacionado con una mayor responsabilidad social relacionada con aspectos éticos dentro de cada área profesional, situación que algunas veces no se presenta.

El interés en cursar un posgrado es una decisión que lleva a los alumnos a visualizar nuevos horizontes en la aplicación de sus conocimientos dentro de su área de estudio. El saber cómo conducirse y actuar ante ciertos dilemas éticos que se puedan presentar ayudará a ser responsables de sus actos y beneficiar a la sociedad.

El no contar con un respaldo ético a lo largo de la formación educativa en los posgrados puede llevar a cometer ilícitos que van desde el plagio hasta cuestiones más graves como mala praxis médica o jurídica. Ante estas situaciones es relevante que cuando se cuenta con una especialidad la enseñanza de la ética sea una prioridad para que los alumnos tengan fundamentos de los principios bioético no solamente dentro del área de la salud, sino en cualquier área o disciplina.

Uno de los principales retos de los académicos del nivel superior es proporcionar a los alumnos una formación integral en la que la ética tenga un papel primordial para que cuenten con elementos para conducirse en la vida académica, laboral y personal.

Si se interiorizan los aspectos éticos en los alumnos de posgrado y si se aplican los valores en el ámbito profesional, tendrán una mejor actuación y se evitarán actos que



afecten a los individuos y a la sociedad en su conjunto. De ahí la importancia de implementar y fortalecer la enseñanza de la ética en el nivel posgrado.

Desarrollo

En nuestro país, los estudios de posgrado son de gran importancia ya que son necesarios para la innovación, el desarrollo científico y humanístico, es por ello que se deben formar profesionistas que tengan la mejor y más alta preparación tanto académica como profesional para hacer frente a las exigencias y necesidades que se presentan en nuestra sociedad.

Además, se puede encontrar otra gran razón para que los jóvenes escalen a un nivel mayor de escolaridad, es el imaginario de que se tendrá un mejor ingreso al obtener el grado de una maestría o un doctorado.

Debido a que los egresados universitarios cada vez desean tener una mejor preparación, en el año 2005 se reportó que el posgrado en el nivel de educación superior fue el que más creció. Los índices de cobertura registraron un mayor incremento que los otros niveles de educación superior. En 1990 el índice era de 2.9%; para el año 1994 este índice se duplicó a 3.8% y para el año 2004 se volvió a duplicar alcanzando 7.7% (Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2005).

De acuerdo con la encuesta realizada en 2007 por el Conacyt, la cifra de los alumnos que se gradúan del doctorado se incrementó más de diez veces en el periodo que va de 1990 a 2006, al pasar de 201 graduados en el primer año, a 2085 en el último. Para el año 2007 se graduaron 55,850 alumnos de los cuales el 6% correspondió a alumnos de doctorado y el 64.9% al nivel de maestría (Conacyt, 2007).

En el ciclo escolar 2012-2013, ingresaron 200,644 estudiantes a un posgrado, el 79.5% se inscribió en maestría, el 11.2% en especialidad y el 9.3% en doctorado. La población estudiantil que ingresó al posgrado en este ciclo escolar se incrementó en 21% con

respecto al ingreso del 2010-2011. En tanto que el número de estudiantes que egresó en el mismo ciclo escolar fue de 152,500; aumentó 20% con respecto a los que egresaron los dos años anteriores. En cambio, el número de estudiantes titulados decreció 3.6% en relación con los que se titularon los dos años antes (Bonilla, 2015).

En el año 2017 la ANUIES refirió que la matrícula total de alumnos de posgrado en México, que comprendían estudiantes de especialidad, maestría y doctorado en las modalidades escolarizada y no escolarizada en el ciclo (2014 - 2015) fue de 313,997 alumnos inscritos, de los cuales egresaron 104,453 y sólo 70,056 consiguieron un título de posgrado (Esquivel, Reyes, Reyes, 2018).

De acuerdo con datos de la OCDE (2019) sólo el 0.1% de la población de 25 a 64 años en México cuenta con doctorado, se graduaron con un doctorado 9 300 personas, de las cuales 52% eran mujeres, y 38% obtuvieron un grado en el campo de la educación. El segundo campo más popular fue el de negocios, administración y derecho, que representó un 25% de todos los graduados de doctorado. Asimismo, el campo de estudio más común a nivel de doctorado correspondió a las ciencias naturales, las matemáticas y la estadística (23%), mientras que sólo 10% de los graduados de doctorado en México estudiaron este campo.

Los incrementos que se observan en los estudios de posgrado indican la necesidad de poner especial interés en la formación de recursos humanos competentes y con valores bien establecidos, ya que en nuestro país alrededor del 80 % de la investigación científica, tecnológica y humanística se realiza en las Instituciones de Educación Superior (IES) (Pallán y Marúm, 2005).

La labor de los posgrados consiste en aplicar los conocimientos adquiridos para interpretar, responder y analizar las problemáticas que se presentan en el mundo actual, y es que constituyen el más alto nivel de estudios académicos que fomenta,



aplica y retroalimenta los conocimientos que son aprendidos dentro de un área de estudio específica.

Desde esta perspectiva es trascendente señalar que los alumnos de posgrado deben tener tanto una enseñanza con calidad como una formación con valores, pues los graduados tienen el deber de ser una fuerza positiva en la sociedad, necesitan contar tanto con conocimientos y capacidades intelectuales, como con un pensamiento crítico y reflexivo de verse a sí mismos como integrantes de una comunidad, como individuos con una responsabilidad para aportar cambios positivos a sus comunidades. Deben ser capaces de actuar para el bien común y hacerlo efectivamente (Colby, como se citó en Martínez, 2001).

Dentro de este contexto las universidades tienen la responsabilidad social de fomentar valores éticos y morales, deben contribuir para que los futuros profesionales desarrollen un sentido ético, que conduzca a una buena práctica y reflejen en sus acciones un conjunto de valores (responsabilidad, solidaridad, sentido de la justicia, servicio a otros) (Martínez, Buxarrais y Esteban, 2002).

La enseñanza de la ética es elemental porque en nuestro país la falta de ética profesional en cualquier campo de estudio puede llevar a una mala ejecución del ejercicio profesional. Es necesario que se implementen cursos dentro del currículum de las distintas disciplinas, no solamente del área de la salud, ya que en cualquier ámbito es importante contar con aspectos éticos que guíen la práctica profesional.

El objetivo de este trabajo es mostrar la importancia que tiene la enseñanza de la ética en los estudiantes de posgrado, ya sea en las ciencias de la salud, en las humanidades o las económico-administrativas, ya que cualquier área conlleva una responsabilidad hacia la sociedad.

Valores, ética y moral.

Pero ¿por qué hablar de ética en la formación de los alumnos de posgrado? porque actualmente, la mayoría de los alumnos egresados de posgrado se enfrentan a

diversos dilemas dentro de sus áreas de especialización, que los lleva a ejercer sus funciones o aplicar sus conocimientos de manera responsable y ética, para así fortalecer su desempeño profesional y coadyuvar a una mejora social. Es por ello que la enseñanza de la ética no debe ser sólo transmitida en los niveles básicos de la educación, es importante fomentar en las universidades aspectos relacionados con los valores, la ética, la moral, es decir, con un perfil ético para que así puedan actuar los profesionistas con honestidad y compromiso, siendo estos rasgos importantes para el ejercicio profesional de cualquier área.

Al hablar de valores, ética y moral es importante dejar en claro a que se refiere cada término, para así mostrar cómo se relaciona cada uno de estos términos con la formación profesional y el papel que ocupan en el quehacer profesional.

Los valores, forman parte de los objetos, acciones y actitudes que el ser humano persigue por considerarlos únicos (González, 2015). Dentro de este rubro se encuentran: la salud, la riqueza, el poder, el amor, la virtud, la belleza, la inteligencia, la cultura, etc. Los valores cambian a lo largo de la historia, de esta forma aparecen, cambian o desaparecen a lo largo del tiempo. El significado social que se le atribuye a los valores es un factor que influye para diferenciar los valores presentes de aquellos que estuvieron vigentes en el pasado, principalmente aquellos que se refieren a costumbres o principios religiosos, y los valores modernos que comparten las personas de la sociedad actual.

De esta forma, cada sujeto social, como resultado de un proceso de valoración conforma su propio sistema subjetivo de valores que puede poseer mayor o menor grado de correspondencia con el sistema objetivo de valores, en dependencia del nivel de coincidencia de los intereses particulares del sujeto con los intereses generales de la sociedad en su conjunto, pero también en dependencia de las influencias educativas y culturales que ese sujeto recibe y de las normas y principios que prevalecen en la sociedad en que viven. Estos valores subjetivos cumplen una función como reguladores internos de la actividad humana (Fabelo, 2001).



Es así que si se aplican los valores aprendidos tanto en la cultura como en la escuela, pueden tener un mejor impacto las acciones que realizamos en nuestra área de conocimiento en pro del bienestar de las personas, ya sea en los servicios de salud, jurídicos, educativos, administrativos, culturales, etc.

De esta forma, en cada sociedad existe un sistema de valores marcados de acuerdo con su forma de vida, estos sistemas de valores se encuentran en la ideología oficial, la política, las normas jurídicas, el derecho y la educación formal.

Por lo tanto, en lo que respecta a la transmisión de valores a través de la educación, se puede mencionar que la misión de la escuela es transmitir conocimientos que estén compuestos por la cultura que predomina y que apegados a la ética. Esto lleva a educar en valores, pero no cualesquiera (estéticos, políticos, económicos) sino éticos, los que forman el carácter y permiten promover un mundo más civilizado (Camps, 2000).

Respecto a la moral, se puede comenzar por mencionar que proviene del latín «mos» que significa hábito o costumbre, y tiene que ver con un nivel práctico o de acción. Se apoya en las costumbres, y la conforman elementos normativos que la sociedad acepta como válidos (UNAM, 2019).

Por lo tanto, se puede decir que la moral es un conjunto de normas y reglas de acción destinadas a regular las relaciones de los individuos en una comunidad social dada (Sánchez, 2005). Además, incluye la valoración ética de la moral vigente, en función de unos principios éticos universales, señalando valores y deberes que deben guiar las acciones humanas (Bolívar, 2005 y Sánchez, 1969).

Así, la moral tiene que ver con un comportamiento o forma de ser adquirido, y se puede visualizar como un reflejo de las condiciones en las que vive el hombre a partir de la formación histórica de relaciones entre sí y de las actitudes y conductas en el transcurso de sus vidas, en forma de principios, normas, sentimientos valorativos y

representaciones sobre el bien, el mal, el deber, que en su conjunto regulan y orientan la elección moral y la conducta de los individuos.

De esta manera, la moral dentro de la educación tiene un papel regulador que dicta la manera de actuar de los profesionistas en su labor, ya que la educación tiene que ver con la integración del hombre a la sociedad y en particular a la actividad productiva, actúa esencialmente en la conciencia del individuo a partir de la formación de convicciones y de la configuración de una moral profesional y de una cultura laboral (Martínez, 2001).

La moral profesional, por la tanto, indica que el ejercicio de cada profesión se sostiene en la práctica de una serie de normas (escritas o no) que regulan la relación del sujeto profesional con otros individuos a los que presta algún servicio (directa o indirectamente), con sus colegas y con el medio social o natural en general. Además, una moral profesional lleva a una moral ética (*op cit.*).

Como puede observarse, la moral y la ética se encuentran relacionadas, la ética se ocupa de la moral, el objeto de estudio de la ética es la moral, y se define ésta como un conjunto de conocimientos racionales y objetivos acerca del comportamiento humano. Es una disciplina filosófica que estudia la conducta individual, grupal o de la sociedad, a través del análisis de los principios o valores inherentes a dicha conducta (Torres y Torres, 2014).

La ética proviene del griego «ethos» que significa lo mismo. Es el nivel teórico o de reflexión. Surge de la interioridad de las personas, como resultado de su propia reflexión y elección (UNAM, 2019).

De acuerdo con lo anterior, se puede decir que la ética es la teoría o ciencia del comportamiento moral de los hombres en sociedad. Su objeto de estudio lo constituyen tipos de actos humanos, los actos conscientes y voluntarios de los



individuos que afectan a otros, a determinados grupos sociales o a la sociedad en su conjunto (Sánchez, 2005).

La ética proporciona razones que justifican o no las acciones, analizando los comportamientos morales. Explica desde patrones de generalidad o universalidad, la experiencia moral humana y prescribe los modos de comportamiento justificable (Bolívar, 2005).

En lo que respecta a la ética en la formación universitaria, se puede decir que las universidades deben apoyar los planes de estudio para que profesionales que han egresado desarrollen una ética bien sustentada, que pueda guiar su práctica y refleje en sus acciones un conjunto de valores como la responsabilidad, la solidaridad, el sentido de justicia, el servicio a otros. Por eso, entre las perspectivas actuales en la educación de profesionales está el papel que debe tener una formación ética y moral, dado que su práctica debe estar guiada por una comprensión moral (Martínez, Buxarrais y Esteban, 2002).

Ética profesional

Es aquí donde se puede hablar de una ética profesional, pero ¿a qué se refiere?, ¿para qué sirve? Se refiere a “la indagación sistemática acerca del modo de mejorar y elevar el grado de humanización de la vida social e individual, mediante el ejercicio de la profesión. Es entendida como el correcto desempeño de la propia actividad en el contexto social en que se desarrolla, y debe ofrecer pautas concretas de actuación y valores que deben de ser potenciados. Es en el ejercicio de su profesión donde el hombre encuentra los medios con que contribuir a elevar el grado de humanización de la vida personal y social” (Fernández y Hortal, 1994:91).

Y es que la ética profesional tiene que ser identificada con un sistema de conceptos, ideas, principios, que son elaborados por determinadas instituciones o personas especialmente encargadas de tal fin, con el objetivo de contribuir al desarrollo de

cierta conciencia moral y regular de alguna manera la conducta de los que ejercen esa profesión (Rodríguez, como se citó en Martínez, 2001).

Todo lo anterior indica que la enseñanza de la ética en la formación de los profesionistas es de vital importancia porque el tener una formación ética ayuda a que los profesionistas de diversas áreas puedan guiar su labor profesional apropiadamente, tomar decisiones adecuadas de acuerdo con una valoración social y académica, resolver dilemas profesionales que se presentan y que pueden ser resueltos de acuerdo con ciertos principios morales que han sido adquiridos a través de la educación y la cultura.

Debido a que la ética se ocupa del estudio de los actos morales los cuales son la aplicación de reglas y normas que deben regular las acciones de los individuos y dado que estas normas tienen que ser transmitidas, es la educación la que tiene la responsabilidad de promoverlas dentro de su currículum para formar profesionistas que cuenten con herramientas y habilidades que permitan contar con criterio y capacidad de realizar elecciones propias.

Como se ha mencionado anteriormente, la ética no es cuestión solamente de algunas áreas del conocimiento, muchas profesiones tienen sus códigos de ética en los cuales se recogen las normas que rigen la conducta profesional. Por medio de ellos se pueden conocer las reglas que tienen el objetivo del “deber ser” de cada profesional, actuar de la mejor forma, fomentar una conducta responsable, para así reflejar un comportamiento apegado a la moral predominante en la cultura.

Así, cada ética profesional genera, en su propio ámbito, una clasificación de situaciones, asuntos, conflictos y modos de abordarlos y resolverlos, que permiten analizar lo que está en juego en la toma de decisiones. Es así que los casos son evaluados, con base en los elementos conocidos que permiten que se tenga una mejor visión del problema y de dar una solución con base ética y moral (Hortal, como se citó en López, Royo, Armenta, Barradas, 2009).



Los principios bioéticos que orientan toda ética profesional son los siguientes: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. El primero se refiere a que toda acción profesional debe encaminarse hacia el beneficio de otras personas y de la sociedad en general; el de no maleficencia indica que en toda actividad profesional debe evitarse el dañar a personas o producir daño a la dinámica social; el de autonomía implica que el ejercicio profesional debe hacerse de manera autónoma por parte del profesional que se dedica a una actividad determinada y debe, a su vez, respetar la autonomía de las personas a las que está dirigida; finalmente, el de justicia señala que todas las profesiones, si se conducen de manera ética, deben orientarse hacia la construcción de relaciones justas dentro de la sociedad a la que sirven (Beuchamp y Childress, 2002).

Estos principios deben ser practicados por cualquier actividad profesional pues su aplicación es reflejo de una educación que forma profesionales competentes al servicio de la sociedad.

Estudios sobre la ética profesional

Algunos estudios que se han realizado sobre esta temática dan cuenta de la relevancia que tiene para los estudiantes de posgrado la enseñanza de la ética profesional, lo cual indica la importancia y el interés actual en este tema.

En el estudio realizado en España por Bolívar (2005) se aplicó un inventario sobre ética profesional a estudiantes universitarios, de las carreras de Educación, Psicología, Derecho, Trabajo social, Ciencia y tecnología de los alimentos, Medicina y Enfermería. Los resultados derivados del cuestionario aplicado a los estudiantes de las distintas carreras indican que éstos otorgan gran importancia a la ética profesional en su formación. Sin embargo, estiman que la atención prestada a la enseñanza de los principios éticos y deontológicos durante su formación es escasa o nula, salvo en Derecho, Enfermería y Trabajo social.

Los estudiantes de Derecho afirman mayoritariamente que sí se les enseña durante la carrera la mayoría de los principios de la ética profesional, sobre todo la defensa y promoción de los principios democráticos como base para la convivencia.

En el caso de Enfermería y Trabajo social, también se reconoce que la mayor parte de estos principios son enseñados “alguna vez” o en “bastantes ocasiones”. En las demás carreras, la alta valoración que tienen los estudiantes sobre la ética y deontología de la profesión no se ve correspondida con el grado en que juzgan que se les enseña durante su formación universitaria.

En otro estudio efectuado en México por Hirsch y Pérez (2005), se aplicó una escala a cuarenta posgrados de la UNAM. Los resultados de la aplicación de la escala muestran que los porcentajes más altos de respuesta positiva se registraron en las competencias² cognitivas y técnicas (88.3%), les siguen las afectivo-emocionales (85.8%), éticas (84.9%) y sociales (74.2%). Como se puede observar las competencias éticas quedaron en tercer lugar. Además, dentro de las competencias éticas, se registraron los siguientes resultados: con porcentajes muy elevados están los valores de responsabilidad (90.8%), respeto (90.4%) y honestidad (89.9%). Después están ética profesional y personal (84.6%) y muy por debajo se encuentra prestar el mejor servicio a la sociedad (70.8%). Este último dato debe resaltarse, ya que la principal finalidad del ejercicio profesional consiste en proveer de bienes y servicios indispensables para la sociedad. Si los estudiantes califican este compromiso social con puntajes bajos puede hipotetizarse que la formación explícita de la ética profesional y de sus principios básicos está siendo poco atendida en la universidad.

²En este estudio se utilizaron competencias y rasgos como categorías de la escala de actitudes que se aplicó a los estudiantes. Las **competencias cognitivas y técnicas** engloban el conocimiento, formación, preparación y competencia profesional, formación continua, innovación y superación, y por último competencias técnicas. Las **competencias sociales** están integradas por compañerismo y relaciones, comunicación, saber trabajar en equipo y ser trabajador. Las **competencias éticas** están conformadas por responsabilidad, honestidad, ética profesional y personal, prestar el mejor servicio a la sociedad, respeto y actuar con principios morales y valores profesionales y las **competencias afectivo-emocionales** están integradas por identificación con la profesión y capacidad emocional.



En la investigación sobre las competencias y los rasgos de la ética profesional entre los docentes y estudiantes de posgrado de la Universidad Iberoamericana-Puebla (UIAP) (López, Royo, Armenta, Barradas, 2009), que se desprende del proyecto interuniversitario coordinado por Hirsch, en el que participaron quince instituciones mexicanas de educación superior, se encontraron los siguientes resultados: en la UIAP las competencias éticas se ubicaron en el primer lugar de la selección (34.10%); en segundo, las técnicas (21.87%); en tercero, las cognitivas (18.13 %); en cuarto, las afectivo-emocionales (15.54%); y en quinto, las sociales (11.08%).

Es significativo que para los estudiantes de posgrado de la UIAP las competencias éticas son las que tienen la mayor importancia, lo que resulta muy coherente con la filosofía institucional.

Dentro de las competencias éticas, la responsabilidad es el rasgo más citado (24%), le siguen el de “ética” (19%) y muy cerca “honestidad” (16.5%) y “compromiso” (15.6%). Mucho más abajo (de 5% hasta 1.7%) se refieren “coherencia”, “valores”, “tolerante”, “respetuoso”, “justicia” (2.11%) y “humildad”.

Como se observa, en esta universidad privada, donde se predicán principios entre sus estudiantes, las competencias éticas son mencionados en mayor porcentaje en comparación con la UNAM, sin embargo, es importante destacar que los alumnos de la UIAP mencionan que es necesario que exista una materia de ética, pero no precisamente como tal, sino enfocada a la reflexión, los valores, como un desarrollo para la construcción de “un ser mejor” en convivencia con la sociedad, principal objetivo en la filosofía jesuita.

Siguiendo con este mismo proyecto interuniversitario coordinado por Ana Hirsch, a continuación, se mencionan los resultados que se obtuvieron en la aplicación del cuestionario de ética profesional a estudiantes de posgrado de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT) y de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) (Chavéz, 2006).

En esta investigación, los estudiantes mencionaron que los principales y más importantes rasgos de ser un buen profesional, son la ética profesional y personal, y la responsabilidad. Están después, conocimiento, formación, preparación y competencia profesional, que pertenecen a las competencias cognitivas y técnicas. Esto sucede en ambas instituciones, aunque hay que precisar que logran porcentajes diferentes (más altos en la UAT).

Respecto al plagio, una conducta moralmente inaceptable en el área académica, Sahagún y Vázquez (2019) encontraron en una muestra de 245 estudiantes en la región noreste de México, que los universitarios conocen los comportamientos moralmente correctos respecto al plagio y la copia ilícita, por lo tanto, saben que plagiar y copiar ilícitamente no es ético y es moralmente incorrecto. Los estudiantes de posgrado tienen un juicio ético más sólido, esto se puede deber a que los estudiantes de posgrado tienen mayor madurez y se encuentran en etapas superiores de desarrollo moral que los estudiantes de pregrado.

En la Universidad de Querétaro, Diez-Martínez (2015) aplicó una encuesta a estudiantes de licenciatura y posgrado sobre honestidad académica. Encontró la ausencia de ética en la actividad docente, los resultados señalaron que el 16% de los profesores calificaban de forma transparente, estas experiencias pueden ser ejemplo de conductas que pueden imitarse ya que los alumnos pueden ver como algo normalizado la deshonestidad académica.

En estudios más recientes como el de Izaguirre, Vera, Podestá y Córdova (2020) se aplicó la escala de actitudes sobre ética profesional a estudiantes de posgrado de medicina. Los resultados muestran que la actitud hacia la ética profesional fue positiva en el 81,5% e indiferente en el 18,5%. La actitud positiva hacia la ética profesional en las competencias cognitiva y técnica fue de (88.8%), sociales (69.2%), éticas (80%) y afectivo emocionales (87.7%). El que la mayoría de los estudiantes indicara tener una actitud positiva hacia las competencias cognitivas y técnicas, pueden indicar que está relacionada con la responsabilidad de adquirir nuevos conocimientos para desarrollar sus actividades dentro de un marco de científicidad, creatividad, actitud reflexiva, para



construir el saber desde principios éticos en búsqueda de la verdad. Además de que se relaciona con la responsabilidad ética el prevenir la negligencia o faltas graves, al proporcionar atención de calidad, respetando los principios éticos y procediendo con responsabilidad moral que exige ser un buen profesional. Estos resultados en estudiantes de posgrado coinciden con los encontrados por Hirsch y Pérez (2005), Navia y Hirsch (2015), Chávez (2019) e Izarra, (2019).

Por su parte Morales, Ramadán, Alvar y Sánchez del Hierro (2021) realizaron una investigación para describir el nivel del conocimiento y la aplicación de los principios bioéticos en los alumnos de posgrado de odontología. Se aplicó una encuesta estructurada a estudiantes de posgrado del área odontológica. Los resultados obtenidos resaltaron la presencia de cinco niveles de conocimiento sobre principios bioéticos. Entre estos, en los grupos de mayor porcentaje de conocimiento sobre los principios bioéticos se destacó la aplicación del principio de no maleficencia en su práctica clínica. Existió un desconocimiento sobre la teoría: muchos desconocen los principios bioéticos en su accionar profesional. Esto puede ser un problema, ya que si no se cuenta con nociones mínimas de los principios bioéticos, la base del respeto a los derechos de los pacientes, dentro el área de la salud, se pueden llegar a transgredir estos derechos. Es por ello fundamental transmitir información de la bioética dentro del área de la salud.

Izarra, Hirsch y Rodríguez (2020) realizaron un estudio cualitativo en el que se entrevistaron a profesores de posgrado de la UNAM sobre el desarrollo de un pensamiento crítico. Encontraron que los valores que los profesores entrevistados asocian con el pensamiento crítico, corresponden con dos éticas aplicadas: ética profesional y, principalmente, ética de la investigación; reconociéndose que al enseñar y aprender a investigar se desarrollan actitudes y valores, y al mismo tiempo, se logra construir pensamiento crítico. Es así que Esparza (2018, p. 114) indica que la investigación es una actividad pedagógica que integra a la didáctica, la ética y la actividad profesional que se procura impulsar. Como se puede observar, todo lo

relacionado con la educación profesional está orientado a fincar la ética como un elemento esencial para una buena práctica profesional en cualquier ámbito.

Izarra y Hirsch (2024) realizaron un estudio cualitativo en el que entrevistaron a docentes universitarios sobre la responsabilidad social en el trabajo. Respecto a la ética y valores encontraron que en las respuestas se presenta desde tres perspectivas: el conocimiento y el uso de documentos oficiales relacionados con la materia de la propia universidad y de otras instituciones, desarrollar una labor en la que se manifieste un comportamiento ético, y finalmente se relaciona con la actuación de los comités que se establecen para garantizar un comportamiento adecuado de su personal. El Código de Ética de la UNAM (2015) se comenta que es un referente esencial, tanto para el trabajo de los académicos como para orientar los procesos formativos. Es una guía para la conducta y establece un conjunto de principios y valores. Es relevante comentar que el centro de los valores que se tienen que transmitir a los estudiantes está la integridad académica en el actuar en cualquier disciplina, esto puede ayudar a ser responsables socialmente y a generar bienestar dentro de la sociedad.

Todos estos estudios dan cuenta de la importancia de proporcionar en el posgrado bases éticas para un mejor actuar en la vida académica, además en las relaciones laborales y personales, lo cual contribuirá a desarrollar personas responsables y críticas en su comportamiento y acciones.

Conclusiones

Los datos arrojados por estas investigaciones pueden sugerir la inquietante necesidad de prestar mayor atención en la enseñanza de la ética y colocar más contenidos académicos en los currículums de los estudios de posgrado, ya que la formación profesional debe desarrollar en los estudiantes una serie de conocimientos, técnicas y procedimientos que aseguren el ejercicio profesional, pero además, ha de promover el desarrollo de actitudes y valores que los harán, no solamente buenos profesionales, sino mejores personas.



En este trabajo se intentó mostrar que la importancia de la enseñanza de la ética en los estudios de posgrado es indispensable para una mejor sociedad, pues los profesionistas que tienen especializaciones en su campo de estudio deben actuar con responsabilidad, rectitud y bajo lineamientos éticos que son marcados por sus códigos, y que si no son llevados a cabo se corre el riesgo de caer en malas prácticas profesionales. Esto es visto cotidianamente en médicos, que son demandados por negligencia médica, al tratar a sus pacientes con insensibilización, llevar a cabo tratamientos médicos erróneos, cirugías mal practicadas o seguir tratando al paciente cuando no se tiene la certeza del diagnóstico o el padecimiento está fuera de su área de especialización, pero siguen viendo al paciente por el simple hecho de continuar recibiendo sus honorarios.

No sólo sucede esto con los médicos, tenemos el caso de los contadores, que al tener más clientes de los que pueden atender, se atiborran de información y llevan mal las cuentas o deciden desaparecer y dejar al cliente con multas en el fisco. Están por otra parte también los abogados, quienes son fácilmente sobornados para amparar a narcotraficantes, asesinos, violadores, políticos corruptos, etc., y recibir fuertes cantidades de dinero para defenderlos. Y lo que sucede con algunos investigadores que con tal de seguir teniendo un estatus dentro de Conacyt o del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) plagian información, alteran datos, o explotan a sus becarios y no les dan crédito en los artículos. Todos estos ejemplos nos indican que la responsabilidad social de los posgrados y de las universidades tiene que poner más énfasis en la ética, no solamente enseñarla sino implementar planes para aplicarla y ponerla en práctica ante situaciones reales, dependiendo de cada área.

Es una necesidad imperante hoy en México donde la falta de valores y ante los problemas económicos, políticos y sociales a los que se enfrentan, ir implementando en todos los niveles educativos la enseñanza de la ética; sin embargo, es en la universidad, cuando se debe reforzar la práctica ésta, situando al alumno ante problemas donde debe tomar decisiones, y actuar con justicia, autonomía y

honestidad, ya que éste es el que va a ofrecer sus servicios y es vital que tenga estas nociones y esta práctica antes de que sea un egresado y ejerza sus conocimientos al servicio de una comunidad.

Referencias

Beauchamp, L. T., Childress, F. J. (2002). *Principios de Ética Biomedica*. España: Masson.

Bolívar, A. (2005). El lugar de la ética profesional en la formación universitaria. *Revista Mexicana de investigación educativa*. Enero-marzo, 10 (024), 93-123.

Bonilla, M. (2015). Los actores del posgrado. En Bonilla, M. (Ed.), *Diagnóstico del posgrado en México: Nacional*. (pp. 80-110). México: COMEPO. https://www.posgrado.unam.mx/sitios_interes/documentos/comepo_regiones.pdf

Camps, V. (2000). *Los valores de la educación*. Anaya. Madrid.

Centro de estudios Sociales y de opinión Pública. Septiembre (2005). Informe sobre la educación superior en México.

Conacyt, (2007). *Informe General del Estado de la Ciencia y Tecnología*, México. http://www.siicyt.gob.mx/siicyt/docs/contenido/Indicadores_2008.pdf

Chávez, G. G. (2006). Rasgos y Actitudes de ética profesional en estudiantes de posgrado de la UAT y de la UANL.

Diez-Martínez, E. (2015). Deshonestidad académica de alumnos y profesores. Su contribución en la desvinculación moral y corrupción social. *Sinéctica Revista Electrónica de Educación*. (44):1-17.

Esquivel, B. D., Reyes, G. J., Reyes, G. I. (2018). Los estudios de posgrado y la situación actual en México. XXII Congreso Internacional de Contaduría y Administración. <https://investigacion.fca.unam.mx/docs/memorias/2018/7.06.pdf>

Fabelo, C., J. (2001). Los valores y sus desafíos actuales. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México.

Fernández, J y Hortal, A. (comps.) (1994). *Ética de las profesiones*, Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas



González, V.M.A. (2015). Los valores desde la perspectiva del uso de los objetos de aprendizaje en la educación a distancia. *Humanidades Médicas*, 15(2), 307-323. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202015000200007&lng=e&tlng=es.

Hirsch, A.A., Pérez, C.J. (2005). Actitudes y ética profesional en estudiantes de posgrado en la Universidad de Valencia y la UNAM. *Reencuentro. Análisis de problemas universitarios*. UAM. (043). <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/340/34004304.pdf>

Izaguirre, M., Vera, M., Podestá, L., & Córdova, D. (2020). Actitud hacia la ética profesional en estudiantes de postgrado de una facultad de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina*, 81(1), 52-57. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v81i1.16972>

Izarra, V. D., Hirsch, A. A., Rodríguez, M. L. (2020). Profesorado de posgrado y el desarrollo del pensamiento crítico. *Innovación Educativa*. 20 (83).

Izarra, V. D., y Hirsch, A. A. (2024). How do graduate academics promote social responsibility in their work? *Responsibility and Sustainability*, 9(1), 51-64. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10775794>

López, C.M., Royo, S.I., Armenta, O.C., Barradas, G. G. (2009). Competencias y rasgos de la ética profesional en los posgrados de la Universidad Iberoamericana-Puebla. ITESO. *Revista Electrónica de Educación*. Sinéctica. 32.

Martínez, M., Buxarrais, R., Esteban, F. (2002). La universidad como espacio de aprendizaje ético. *Revista Iberoamericana de Educación*. Mayo-Agosto (29), 17-43.

Martínez. M. E. (2001). Formación de valores en el personal de la salud. *Revista Cubana de Medicina Milit.* (30) 3, 190-201. <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v30n3/mil09301.pdf>.

Morales, G., Ramadán, R., Alvear D, & Sánchez-del-Hierro, G. (2021). Conocimiento y aplicación de los principios bioéticos en alumnos de posgrado de Odontología. *Acta bioethica*, 27(2), 285-294. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2021000200285>

OECD. (2019). Education at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/f8d7880d-en>.

Pallán, F.C., Marúm E.E. (2005). Demanda de posgrado y competitividad del personal académico de la educación superior en México. ANUIES.

Sahagún, M. Á., Vásquez-Párraga, A. Z. (2019). Normas dominantes las decisiones éticas y actitudes de los estudiantes universitarios: teoría y prueba empírica obtenida en México. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 9(17):388-418. <https://doi.org/10.23913/ride.v9i17.386>

Sánchez, V., A. (1966, 2005). *Ética*. México: Grijalbo.

Torres, Z. y Torres, H. (2014). *Planeación y control*. México: Grupo Editorial Patria.
<http://site.ebrary.com/lib/vallemexicosp/reader.action?docID=11013458>

UNAM. (2015). Código de ética de la UNAM.
http://dgapa.unam.mx/images/etica/2015_codigo-etica-unam.pdf.

UNAM. (2019). Diplomado desarrollo de habilidades directivas. Tema 6. Ética y responsabilidad social. <https://acortar.link>



LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE COMO ELEMENTO ESENCIAL DE LA ATENCIÓN DEL ENFERMO ONCOLÓGICO.

PATIENT CENTERED CARE AN ESSENTIAL ELEMENT OF THE ATTENTION OF THE ONCOLOGICAL PATIENT

Francisco Barón¹, Álvaro Sanz², Carlos Centeno³

RESUMEN

La tendencia de la Oncología actual se traduce en una preocupación cada vez mayor por el aspecto técnico de la administración de tratamientos y de la evaluación de la respuesta y de la inclusión de pacientes en ensayos clínicos. Esto ha llevado a que la asistencia directa y personal del paciente oncológico -muchas veces sintomático e ingresado en una cama hospitalaria- se considere en ocasiones como una labor de segunda categoría que, en el mejor de los casos, se deriva a otros profesionales para poder liberar al oncólogo de esta "carga" y permitirle que siga implicado en otros compromisos que pueden parecer más relevantes.

En un escenario así, puede ser preciso recordar que la propia dignidad del paciente exige por parte del médico no solo tratar sino atender -prestar atención- y cuidar. Y este cuidar, más allá de la parte técnica que pueden asumir otros profesionales- es quizás la mayor expresión de las virtudes del médico. Los cuidados tienen una parte técnica y práctica. Pero tienen también otro componente que asienta sus raíces en una actitud previa de cuidados que se puede considerar como la parte esencial del cuidado: el cuidado esencial. Recuperar una actitud de atención y de cuidado del paciente es probablemente un requisito necesario para volver al aforismo que nos recuerda que nuestro compromiso es el de tratar (atender, cuidar) al paciente, no solo al cáncer.

Palabras clave: Cuidados. Dignidad. Oncología.

ABSTRACT

The trend in current Oncology translates into a growing concern for the technical component of treatment administration as well as evaluation of response and the

¹Oncología, Unidad de Hospitalización. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. España.

²Comisión de Bioética de Castilla y León. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. España.

³Profesor Titular. Universidad de Navarra. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España. **Correspondencia:** Álvaro Sanz Rubiales. Oncología Médica. Hospital Universitario del Río Hortega, Calle Dulzaina 1, 47012 Valladolid, España. Teléfono: 983420400E-mail: asrubiales@hotmail.com

inclusion of patients in clinical trials. This has led to the fact that the direct and personal care of cancer patients -often symptomatic and admitted to a hospital bed- is sometimes considered as a second-class job that is referred to other professionals to free the oncologist from this burden and allow him to remain involved in other commitments that may seem more relevant.

In such a scenario, it may be necessary to remember that the patient's own dignity requires the doctor not only to treat but to attend -pay attention- to him and care of him. And this care, beyond the technical part that other professionals can assume, is perhaps the greatest expression of the virtues of the doctor. Care has a technical and practical part. But it also has another component that is rooted in a previous attitude of care which can be considered as the essential part of care: the essential care. Recovering an attitude of attention and care for the patient is probably a necessary requirement to return to the aphorism that reminds us that our commitment is to treat (attend, care for) the patient, not just the cancer.

Keywords: Care. Dignity. Oncology, patient-centered care; personalized medicine.

HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER Y OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Desde una perspectiva clínica, por *historia natural* de una enfermedad se entiende el comportamiento de este proceso desde antes de que aparezcan las manifestaciones clínicas hasta la curación, secuela o muerte, sin intervenciones terapéuticas que la alteren. Se caracteriza por un período prepatogénico y uno patogénico que, a su vez, puede ser clínico o subclínico.

Por supuesto, este concepto de *historia natural* sirve también en el cáncer y se caracteriza porque en su etapa clínica se pueden encontrar los estadios localizados, la enfermedad localmente avanzada y la metastásica. La intención del tratamiento antineoplásico se adapta a estas etapas, de modo que podrá ser neoadyuvante, curativa, adyuvante, dirigida a “cronificar” la enfermedad (retrasar la progresión y/o prolongar la supervivencia) o meramente paliativa. El tratamiento antineoplásico local (cirugía, radioterapia) o sistémico (quimioterapia, inmunoterapia...) se acompaña de los cuidados necesarios para minimizar tanto los síntomas de la neoplasia y comorbilidades como los problemas generados por las toxicidades. Con el tiempo, la



evolución de la enfermedad lleva a una situación en que los que predominan son la atención y los cuidados del paciente sobre el tratamiento de la enfermedad neoplásica que ya no tiene unas opciones razonables de mejora.

Los avances de la Oncología en las últimas décadas han conseguido modificar la historia natural del cáncer, prolongar la supervivencia y aumentar las tasas de curación. A día de hoy se considera que, tomando en conjunto todos los tipos de cáncer y todos los estadios, en más de la mitad de los casos se alcanza la curación. Y de los que fallecen hay un porcentaje que consigue vivir durante años antes de llegar a la etapa terminal. Sin embargo, las necesidades del paciente y de su entorno -físico-biológicas, sociales y existenciales- se siguen presentando en todas las etapas de la enfermedad y en cualquiera de estos contextos. Atender estas necesidades de modo proporcionado y consensuado según los valores del paciente constituye la esencia del cuidado.

ONCOLOGÍA Y CUIDADOS: UNA HISTORIA RESUMIDA

Se han definido dos perfiles de profesionales en Oncología en función de su implicación y compromiso con la atención del paciente al final de la vida. El tipo I sería el que considera que tiene un papel en los aspectos biomédicos y psicosociales de la atención y en la toma de decisiones al final de la vida y procura cuidar la comunicación con el paciente y su entorno; entiende los cuidados al final de la vida como algo profesionalmente satisfactorio, valora la comunicación como un proceso y orienta a sus pacientes con una aproximación individualizada. Y el oncólogo tipo II sería el que percibe como fracaso el no poder alterar la historia natural de la enfermedad, lo que le lleva a una relación más distante con el paciente avanzado, considera que su participación no tiene relevancia en la aceptación de la muerte y suele promover la elección entre tratamientos y cuidados¹.

Se han propuesto también tres modelos de aproximación al paciente con cáncer: clínico, molecular e integral (Tabla 1)². Resulta razonable asociar estos tres modelos,

desde una perspectiva histórica, con tres épocas que marcan el desarrollo y la evolución de la Oncología Médica desde los años ochenta hasta el momento actual. Estas tres etapas definen, en cierto modo, lo que ha sido y lo que es la *historia natural* de la propia especialidad en relación con el cuidado del paciente con cáncer

- 1ª etapa. El oncólogo cuidador (1981-1995). La Oncología nace como una rama de la Medicina Interna; el oncólogo trabaja como el especialista en "Medicina Interna del cáncer" y asume la cercanía y el cuidado como consustanciales a su actividad. La especialidad se entiende como transversal: el oncólogo trata neoplasias de todos los aparatos y sistemas. Se demuestra el beneficio en supervivencia de la adyuvancia en diversos tumores, sobre todo en el cáncer de mama y en el cáncer de colon. Se emplean los primeros citostáticos, los que ahora serían "clásicos", entre los que destaca el cisplatino, que consigue curar el cáncer germinal avanzado y evidencia actividad en muchas otras neoplasias. La biología molecular del cáncer es algo todavía lejano, teórico y muy incipiente, de modo que lo fundamental es la clínica. El oncólogo empieza a comprometerse en estudios clínicos y tiene conciencia de la importancia del rigor metodológico.
- 2ª etapa. El oncólogo terapeuta (1996-2010). Todavía se mantiene la tradición y el deber "tradicional" del cuidado integral del paciente con cáncer, pero va perdiendo importancia, ya que la especialidad se orienta cada vez más a la labor de administrar tratamientos. Se tiende a la especialización por aparatos o sistemas y se añaden áreas de interés de un perfil menos clínico. En esta línea, la biología molecular del cáncer gana fuerza y la investigación básica o traslacional se integra en la estructura de los Servicios de Oncología. Este cambio paulatino de mentalidad lleva a que algunos oncólogos con vocación de atención integral se sientan extraños y tiendan a desvincularse de esta nueva Oncología para integrarse en el ámbito de los Cuidados Paliativos.
- 3ª etapa. El oncólogo investigador y gestor (2011-...). El paradigma es el oncólogo centrado en los tratamientos que considera la atención sintomática y el cuidado como algo no solo marginal sino ajeno a su actividad. La Oncología se entiende



como mecanicista y centrada en la situación y la respuesta del tumor de modo que perfil biopsicosocial tienden a asumirlo otras especialidades. Los Servicios de Oncología incluyen en su estructura *data managers*, biólogos y oncólogos que se dedican de manera predominante a la investigación básica y al manejo de datos de ensayos clínicos. Se crean fundaciones que permiten captar y gestionar fondos de investigación. En este escenario, el cuidado centrado en el paciente -tanto en etapas precoces como en etapas avanzadas- se contempla como algo secundario que puede entorpecer o limitar las acciones dirigidas al control del tumor que se entienden como prioritarias. Esto lleva al “drenaje del cuidado”: la atención y el soporte se derivan a otros especialistas a los que se entiende que sí que les compete la atención directa e integral del paciente (como Medicina Interna, Medicina de Familia, Cuidados Paliativos). La especialidad se compartimenta: cada oncólogo se centra en el tratamiento y la investigación de un tipo de cáncer o de un área específica de conocimiento.

SUPERESPECIALIZACIÓN ASIMÉTRICA

En todas las áreas de la Medicina, y en particular en la Oncología, el crecimiento exponencial del conocimiento básico y aplicado obliga a limitar el área de estudio y de aplicación práctica (es decir, la capacitación, habilidad o *expertise*). Siempre ha habido una tendencia a centralizar las inquietudes y la práctica en un área más reducida, pero a esto se llegaba tras haber forjado con los años una base de conocimiento y experiencia amplia. Sin embargo, la tendencia actual es que en Oncología los especialistas se conviertan de manera temprana en *superespecialistas* de un perfil específico cáncer (pulmón, mama, urológicos, digestivos...) o en un área de capacitación concreta (como consejo genético o investigación traslacional). De este modo se pierde -o no se llega a alcanzar- la visión global y el saber amplio que deberían ser la base de conocimientos más específicos.

Se trata, en todo caso, de una superespecialización asimétrica que ni considera ni plantea los cuidados como un área de desarrollo e interés de la misma relevancia que

el consejo genético o la investigación traslacional. En algunas sociedad científicas de Oncología Médica se manejan criterios para acreditar Unidades de Consejo Genético del Cáncer o para definir lo que es un buen diagnóstico histológico en las principales neoplasias, en este caso consensuados específicamente Anatomía Patológica³. Sin embargo, no se da la misma disposición para establecer consensos con sociedades científicas del ámbito de Cuidados Paliativos, que sirvan de base para definir unos estándares de cuidados en pacientes oncológicos y familias.

¿Y A PARTIR DE AHORA?

En un escenario en que hay una gran variedad en las actitudes y es posible apreciar una aparente preponderancia del “oncólogo investigador y gestor”, lo que se ha planteado es cómo debería relacionarse la Oncología con los cuidados del paciente. Esta cuestión ha encontrado respuesta desde dos perspectivas contrapuestas, cada una de ella apoyada en un modelo de cuidados.

1. Externalización de la atención integral: Evolución asimétrica de la Oncología y la atención integral cuidados. Especialistas en Medicina Interna, Medicina de Familia, Cuidados Paliativos, etc. asumen como propio la atención de los enfermos que precisan ingreso hospitalario y la de los pacientes complejos sintomáticos de modo que se libere a los oncólogos de esta carga asistencial.

Resulta llamativo que, si en los años noventa la Oncología Médica despertaba interés entre los mejores médicos con opción de especialización en Medicina en España que aprobaban el examen que les permitía optar a una plaza de especialización, ahora estos médicos con mejores notas optan antes por especialidades que no parecen *tan duras*. Da la impresión de que se ha perdido interés porque la Oncología se entiende como una especialidad compleja, que exige esfuerzo en la actualización para mantenerse al día y que va a suponer cercanía con un paciente difícil y, con ella, el compromiso de ser empático y de tener que dar malas noticias y de seguir una evolución progresivamente negativa en un volumen importante de enfermos⁴. Y este perfil de trabajo no atrae.



En un estudio, dos de cada tres oncólogos pensaban que atender pacientes oncólogos hospitalizados no era una manera eficiente de emplear su tiempo y pensaba que estar exentos de esta atención hospitalaria les permitía centrarse en otros intereses prioritarios⁵. De hecho, en algunos hospitales hay lo que en ambiente anglosajón se denomina “médicos de hospital” (*hospitalists*), sin otras especificaciones y sin una capacitación específica en Oncología y/o Hematología, que asumen, cada vez más, la función de tratar y de dar atención médica a los pacientes oncológicos durante su ingreso hospitalario. Estos “médicos de hospital” provienen de especialidades diversas, sobre todo Medicina Interna y, al igual que los intensivistas o los médicos de urgencias, su actividad no se define por atender un tipo de enfermedad “de órgano o sistema” sino más bien por el perfil global de los pacientes y el lugar en que los atienden⁶.

En algunos estudios publicados en los últimos años sobre Cuidados Paliativos tempranos parece que la atención sintomática y psicosocial del enfermo oncológico avanzado dejaría de ser una responsabilidad directa del oncólogo y correspondería a equipos multidisciplinares de Cuidados Paliativos, de modo que su labor pasara a complementar la del oncólogo, centrada únicamente en los tratamientos antitumorales⁷.

2. Integración de los cuidados: Evolución simétrica de la Oncología y la atención integral. Coordinación entre oncólogo y médico experto en Cuidados Paliativos. Los cuidados y el soporte integral se entienden como un área de capacitación y una habilidad específica dentro de la Oncología, aunque no exclusiva, ya que se puede compartir con otras especialidades.

Desde finales del pasado siglo, la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO: *American Society of Clinical Oncology*) viene recomendando que el oncólogo asuma un papel directo y protagonista en la toma de decisiones referida a los cuidados y la atención del paciente oncológico en su etapa avanzada-terminal. Sin descartar el apoyo, si fuera preciso, de expertos en Cuidados Paliativos⁸. En el año 2005, la misma Sociedad -en colaboración con el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (NCI: *National Cancer Institute*) promovía programas específicos, como el EPEC-Oncology: *End-of-life Care for Oncology*, para mejorar la capacitación del oncólogo en la toma de

decisiones al final de la vida⁹. Y se llegó incluso a alcanzar un consenso entre las sociedades científicas de Oncología americana y europea -ASCO y ESMO (*European Society for Medical Oncology*)- que se concretaba en un decálogo de objetivos comunes para asegurar al paciente oncológico el acceso, la continuidad y la calidad de unos cuidados en los que tienen un papel destacado tanto el respeto a su dignidad como los cuidados multidisciplinarios, el tratamiento del dolor, las medidas de soporte y los cuidados paliativos (Tabla 2)¹⁰.

Más allá de la necesaria implicación de los especialistas en Oncología, resulta evidente la necesidad de que los Cuidados Paliativos asuman un papel relevante en el continuo de la atención integral del cáncer a lo largo de sus diferentes etapas¹¹. En concreto, en los pacientes de mayor complejidad sintomática y en los programas de Cuidados Paliativos domiciliarios pueden ayudar a “rellenar un vacío” asistencial¹². Esta atención integrada facilita la interacción, la educación y el apoyo mutuo entre Cuidados Paliativos la Oncología y se puede entender como una oportunidad para que profesionales de los dos ámbitos afronten en conjunto los problemas y la información relevante de los pacientes. De este modo, se garantiza un mensaje continuado al paciente y a la familia. Y, mientras el médico de Cuidados Paliativos se acerca más aún a la estimación pronóstica y tiene conciencia del plan de tratamiento, el oncólogo puede participar en el control de los síntomas y en el apoyo psicosocial al paciente y a los cuidadores.

EL PROBLEMA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

La actividad asistencial del enfermo ambulatorio, es decir, el que está en su domicilio y acude al centro sanitario para ser atendido en Consulta y/o recibir tratamiento se suele centrar en las Consultas -médicas y de enfermería- y en el Hospital de Día. Este Hospital de Día es un tipo de instalación asistencial que gana protagonismo en los sistemas sanitarios. Su característica distintiva es ofrecer una atención de perfil hospitalario -por su intensidad y su complejidad- sin necesidad de hacer noche y de tener que ocupar una “cama de ingreso”. En el hospital de día oncológico se llevan a



cabo más del 85% de los tratamientos oncológicos, además de transfusiones, estudios diagnósticos -desde simples extracciones de sangre a procedimientos invasivos- y se puede emplear también para mantener en observación a pacientes con riesgo inmediato de complicaciones tras técnicas invasivas e incluso tras intervenciones de cirugía ambulatoria. Este hospital de día oncológico además de ser un lugar físico se puede entender como el núcleo alrededor del cual gira la atención ambulatoria del paciente oncológico. Hasta el punto de que en la actualidad no se concibe la Oncología Médica sin el recurso a estas Unidades¹³.

La otra parte de la labor asistencial propia de la Oncología Médica corresponde a la atención de los enfermos ingresados en unidades hospitalarias. Los pacientes pueden proceder de Urgencias, del hospital de día y/o de las consultas externas de Oncología o de otros Servicios médicos y quirúrgicos. Los principales motivos de ingreso son la agilización de estudios y pruebas diagnósticas, la administración de tratamientos complejos y, sobre todo, las complicaciones derivadas de la enfermedad, de la toxicidad del tratamiento o de procesos intercurrentes (Tabla 3)¹⁴. El peso de un tipo u otro de paciente depende de la situación geográfica, la existencia o no de atención domiciliaria y/o soporte sociosanitario de media o larga estancia, la gestión de los ingresos/altas, la complejidad de los pacientes tratados, la versatilidad y horario del hospital de día oncológico... En conjunto, por ejemplo, se estima que en España los problemas oncológicos suponen cerca de dos millones de ingresos hospitalarios al año¹⁵. Y los Servicios de Oncología Médica son responsables de, al menos, una de cada tres altas con un diagnóstico principal de enfermedad neoplásica¹⁶. Además, las altas dadas por los servicios de Oncología Médica de nuestro medio tienden a crecer -más del 10% entre 2007 y 2013- a la vez que se sigue reduciendo la estancia media -también en torno a un 10%- . Sin embargo, la tasa bruta de mortalidad durante el ingreso en estas unidades parece que tiende a mantenerse estable en torno al 20%.

Los recursos humanos para la atender al enfermo en hospitalización incluyen especialistas en oncología médica y/o los mencionados “médicos de hospital” junto con personal de enfermería con una formación adecuada (enfermeras y auxiliares de enfermería), fisioterapeutas y rehabilitadores, psicooncólogos, trabajadores sociales,

auxiliares administrativos y celadores. Algunos de estos profesionales pueden llevar a cabo su labor en coordinación con otras unidades asistenciales y/o depender de otros servicios¹⁷. En ambientes con menos disponibilidad o menos acceso a Cuidados Paliativos, la mayoría de los pacientes atendidos en una planta de Oncología son enfermos avanzados con una expectativa de supervivencia de pocos meses -la gran mayoría ha fallecido al cabo de un año- y en los que el primer motivo de ingreso es el control de síntomas¹⁸. De modo que en estos escenarios el ingreso en Oncología se puede interpretar como un indicador pronóstico de supervivencia corta y una oportunidad para la planificación adelantada de cuidados y para la derivación a programas de Cuidados Paliativos. En las unidades hospitalarias más amplias y complejas se tienden a disponer de médicos dedicados específicamente a atender estas unidades y a facilitar la continuidad de la atención mediante sistemas de guardias.

La complejidad de la atención que exige un paciente con cáncer justifica que la hospitalización se entienda como un área de desarrollo y capacitación y una habilidad específica dentro de la Oncología. No resulta extraño que los Servicios de Oncología con oncólogos implicados casi en exclusividad a atender a estos enfermos alcancen una valoración más alta en calidad asistencial. Por desgracia, la mayor parte de los oncólogos con años de experiencia prefieren la labor ambulatoria con pacientes de consultas y hospital de día oncológico. Por este motivo, no suelen ser muchos los que muestran ese compromiso y ese interés en la atención integral en la Unidad de Hospitalización porque la mayoría la entienden como una sistemática de trabajo que distinta -y a veces opuesta- a lo que sería su área de interés, generalmente tecnificada y centrada en estudios clínicos y en tratamientos modernos y esperanzadores, y que le impide centrarse en ella. Esto favorece que la atención del enfermo oncológico el ámbito hospitalario sea, cada vez, más exclusiva bien de oncólogos muy motivados o bien de esos “médicos de hospital” de perfil mixto y de procedencia variada. Esta diversidad se traduce en un trato desigual que en ocasiones pudiera hacer entender que se trata de un enfermo “de segunda categoría”.

EL CUIDADO COMO BIEN PRIMARIO UNIVERSAL



La teoría de la *enfermedad de los costes*, también conocida como *efecto Baumol*¹⁹, recuerda que gracias a los avances tecnológicos la fabricación de un producto complejo, como un electrodoméstico, cuesta ahora menos horas de trabajo que hace décadas -algo que se traduce en unas ganancias mayores- pero que hay labores con un componente tecnológico es mucho menor o sencillamente nulo en las que no se aprecia que la productividad se haya optimizado con el paso de los años. Esto lleva, entre otras cosas, a que se resalte más la actuación técnico-instrumental que lo que sea más abstracto y, sobre todo, no tenga una utilidad evidente e inmediata²⁰. Así, mientras que un móvil -aunque no sea de última generación- puede llegar a almacenar miles de canciones que se han descargado de “la nube”, una orquesta tocando una sinfonía emplea el mismo espacio, los mismos músicos, los mismos instrumentos y el mismo tiempo que hace un siglo. Algo similar sucede en el ámbito sanitario donde hay actos médicos con una gran carga de tecnología -como endoscopias, cirugías complejas robotizadas, estudios biomoleculares...- que son ahora más eficientes y probablemente más rentables mientras a diferencia de la atención clínica -que es el fundamento de los cuidados y del soporte avanzado-, que no entra en este perfil. Estos cuidados, que ayudan a controlar el dolor y el sufrimiento, que mejoran la calidad de vida y la autoestima, requieren profesionales cualificados y vocacionales de medicina, enfermería, psicología, trabajo social... que hacen ahora una labor asistencial muy similar a la que se hacía hace años.

Es evidente que una labor que exige que trabajen tantos profesionales sin poderlos sustituir por tecnología resulta muy cara y es fácil que caiga en la sospecha de que se trata de algo que no resulta ni rentable ni sostenible. Y, además, esta falta de tecnología le quita brillo ante una sociedad a la que le deslumbra el brillo de los avances tecnocientíficos (*esa fotoeficiencia* que es pura imagen, pero que siempre es valorada por gestores y políticos) y para la que unos cuidados de calidad son algo gris, poco perceptible²¹.

La construcción biomédica de la enfermedad (lo que en inglés se entiende por *disease*) no siempre coincide con la elaboración social, cultural y popular de la misma (lo que en inglés sería *illness/sickness*). Es preciso diferenciar entre el sentido médico o *técnico*

que tiene la enfermedad para los profesionales de la salud y el que tiene para los propios enfermos²². El paciente es un sujeto moral, por eso es fundamental que en el encuentro clínico se tenga en cuenta su sufrimiento. De ahí surge de ahí el concepto de “cuidado esencial” como un bien primario y una categoría moral. Un “cuidado esencial” que es un elemento esencial del cuidado -también en el enfermo oncológico- que se identifica con la actitud de afrontar el sufrimiento. Esta actitud es una decisión de no hacer dejación de la medicina centrada en el paciente y es algo previo al compromiso práctico de aliviarlo, por lo que se podría denominar también actitud de cuidados²³.

Si se entiende al ser humano como alguien abierto a los otros, con una antropología de simpatía (inclinación afectiva) y de empatía (identificación con la persona y sus sentimientos) y con “una comprensión de uno mismo desde el otro, con relación al otro y en el otro”, es coherente que el principio del cuidado se contemple como actitud y como compromiso práctico, es decir, como una manera de atender las necesidades del otro, del *prójimo*²⁴. Hasta el punto de que el cuidado por sí mismo o complementado con las terapias antineoplásicas sería el paradigma del ejercicio de las virtudes en la práctica clínica: “para ser bueno -para ser un *buen médico*- hay que cuidar”²⁵. Un cuidado que perdería su sentido si el objetivo fuese cuidar *para poder administrar* terapias antineoplásicas. Aunque esa atención fuera legítima y útil no se podría identificar con el “cuidado esencial”.

Los cuidados, por otra parte, se combinan con la atención al paciente. Dentro de nuestro sistema sanitario práctico, técnico e intervencionista, “atender” es un concepto que cuesta integrar... Atender, es decir, *prestar atención* supone una actitud de acercamiento psicológico, de preocupación, de interés, de escucha. Algo ajeno a los avances tecnológicos que para muchos resulta no solo demasiado pasivo sino carente de resultados materiales objetivables. Sin embargo, esta atención es uno de los ejes del cuidado y de la relación interpersonal. De hecho, la propia atención es una forma de cuidado: para cuidar hay que atender y atender es una forma de cuidar.



En buena medida, las limitaciones y los sesgos en la atención oncológica que se han descrito previamente y que llevan a primar la parte técnica sobre la parte humana y a derivar el compromiso de cercanía y la atención del paciente complejo y sintomático -a veces ingresado en camas de hospitalización- son una consecuencia del olvido del cuidado esencial que debería marcar el compromiso con la labor médica asistencial. Y, por tanto, para poder revertir esta situación haría falta volver a poner el acento en esa cercanía, en esa actitud de cuidar y de atender al paciente como persona. Cuanto más nos alejamos de esta actitud, más técnica y menos humana es nuestra labor. Cuanto más nos acercamos lo que sucede es que, al contrario, nos hacemos mejores personas y médicos.

CONCLUSIÓN: “EL ONCÓLOGO INOCENTE”

El libro “El antropólogo inocente” es una crítica en clave de humor de lo que se entiende por estudio de *observación participante* en colectivos humanos²⁶. Se reconoce que la presencia del observador, aunque parezca intrascendente, puede alterar los resultados porque en antropología, al igual que en muchas ciencias sociales, este observador puede interferir involuntariamente en el grupo observado y modificar su conducta y, con ello, los resultados del estudio.

Como el antropólogo, también se podría entender que hay un *oncólogo inocente* que puede sentir que es ajeno al medio, que es objetivo y que no influye en lo que observa. Y este oncólogo, desde su aparente inocencia, podría concluir que los cuidados desde su concepción de actitud de cuidados, de cuidado esencial, hasta su expresión instrumental son sencillamente algo entre ajeno y secundario en la Oncología. Y podría incluso estar convencido de que el compromiso con la atención -en su acepción activa- y con el cuidado de la persona, del paciente oncológico, no son un componente esencial de la especialidad. Este oncólogo sería en el fondo más que inocente, ingenuo porque estaría influyendo en el medio y mostrando sencillamente su modo de ver y su propio sesgo -propio del momento- que le aparta de la clínica y de la atención del

paciente como persona. Cada uno de tantos oncólogos inocentes es responsable de ir alejando inconscientemente la Oncología del enfermo oncológico.

Sería preciso abrir un debate que ayudara a definir cuál es el futuro de la atención del enfermo oncológico: cuánto de esta atención es pura técnica y cuánto va a serlo en el futuro, cuánto son nuevos fármacos y cuánto van a serlo en el futuro y cuánto es atención integral y cuánto va a serlo en el futuro. Ojalá fuéramos conscientes de que es preciso que se mantenga el interés y el peso en los cuidados y que no se cometa la imprudencia de hacer que pierdan su carta de ciudadanía para pasar a ser algo auxiliar, secundario o -al menos- ajeno; poco más que un complemento necesario pero incómodo y, por supuesto, delegable en otros profesionales. La actitud que merece la dignidad de la persona enferma por parte de los profesionales de la Oncología se queda corta si sencillamente se dedican a “recetar” -a pautar tratamientos-, hacer análisis, solicitar estudios de imagen y controlar constantes: la dignidad del paciente merece algo más. Haría falta recordar eses aforismo que debería ser el lema de la actividad del oncólogo: “hay que tratar al paciente, no solo al cáncer”²⁷. Y este tratar al paciente supone no solo cuidar a la persona, sino partir de una actitud esencial de cuidado. Está en nuestra mano que el componente humano -de preocupación, de cercanía- propio de la actitud esencial de cuidado y de la práctica de este cuidado no sea una mera teoría, sino que llegue a ser una práctica eficaz, capaz de mejorar la calidad de vida y aliviar los síntomas. Sin olvidar que cuidar refuerza la dignidad tanto del que cuida como del que es cuidado.



Tabla 1. Modelos de trabajo en Oncología.

TIPOS	PARADIGMA DOMINANTE	CARACTERÍSTICAS	REFLEXIÓN
Clínica	Modelo biopsicosocial con poca implicación en la biología molecular Se centra en la persona con cáncer	Interrelaciona los parámetros clínicos y los cuidados de los pacientes con cáncer para mejorar la atención global centrada en el sentido y la dimensión humana de la medicina	El oncólogo clínico realiza buena atención, pero se podría mejorar al integrar los recursos diagnósticos y terapéuticos de la biología molecular
Molecular	Modelo mecanicista u organicista. Se centra en la célula tumoral	Interrelaciona las alteraciones moleculares de las distintas neoplasias para encontrar elementos comunes útiles en el diagnóstico y la terapia del cáncer	El oncólogo molecular suele limitar su implicación en la atención clínica y el cuidado del paciente oncológico La inercia de la Oncología molecular sin la sinergia de la clínica y cuidado lleva a una <i>Oncología líquida</i>
Integral	Modelo biopsicosocial con implicación en la biología molecular. Se centra en la sinergia y la interrelación entre el cáncer y la persona que lo padece	Integra de modo sinérgico la mejor atención clínica y cuidados del paciente y su entorno con los avances diagnósticos y terapéuticos basados en la biología molecular	El oncólogo clínico y molecular que realiza buena atención con unos resultados finales óptimos al integrar los recursos diagnósticos y terapéuticos de la biología molecular

Tabla 2.Objetivos comunes para asegurar el acceso, la continuidad y la calidad de los cuidados en pacientes oncológicos.

Acceso a la información sobre la propia enfermedad y los tratamientos.
Respeto a la privacidad, la confidencialidad y la dignidad.
Acceso a la historia clínica.
Recursos de prevención del cáncer.
Ausencia de discriminación.
Apoyar la capacidad del paciente de participar en la toma de decisiones y respeto a su capacidad de elegir y/o buscar una segunda opinión.
Cuidados multidisciplinares.
Acceso a nuevos tratamientos y ensayos clínicos.
Planes de atención para supervivientes.
Tratamiento del dolor, medidas de soporte y cuidados paliativos.



Tabla 3. Perfiles de los motivos de ingreso hospitalario en Oncología.

Fase de "estudio": facilitar o agilizar las pruebas diagnósticas.
Tratamientos complejos y/o de alto riesgo.
Complicaciones y efectos secundarios de los tratamientos oncológicos.
Complicaciones derivadas directamente del proceso neoplásico.
Complicaciones intercurrentes no oncológicas.
Complicaciones médicas y/o psico-sociales derivadas de la situación avanzada que no razonable manejar en su domicilio.

REFERENCIAS

- ¹ Jackson VA, Mack J, Matsuyama, Lakoma MD, Sullivan AM, Arnold RM, et al. A qualitative study of oncologists' approaches to end-of-life care. *Journal of Palliative Medicine*. 2008; 11; 893–906.
- ² Barón Duarte FJ, Rodríguez Calvo MS, Amor Pan JR. La agresividad terapéutica y la oncología líquida. *Cuadernos de Bioética*. 2017; 28: 71-81.
- ³ López-Ríos F, Concha A, Corominas JM, García-Caballero T, García-García E, Iglesias M, et al. Consenso de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP) y de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) sobre la determinación de HER2 en el carcinoma gástrico. *Revista Española de Patología*. 2011; 44: 32-48.
- ⁴ ¿Por qué los estudiantes de Medicina rechazan la Oncología? *La Voz de Galicia*. 3 de junio 2019.
<https://www.lavozdegalicia.es/noticia/sociedad/2019/06/02/estudiantes-medicina-rechazan-oncologia/00031559491044639304951.htm>
- ⁵ Atlas KR. The hospitalist model and oncology: Oncologist opinions about inpatient cancer care delivery. *The Oncologist*. 2020; 25: e2006-e2009.
- ⁶ Baudendistel TE, Wachter RM. The evolution of the hospitalist movement in the USA. *Clinical Medicine*. 2002; 2: 327-30.
- ⁷ Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England Journal of Medicine*. 2010; 733-42.
- ⁸ American Society of Clinical Oncology: Cancer care during the last phase of life. *Journal of Clinical Oncology*. 1998; 16: 1986-96.
- ⁹ Hauser JM, Preodor M, Roman E, Jarvis DM, Emanuel L. The evolution and dissemination of the education in palliative and end-of-life care program. *Journal of Palliative Medicine*. 2015; 18: 765-70.
- ¹⁰ American Society of Clinical Oncology, European Society for Medical Oncology. ASCO-ESMO consensus statement on quality cancer care. *Annals of Oncology*. 2006; 17: 1063-4.
- ¹¹ World Health Assembly, 67. (2014). Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. [consultado 20 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/162863>



-
- ¹² Finlay E, Rabow MW, Buss MK. Filling the gap: Creating an Outpatient Palliative Care Program in your Institution. American Society of Clinical Oncology. Educational Book. 2018; 38: 111-121.
- ¹³ Jara Sánchez C, Ayala de la Peña F, Virizuela Echaburu JA. Hospitales de día en Oncología. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica; 2015.
- ¹⁴ Aranda Aguilar E, Benavides Orgaz M, Casas Fernández de Tejerina AM, Felip Font E, Garrido López MP, Rifá Ferrer J. Primer libro Blanco de la Oncología Médica en España. Dossier 2006. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica; 2007.
- ¹⁵ Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas del cáncer. Disponible en: <http://www.ariadna.cne.isciii.es>.
- ¹⁶ Sociedad Española de Oncología Médica. Informe RECALOM. Recursos y calidad en Oncología Médica. 2015. [consultado 20 de agosto de 2021]. Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/RECAL_OM_Informe_20151021.pdf
- ¹⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidades asistenciales del área del cáncer Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
- ¹⁸ Rocque G, Barnett, Illig L, Eickhoff J, Bailey H, Campbell T, et al. Inpatient hospitalization of oncology patients: are we missing an opportunity for end-of-life care? Journal of Oncology Practice. 2013; 9: 51-4.
- ¹⁹ Baumol WJ. The cost disease: why computers get cheaper and health care doesn't. New Haven: Yale University Press; 2013.
- ²⁰ Torralba i Roselló F. Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas. 2ª edición. Barcelona: Mapfre Medicina; 2006.
- ²¹ Barón FJ. Sanz A. Cuidar y asistir: ¿hijos de uno dios menor? Cuadernos de Bioética. En prensa.
- ²² Martínez Hernáez A. Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Antropos, Barcelona, 2008.
- ²³ Kleinman AM. What kind of model for the anthropology of medical system? American Anthropologist. 1977; 80: 661-5.
- ²⁴ Kasper W. El desafío de la misericordia. Maliaño: Sal Terrae; 2015.
- ²⁵ Macintyre A. Tras la virtud. Barcelona: Crítica; 2001.

²⁶ Barley N. El antropólogo inocente. Barcelona: Anagrama; 2006

²⁷ Tannock IF. Treating the patient, not just the patient. The New England Journal of Medicine. 1987; 317: 1534-5.



RECETARIO LIBRE DE GLUTEN, CASEÍNA, SOJA Y AZÚCAR DIRIGIDO A PADRES Y DOCENTES DE NIÑOS CON AUTISMO.

GLUTEN, CASEIN, SOY AND SUGAR FREE RECIPE'S BOOK FOR PARENTS AND TEACHERS OF CHILDREN WITH AUTISM.

Rojas Anatty¹, García Milaidi², Rojas María³, Bruce Gauciry⁴, Padilla Rubén⁵

RESUMEN

Introducción: El Síndrome Autista es un trastorno resistente a los tratamientos psico-educativos y biológicos. La adopción de dietas exentas en gluten, caseína, soja y azúcar parecen representar una alternativa tranquilizadora para estos niños además de contribuir a minimizar sus problemas malabsortivos; sin embargo, el efecto positivo de este tipo de dietas suele ser obviado e incluso ignorado por los padres. **Objetivo:** Proponer un recetario libre de gluten, caseína, soja y azúcar adaptado a los conocimientos de padres y docentes de niños con autismo pertenecientes a dos centros de educación especial del estado Mérida-Venezuela. **Material y métodos:** Investigación descriptiva-transversal. Se aplicó un formulario de recolección de datos en dos oportunidades (pretest y post test) contentivo de las variables objeto de interés. El análisis estadístico se hizo mediante frecuencias, tablas de contingencia y estadísticos descriptivos. **Resultados:** Se estudio la población total de padres y representantes (26 individuos). Hubo cambios en el porcentaje de padres y docentes que desconocían el autismo tras la intervención (recetario): padres (38%Vs.54%) docentes (27%Vs.42%). Antes del recetario los docentes poseían mayores conocimientos sobre la alimentación del niño con autismo que los padres (23%Vs.19%), luego de la intervención se equiparó. Tras la presentación del recetario la alimentación se tornó en un aspecto muy importante para las personas estudiadas

¹Licenciada en Nutrición y Dietética (ULA). Licenciada en Educación Integral (ULA). Profesor Asistente Escuela de Nutrición y Dietética (ULA). Maestrante en Desarrollo Agrario (CERA/ULA). Coordinadora de Pasantía Comunitaria, Escuela de Nutrición y Dietética ULA. Consejera en Lactancia Materna (UNICEF-PROINAPSA). Coach Ontológico. Conferencista/investigador.

²Licenciada en Nutrición y Dietética (ULA). Magíster en Nutrición (Universidad de Carabobo). Doctoranda en Antropología (ULA). Metodólogo (ULA). Profesor Asociado Escuela de Nutrición y Dietética (ULA). Consultor/Conferencista/Investigador

³Licenciada en Nutrición y Dietética (ULA). Especialista en Nutrición Clínica (IAHULA).

⁴Licenciada en Nutrición y Dietética (ULA). Magister en Desarrollo Agrario (CERA/ULA). Doctoranda en Antropología (ULA). Profesor Asociado Escuela de Nutrición y Dietética (ULA) Consultor/Conferencista/Investigador

⁵Médico Cirujano (ULA). Especialista en Pediatría y Puericultura. Médico Pediatra Hospital Sor Juana Inés de la Cruz, Mérida-Venezuela.

(50% y 42%). **Conclusiones:** El recetario propuesto tuvo buena aceptabilidad, representa además una buena alternativa de educación nutricional para los padres y docentes que ayuda a mejorar los síntomas y calidad de vida de los niños con autismo.

Palabras claves: recetario, no gluten, no caseína, no soja, no azúcar, autismo, padres, docentes.

ABSTRACT

Introduction: The Autistic Syndrome is a disorder resistant to psycho-educational and biological treatments. The adoption of diets free of gluten, casein, soy and sugar seems to represent a reassuring alternative for children, also, helps to mitigate their malabsorptive problems. However, the positive effect of the diet in this kind of children is under valorizing by parents. **Objective:** To propose a gluten, casein, soy, and sugar free recipe book adapted to the knowledge of parents and teachers of children with autism belonging to two special education centers in the state of Merida-Venezuela. **Material and methods:** Descriptive, transversal-analytical research. A census was conducted in 26 parents and teachers. Was designed a data collection form containing the variables of interest, consisting of items of open and closed type. This was applied twice (pre-test and posttest). For the analysis of the information were used: frequencies, contingency tables, and descriptive statistics. **Results:** there were changes in the percentage of parents and teachers who did not know about autism after the intervention: parents (38% Vs.54%) teachers (27% Vs.42%). Before the cookbook the teachers had more knowledge of the feeding of the child with autism than the parents (23% Vs.19%), after the intervention was equated. After the presentation of the recipe, the diet free of gluten and casein is very important for most (50% and 42%). **Conclusions:** The recipe was well accepted among the population studied and represents a great alternative of nutritional education for parents and teachers of children with autism.

Key words: cookbook, no gluten, no casein, no soy, no sugar, autism, parents, teachers

INTRODUCCIÓN

Según Wing citado en ⁽¹⁾ el autismo, es un trastorno del desarrollo, muy complejo y heterogéneo, que presenta alteraciones, en mayor o menor grado de las capacidades de reconocimiento social, comunicación social, imaginación y comprensión social y la presencia de patrones repetitivos de la actividad. Paluszny citado en ⁽²⁾ lo destaca como un síndrome de la niñez, caracterizado por falta de relaciones sociales, carencia de habilidades para la comunicación, rituales compulsivos persistentes y resistencia al cambio. La etiología del autismo parece ser multifactorial e involucra factores genéticos, ambientales, metabólicos e inmunológicos, los que actúan en el metabolismo de la neurotransmisión cerebral. Algunos de los síntomas del niño con



autismo son: hiperactividad, ámbitos atencionales muy breves, impulsividad, agresividad, conductas auto lesivas y rabietas.⁽³⁾

Datos recientes, han revelado que el autismo o también denominado como “Trastornos del Espectro Autista (TEA)”, ha experimentado un incremento del 17% en los últimos años; ya que uno de cada sesenta y ocho (1*68) nacimientos en el mundo presenta autismo⁽⁴⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que uno de cada cien niños presenta TEA (1*100)⁽⁵⁾ encontrándose en 2 o 3 de cada mil personas⁽⁶⁾. En el caso venezolano, no se cuenta con un registro actualizado que detalle a exactitud cuántos niños y adultos en el país cursan con esta enfermedad; sin embargo, algunas estimaciones señalan que, de cada 45 niños nacidos en el país, uno presenta esta condición.⁽⁷⁾

El autismo, es un problema de salud importante y una contrariedad de tipo educativa; al incidir negativamente en el aprendizaje de aspectos relevantes de la vida cotidiana, como es el comer. Algunas de las distorsiones más frecuentes en la conducta alimentaria son la ingesta selectiva y el pobre apetito⁽⁸⁾. Constituyendo un factor de riesgo tanto para la salud como para el estado nutricional, en los niños con TEA, se ve diezmado el tipo y calidad de nutrientes ingeridos. Se estima que la prevalencia de estos problemas, oscila entre 2 y 35% en niños con desarrollo típico; en niños con discapacidad del desarrollo entre 33 y 80% mientras que en el niño autista, alcanza incluso el 90%⁽⁹⁾

La selectividad al comer, parece guardar relación con los padecimientos fisiológicos con los que cursa el niño autista, 90% de ellos, presentan alguna deficiencia enzimática que les impide metabolizar de forma adecuada las proteínas, en especial, las provenientes de la leche y el trigo, dejándolas como péptidos; lo que sumado a la presencia de la Cándida en el intestino, facilita el paso de estos compuestos al torrente sanguíneo ocasionando la aparición de alérgicas alimentarias⁽³⁾.

Ante estos inconvenientes alimentarios del niño autista (selectividad al comer, pobre apetito y deficiencias enzimáticas), el abordaje nutricional parece ser una herramienta necesaria. Se ha planteado que la implementación de dietas carentes de gluten y caseína parece proporcionar buenos resultados en estos niños, al mejorar no solo su estado nutricional sino también, sus síntomas gastrointestinales, hiperactividad, interacción social y contacto ocular^{(10) (11)}

Otro rasgo de particular interés es el hecho de que estos cambios atribuibles a la dieta, en ocasiones son desconocidos o incluso minimizados por padres y cuidadores de niños con autismo, como lo manifiestan diversos investigadores⁽¹²⁾. Motivados por ello, se realizó esta investigación cuyo propósito fundamental es Proponer un recetario libre de gluten, caseína, soja y azúcar adaptado a los conocimientos de padres y cuidadores de niños con autismo pertenecientes a un centro de educación especial en Mérida-Venezuela.

Para el alcance del mismo, se planificaron como objetivos secundarios:

- Identificar el origen de la información sobre autismo manejada por los padres y cuidadores de los niños.
- Medir los conocimientos de padres y cuidadores referentes a: autismo, beneficios de una dieta exenta de gluten, caseína, soja y azúcar antes de la intervención nutricional (recetario)
- Diseñar un recetario cónsono con sus conocimientos y usando productos locales.
- Medir los conocimientos y aceptación del recetario propuesto en los padres y cuidadores de los niños con autismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo y diseño de estudio

No experimental. Descriptiva, transversal y analítica.

Población y muestra



La población estuvo conformada por los padres y docentes de niños con autismo matriculados en dos centros de educación especializados en diversidad funcional del municipio Libertador del estado Mérida (Venezuela). Su participación fue voluntaria, tomándose la totalidad de ellos, 26 individuos, es decir, se trabajó con un censo⁽¹³⁾

Técnicas e instrumentos de recolección de los datos.

Para el diseño del instrumento se empleó la metodología de operacionalización de las variables y su validación por juicio de expertos⁽¹⁴⁾. La técnica de recolección de datos utilizada fue la encuesta y el instrumento el formulario. Este se estructuró en 18 preguntas de tipo cerrado (dicotómicas- policotómicas) y abiertas. Se indagó acerca de aspectos sociodemográficos de los padres y docentes: edad y nivel educativo, conocimientos acerca del autismo (causas, edad en la que se detectó la presencia de la misma en el niño).

Otras variables estudiadas fueron: conocimientos referentes a la alimentación (importancia de la alimentación para el niño con autismo, alimentos desencadenantes de conductas inapropiadas, alimentos favorecedores de cambios en la conducta, importancia de la omisión de elementos de los alimentos como la caseína, el gluten, soja y azúcar) y las fuentes de las cuales habían obtenido información sobre alimentación en el autismo (familiar, personal de salud, comunidad y otras).

El formulario fue aplicado en dos oportunidades, (pre-test y post test); siendo el mismo diseño para ambos casos. La intervención previa, se efectuó en la totalidad de los padres y docentes, para realizar un sondeo acerca de sus conocimientos acerca de la influencia de la alimentación en la conducta del niño autista. Tras esta mediación, se planificó el recetario el que fue suministrado a padres y docentes. Luego, se aplicó de nuevo el formulario descrito, para detectar cualquier cambio en sus conocimientos respecto a los efectos de la alimentación en el niño con autismo y se preguntó, además, la apreciación acerca del recetario.

Descripción de la propuesta: Recetario “Amor sin Límite”. Dieta libre de Gluten, Caseína, Soja y Azúcar.

Este incluyó preparaciones libres de gluten, caseína, soja y azúcar, dirigido a los padres y docentes de niños con autismo de los centros de educación especial estudiados, para su realización se llevaron a cabo las siguientes fases:

Diagnóstico

Tras la aplicación de un pre-test, se determinó que el nivel de conocimiento de los padres y docentes sobre la alimentación del niño con autismo era bajo por lo cual, se evidenció la necesidad de implementar una estrategia educativa capaz de ampliar sus conocimientos referentes a la alimentación del niño con autismo. Por ello, se diseñó el recetario.

Diseño

Incluyó la planificación del contenido, imágenes e ilustraciones a utilizar, formato, colores, tipo y tamaño de letra.

Desarrollo

Luego del diseño del recetario por parte de un equipo interdisciplinario (nutricionistas-diseñador gráfico) se procedió a reproducirlo en pequeña escala.

Implementación

Esta se hizo mediante la ejecución de un taller educativo, donde se dio a conocer el recetario y se elaboraron algunas de las preparaciones descritas en el mismo.

Evaluación

Se realizó mediante la aplicación de un pos-test, donde se determinó el conocimiento de los padres y docentes luego de la ejecución del taller educativo, del mismo modo se midió el grado de aceptación del recetario por parte de los padres y docentes.

Análisis Estadístico de los Datos



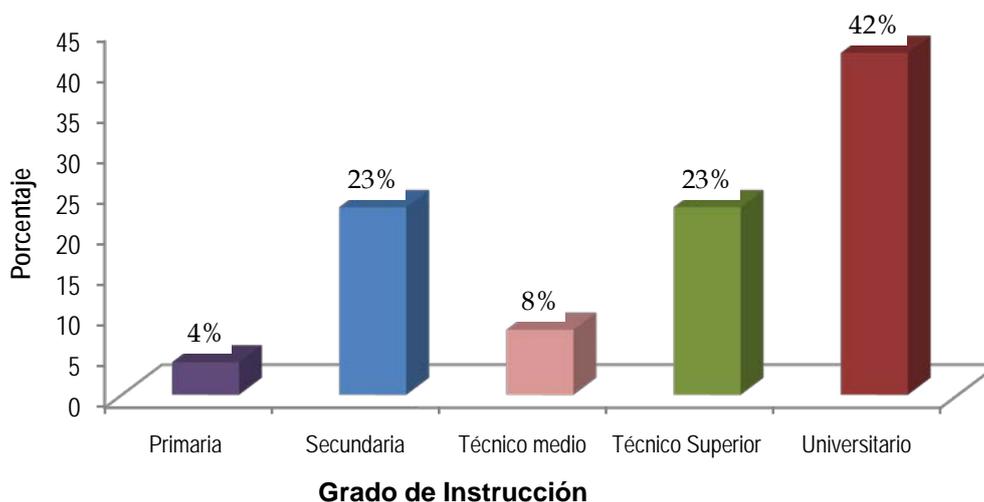
La información fue vaciada en una base de datos diseñada en el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS en su versión 15.0. Se obtuvieron frecuencias para medir las características sociodemográficas de los padres y docentes y conocimientos acerca de los efectos de la alimentación en el autismo, también valorar las percepciones acerca del recetario.

RESULTADOS

La población fue dividida en dos grupos, el de los padres: 58% (15 personas) y el de los docentes 42% (11 personas).

En el Gráfico 1, se presenta el grado de instrucción de la población estudiada; la mayor parte de ellos alcanzaron educación universitaria completa 42% (11 personas), 23% (6 personas) secundaria y técnico superior, cada uno respectivamente; técnico medio 8% (2 personas) y por último, educación primaria 4% (1 persona).

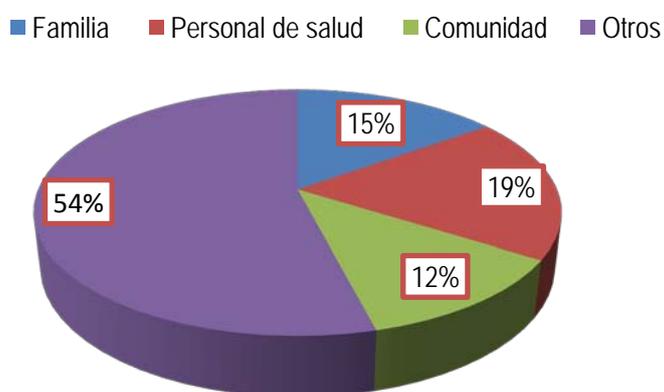
Gráfico 1. Distribución de la población según grado de instrucción.



Fuente: Encuesta: estrategias educativas nutricionales para padres y docentes de niños con autismo. Mérida, 2017.

En el Gráfico 2, se presenta el origen o proveniencia de la información sobre alimentación en el autismo de los padres y docentes de los niños con autismo estudiados. La mayor parte de los conocimientos en esta temática provinieron de «otros» es decir medios de comunicación masiva (radio, prensa, televisión) y redes sociales e internet (54%), le sigue personal de salud (19%), familia (15%) y comunidad (12%).

Gráfico 2. Origen de la Información sobre alimentación del niño autista en los padres y docentes estudiados.



Fuente Encuesta: estrategias educativas nutricionales para padres y docentes de niños con autismo. Mérida, 2017.

En las tablas siguientes, se comparan aspectos diversos como: conocimientos sobre la enfermedad, conocimientos sobre la alimentación en el autismo, beneficios de la alimentación exenta de gluten, trigo, soja y azúcar antes y después de la implementación del recetario., tanto en padres como en docentes de niños autistas.

En la Tabla 1, se presenta cómo estuvo el conocimiento acerca del autismo en los padres y docentes de los niños autistas estudiados, antes y después de la implementación del recetario. Antes del recetario los docentes poseían más conocimientos sobre el autismo que los padres (63,63% Vs 33,33%).



Tras La implementación del recetario, los conocimientos referentes al autismo incrementaron en ambos grupos, siendo del total conocimiento de los docentes 100% y del 93,3% de los padres, mostrándose desconocimiento solo en 6,67% de estos.

Tabla 1. Conocimientos en padres y docentes sobre el autismo antes y después del diseño del recetario.

Conocimientos sobre autismo	Antes del Recetario				Después del Recetario			
	Padres		Docentes		Padres		Docentes	
	N.º	(%)	N.º	(%)	N.º	(%)	N.º	(%)
Si	5	33,33	7	63,63	14	93,33	11	100
No	10	66,67	4	36,37	1	6,67		
Total	15	100	11	100	15	100	11	100

Fuente: Encuesta: estrategias educativas nutricionales para padres y docentes de niños con autismo. Mérida, 2017.

En la Tabla 2, se presenta cómo fueron los conocimientos sobre la alimentación del niño autista en los padres y docentes estudiados, antes y después de la presentación del recetario. Antes del recetario, los docentes poseían más conocimientos referentes a la alimentación de los niños con autismo que los mismos padres (54,54% Vs. 33,33%). Luego de la intervención nutricional, esto se equiparó, ya que en ambos grupos predominó la presencia de conocimientos en esta área.

Tabla 2. Conocimientos en padres y docentes sobre la alimentación del niño con autismo antes y después del diseño del recetario.

Conocimientos sobre alimentación	Antes del Recetario		Después del Recetario	
	Padres	Docentes	Padres	Docentes

en el autismo	N.º	(%)	N.º	(%)	N.º	(%)	N.º	(%)
Si	5	33,33	6	54,54	15	100	11	100
No	10	66,67	5	45,45				
Total		100	11	100	15	100	11	100

Fuente: Encuesta: estrategias educativas nutricionales para padres y docentes de niños con autismo. Mérida, 2017.

En la Tabla 3, se presenta la importancia que tuvo para los padres y docentes de niños con autismo el suministrar una dieta libre de gluten, caseína, soja y azúcar para los niños con autismo. Antes del recetario, la dieta era «muy importante» para los docentes más que para los padres (54,55% Vs. 33,33%); mientras que en medianamente importante se observó comportamiento inverso (40% Vs. 9,1%). Tras la presentación del recetario, se pone de manifiesto que tanto para padres como para docentes la dieta libre de gluten y caseína se tornó en muy importante en su mayoría 86,67% y 100%, respectivamente.

Tabla 3. Importancia de los beneficios de una dieta libre de gluten, caseína, soja y azúcar para los padres y docentes de niños con autismo antes y después del diseño del recetario.

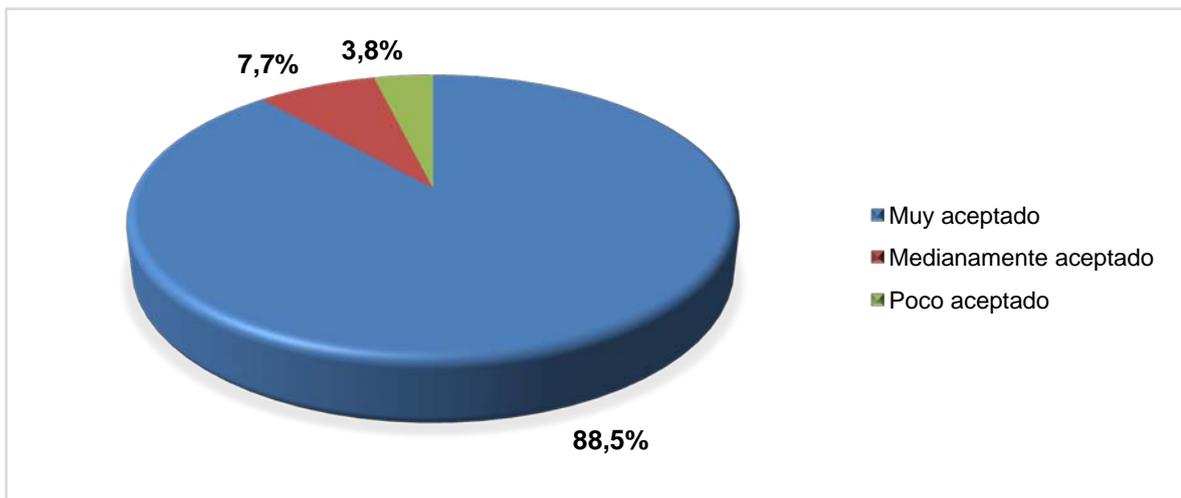
Importancia de la dieta libre de gluten, caseína, soja y azúcar	Antes del Recetario		Después del Recetario	
	Padres (%)	Docentes (%)	Padres (%)	Docentes (%)
Muy importante	33,33	54,55	86,67	100
Medianamente importante	40	9,1	13,33	
Poco importante	26,67	36,36		
Total	100	100	100	100



Fuente: Encuesta: estrategias educativas nutricionales para padres y docentes de niños con autismo. Mérida, 2017.

En el Gráfico 3, se muestra el grado de aceptación que tuvo el recetario propuesto entre los padres y docentes de los niños con autismo estudiados. Se evidencia que este fue muy aceptado en 88,5%, medianamente aceptado en 7,7% y poco aceptado en 3,8%. Este último, se debió a la falta de aceptación de la condición del niño (autismo) por parte de ciertos padres, quienes restan importancia a los beneficios que una dieta libre de gluten, caseína, soja y azúcar que le podría proporcionar a sus hijos.

Gráfico 3. Grado de Aceptación del recetario propuesto por parte de los padres y docentes de los niños con autismo.



Fuente: Encuesta: estrategias educativas nutricionales para padres y docentes de niños con autismo. Mérida, 2017

En las próximas líneas, se mostrará la estructura y parte del Recetario “Amor sin Límite”. Dieta libre de Gluten, Caseína, Soja y Azúcar,

Presentación: El recetario es una recopilación de alternativas nutricionales para efectuar una dieta sin gluten, caseína, soja y sin azúcar, como ayuda a los padres y docentes de niños con autismo. Las recetas fueron creadas como una iniciativa para las madres de niños con este síndrome, que han buscado alternativas para alimentar a sus

hijos. Se incluyeron recetas sencillas de preparar y cuyos ingredientes son de fácil obtención en el mercado.

Contenido del Recetario Propuesto:

Platos salados: Nuggets de pollo sin harinas y sin freír, hamburguesas con semilla de girasol, crema de espinacas, arroz con pollo, pasta con salsa de zanahoria y auyama, salsa de vegetales para las pastas, vegetales sudados, tortitas de plátano verde.

Desayunos: Arepa de yuca, pan de yuca, pan de garbanzos, panquecas, panquecas de cambur, crepes de harina de arroz.

Para untar: mantequilla de coco, mermelada casera, puré de manzana o pera.

Galletas, tortas, y ponqués: Galletas de coco sin hornear, brownies sin gluten y sin huevo, ponquesitos de manzana y canela, ponquesitos de cambur y almendra, torta de manzana o pera.

Gelatinas y Bebidas: Gelatina de chocolate, batido de mango.

Glosario: definición de dátiles, goma xanthan, stevia, xilitol.

Nota final: La dieta libre de gluten, caseína, soja y azúcar, no es una dieta fácil, toma tiempo acostumbrarse, pero se puede, estamos seguros que vale la pena el esfuerzo. La vida con Autismo puede ser tan feliz y satisfactoria como la tuya. En esas vidas, se pueden compartir bellas e inolvidables experiencias.



COCINA AMOR SIN LÍMITES

RECETAS LIBRES DE GLUTEN, CASEINA, SOYA Y SIN AZÚCAR



Galletas, Tortas y Panques	Galletas, Tortas y Panques
<p>PONQUESITOS DE MANZANA Y CANELA</p> <p>INGREDIENTES SECOS 1,5 taza de harina de arroz 1/2 cda de goma xantán 6 cdas de almidón 1 cda de polvo para hornear 1 cda de bicarbonato de sodio 1/2 cda de canela en polvo</p> <p>OTROS INGREDIENTES 1/4 de taza de leche vegetal (arroz, almendra, coco) 1/2 taza de puré de manzana 1 cda de extracto de vainilla 1 manzana grande pelada y cortada en pedacitos pequeños</p> <p>PREPARACIÓN Precalentar el horno a (180oc). Preparar los moldes para los panquesitos. Agregar en una taca todos los ingredientes secos y mezclarlos bien. En otro taca mezclar el puré de manzana, la leche vegetal y el extracto de vainilla. Usar poco a poco la mezcla líquida con la mezcla seca. Revolver bien. Si al final la masa queda muy espesa agregar agua, si queda muy líquida agregar un poco de harina de arroz. Al final agregar la manzana en trozos y mezclar muy bien. La masa debe quedar bastante espesa. Colocar la mezcla en los moldes. Hornear durante 20 minutos hasta que quedan dorados. Enfriar y comer.</p> 	<p>PONQUESITOS DE CAMBUR Y ALMENDRAS</p> <p>INGREDIENTES 2 cambures maduros 1 taza de almendras o harina de almendras 2 huevos Canela al gusto</p> <p>PREPARACIÓN Precalentar el horno a (180°C). Preparar los moldes para los panquesitos, con los vasos de papel para panquesitos. Procesar las almendras en la procesadora o licuadora de alimentos o utilizar harina de almendras. Agregar los yemas de huevo, mezclar. Agregar canela al gusto, mezclar. Batir las claras a punto de nieve, incorporarlas suavemente a la mezcla. Colocar la mezcla en los moldes para panqués. Hornear hasta que quedan dorados. Enfriar y saborear.</p> 

DISCUSIÓN

Respecto a los conocimientos sobre el autismo presente en los padres y docentes estudiados, pueden señalarse varios planteamientos, a) la información sobre autismo y alimentación del niño autista fue obtenida principalmente de otros medios de

Platos Salados

BATIDO DE MANGO

INGREDIENTES
 1 mango grande o 2 pequeños
 Agua (la cantidad necesaria para lograr la textura deseada)

PREPARACIÓN
 Poner en la licuadora toda la fruta y agua. Licuar hasta obtener la consistencia cremosa. La cantidad de agua depende de la textura deseada. Puede utilizar cualquier fruta de su preferencia.



De su Interés

Dátiles:
Es una fruta seca, que ofrece alto valor nutritivo y energético. Son ricos en azúcares y minerales, una buena fuente de fibra soluble que ayuda a combatir el estreñimiento y posee fitonutrientes con efectos antioxidantes.

Goma xanthan:
Se utiliza en la industria alimenticia para hacer que los productos sean más espesos y es un ingrediente utilizado muy a menudo en las recetas sin gluten. Tiene un efecto sobre las propiedades de los alimentos: textura, liberación de aroma y apariencia. Funciona como espesante.

Stevia:
La Stevia (caajé, estevia o azúcar verde) es una planta de la familia del girasol. La Stevia se cultiva por sus hojas dulces. Se utiliza como edulcorante en diferentes presentaciones polvo, líquida, hojas deshidratadas.

Xilitol:
Es un endulzante, se utiliza como sustituto del azúcar, ya que posee aproximadamente el mismo valor de dulzura relativa con respecto a la sacarosa.

Significado de las Siglas:
cda = cucharadita, cdas = cucharaditas, cda = cucharada, cdas = cucharadas.

comunicación masiva (internet), seguida por el personal de la salud y familia; b) Los conocimientos acerca del autismo en ambos grupos antes y después de la presentación del recetario variaron según la población estudiada ya que antes del recetario, eran los docentes quienes poseían más conocimientos acerca de la

enfermedad. El comportamiento observado, ratifica que el autismo sigue siendo una enfermedad subestimada entre la sociedad venezolana, ya que un importante porcentaje de los padres y docentes manifestaron desconocer que era el trastorno del espectro autista, sus causas y las pautas a seguir para la alimentación de estos niños.

Estos vacíos en el conocimiento sobre el autismo observados en los padres y docentes venezolanos ponen de manifiesto la inexistencia programas específicos dirigidos a esta población en particular y, a su entorno familiar. Estos hallazgos son confirmados por lo manifestado por Altuve en 2018⁽⁷⁾ quien en su reportaje titulado: *Autismo en Venezuela: sin cifras actualizadas y con una legislación engavetada*, pone de manifiesto, la falta de acciones importantes en este sentido en el país, se deben a la ignorancia existente entre la sociedad acerca de la enfermedad y a la menoscabada importancia que prestan los entes gubernamentales por su atención. Caso contrario ocurre en otros países, ya que como reporta Lockner en 2011⁽¹⁵⁾, en países como los Estados Unidos de América, la mayoría de los padres y docentes obtienen información acerca del autismo y la alimentación del niño con autismo a través de talleres informativos dados por personal capacitado de tipo multidisciplinario dirigidos única y exclusivamente a los niños que padecen este tipo de trastorno; lo que pone de manifiesto la necesidad de instaurar este tipo de iniciativas en nuestro país

En lo concerniente a los conocimientos que poseen los padres y docentes de los niños autistas estudiados en cuanto a la alimentación de sus hijos/alumnos, se observó que, en líneas generales, los padres y docentes estudiados manifestaron desconocer la influencia del gluten, de la caseína del azúcar y de la soja sobre el comportamiento del niño con autismo. Debe acotarse que además del desconocimiento, se suma, la carencia de productos nutricionales ajustados a los estándares de los niños con autismo en Venezuela y los existentes son prácticamente inalcanzables dado a su elevado costo. Esto es ratificado por Márquez et al en 2016⁽¹⁶⁾ quienes en su investigación: *Alimentación libre de gluten y caseína para niños/as autistas*, señalaron la necesidad de proveer a la población infantil con diversidad funcional en



condición de autismo, una dieta exenta gluten (trigo, cebada, centeno, avena, malta,) y caseína (proteína láctea: leches de vaca, cabra, suero, queso, yogurt, mantequilla), dado a la notable modificación de conducta que presenta este grupo cuando están bajo la influencia de alimentos ricos en gluten y caseína.

Respecto a la aceptación del recetario «Amor sin Límites, dieta libre de gluten, caseína, soja y azúcar» entre los padres y docentes estudiados, esta fue muy buena, pero lo más importante y satisfactorio para las investigadoras fue que tras la implementación de esta estrategia, se evidencio en la población estudiada, que se reforzaron los conocimientos que algunos de ellos poseían antes de la intervención; además, se fomentó el interés de quienes desconocían los beneficios de una alimentación libre de gluten, caseína, soja y azúcar sobre el comportamiento, signos y síntomas de los niños con autismo.

Basados en lo anterior, se puede ratificar la importancia de dietas controladas en ciertas sustancias (gluten, caseína, soja y azúcar) para el control de los signos y síntomas del niño autista, tal como lo estipula López-Martínez en 2018 ⁽¹⁷⁾ quien realizó una investigación titulada: *Efectos de la supresión del gluten de la dieta en la conducta de niños autistas*, en la cual evaluó la eficacia de una dieta libre de gluten sobre la conducta del niño autista; determinando que alimentos como el trigo, centeno y la cebada, poseen ciertas proteínas (caseína y gluten), cuya estructura o partes de esta, no son digeridas completamente, y presentan propiedades opiáceas (como la morfina) y aunque la mayoría de las personas tienden a reaccionar ante estas sustancias; para los niños con TEA, es casi imposible, debido a que estos suelen presentar errores del metabolismo que les impiden degradar esas moléculas; estas morfina externas (exorfinas) ejercen un efecto neurotóxico en los sitios del cerebro relacionados con el lenguaje, la comunicación, las relaciones sociales y modulación de sensaciones y percepciones (lóbulos frontales, temporales, parietales), alterando el funcionamiento de todos los procesos relacionados con la comunicación y cognición. El daño de las exorfinas es acumulativo y en la mayoría de los casos es irreversible. Por

ello, la mejor manera de abordarlo es restringiendo los alimentos contentivos de las exorfinas⁽¹⁸⁾

CONCLUSIONES

Los hallazgos de esta investigación resaltan la gran necesidad que existe de educar a los padres y docentes venezolanos acerca del autismo: signos, síntomas, causas y consecuencias. También se les debe formar acerca de la alimentación del niño autista, alimentos permitidos y prohibidos, métodos de preparación de alimentos idóneos y fisiología de la alimentación del niño autista, entre otros. Porque se evidenció que, aunque los sujetos estudiados poseían buen nivel educativo, carecen de las nociones elementales para el tratamiento y cuidado del niño con TEA. Además, se observó que algunos de ellos parecían menospreciar la condición especial de sus hijos y alumnos.

Con relación al impacto que ejerció la implementación del recetario, puede señalarse que fue positiva; dado a que, tras la presentación del recetario, se observó que tanto los docentes como los padres, manejaron de forma más consciente el concepto y las causas del autismo. En cuanto a los conocimientos respecto a los beneficios de una dieta libre de gluten, caseína, soja y azúcar; todos los docentes mejoraron sus conocimientos. Sin embargo, en un porcentaje de los padres no se apreció mejoría de estos conocimientos.

Se resalta la importancia de diseñar y publicar estudios expo facto y experimentales cuya duración sea intermedia o larga, en los que se utilicen dietas sin gluten, sin caseína, sin soja y sin azúcar; a fin de determinar si las intervenciones dietéticas deberían formar parte de las directrices dirigidas a mejorar las condiciones del espectro autista utilizando estrategias educativas en el área de nutrición impartidas a padres y representantes, así como a docentes de los niños con autismo. Una de las inquietudes que pudieran surgir a la hora de tratar este tipo de problema es o sería buscar la estrategia más adecuada, acorde a las particularidades de la población abordada.



TRABAJOS CITADOS

1. Lozano J, Cerezo M, De Castillo I. Materiales didácticos para la enseñanza de habilidades emocionales y sociales en alumnado con TEA: una investigación colaborativa en educación Primaria y Secundaria. *Educatio Siglo XXI*. 2017; 35(3): p. 39-64.
2. Rodríguez S, Garbarini V. Nutrición y Autismo en edad pediátrica Buenos Aires: Universidad FASTA/Facultad de Ciencias Medicas/Licenciatura en Nutrición; 2014.
3. Rodríguez E. Nutrición y Autismo en edad pediátrica Argentina : Universidad F.A.S.T.A; 2014.
4. García M. Aumentan 17% casos de autismo en el mundo. [Online].; 2016 [cited 2018 Junio 21. Available from: <http://www.milenio.com/cultura/aumentan-17-casos-de-autismo-en-el-mund>.
5. OMS. Trastornos del Espectro Autista (TEA). [Online].; 2017 [cited 2018 Junio 18. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>.
6. Maciques E. La nutricion: una estrategia de intervención en el niño autista. *Acta medica*. 2003; 11(1): p. 26-37.
7. Altuve A. Autismo en Venezuela: sin cifras actualizadas y con una legislación engavetada. [Online].; 2018 [cited 2018 Junio 21. Available from: <http://talcualdigital.com/index.php/2018/04/02/autismo-en-venezuela-sin-cifras->

[actualizadas-y-con-una-legislacion-engavetada/](#).

8. Lukens CT. Behavioral assessment of pediatric feeding problems.. In Preedy V, Watson R, Martin C. Handbook of behavior, food and nutrition. New York : Springer ; 2011. p. 3437-3452.
9. Hernandez V, Fernand J, Vollmer T. Pediatric feeding problems: A field of application in behavior analysis. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 2016; 7: p. 144-156.
10. Audisio A, Laguzzi J, Lavanda I, Leal M, Herrera J, Carrazana C, et al. Mejora de los síntomas del autismo y evaluación alimentaria nutricional luego de la realizacion de una dieta libre de gluten y caseína en un grupo de niños con autismo que acuden a una fundación. Nutr. clín. diet. hosp. 2013; 33(3): p. 39-47.
11. Vidaurre Aea. Intervención nutricional en el espectro autista. Rev. Col. Nutr Chile. 2011; 7(2): p. 22.
12. Roedan- Garcia J. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los padres o tutores de niños entre los 3 y 10 años con trastorno del espectro autista sobre su alimentación. [Online].: Área de Ciencias de la Salud en Intec; 2017 [cited 2018 Septiembre 4. Available from: <http://hoy.com.do/la-alimentacion-en-los-ninos-con-autismo/>.
13. Salinas P. Estadística para Investigadores Mérida : Universidad de Los Andes ; 2014.
14. Silva J. Metodología de la Investigación, Elementos Basicos Caracas: CO-BO; 2014.
15. Lockner D. "Dietary Intake and Parents' Perception of Mealtime Behaviors in Preschool-Age Children with Autism Spectrum Disorder and in Typically Developing Children. Journal of the American Dietetic Association. 2011; 108(8): p. 1360-1363.
16. Marquez AI, Manrique M, Linares L. Alimentación libre de gluten y caseína para niños/as autistas. Congreso Universidad. 2016; 4(3): p. 405-419.



17. Lopez- Martinez ME. Universitat de les Illes Balears. [Online].; 2018 [cited 2018
Octubre 26. Available from: <http://hdl.handle.net/11201/146168>.

18. Sharon Aea. Food selectivity and sensory sensitivity in children with Autism
Spectrum Disorders. Journal of the American Dietetic Association. 2010; 110(2): p.
238-246.



USO DE UNA TERAPIA ORTOMOLÉCULAR PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA: ESTUDIO DE CASOS.

USE OF AN ORTHOMOLECULAR THERAPY FOR THE TREATMENT OF CHRONIC FATIGUE SYNDROME: CASE STUDIES.

Ana Carolina Araque¹, Jesús Parra², Cindy Salazar³

RESUMEN

Introducción: El Síndrome de Fatiga Crónica (SFC), es una enfermedad de etiología desconocida, caracterizada por presencia constante de fatiga intensa (física y mental), asociada a manifestaciones sistémicas físicas y neuropsicológicas. Su incidencia mundial es 2 a 5 millones de afectados aproximadamente. La medicina ortomolécula parece tener un efecto beneficioso sobre el SFC. **Objetivo:** Evaluar el efecto de la terapia ortomolécula (TO) con sulfato de zinc, sulfato de magnesio y procaína en SFC. **Métodos:** investigación en salud de serie de casos. Se realizó muestreo no probabilístico, sujeto al cumplimiento de criterios de inclusión y participación voluntaria. Se siguió protocolo de Biotecnoquímica, inyección con Sulfato de Zinc + Sulfato de Magnesio + Procaína 1% + Solución salina de Osmolaridad (420 mOsm/L) por vía endovenosa. Transcurrido un mes, se efectuó una nueva entrevista para conocer la efectividad del tratamiento aplicado. Los datos fueron vaciados en una base de datos realizada en SPSS versión 20.0. Se usaron frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central: media y desviación estándar. **Resultados:** 75% mujeres con SFC, edad promedio $57 \pm 2,83$; estado de salud previo-TO regular 100%, post- TO 50% muy bueno; antes-TO imposibilidad de realizar esfuerzos moderados (100%) o subir escalones (75%), post-TO: pacientes refirieron no sentirse limitados por su salud para realizar estas actividades. **Conclusión:** Mejoraron los problemas de salud y emocionales tras la utilización de TO, al igual que la sensación de limitación, mejorando la realización de actividades laborales y cotidianas. **Recomendación:** hacer nuevos estudios de TO de mayor rigor científico con grupo control por un lapso no menor a 6 meses.

Palabras claves: síndrome de fatiga crónica, medicina ortomolécula, tratamiento.

¹Médico Cirujano (Universidad Rómulo Gallegos). Diplomado en medicina antienvjecimiento y regenerativa (Universidad de los Andes, ULA). Diplomado en Medicina Estética (ULA). Diplomado de Full inmersión (ULA). Especialista en Cirugía General y Laparoscópica (Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti" Barinas). Cirujano en FUNSALUD y Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti" Barinas.

²Médico Cirujano (Universidad Rómulo Gallegos). Especialista en Cirugía General y Laparoscópica (Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti" Barinas). Residente del primer año de Cirugía Oncológica (Universidad Central de Venezuela).

³Médico Cirujano (Universidad Rómulo Gallegos). Residente del postgrado de traumatología Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti" Barinas.

ABSTRACT

Introduction: The Chronic Fatigue Syndrome (CFS) is a disease of unknown etiology, it's characterized by constant presence of an intense fatigue (physical and mental), also it's associated with physical and neuropsychological systemic manifestations. In the world are from 2 to 5 million of people affected by CFS. In this disease the orthomolecular medicine seems to have a beneficial effect. **Objective:** To evaluate the effect of orthomolecular therapy (OT) with zinc sulfate, magnesium sulfate and procaine in CFS. **Methods:** It's health research of case series. Non-probabilistic sampling was performed, subject to compliance with inclusion criteria and voluntary participation. Was followed the biotechnochemistry prototype injection: Zinc Sulfate + Magnesium Sulfate + 1% Procaine + Saline solution, its osmolarity was of 420 mOsm/L. After a month was conducted a new interview to know the effectivity of the treatment. The data was emptied into a database made in SPSS version 20.0. Frequencies, percentages and measures of central tendency were used (mean and standard deviation). **Results:** 75% women with CFS, average age 57 ± 2.83 ; state of health prior-OT regular 100%, post-OT 50% very good; before-OT impossibility of making moderate efforts (100%) or climbing steps (75%), post-OT: patients reported not feeling limited by their health to perform these activities. **Conclusion:** Improved health and emotional problems after mobility of OT, as well as the feeling of limitation, improving the performance of work and daily activities. **Recommendation:** make new studies of OT of greater scientific rigor with a control group for a period of not less than 6 months.

Key words: The Chronic Fatigue Syndrome, orthomolecular medicine, treatment.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de fatiga crónica (SFC) o disfunción inmune o encefalomiелitis miálgica o encefalopatía miálgica, es una enfermedad de etiología desconocida, definida desde el año 1994 por criterios clínicos consensuados (Fukuda, y otros, 1994). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) esta patología afecta cada vez más personas incidiendo de forma significativa sobre su salud y la calidad de vida. La propia fatiga crónica es un síntoma frecuente de la población general. Se estima, que entre un 5 y 20% de los enfermos que acuden a la atención primaria presentan fatiga durante más de un mes en algún momento de su vida (Lopez & Mingote, 2008).



El SFC se caracteriza por la presencia constante de fatiga intensa (física y mental) asociada a manifestaciones sistémicas físicas y neuropsicológicas, sin causa conocida, inexplicables y de carácter permanente. La vida de quienes la padecen puede ser frustrante al no comprender el por qué y el cómo se produce este síndrome, este desconocimiento, se extiende tanto en la sociedad como en el personal de salud (Arroyo & Morera, 2012)

El SFC se desarrolla de forma súbita y, a menudo, aparece tras un proceso infeccioso, en especial, al tratarse de infecciones respiratorias o mononucleosis. Tras la convalecencia inicial, el paciente permanece con una fatiga insoportable a la que se van añadiendo una serie de síntomas adicionales que se agudizan con la actividad física (Alegre-Martin, 2018). El desconocimiento de su etiología y su asociación con otros trastornos ocasiona prescripción de tratamientos ineficaces y aunque el SFC no acorta la vida, ejerce un importante impacto negativo sobre la calidad de vida de quienes la padecen.

Quienes cursan con SFC suelen llevar una vida activa tanto físicamente como productivamente, por lo que no es común encontrar en ellos antecedentes clínicos o quejas sobre dolencias en su salud tales como lumbago y dolores de cabeza crónicos, entre otros. Algunos de los síntomas del SFC son dolor de garganta, problemas de memoria, alteración de la capacidad de concentración, dificultad para dormir, nódulos linfáticos sensibles (ganglios), dolores musculares y fiebre inferior a 37, 5º (Barbado, Gómez, López, & Vázquez, 2016)

Sí se considera el dinamismo de la sociedad actual, es posible afirmar, que la prevalencia de SFC entre la población mundial es cada vez mayor (Regal, 2016). Los enfermos suelen ser adultos jóvenes y la mayoría de los casos tienen entre 25 y 45 años; aunque predominan entre la 4ª y 5ª década de la vida, se han descrito casos en la infancia, adolescencia y en la edad proveyta. Actualmente, se estima que esta enfermedad afecta alrededor de un 0,5% de la población mundial y que la proporción por sexos es del 90% de mujeres y el 10% de varones; puede manifestarse desde

formas leves hasta extremadamente graves, además, de acompañarse de comorbilidades(Sociedad Española de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica, 2019). Se estima que en todo el mundo puede haber de 2 a 5 millones de afectados por el SFC(U.S. ME/CFS Clinician Coalition , 2019). En el caso de España, su prevalencia se estima superior al 0,01%, es decir más de 40.000 casos en todo el país(Fernández-Sóla, 2004). El SFC es predominante en el sexo femenino, oscila entre dos a siete veces más probable en mujeres que en varones(Engleberg, 2002). Dado su frecuencia y escasos de tratamientos farmacológicos efectivos se han buscado métodos paliativos como la medicina y la nutrición ortomolécula(Alegre-Martin, 2018).

La medicina ortomolécula, es una disciplina diseñada para prevenir y tratar las enfermedades mediante la búsqueda del equilibrio bioquímico y metabólico, empleando, el uso de los micronutrientes: vitaminas, minerales, aminoácidos, oligoelementos y antioxidantes, estos elementos cumplen un rol fundamental en el adecuado funcionamiento corporal, al intervenir en todas las reacciones químicas corporales y pueden encontrarse descompensados ante los hábitos alimentarios de las sociedades actuales(Biotech, 2018). Esta rama de la medicina remonta sus inicios al año 1957 y su fundador, es el premio nobel de Química y de la Paz, Linus Pauling, quien planteó relacionar los principios de homeostasis con nociones moleculares de la constitución celular para tratar de comprender los mecanismos a través de los cuales las moléculas persiguen el equilibrio orgánico para el alcance y mantenimiento de la salud del individuo (Sociedad Española de Nutrición y Medicina Ortomolécula , 2019).

Los micronutrientes, elementos trazas y aminoácidos, entre otros, intervienen como cofactores en muchas vías metabólicas y son esenciales para la integridad y el perfecto funcionamiento del sistema inmune. Sus funciones pueden verse alteradas ante desequilibrios en sus niveles corporales por causas relacionadas con la nutrición. Son funciones de los micronutrientes: 1) el mantenimiento de la homeostasis inmunológica o retorno al equilibrio tras las respuestas disparadas por las células inmunocompetentes; 2) la comunicación bidireccional entre el sistema nervioso y endocrino a través de los neurotransmisores y hormonas, y 3) el fenómeno de



tolerancia hacia lo propio, gracias al cual, el sistema inmunitario no reacciona frente a las células del propio organismo. Un desequilibrio en alguna de estas funciones del sistema inmunitario puede ocasionar situaciones patológicas como: alergias, enfermedades autoinmunes e inflamaciones crónicas, entre otras(Nova, Montero, Gomez, & A, 2016):

Se evidencia entonces, que los micronutrientes y elementos trazas son fundamentales para el adecuado funcionamiento corporal, pero *¿cómo se relacionan sus alteraciones con el SFC?* Debe resaltarse, que este síndrome, suele surgir tras el curso de un episodio infeccioso, este padecimiento, no sólo altera el funcionamiento del sistema inmune, sino, que además, podría afectar la disponibilidad de nutrientes en el organismo, bien, por la necesidad de sintetizar nuevas moléculas durante el desarrollo de las respuestas inmunes (por ejemplo, los aminoácidos son necesarios para la síntesis de proteínas de fase aguda) o por su utilización en los fenómenos de división y diferenciación celular que se producen durante la expansión clonal, que da lugar al ejército de células que atacan y eliminan el patógeno invasor(Nova, Montero, Gomez, & A, 2016): De allí, que resulte importante aclarar cómo el aporte de determinados nutrientes pudiera inferir en los mecanismos orgánicos que se desencadenan ante la presencia de SFC.

El zinc, es un mineral, cuya deficiencia afecta por sí al sistema inmunitario debido quizás a su participación en la actividad de más de 100 metaloenzimas(Dardenne, 2002): Su deficiencia afecta desde la barrera de la piel hasta la regulación génica en los linfocitos. Influye, además, en la función de las células que median la inmunidad no específica (neutrófilos y células NK), pero también, en la modulación de la inmunidad específica actuando sobre la activación de los linfocitos T, la producción de citoquinas y la maduración de los linfocitos B(Nova, Montero, Gomez, & A, 2016). El SFC se acompaña de niveles bajos de zinc, relacionados con signos de inflamación y defectos en las primeras vías de activación de células T, con una tendencia hacia una correlación negativa significativa entre zinc en suero y la severidad de SFC. Este tipo de hallazgos,

apoyan la asociación de SFC y estrés oxidativo y sugieren que algunos pacientes con SFC deben ser tratados con antioxidantes específicos, incluidos los suplementos de zinc(Rosés, 2010)

El magnesio, es un ion intracelular, cuyos niveles séricos, no muestran en verdad su concentración intracelular o la de las reservas de los tejidos. Es de gran utilidad y efectividad para el tratamiento de los pacientes con dolores osteomusculares crónicos, fibromialgia y/o fatiga crónica, ya que, en ellos, es común su deficiencia(LNC, 2018). Se ha planteado que el aporte de 600 mg diarios de magnesio podría mejorar el número y la severidad de los puntos sensibles en pacientes con fibromialgia(Nova, Montero, Gomez, & A, 2016). En el SFC, el magnesio, contribuye a atenuar el dolor muscular (Alegre-Martin, 2018). No obstante, los niveles de magnesio, así como de otros nutrientes son cada vez más pobres en el organismo humano en general, dejando el sistema inmune debilitado e incapaz de proteger al cuerpo de toxinas, virus y bacterias. Esto se traduce en un factor desencadenante en el SFC. De igual forma, existen varios estudios clínicos que demuestran la deficiencia de magnesio es común en los enfermos de SFC, y su administración tiene efectos beneficiosos sobre la memoria, el estrés, el sueño y la depresión(Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias AIAQS Nº. 2010/02, 2011)(Innatia, 1999)

Existen otros elementos, que, aunque no son elementos trazas, también parecen ejercer un rol benéfico para el tratamiento del SFC; como es el caso de un anestésico local, la procaína. Este elemento ejerce un rol enzimático constructor en el organismo, permitiendo el restablecimiento de las funciones alteradas del sistema nervioso, del tejido conjuntivo, de las membranas celulares y de las enzimas; es decir, potencia el retorno a la normalidad del cuerpo al aliviar e inclusive curar muchas enfermedades. Los mecanismos de acción de la procaína radican en la repolarización o restablecimiento del potencial bioeléctrico o potencial eléctrico celular; estabilización de las membranas de las células e interrupción de los reflejos patológicos o anormales del sistema nervioso vegetativo y reactivándolo. Esta característica es de vital



importancia, para el tratamiento del SFC. Sin embargo, no se evidencian estudios concluyentes al respecto (Sociedad Médica Española de Neuroterapia, 2019).

Considerando, que existe una elevada prevalencia del síndrome de fatiga crónica al nivel mundial; los impactos causados por la pandemia de COVID-19, tanto psicológicos como de salud y, la actual coyuntura socioeconómica y política por la que atraviesa Venezuela no sería de extrañar, que exista un porcentaje importante de venezolanos con SFC, pero, su prevalencia real resulta desconocida por la escasez de estudios poblacionales y clínicos.

De allí, esta investigación, la cual, pretendió ofrecer una alternativa de tratamiento para el SFC empleando elementos nutricionales disponibles en el país y de bajo coste que permitan abordar una enfermedad poco estudiada en el país, como es el SFC y, de la cual, existen criterios poco certeros acerca de su identificación y tratamiento. Adicionalmente, esta opción de tratamiento representa un doble beneficio, al abordar al SFC y contribuir al fortalecimiento del sistema inmune, evitando su reincidencia y otros problemas de salud. El objetivo central de esta investigación fue evaluar el impacto de un tratamiento de medicina ortomolécula basado en la utilización de sulfato de zinc, sulfato de magnesio y procaína al 1% para mitigar los efectos del SFC en pacientes de una consulta privada.

METODOLOGIA

Tipo y diseño de estudio

Se trató de una investigación en salud, de naturaleza observacional: serie de casos (García, Jiménez, Arnaud, Ramírez, & Lino, 2015). Este estudio permite aportar información sobre el beneficio o no de la medicina ortomolécula en dicha entidad clínica.

Población y Muestra

La población estuvo conformada por los pacientes que asistieron a la consulta médica privada en la ciudad de Barinas, Venezuela, durante el lapso del primero al último día

de octubre de 2022. Para la selección de la muestra, se empleó un muestreo no probabilístico, sujeto al cumplimiento de los criterios de inclusión establecidos y descritos; además de la partición voluntaria manifestada por los pacientes a los cuales se les explicó los objetivos de la investigación, sus ventajas y efectos secundarios si los hubiera para que libremente dieran el consentimiento de participar en el estudio (Carta de Consentimiento informado). La muestra quedó conformada por 4 pacientes.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Para seleccionar los pacientes se emplearon los criterios de Fukuda et al., (Fukuda, y otros, 1994) estos fueron:

Criterios de Inclusión:

Mayores	Menores	Otros
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fatiga crónica persistente (al menos 6 meses), o intermitente, inexplicada, que se presenta de nuevo o con inicio definido y que no es resultado de esfuerzos recientes; la cual, no mejora con el descanso y origina una reducción notable de la previa actividad habitual del paciente. ✓ Exclusión de otras enfermedades que pueden ser causa de fatiga crónica. 	<p>Presencia de 4 o más síntomas, todos ellos persistentes durante 6 meses o más y posteriores a la presentación de la fatiga:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alteración de la concentración o de la memoria reciente. ✓ Odinofagia. ✓ Adenopatías cervicales o axilares dolorosas. ✓ Mialgias. ✓ Poli artralgiás sin signos de flogosis. ✓ Cefalea de inicio reciente o de características diferentes de la habitual. ✓ Sueño no reparador. ✓ Malestar post esfuerzo de duración superior a 24 horas. 	<p>Pacientes con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edades comprendidas entre 20 y 60 años de edad. ✓ Con criterios diagnósticos del SFC. ✓ Pacientes que hayan acudido a la consulta entre el primero y último día de octubre de 2022. ✓ Manifestación de participación voluntaria en esta investigación (carta de consentimiento informado)

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 20 y mayores de 60 años.
- Pacientes que no cumplan con criterios diagnósticos del Síndrome de Fatiga Crónica
- Pacientes que manifiesten el deseo de no participar en el estudio.



Aspectos éticos

Dado a que se trata de una investigación realizada en seres humanos, se respetó el derecho al anonimato y los datos obtenidos de las personas estudiadas, fueron empleados con fines netamente académicos. Además, esta investigación se rigió por lineamientos internacionales, al emplear una carta de consentimiento Informado (Asociación Médica Mundial, 2018) en la cual, se les explicó a los pacientes los procedimientos a los cuales serían sometidos, los pros y los contras del tratamiento y los posibles beneficios del tratamiento suministrado para el SFC.

Técnicas e instrumentos de recolección de los datos

La técnica empleada fue la entrevista (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018), con la información obtenida, se realizó la historia clínica del paciente en la cual se recabaron los datos de interés. Estos datos fueron vaciados en un formulario de entrevista u hoja de registro, dispuesta en tres secciones, la primera, contentiva de las variables demográficas; en la segunda se plasmaron los antecedentes personales y familiares. Una tercera parte, verificó la presencia de los Criterios de Fukuda ⁽¹⁾ para el diagnóstico del Síndrome de Fatiga Crónica.

Procedimientos

A los pacientes que cumplieron con los criterios establecidos en esta investigación y que accedieron su deseo de recibir tratamiento para el SFC, se les suministró el protocolo sugerido por Biotecnoquímica. En una jeringa de 20cc se diluyeron 4cc de Sulfato de Zinc + 5cc Sulfato de Magnesio + 5cc de Procaína al 1% + 9cc de Solución salina al 0,9% para obtener una osmolaridad de 420 mOsm/L, esto se pasó por vía endovenosa en un lapso de 2 a 3 minutos. Posteriormente, al mes de haberse aplicado el tratamiento, se realizó una nueva entrevista para indagar acerca de la efectividad del tratamiento aplicado.

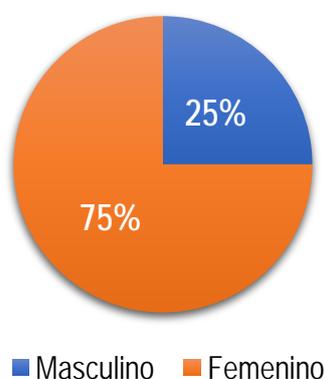
Análisis Estadístico de los Datos

Una vez obtenida la información, esta fue depurada y vaciada en una base de datos realizada en el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 20.0. Luego fueron analizados a través de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, como la media y ordenados en tablas y gráficos. Esta información fue empleada en la elaboración de la discusión de los resultados y conclusiones.

RESULTADOS

En el Gráfico 1, se presenta la distribución de los pacientes con Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) estudiados. Se pudo determinar que esta patología fue más frecuente en el sexo femenino, representando el 75% de la muestra.

Gráfico 1. Distribución de pacientes con SFC según sexo. Barinas, 2022.



Otro de los factores sociodemográficos estudiados, fue la edad (Tabla 1). Se evidencia que la media encontrada en pacientes con SFC fue de 57 años, con desviación estándar de $\pm 2,83$ años, siendo el límite inferior de 53 años y el superior de 59 años de edad

Tabla 1. Descriptivos de pacientes con SFC en torno a la variable "Edad".

Variable	n	Media	Desviación	Límite Inferior	Limite Superior
----------	---	-------	------------	-----------------	-----------------

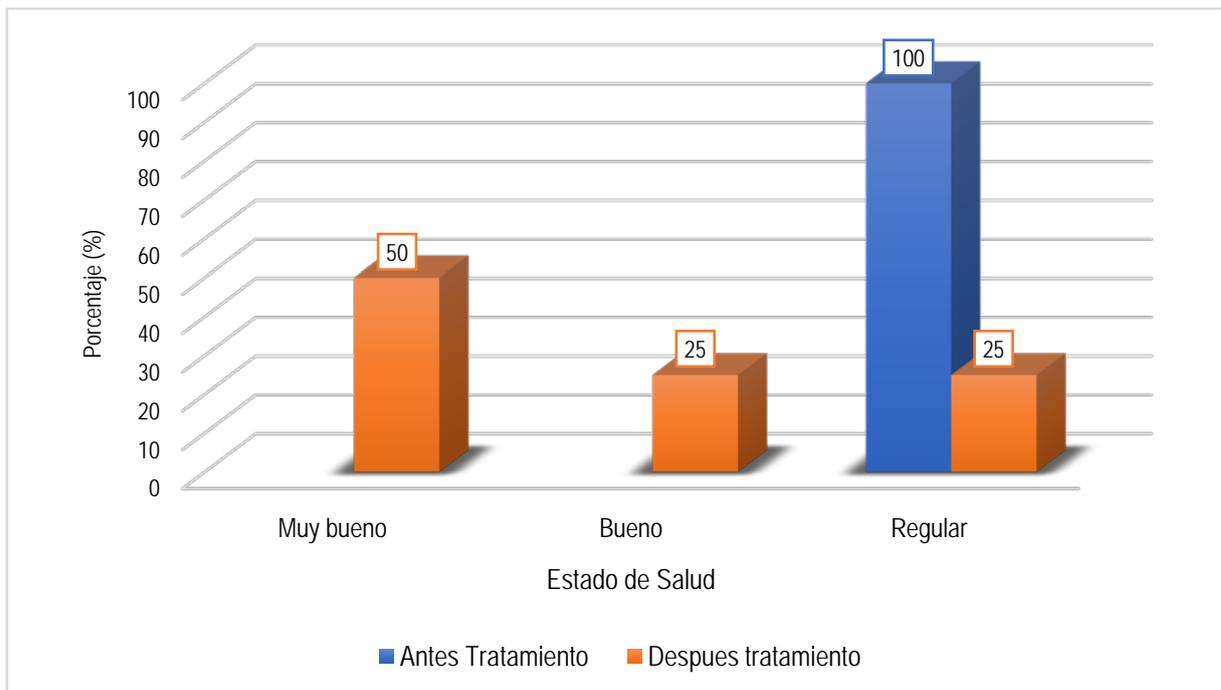


Edad (en años)	4	57	2,83	53	59
----------------	---	----	------	----	----

Fuente: Formulario de Entrevista, Barinas (2022).

En el Gráfico 2, se presenta el Estado de Salud de los pacientes con SFC antes y después del suministro de un tratamiento de medicina ortomolécula. Se observa que previo a éste el 100% de los pacientes reportaron sentirse “regular”. Tras el suministro del tratamiento, 50% de los pacientes con SFC manifestaron tener un estado de salud “muy bueno”; 25% “bueno” y sólo un 25% se mantuvo en la categoría “regular”.

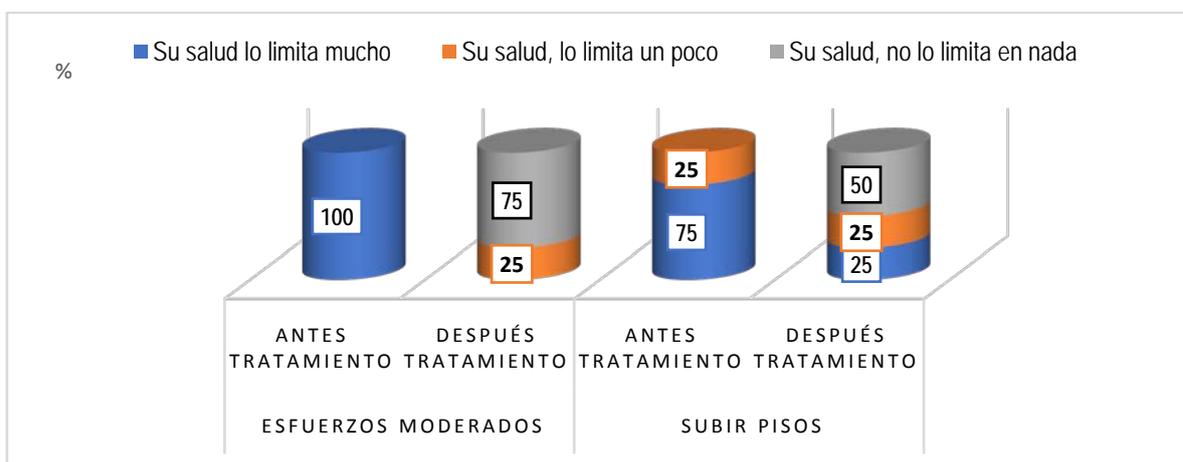
Gráfico 2. Estado de Salud de pacientes con SFC antes y después del suministro de medicina ortomolécula. Barinas, 2022.



En el Gráfico 3, se presentan los síntomas de pacientes con SFC antes y después del suministro de un tratamiento con medicina ortomolécula. Previo al tratamiento la totalidad de los pacientes manifestó imposibilidad para realizar esfuerzos moderados, es decir, para efectuar actividades como: mover una mesa, pasar la escoba o caminar más de 1 hora, a causa de su estado de salud. Tras el tratamiento esto cambió considerablemente, al reportar un 75% de los pacientes tratados que su salud no los

limitaba en nada para la realización de esfuerzos moderados. Por otra parte, en lo que se refiere a la dificultad para subir pisos; previo al tratamiento, 75% de los pacientes con SFC indicaron que su salud se los limitaba mucho; mientras que postratamiento, 50% indicó que su salud no los limitaba en nada y 25% que su salud los limitaba solo un poco.

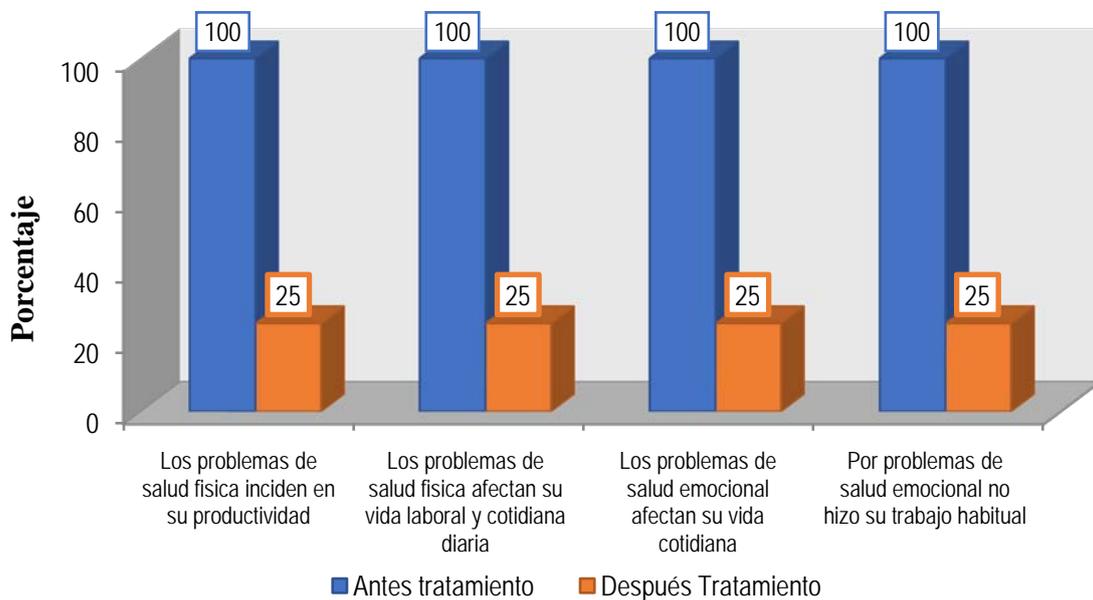
Gráfico 3. Síntomas de SFC antes y después del tratamiento con medicina ortomolécula en los pacientes estudiados. Barinas, 2022.



En el Gráfico 4, se presentan los síntomas físicos y emocionales presentes en pacientes con SFC antes y después del tratamiento con medicina ortomolécula. Se observa que antes del tratamiento, la totalidad manifestó sentir que sus problemas de salud física incidían en su productividad, en su vida laboral y cotidiana, al igual que su salud emocional. Esto experimentó un ligero cambio tras el tratamiento con medicina ortomolécula en todas las dimensiones tanto física como emocionales estudiadas.



Gráfico 4. Síntomas físicos y emocionales presentes en pacientes con SFC antes y después del tratamiento con medicina ortomolécula. Barinas, 2022.



En la Tabla 2, se presenta la frecuencia de efectos físicos y emocionales de los pacientes con SFC antes y después de la implementación del tratamiento con medicina ortomolécula. **Antes del tratamiento**, 100% de los pacientes “nunca” llegó a sentirse enérgico, 75% señaló que “muchas veces” el dolor los limitaba o que dificultaba sus actividades laborales y del hogar, 50% se sintió desanimado y triste y 25% llegó a sentirse no realizados por sus problemas de salud. En cuanto a la escala “casi siempre”, 50% de los pacientes se sintió no realizado por sus problemas de salud y/o emocionales y 25% desanimado, 25% que el dolor lo limitaba y otro 25% que el dolor dificultaba su desempeño tanto en lo laboral como en el hogar. Y en el parámetro “siempre” 25% de los pacientes estaban desanimados y tristes y 25% no realizados por sus problemas de salud y/o emocionales.

Tras la aplicación del tratamiento ortomoléculas, los pacientes experimentaron cambios en los parámetros anteriores, ya que, 50% se sintieron enérgicos “casi siempre” y “algunas veces” (50%). El dolor que les dificultaba la realización del trabajo o de las actividades del hogar sólo se manifestó “algunas veces” (50%) o “nunca” (50%). Se sintieron desanimados y tristes: “nunca” (50%), “algunas veces” (25%) y “muchas veces” (25%). El sentirse no realizado a causa de los problemas de salud y/o emocionales fue “nunca” (50%), “algunas veces” (25%) y “casi siempre” (25%).

Tabla 2. Frecuencia de efectos físicos (dolor) y emocionales en pacientes con SFC, antes y después de un tratamiento ortomoléculas. Barinas, 2022.

Efectos físicos y emocionales	ANTES DEL TRATAMIENTO				DESPUÉS DEL TRATAMIENTO			
	Siempre	Casi Siempre	Muchas veces	Nunca	Casi Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Nunca
El dolor dificulta su trabajo y actividades en el hogar		25	75				50	50
El dolor lo limita		25	75					
Se siente enérgico				100	50		50	
Se siente desanimado y triste	25	25	50			25	25	50
Se siente no realizado por problemas de salud y/o emocionales	25	50	25		25		25	50

Fuente: Formulario de Entrevista, Barinas (2022).



DISCUSIÓN

Al relacionar la aparición del síndrome de fatiga crónica (SFC) con sexo, los pacientes más afectados correspondieron al sexo femenino. Estos resultados, son coincidentes con los reportados por Thomas et al (Thomas, Gurvich, Huamng, Gooley, & Armstrong, 2022) quienes al efectuar un trabajo para: 1) describir las diferencias sexuales que influyen en el desarrollo de encefalomielitis mialgia (EM) y SFC en términos de factores de vulnerabilidad y fenotipo clínico y 2) explorar las diferencias sexuales conocidas en los sistemas neuroendocrinos afectados en EM/SFC y cómo esto puede relacionarse con el riesgo de enfermedad, el inicio, la fisiopatología y las posibles vías de tratamiento. Pudieron determinar la existencia de dimorfismo sexual en la prevalencia de fenotipos clínicos y desencadenantes etiológicos para síntomas de EM/SFC (preponderancia femenina 3:1). La ocurrencia de estos eventos podría deberse a factores endocrinológicos que tienen lugar a lo largo de la vida femenina como las fluctuaciones del ciclo menstrual reproductivo, embarazo, posparto y perimenopausia. Adicionalmente, los referidos autores acotan la existencia de pruebas que respaldan que el sexo gonadal, el estrés suprarrenal y los sistemas neuroendocrinos renales están íntimamente relacionados con la EM/SFC, incluidos los cambios en los niveles de estrógeno, compuestos de progesterona, aldosterona y cortisol, de los cuales existen diferencias sexuales establecidas. Los amplios efectos de las hormonas esteroides en los sistemas fisiológicos también pueden hablar de la diversidad de síntomas de EM/SFC observados en los pacientes. Por ello, debe prestarse mayor atención a factores como sexo, edad y biología de los esteroides en el momento de abordar la EM/SFC.

En cuanto a la variable edad, la media encontrada en esta investigación fue de $57 \pm 2,83$ años, siendo la edad mínima observada de 53 años y la superior de 59 años. Al comparar estos resultados con los de Stevelink et al (Stevelink, Mark, Fear, Hotopf, & Chlader, 2022) se observó que la edad de nuestra muestra fue superior a la de los referidos autores. Quienes al realizar estudio longitudinal en 316 pacientes con SFC asistentes a un servicio de tratamiento ambulatorio entre 2007 y 2014, plantearon

explorar sus características sociodemográficas, laborales y clínicas. Obteniendo edad promedio de 37,10 años, preponderancia en mujeres (73%) y data superior a 2 años (66%). Concluyeron, que factores como la edad, gravedad de la fatiga, respuestas cognitivas y conductuales y, los síntomas depresivos inciden de forma directa en el desempeño laboral. Y que el SFC, es una enfermedad discapacitante que acarrea deterioro funcional en quien la padece.

Respecto al estado de salud de los pacientes con SFC antes y después del suministro del tratamiento de medicina ortomolécula, debe señalarse, que previo al tratamiento, la totalidad de los pacientes indicó sentirse “regular”, es decir, no estaban al máximo de sus capacidades físicas y emocionales para poder llevar a cabo una vida productiva y plena. Este comportamiento, parece haber cambiado tras el suministro del tratamiento ortomolécula, al expresar tres cuartas partes de los pacientes abordados, gozar de un estado de salud que varió de “bueno a muy bueno”. Por lo que los tratamientos ortomoléculares parecen ejercer un efecto positivo en la calidad de vida de determinados pacientes. Ello ha sido manifestado por González et al (Gonzalez, Miranda- Massari, Simone, & Olalde, 2023), quienes, al estudiar la semiótica de los pacientes con Covid-prolongado, basándose en el comportamiento de los principios bioquímicos y clínicos, han señalado la existencia de similitudes de los síntomas de pacientes Covid-prolongado con pacientes que presentan SFC y fibromialgia (fatiga, confusión mental, dolor, dificultad para respirar, cansancio, entre otros), atribuibles a la producción excesiva de especies reactivas de oxígeno (ROS), inflamación, daño tisular y disfunción mitocondrial originada en estas patologías. Debe recordarse que en este tipo de patologías (Covid-prolongado, SFC y fibromialgia), los pacientes están inmunocomprometidos y, en ellos, probablemente, se han agotado las reservas de los factores biológicos y de los micronutrientes necesarios para su recuperación, alivio de los síntomas y su recuperación sostenida. Ante estas deficiencias, la administración de un protocolo ortomolécula en el que se combinen precursores, cofactores y modificadores de la respuesta biológica, parece ser una excelente opción, tal como se evidenció en esta investigación.



Haciendo alusión a los síntomas físicos de pacientes con SFC antes y después del suministro del tratamiento ortomoléculas. Se observa que previo a este, la totalidad de pacientes manifestó imposibilidad para la realización de esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la escoba o caminar más de 1 hora) debido a su estado de salud. Tras el tratamiento, esto, parece haber cambiado, al reportar tres cuartas partes de la muestra que su estado de salud actual, no los limitaba para la realización de esfuerzos moderados o para subir escaleras (mitad de la muestra). Por otra parte, la totalidad de pacientes indicó presentar síntomas emocionales y orgánicos que incidían negativamente en su productividad, vida laboral y cotidiana, al igual, que en su salud emocional. Estas afirmaciones cambiaron luego del tratamiento con medicina ortomoléculas, ya tres cuartas partes de la muestra, se sintió más productivo y con mejor estado de ánimo; solo una cuarta parte de los pacientes manifestó que los dolores le hacían seguir sintiéndose improductivo y afectado en los distintos ámbitos de su vida. Los beneficios de dietas ortomoléculas o de la aplicación de medicina ortomoléculas han sido respaldados por Blanco (Blanco-Suárez, 2020) quien indica que el desarrollo de SFC suele deberse al déficit de aminoácidos esenciales como el triptófano ya que este es precursor de la serotonina, neurotransmisor requerido para el mantenimiento de la salud muscular. La deficiencia de estas sustancias es causa directa de cansancio, inestabilidad emocional e insomnio, entre otros. El referido autor acota, que el suministro de una dieta o el aporte de elementos esenciales (nutrición y medicina ortomoléculas) capaz de garantizar un aporte adecuado de vitaminas, minerales, cofactores y elementos trazas, entre otros, podría generar cambios positivos en los trastornos del metabolismo del triptófano, mejorando así, la digestión de las proteínas (causada por falta de enzimas proteolíticas y de vitaminas y minerales) y la permeabilidad del intestino. La suma de estas acciones ayudaría a corregir las deficiencias de nutrientes, cofactores, neurotransmisores y enzimas observadas en estos pacientes, minimizar su sintomatología y mejorar su calidad de vida.

Otro elemento que debe ser atendido en el paciente con SFC, es la parte emocional, este tipo de pacientes suelen sentirse con poca energía y su sintomatología causa en ellos depresión y tristeza, como pudo observarse en este estudio, donde, tres cuartas partes de los pacientes expresó sentirse sin energía, desanimados y tristes por no poder llevar una vida activa capaz de satisfacer sus necesidades laborales, productivas y cotidianas. Después de suministrar el tratamiento con medicina ortomolécula, los pacientes expresaron sentirse más enérgicos y hasta cierto punto más productivos y alegres al poder realizar actividades que antes no podían a causa del dolor. Las sensaciones expresadas por nuestros pacientes han sido descritas por Prospero(Prospero, 2020) quien ha señalado, que el SFC, es una condición incapacitante en extremo que puede ser confundida con las afecciones del siglo: depresión, ansiedad y angustia, se estima que en Latinoamérica entre dos y tres por ciento de la población de más de 40 años sufre SFC; en Estados Unidos la cifra es de entre dos y tres millones. El referido autor resalta que las intervenciones para erradicar este síndrome deben ser inmediatas, dado que el padecimiento cobra fuerza; además, se disparan los niveles de la hormona cortisol, que se libera como respuesta al estrés. Además, puede traer consecuencias como pérdida del empleo, pérdida de libertad e las tareas del hogar y de la familia, entre otras, ello provoca que los pacientes se estresen y el síndrome empeore. Es un ciclo que se retroalimenta y que es indispensable romper, ante lo que la medicina y la nutrición ortomolécula parecen ser una buena alternativa.

CONCLUSIÓN

Tras la realización de esta investigación, se evidencia que el SFC es una entidad que se encuentra presente entre la población venezolana, siendo predominante al igual que en otras partes del mundo, en el sexo femenino. Sin embargo, se observó diferencias en la etapa de la vida de su padecimiento, mientras globalmente es más común en personas de la cuarta o quinta década, en este particular, fue más cercano a la sexta década de la vida. La medicina ortomolécula que fue empleada en este trabajo, pareció ser efectiva, ya que los pacientes experimentaron mejorías en su estado de



salud, síntomas físicos y emocionales, así como, en la realización de actividades de intensidad moderada. Se hace evidente, la realización de nuevas investigaciones en esta temática con un mayor rigor científico y con grupos de comparación, o probando nuevas alternativas de medicina y de nutrición ortomolécula. También sería conveniente realizar una investigación donde se haga seguimiento de al menos 6 meses, a fin de, evidenciar la progresividad de los cambios experimentados por los pacientes con SFC tras el uso de la medicina ortomolécula.

TRABAJOS CONSULTADOS

1. Fukuda K, Strauss S, Hickie I, Sharpe M, Dobbins J, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a working definition. *Ann Intern Med.* 1994; 121: p. 953-959.
2. López M, Mingote C. Fibromialgia. *Clinica y Salud.* 2008 Enero-Diciembre; 19(3): p. 343-358.
3. Arroyo R, Morera H. Síndrome de fatiga crónica. *Revista Científica Odontológica.* 2012 julio-diciembre; 8(2): p. 29-33.
4. Alegre-Martin J. Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica y Síndrome de Sensibilidad Química Múltiple. [Online].; 2018 [cited 2019 Octubre 15. Available from: <https://www.parcdesalutmar.cat/es/fibromialgia/definicio-sfc/> .
5. Barbado F, Gómez M, López J, Vázquez J. El síndrome de fatiga crónica y su diagnóstico en Medicina Interna. *An. Med. Interna.* 2016 Mayo; 23(5).
6. Regal R. Diferencias epidemiológicas entre los pacientes con síndrome de fatiga crónica y fibromialgia evaluados en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid. *Med. segur. trab.* 2016 oct-dic; 62(245).
7. Sociedad Española de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica. Las mujeres padecen más de fibromialgia que los hombres, representan el 85% de los afectados. [Online].; 2019 [cited 2023 Mayo 4. Available from: <http://www.sefifac.es/> .
8. U.S. ME/CFS Clinician Coalition. Síndrome de Fatiga Crónica / Encefalomiелitis Miálgica. [Online].; 2019 [cited 2023 Mayo 10. Available from: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=94949> .

9. Fernández- Sola J. Síndrome de fatiga crónica y su relación con la fibromialgia. RevEspReumato. 2004; 31: p. 535-7.
10. Engleberg N. Síndrome de fatiga crónica. In Autores , editor. Enfermedades Infecciosas. Buenos Aires: Panamericana; 2002. p. 1871-1877.
11. Biotech. ¿Qué es la medicina ortomolecular? [Online].; 2018 [cited 2023 Mayo 16]. Available from: <http://biotech-spain.com/es/articles/-qu-es-la-medicina-ortomolecular-/> .
12. Sociedad Española de Nutrición y Medicina Ortomolecular. ¿Qué es la Nutrición y Medicina Ortomolecular? [Online].; 2019 [cited 2023]. Available from: <https://www.senmo.org/index.php> .
13. Nova E, Montero A, Gómez S, A M. La estrecha relación entre la nutrición y el sistema inmunitario. In Científicas. Soporte nutricional en el paciente Oncológico. Madrid: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_01.pdf; 2016. p. 9-21.
14. Dardenne M. Zinc and immune function. Eur J Clin Nutr. 2002; 56: p. S20-S-23.
15. Rosés J. Síndrome de Fatiga Crónica y el estrés oxidativo. [Online].; 2010 [cited 2019 Octubre 12]. Available from: <http://www.biorritmes.com/es/sindrome-de-fatiga-cronica-y-el-estres-oxidativo/>
16. LNC. Fibromialgia y fatiga crónica. [Online].; 2018 [cited 2019 Octubre 10]. Available from: <http://www.laboratoriolcn.com/magnesio-y-patologias-cronicas/fibromialgia-y-fatiga-cronica> .
17. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias AIAQS Nº. 2010/02. Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica: recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento Cataluña; 2011.
18. Innatia. Propiedades del cloruro de magnesio: remedios naturales para la fatiga crónica. [Online].; 1999 [cited 2019 Octubre 15]. Available from: <http://www.innatia.com/s/c-propiedades-cloruro-de-magnesio/a-un-remedio-natural-para-la-fatiga-cronica-cloruro-de-magnesio-1999.html> .
19. Sociedad Médica Española de Neuralterapia. Acciones de la procaína. [Online].; 2019 [cited 2019 Octubre 10]. Available from: <http://terapiadeldolor-terapianeural.es/acciones-de-la-procaina/> .
20. Garcia J, Jimenez F, Arnaud M, Ramirez Y, Lino L. Introducción a la metodología de la investigación en ciencias de la salud Mexico: Mc Graw Hill; 2015.
21. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. [Online]; 2018 [cited 2023 Mayo 17]. Available from: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de->



helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/ .

22. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta Ciudad de México: Editorial Mc Graw Hill Education; 2018.

23. Thomas N, Gurvich C, Huamng K, Gooley P, Armstrong C. The underlying sex differences in neuroendocrine adaptations relevant to Myalgic Encephalomyelitis Chronic Fatigue Syndrome. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2022 July; 66.

24. Stevelink S, Mark K, Fear N, Hotopf M, Chlader T. Chronic fatigue syndrome and occupational status: a retrospective longitudinal study. *Occupational Medicine*. 2022 April; 72(3): p. 177-83.

25. Gonzalez M, Miranda- Massari J, Simone C, Olalde J. An Orthomolecular Protocol for Long COVID. *J Orthomol Med*. 2023 38; 1.

26. Blanco-Suárez MC. Tratamiento Ortomolecular del Síndrome Fibromiálgico y del Síndrome de Fatiga Crónica: Estrategias nutricionales. 2020.

27. Prospero Ó. El Síndrome de fatiga crónica puede confundirse con depresión, ansiedad y angustia. *Boletín UNAM*. 2020 Febrero; 168.



Eventos Bioética 2024

1. XII Congreso Mundial de Bioética del 13 al 15 de mayo de 2024 Gijón España. Sociedad Internacional de Bioética
2. XVI Congreso Nacional de Bioética + Complejidad. Cartagena, 23-25 de mayo 2024. Asociación de Bioética Fundamental y clínica
3. XXX Congreso Internacional sobre Derecho y Genoma Humano. Genética, Biotecnología y Medicina Avanzada, 28.05.2024. Universitat de Barcelona.
4. VIII Congreso Mundial de Integridad Científica, Del 2 al 5 de junio de 2024, en Atenas, Grecia, se celebra la 8th World Conference on Research Integrity - WCRI promovida por la World Conference on Research Integrity Foundation (WCRIF).
5. I Congreso de Bioética San Juan de Dios España, que con el lema “Ética, Humanización y Hospitalidad”. Del 1 al 3 de octubre 2024 en Madrid, España.



Revista de Bioética Latinoamericana / 2021-2023 / volumen 28 (número especial)

ISSN: 2244-7482 /

Rev Bioet Latinoam 2021-2023; vol 28 (número especial)

ESTA VERSIÓN DIGITAL DE LA
REVISTA DE BIOETICA LATINOAMERICANA,
SE REALIZÓ CUMPLIENDO CON LOS CRITERIOS Y LINEAMIENTOS
ESTABLECIDOS PARA LA EDICIÓN ELECTRÓNICA
EN EL AÑO 2021 – 2023 (número especial).
PUBLICADA EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL SABERULA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES – VENEZUELA

www.saber.ula.ve

info@saber.ula.ve