FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

# CARTA COMUNITARIA

Temas de Interés en Medicina de la Comunidad

La **CARTA COMUNITARIA** es un medio de comunicación destinado a fomentar reflexiones de la comunidad académica de la Fundación Universitaria Juan N Corpas. Por ende, se invita a los miembros de dicha comunidad a participar en ella, remitiéndonos artículos que crean merecen ser publicados. Bajo esta premisa, en esta ocasión agradecemos la contribución de los doctores Jairo Echeverry R., Diana Carolina Díaz M., Nathalie Nino P., Luisa Fernanda Ramírez N. y Jessica Fernanda Gómez J.

Se han incluido hipervínculos en los títulos para navegar a través de los diferentes temas de la Carta Comunitaria, esperando de esa manera hacer más fácil su ubicación.

*Todos los artículos son responsabilidad de los autores y no implican el pensamiento de la FUJNC. Aquellos que no estén firmados, son y han sido, autoría del Director. Cualquier observación o sugerencia se puede enviar a:*
***juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co** o **medicina-comunitaria@juanncorpas.edu.co***

**ISSN 0123-1588**

**Director: JUAN CARLOS GONZÁLEZ Q.**

**EN ESTE NÚMERO. . .**

1. **Editorial:** Cómo sueño que debe ser un departamento de Medicina comunitaria.
2. **Investigación:**
   - Diferencia de comportamientos violentos entre un colegio de estratos 4 y 5 y uno estrato 2, Suba (Bogotá).
   - Entre el idealismo mágico y el racionalismo positivista. Sobre la eficacia sanadora de las cadenas de oración.
3. **Atención Primaria en Salud:** "Atención Primaria de la Salud. Una nueva oportunidad".
4. **Salud mental:** Salud mental infantil. Una mirada desde la salud mental comunitaria.
5. **Caso clínico:** Herpes zóster oftálmico en la atención primaria. Un caso clínico en Villa de Leyva.
6. **Revisión de tema:** Donación de órganos y trasplantes en Colombia. ¿Cómo vamos?
7. **Sobre medicamentos:**
   - "Resistencia de bacterias a antibióticos. La nueva 'crisis' del siglo XXI".
   - "El desperdicio de medicamentos y la creación de súperbacterias".
   - La OMS diseña plan de acción para combatir el abuso de antibióticos".
8. **El peregrino que toca:** Calor de hogar o calor de "infierno".
9. **NotiComunitaria.**

Vol. 24 Número 140 Publicación Bimestral Sept. – Oct. 2016

**EDITORIAL**

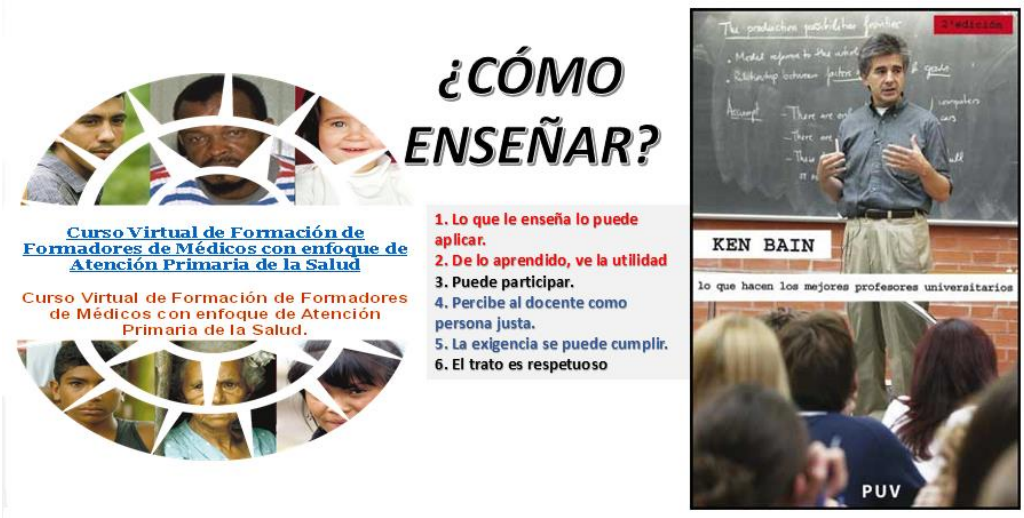
# CÓMO SUEÑO QUE DEBE SER UN DEPARTAMENTO DE MEDICINA COMUNITARIA

Sueño con un **departamento,** queriendo decir con ello que sea un grupo de personas **unidas** por un mismo fin (una misma misión), la cual es, filosóficamente, enseñar Medicina de la más alta calidad en la comunidad. Todas las personas que pertenezcan al departamento han de tener el gusto y la ilusión de trabajar en ambientes comunitarios. La universidad a la que pertenezca el departamento, lo percibirá como su mejor expresión de proyección social y se encargará de mantener a sus miembros estimulados y actualizados hacia las necesidades del país, anhelando que de sus experiencias surjan propuestas para modificar la realidad nacional. Le pedirá un plan y le asignará el presupuesto para hacerlo posible.

En ese sueño, anhelo que aquellos que rotan con nosotros aprendan y queden comprometidos con ejercer su oficio en la comunidad (prefiriéndola en vez de al hospital por tener la convicción de que en la comunidad pueden realizarse plenamente) y contemplen como proyecto de vida, ser médicos generales (en nuestro caso) y puedan ser recapacitados en la visión de la Salud Familiar o en la especialidad de la Medicina Familiar; es decir, que conciban a la medicina social como una opción de vida.

## La docencia

Anhelo que los que allí enseñamos seamos **docentes motivadores de vida**, comprometidos con el paciente y su familia y con los estudiantes, dispuestos a **enseñar con el ejemplo**. Que cada docente que permanezca en el departamento aprenda cuatro desarrollos claves:



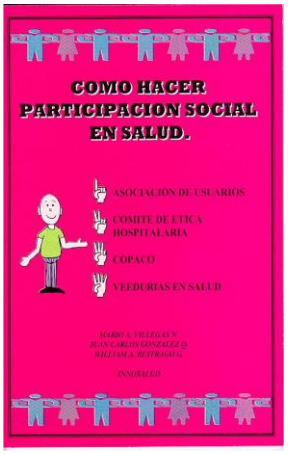

- Cómo enseñar de la forma más motivante.
- Que sienta a los que atiende como su principal razón de ejercer.
- Que tenga la capacidad de gestionar la organización de la comunidad.
- Que sepa escribir correctamente para poder contar sus experiencias y logros pedagógicos.

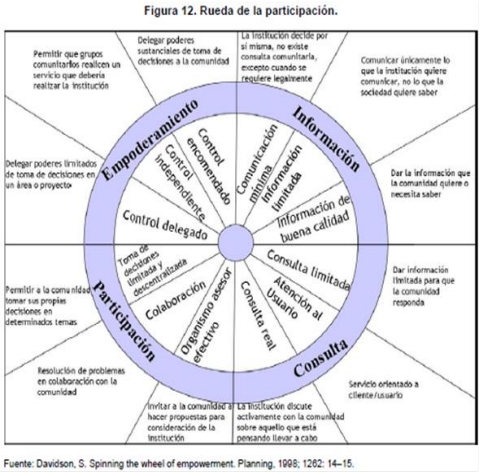
Anhelo que nuestros docentes puedan hacer de su diario acontecer una **actividad integrada**, donde enseñen a los estudiantes, compartan con la comunidad y puedan escribir y publicar sobre su experiencia. Creo que el conocimiento que nos une es el referido a la Atención Primaria en Salud, por ende, sueño con que todos los que estemos en Comunitaria, mínimo recibamos el posgrado de Salud Familiar/APS o el de APS (como se lo quiera nombrar) y, que a través de tal conocimiento, podamos proponer e impulsar al departamento y, por tanto, a nuestra facultad.

## Escenarios

Nuestros escenarios de práctica deben ser ante todo **espacios donde la comunidad pueda acudir con agrado** y sin restricción de acceso (lo sientan como propio) y nosotros les podamos **ofrecer un servicio de integralidad**, donde sea tan importante brindar la atención cuando están enfermos como dar las pautas de mantenimiento de la salud; donde tengamos grupos de pacientes con enfermedades crónicas a quienes se ayude a mantener controladas sus enfermedades. Asimismo, concibo que podamos ofrecer apoyo biopsicosocial, donde tengamos, por ejemplo, programas para enfrentar la violencia intrafamiliar o grupos de apoyo contra las adicciones. En tal sentido, concibo que esos escenarios (centros o casas comunitarias de proyección social), han de estar unidos con otras facultades, tales como enfermería, psicología, trabajo social, pedagogía (educación), de tal forma que podamos responder y proponer alternativas para las diferentes problemáticas psicosociales. Por supuesto, los estudiantes de tales facultades deben venir de universidades que se identifiquen con nosotros en esta concepción comunitaria.

## La población






La población a la que nos ofrecemos (y que se nos entrega), debe poder acceder a nuestros programas sin restricciones. Por ende, hemos de ser reconocidos por el Sistema de Salud, pero si ello aún no es posible, entonces, nosotros y con nuestros recursos, debemos ofrecer el máximo que esté a nuestro alcance. Nosotros deberemos darle a esa población un camino (impulso) hacia la organización y compartir con ella nuestro quehacer. Hemos de propender por construir una organización donde podamos aportar desde la equidad y solidaridad. Los que allí trabajamos deberemos ofrecer las bases para que la comunidad que atendemos se organice y, una vez conseguido esto, vincularnos con ella para construir caminos conjuntos.

## Lo intersectorial

Concibo que nuestros escenarios de práctica (centros de salud y casas comunitarias de proyección social, así como espacios de comunidad adonde acudamos) deben ser reconocidos por las autoridades locales y demás entidades comunales (colegios, jardines, hospicios para ancianos,…), las que han de aceptar unirse a nosotros con el fin de vincularnos para poderles aportar y ayudar a las familias que

están bajo nuestra influencia. Las EPS a las que pertenezcan nos ayudarán a gestionar todos los procesos para garantizar la atención integral y las entidades sociales de aquellos que estén vinculados, y se promoverá la construcción de **una mesa de trabajo permanente** donde el sector público en salud, el poder local (alcaldía), los sectores comunitarios (colegios, jardines, Bienestar Familiar, etc…) y la misma comunidad se reúnan con el fin de pensar, proponer y ejecutar planes que promuevan el bienestar de esas familias y de esas entidades.

Esas personas que atendemos con sus familias, de acuerdo a sus posibilidades, se vincularán a través de una **junta comunitaria**, la que velará para que la atención que ofrecemos sea percibida de la mejor manera, haciéndonos recomendaciones de cómo podemos mejorar. Esta junta representará a estas familias en las organizaciones comunitarias y en las mesas de salud de la localidad. Asimismo, recibirán cursos de gestión en salud, donde se les explicarán sus derechos y deberes, recibirán cursos de cuidadores de salud con el fin de promover al interior de cada familia hábitos de cuidado de salud. Se escogerán de esas familias agentes comunitarios, los que serán preparados para responder y gestionar la salud de las familias a su cargo.

Anhelo que lo que hacemos pueda ser compartido y reconocido por otras entidades, tanto de educación en salud como sociales y, transferir y enseñar a otros cómo se puede hacer. Para ello, este departamento publicará de forma permanente todo lo que hace.

Lo sorprendente, es que esto que sueño, ya ha sido posible… Tan solo debemos retomarlo.

-+--+--+--+--+--+--+--+--+--+--+--+--+--+-

Investigación...

# DIFERENCIA DE COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS ENTRE UN COLEGIO DE ESTRATOS 4 Y 5 Y UNO ESTRATO DOS, SUBA (BOGOTÁ).

Jesús David Achury Guzmán, Marialy Ariza Romo, Luisa Fernanda Arrieta Urrea, María Camila Balanta Muñoz[‡]
Tutor de la investigación: Juan Carlos González[§]

**RESUMEN**

**Objetivo:** Estimar la diferencia entre comportamientos violentos de un colegio de estratos 4 y 5 y uno de estrato 2.
**Metodología:** Se aplicó una encuesta autodiligenciada, con previa autorización de los colegios y los padres, a estudiantes que cursan de sexto a undécimo grado, pertenecientes a un colegio público estrato 2 y a uno privado estrato 5 indagando sobre características sociodemográficas y violencia (haber sido golpeado recientemente, uso de violencia física y porte de armas rutinario u ocasional en la institución educativa).
**Resultados:** Se encuestaron 1255 estudiantes, de los cuales 969 pertenecían a un colegio público y 286 a uno privado. El rango de edades se ubicó entre los 10 y 20 años. Se encontró que existe una mayor prevalencia de llevar un arma rutinariamente a la institución en los estudiantes de colegio público (OR 8,9 IC 95 % 1,2-66,1).
**Conclusión:** Las características socioeconómicas y el contexto que rodean a un estudiante son factores que influyen en su comportamiento violento y en el porte de armas.

**Palabras claves:** Violencia, adolescente, armas, factores socioeconómicos *(fuente: DeCS).*

**ABSTRACT**

**Objective:** To assess the difference of violent behavior between a school of 4 and 5 socioecomic strata (upper) and a school of socioecomic strata 2 (lower).
**Methodology:** A self-questionnaire was administered to students in 6$^{th}$ to 11$^{th}$ grade, who attending a private school and a public one (socioeconomic strata 4-5 and 2, respectively). It was obtained previous consent from schools and parents. The questionnaire asked about sociodemographic characteristics and violent behavior (if the student was hit recently, the use of physical violence and, the bearing of weapons as a routine or occasionally at the educational institution).
**Results:** 1255 students whose ages ranged from 10 to 20 years were interviewed of which 969 belong to a public school and, 286 to a private one. The larger prevalence of bearing of weapons was found in the public school (OR 8,9 CI 95 % 1,2-66,1).
**Conclusions:** Sociodemographic characteristics and the context surrounding a student are factors that have influence over his violent behavior and the bearing of weapons.

**Key Words:** Violence, adolescent, weapons, socioeconomic factors *(source: MeSH).*

[‡] Estudiantes VII semestre 2016 (Investigación Social 2). Facultad de Medicina, FUJNC.
[§] MD. Especialista Medicina Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co

## INTRODUCCIÓN

La OMS habla de violencia juvenil como "un problema de salud pública, el cual incluye actos que van desde la intimidación y las riñas hasta el homicidio, pasando por agresiones sexuales y físicas graves" (1).

En 2011 el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y la Secretaria de Educación de Bogotá realizaron una encuesta de convivencia escolar, cuyo objetivo era identificar los factores que afectaban la convivencia escolar en estudiantes de los grados 5º a 11º en colegios públicos y privados de Bogotá (2). En dicho estudio se observó que el 37,2 % de los estudiantes de 5º a 11º grado de establecimientos oficiales expresó haber visto que algunos de sus compañeros llevaron armas blancas al colegio; el 41,3 % de los estudiantes de colegios privados manifestó no haber observado este comportamiento; el 3,9 % de los estudiantes de colegios oficiales afirmó que alguno de sus compañeros llevaron armas de fuego mientras que en colegios privados solo el 2,1 % afirmó haber visto esta misma situación.

Una expresión del problema de la violencia se presenta cuando los adolescentes se arman. En torno a explicaciones de por qué sucede, Briceño (3) realizó un estudio en donde revisó varias bases de datos que contenían información sobre muertes por homicidio en el mundo con el fin de entender la distribución de las mismas en los países de Latinoamérica, observando que Argentina, Chile, Costa Rica y Uruguay tienen índices de mortalidad bajos mientras que Brasil, México, Colombia y Venezuela tienen índices extremadamente altos. Concluye que la diferencia de mortalidad entre los países se debe a los contextos sociales de cada país y a los modelos políticos. Sin embargo, la importancia de este estudio radica en el modelo sociológico que propone y que busca establecer las relaciones entre varios factores de riesgo y los niveles de violencia presentados en Latinoamérica. Dichos factores los clasifica en tres niveles: originarios (factores causales de características sociales y culturales), promotores (condiciones materiales en las que viven las personas) y facilitadores (contribuyen a la ocurrencia de violencia sin ser causas directas). Dentro de los factores originarios destacan las condiciones sociales, que en el caso de los países latinoamericanos, se caracterizan por tener niveles altos de inequidad, al igual que de pobreza y desempleo de personas jóvenes, asociados a la pérdida de mecanismos sociales tradicionales de control como lo son la familia y la religión. La afectación familiar referida en el decremento del porcentaje de mujeres que no trabajaban (de 46,2 % en 1990 a 36,2 % en 2002), acompañado de la falta de apoyo social a las familias y a los niños. La religión también ha perdido su control social ya que las normas religiosas han sido reemplazadas por códigos civiles. Expone que el desempleo hace que sea más difícil para los jóvenes que se encuentran bajo la "línea" de pobreza el adquirir elementos materiales bajo términos legales, factor relevante de violencia en Latinoamérica (bajo un modelo consumista que estimula el tener).

Los factores promotores a su vez, se clasifican en: el entorno de las ciudades, la cultura de masculinidad, mercado de drogas y la ineficiencia de los sistemas judiciales que propician la impunidad. Los puntos de concentración de violencia son áreas urbanas donde la elevada densidad poblacional y la pobre planeación en desarrollo, propician la rápida aparición de zonas de exclusión caracterizadas por la pobre conexión con otras áreas, dificultades topográficas y poco acceso a los servicios (luz, agua), dichas condiciones favorecen el desarrollo de pandillas y grupos subversivos que buscan el control de estas zonas. Las diferencias de género muestran que los hombres son los que usualmente se ven implicados en los actos de violencia, hecho respaldado por la cultura de masculinidad donde son ellos los que tiene que confrontar a otros tras ser desafiados y así ganar respeto por sus pares. En cuanto a los mercados de drogas, en donde Brasil y Colombia resaltan, la

búsqueda de nuevos lugares de venta y la competencia entre los ya establecidos se asocian al comercio ilegal de estas sustancias y de armas. Por último, la ineficiencia de los sistemas judiciales que propician la impunidad, hace que los perpetradores de violencia no tengan miedo de comparecer frente a la ley porque saben que no van a ser castigados, a esto se le suma el hecho de que existe un hacinamiento en los sitios de retención, razón para dejarlos salir. Los factores facilitadores se relacionan con las normas sociales que promueven el consumo de alcohol y la tendencia a cargar armas de fuego.

Datos que soportan la información obtenida por Briceño (3) se encuentran en varias encuestas realizadas en Bogotá, las cuales buscan establecer los factores que complementan las cifras oficiales de criminalidad y analizar los distintos aspectos que afectan la seguridad ciudadana. La encuesta realizada por la Cámara de Comercio de Bogotá (4) analiza las variables de victimización, percepción, institucionalidad y opinión del servicio de policía. Los resultados que son pertinentes a esta investigación nos indican: en cuanto a victimización, que el 14 % de los ciudadanos ha sido víctima de delitos directos; entre ellos, 64 % de hurto a personas y de estos, 44 % fueron hurtos con violencia en donde el agresor empleó arma blanca (57 %), arma de fuego (20 %), fuerza (16 %) y/o elemento contundente (5 %). El sitio de ocurrencia más común son las calles o avenidas (48 %), seguido por el transporte público (22 %). El celular fue el elemento más hurtado (43 %). Por otro lado, la percepción de inseguridad fue del 46 %, cifra que está 3 puntos por debajo de la medición del semestre anterior. En este balance de la seguridad en Bogotá (5), se observa que los casos de homicidio del primer semestre de 2015 aumentaron en 23 casos frente al mismo período de 2014 (un 4 %), siendo las localidades de San Cristóbal, Kennedy, Bosa, Cuidad Bolívar, Usaquén, Suba, Engativá, Santafé y Usme las más afectadas (9 de 20). Los resultados allí expuestos muestran que la localidad de Suba se encuentra entre las más inseguras de Bogotá.

Analizando el problema de violencia juvenil, Logan (6) utilizó información de la "Encuesta de Violencia Juvenil: los vínculos entre las diferentes formas de violencia" (*Youth Violence Survey: Linkages Among Different Forms of Violence)* realizada a estudiantes de 7º, 9º, 11º y 12º grados de 16 colegios de Estados Unidos, que establece la existencia de unos factores de riesgo para la aparición de los diferentes tipos de violencia. En el estudio se clasifica a los estudiantes en cuatro grupos: aquellos que no son ni violentos ni tienen comportamientos o ideas suicidas, jóvenes únicamente violentos, jóvenes únicamente con ideas o comportamientos suicidas y jóvenes violentos con comportamientos e ideas suicidas, a su vez identifican entre esos grupos quiénes llevan armas (jóvenes violentos, con ideas y comportamientos suicidas y que llevan armas), estos últimos son comparados con cada uno de los cuatro grupos de referencia para encontrar factores de riesgo asociados a este comportamiento. Las conclusiones de este estudio definen como factores de riesgo para la aparición de comportamiento violento (incluyendo el porte de armas): ser de sexo masculino, ser menores de 15 años, ser de raza o etnia no blanca (blancos no hispanos, negros no hispanos, hispanos, otras minorías), uso de sustancias ilícitas, tener amistades que los estimulen a realizar actividades delincuenciales, presentar síntomas depresivos, no tener vínculos con el colegio ni tener supervisión por parte de los padres. Y definen como factores protectores: tener un buen vínculo con el colegio y ser supervisados y cuidados por los padres.

En el estudio realizado por Ruggles (7) se analizaron datos obtenidos por el Centro de Control y Prevención de enfermedades (CDC por su siglas en inglés) mediante el Sistema de Vigilancia de Comportamiento de Riesgos (Youth Risk Behavior Surveillance System) aplicado en colegios públicos, privados y católicos de Estados Unidos entre los años 2001-2011, más específicamente en estudiantes entre 9º y 12º grados, con el fin de entender y establecer los factores asociados a la posesión de armas entre los adolescentes. Se observó que los jóvenes que reconocieron llevar armas a los colegios

tenían una relación estrecha con el alcohol, el tabaco, el cigarrillo y otras drogas, datos que fueron constantes en todos los años de estudio. También se encontraron relaciones con otros sucesos como haber sido víctimas de acoso sexual, tener ideas suicidas, sentirse triste o sin esperanza, tener desórdenes de alimentación y haber estado, recientemente, con un conductor ebrio.

Sin embargo, no solo esos factores pueden influir en que un joven porte armas; la situación socioeconómica y el hecho de presenciar violencia intrafamiliar o entre pares, podrían desempeñar un papel importante en la presencia de violencia juvenil. Pickett (8) tiene como objetivo definir la prevalencia, tendencia y los determinantes sociales que influyen en la violencia física entre adolescentes. Estudio que realizó mediante la aplicación de encuestas de carácter anónimo en los años 2002, 2006 y 2010 (2011 en Israel) a estudiantes de 11, 13 y 15 años de colegios públicos y privados. Como resultados obtuvieron que los jóvenes de sexo masculino se ven más implicados y que hay menor prevalencia en edades mayores (>15 años), ser de un nivel socioeconómico bajo, involucrarse en situaciones de riesgo y la victimización por bullying son factores individuales que desempeñan papeles importantes. La influencia del contexto social está dada por los casos de homicidios, desigualdad de ingresos y menor PIB per cápita. Por otro lado, Sharma (9) parte del hecho de que presenciar violencia entre los padres y ser víctimas de bullying, son situaciones que desafortunadamente viven los niños y adolescentes todos los días, por este motivo quisieron estudiar el rol de estos factores en la participación de violencia física entre adolescentes peruanos. El estudio fue realizado mediante la aplicación de una encuesta a estudiantes de escuelas secundarias públicas en Lima-Perú, realizándola a 1368 estudiantes en total; en esta se les preguntaba por sus variables sociodemográficas, si habían estado envueltos en peleas, si habían presenciado violencia entre sus padres y si habían sido víctimas de bullying. Concluyeron que los jóvenes de sexo masculino que han sido víctimas de bullying verbal y han presenciado violencia contra sus padres hombres y las jóvenes que han sufrido bullying, son los que más riesgo tienen de verse involucrados en peleas.

El presente estudio quiso comparar la prevalencia de comportamientos violentos por parte de los adolescentes de un colegio con predominio de jóvenes de estrato 2 con la de otro con predominio de estratos 4 y 5 y poner de manifiesto una desigualdad, que esperamos sirva para confrontarla y disminuirla. A través de la respuesta a la pregunta de la investigación se pretende denunciar una situación de desigualdad y con ello promover la búsqueda de acciones que disminuyan tales diferencias a favor de los adolescentes.

## MATERIALES Y MÉTODOS

**Tipo de estudio:** Estudio descriptivo de tipo corte transversal.

**Población:** Estudiantes de grados 6º a 11º, con rango de edad entre 10 y 20 años, de un colegio público estrato 2 y un colegio privado estrato 4 y 5 de la localidad de Suba en Bogotá.

**Criterios de inclusión:** Estudiantes que pertenecieran a las instituciones educativas, que tuvieran autorización de los padres y que quisieran realizar de forma voluntaria la encuesta.

**Variables de estudio:** Se indagó por *características demográficas*: edad, sexo, lugar que ocupa en el hogar, estado emocional al momento de aplicar la encuesta, estrato, personas con las que vive. Variables acerca de la *percepción familiar*: apoyo, participación, afecto, tiempo compartido y comodidad. Variables relacionadas con *violencia*: si fue golpeado o golpeó en el último año y porte de armas rutinario u ocasional.

**Manejo estadístico:** Se tabularon los resultados en el programa Excel y a través del programa Epi Info se obtuvieron las frecuencias. No todas las preguntas fueron contestadas, por ello, de cada pregunta se obtuvo el porcentaje contestado. Se calcularon el promedio de calificación y su desviación estándar. Se cruzaron los datos obtenidos tanto del colegio público como del privado, teniendo en cuenta las variables de porte de armas tanto ocasionalmente como de rutina, y si ha sido golpeado en el último año, como referentes de violencia en el ámbito escolar, para la posterior obtención de los OR y el análisis de los mismos.

**Recolección de la información:** Se aplicó la encuesta autodiligenciada denominada "Conociéndome a mí mismo", que incluía 52 preguntas, dentro de las cuales se encontraban diversos temas (violencia, sexualidad, abuso de drogas, etc.), asegurando la confidencialidad de los participantes, los cuales pertenecían a los grados 6º a 11º de dos colegios, uno estrato 2 y otro estratos 4 y 5, en Bogotá. Previo a la aplicación de la encuesta se solicitó el debido permiso en cada institución, se aseguró a los estudiantes la confidencialidad de la información proporcionada y se explicó el diligenciamiento de la encuesta, aclarando dudas al respecto. Posteriormente se tabularon los resultados y se escogió la pregunta de investigación, se calcularon los OR y se sacaron las respectivas conclusiones, al comparar los resultados con otras investigaciones similares.

## RESULTADOS

El total de la población encuestada fue de 1255 estudiantes. El rango de edad se encuentra de 10 a 20 años.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de población adolescente estudiada en 2016

| VARIABLE | IED | | Colegio Privado | |
|---|---|---|---|---|
| | N° | % | N° | % |
| ***Edades*** | | | | |
| De 10 a 12 años | 207 | 21 | 91 | 32 |
| De 13 a 16 años | 665 | 69 | 165 | 58 |
| De 17 a 20 años | 92 | 10 | 29 | 10 |
| ***Sexo*** | | | | |
| Masculino | 458 | 47 | 164 | 57 |
| Femenino | 511 | 53 | 122 | 43 |
| ***Estrato*** | | | | |
| Estratos 1 y 2 | 684 | 76 | 3 | 1 |
| Estratos 3 y 4 | 209 | 23 | 187 | 68 |
| Estratos 5 y 6 | 9 | 1 | 85 | 31 |
| ***Percepción del ánimo*** | | | | |
| Triste | 56 | 6 | 15 | 5 |
| Feliz | 323 | 34 | 92 | 32 |
| Normal | 584 | 61 | 177 | 62 |
| ***Funcionalidad familiar*** | | | | |
| Disfunción severa | 51 | 5 | 8 | 3 |
| Disfunción moderada | 257 | 27 | 59 | 21 |
| Funcionalidad normal | 647 | 68 | 218 | 76 |
| ***Estructura familiar*** | | | | |
| Hogar nuclear (vive con papá, mamá y hermanos) | 474 | 49 | 176 | 61 |
| Hogar incompleto (falta uno de los padres) | 312 | 32 | 79 | 27 |
| Hogar extenso (padres, hermanos y otros) | 79 | 8 | 23 | 8 |
| Hogar reconstituido (padrastro y madrastra) | 41 | 4 | 4 | 1 |
| Hogar sin padres | 61 | 6 | 6 | 2 |

**Tabla 2.** Riesgo de violencia en población adolescente estudiada en 2016

| VARIABLE | IED | | Colegio privado | |
|---|---|---|---|---|
| | N° | % | N° | % |
| Ha sido golpeado en último año | 283 | 31 | 82 | 29 |
| Golpeó a alguien el último año (pelea) | 279 | 31 | 64 | 22 |
| Lleva un arma rutinariamente para defenderse | 26 | 3 | 1 | 0 |
| Lleva un arma ocasionalmente para defenderse | 81 | 9 | 11 | 4 |

**Tabla 3.** Razones de riesgo de violencia de un colegio público versus uno privado en 2016

| VARIABLE | SÍ | | NO | | OR | IC 95 % | | Prueba *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N° | % | N° | % | | LI | LS | |
| ***Ha sido golpeado en último año*** | | | | | | | | |
| Colegio público | 283 | 31 | 631 | 69 | 1,1 | 0,8 | 1,5 | 0,4622526 |
| Colegio privado | 82 | 29 | 204 | 71 | | | | |
| ***Golpeó (pelea) a alguien el último año*** | | | | | | | | |
| Colegio público | 279 | 30 | 635 | 69 | 1,5 | 1,1 | 2,1 | 0,0084950 |
| Colegio privado | 64 | 22 | 221 | 78 | | | | |
| ***Lleva un arma rutinariamente para defenderse*** | | | | | | | | |
| Colegio público | 26 | 3 | 798 | 97 | 8,9 | 1,2 | 66,1 | 0,0096111 |
| Colegio privado | 1 | 0,4 | 274 | 99,6 | | | | |
| ***Lleva un arma ocasionalmente para defenderse*** | | | | | | | | |
| Colegio público | 81 | 9 | 798 | 91 | 2,5 | 1,3 | 4,8 | 0,0035912 |
| Colegio privado | 11 | 4 | 274 | 96 | | | | |

## DISCUSIÓN

La presente investigación está sujeta a la limitación propia de las encuestas, a saber, que no se conteste con la verdad. Sin embargo, tal limitación se enfrentó a través de la insistencia en la voluntariedad al momento de responder la encuesta y asegurando la confidencialidad.

Esta investigación se centra en el tema del porte de armas en un contexto donde la violencia juvenil es un problema de salud pública (1) que ha venido aumentando. Como hallazgo principal se encontró que existe una alta prevalencia en el porte de armas de forma rutinaria en el colegio público comparado con el privado (OR 8,9 - tabla 3).

¿Por qué esta diferencia tan notoria? Sin duda porque en Colombia se dan las condiciones que menciona Briceño (3) con una situación de tráfico de drogas e impunidad presentes. Los colegios situados en zonas más vulnerables sin duda viven con más intensidad tal problema (los profesores refirieron la venta de psicoactivos por parte de algunos de los jóvenes al interior del colegio y que son difíciles de judicializar). Claramente el colegió de estrato 2 está ubicado en una zona de "miedo" (4) que determina sin duda más eventos adversos, en particular atracos.

Las condiciones sociales en el primer caso (estrato 2) afectan todas las áreas de desarrollo de los individuos, por ejemplo los espacios son muy pequeños y las familias son más numerosas; las personas consiguen dinero de manera informal y, por lo general, a través de ventas ambulantes (10); no todas las calles se encuentran pavimentadas; los estudiantes llegan al colegio caminando o luego de largos recorridos en bus; el expendio de drogas es una situación común en áreas cercanas a los colegios y, existen pandillas en varias zonas de los barrios, por solo nombrar algunas. Dichas condiciones

permiten plantear hipótesis en donde la inseguridad que puedan sentir los estudiantes al momento de llegar a su colegio hace que porten armas, al igual que el pertenecer a pandillas o a grupos expendedores de drogas o, por moda, en donde el hecho de portar un arma da una imagen de superioridad y temor a otros jóvenes. El consumo de sustancias psicoactivas, cigarrillo y alcohol también se relacionan con el porte de armas en los jóvenes y con el comportamiento delictivo (11).

Creemos y proponemos por esa vivencia y la diferencia encontrada en la variable "haber golpeado" (tabla 3), que la violencia como mecanismo de supervivencia está más presente donde la pobreza es mayor. Este estudio no permite identificar si existe más bullying (8) en el colegio de estrato inferior, o, incluso, cómo se relacionan la familia y el comportamiento violento, pero se deberá indagar al respecto, pues existen referencias que indican que esta asociación es muy probable.

En conclusión, la investigación demuestra que los adolescentes de colegios públicos tienen una mayor incidencia en el porte de armas. Este último resultado podría ser relacionado con su lugar de residencia (2) o con los factores de riesgo tales como el consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas (11) o mala relación intrafamiliar y problemas socioeconómicos (9), preguntas que buscarían establecer de forma directa, con datos de las comunidades afectadas, los factores de riesgo presentes en cada una de estas y que condicionan la aparición de violencia juvenil.

## REFERENCIAS


(1) Organización Mundial de la Salud [Internet]. Violencia juvenil. Who.int; 2016 [actualizado julio de 2016; citado 16 agosto de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs356/es/#.

(2) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) [Internet]. Encuesta de convivencia escolar y circunstancias que la afectan, para estudiantes de 5º a 11º de Bogotá; 2011 [actualizado 9 de mayo de 2012; citado 16 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/educacion/bol_ConvivenciaEscolar_2011.pdf

(3) Briceño R, Villaveces A, Eastman C. Understanding the uneven distribution of the incidence of homicide in Latin America. Int J Epidemiol [Internet]. 2008 [08 de septiembre de 2016]; 37 (4): 751-7. Disponible en: http://ije.oxfordjournals.org/content/37/4/751.full.pdf+html.

(4) Cámara de Comercio de Bogotá [Internet]. Encuesta de percepción y victimización en Bogotá, segundo semestre de 2015 [actualizado 18 May 2016; citado 27 Ago 2016]. Disponible en: http://hdl.handle.net/11520/14864

(5) Cámara de Comercio de Bogotá [Internet]. Observatorio de Seguridad en Bogotá; 2015 [actualizado Nov 2015; citado Ago 2016]. Disponible en: http://bibliotecadigital.ccb.org.co/bitstream/handle/11520/14055/14%20Observatorio%20de%20seguridad%20en%20Bogota%20No%2049.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(6) Logan J, Vagi K, Gorman D. Characteristics of Youth with Combined Histories of Violent behavior, Suicidal Ideation or Behavior, and Gun-Carrying. Crisis [Internet]. 2016 [16 de agosto de 2016]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/303740472_Characteristics_of_Youth_With_Combined_Histories_of_Violent_Behavior_Suicidal_Ideation_or_Behavior_and_Gun-Carrying

(7) Ruggles K, Rajan S. Gun Possession among American Youth: A Discovery-Based Approach to Understand Gun Violence. PLOS ONE [Internet]. 2014 [16 de agosto de 2016]; 9(11):1-12. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4221159/pdf/pone.0111893.pdf

(8) Pickett W, Molcho M, Elgar F, Brooks F, De Looze M. Rathmann K et al. Trends and Socioeconomic Correlates of Adolescent Physical Fighting in 30 Countries. Pediatrics [Internet]. 2013 [16 de agosto de 2016]; 131(1):18-26. Disponible en: http://pediatrics.aappublications.org/content/131/1/e18.long

(9) Sharma B, Nam E, Kim H, Koo J. The Influence of Witnessing Inter-parental Violence and Bullying Victimization in Involvement in Fighting among Adolescents: Evidence from a School-based Cross-sectional Survey in Peru. J Lifestyle Med [Internet]. 2016 [16 de agosto de 2016]; 6(1):27-35. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4915764/pdf/jlm-6-027.pdf

(10) Londoño O, Chaparro P. Disparidades en las condiciones de habitabilidad y en los estados de salud. Cuaderno de vivienda y urbanismo [Internet]. 2013 [17 de agosto de 2016]; 6 (12):260-279. Disponible en: http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/cvyu/article/view/7036/5595

(11) Policía Nacional Dirección de Protección y Servicios Especiales [Internet]. Violencia juvenil; [actualizado 2012; citado 4 Sept 2016]. Disponible en: http://oasportal.policia.gov.co/portal/page/portal/UNIDADES_POLICIALES/Direcciones_tipo_Operativas/Direccion_Servicios_Especializados/area_infancia_adolescencia/red_educadores/herramientas/012%20VIOLENCIA%20JUVENIL.pdf

# ENTRE EL IDEALISMO MÁGICO Y EL RACIONALISMO POSITIVISTA. SOBRE LA EFICACIA SANADORA DE LAS CADENAS DE ORACIÓN.

Jairo Echeverry Raad**

## Las redes sociales

http://lakañona.com/wp-content/uploads/2015/05/redes-sociales1-660x330.jpg

Las *redes sociales* son portentosos medios de diseminación de la información, pero también de desinformación; son asimismo, medios de comunicación pero, además, de divulgación distorsionada. Es indudable el papel que tienen para masificar una idea pero, también, el grave daño que producen si esa "idea" no es adecuada, veraz, válida o cierta.

## Declaro...

Antes de seguir adelante, es necesario decir que soy católico por tradición, desde cuando en este país era inconstitucional y literalmente un sacrilegio profesar otra ideología religiosa y que la practico hoy como sistema de pensamiento espiritual en el intento de mejoramiento de mi imperfección individual. Pero también, que reconozco que la "Iglesia", está compuesta y dirigida por seres humanos (del sexo masculino en su jerarquía de poder), que interpretan los designios desde su perspectiva, padecen, adolecen y cometen lo mismo que padecemos, adolecemos y cometemos equivocadamente los seres humanos.

En relación con la ideología católica tuve dos momentos de conflicto. El primero de ellos fue "comprender", algo contrariado, que la Medicina es laica cuando un nutrido grupo de profesores de Medicina y de otros departamentos de la Universidad Nacional, donde recién iniciaba, no veían con buenos ojos que solo hubiese en la Ciudad Universitaria una capilla católica como tampoco que una decisión terapéutica fuese prescrita desde la perspectiva religiosa del clínico que la ordenaba (por supuesto sin consideración tampoco de la ideología religiosa del efector de esa prescripción).

** Profesor titular. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.

El segundo momento de conflicto fue cuando tuve que darle una repuesta sensata a mi hijo, quien haciendo gala de la ingenuidad inteligente de sus escasos años, me preguntó: "… si hay tantas corrientes religiosas, ¿cuál es la mejor?".

http://i78.photobucket.com/albums/j116/Guinness_2006/250px-religious_syms_svg_zps58119fd3.png

*Inscribirse* en una ideología religiosa es asumir por dogma y fe sus preceptos, dirigidos, casi sin excepciones, a la sublimación del espíritu, a perseguir el bien de todos y a luchar contra las inequidades, las injusticias y la maldad. Pero los feligreses no tienen claro que las diferentes iglesias son canales materiales, simples intérpretes de estos preceptos, como tampoco que no encarnan a ese único Dios de todos. En este mundo de escasa claridad, crecemos en un medio polarizado que defiende la "superioridad" de una corriente religiosa por sobre la otra y mirando a aquellos que no están con nosotros de este lado como seres que morirán engañados, llevándose a varios consigo para terminar en la hoguera del infierno. ¿Será posible que ese sea el origen del "fundamentalismo religioso" de estos días que, con otros aspectos, tienen agobiado al mundo en una especie de terrorismo mediático global y que se concreta de vez en cuando con una masacre inaudita?

## El asunto

Esta introducción provee el contexto de un fenómeno que observé recientemente en una red social a la que pertenezco, construida en *WhatsApp,* que consta de 100 miembros. Es apenas obvio que las redes sociales son cajas de resonancia y de amplificación de las polarizaciones ideológicas; sin embargo, carecen de sistemas de control en los insondables e impredecibles efectos, porque justamente tales redes sociales y tales ideologías, al ser simples vehículos de comunicación (igual que las iglesias) no poseen los mecanismos para ofrecer o dilucidar la "verdad". Generalmente todo lo que allí se presenta no es la "verdad" sino lo que se juzga como tal ante cada perspectiva humana.

Todo empezó cuando uno de ellos pidió una cadena de oración por el bienestar de una muy buena persona que se encontraba en esos instantes en una precaria situación de salud. Llovieron exponencialmente mensajes de solidaridad y menciones sobre plegarias nutridas en pro de la recuperación y el bienestar, e incluso, bajo el estímulo intenso de otro de sus miembros que aseguró con toda convicción ("yo sé por qué se los digo") que se han verificado curaciones milagrosas por el efecto de las cadenas de oración.

http://www.murcia.com/noticias/fotos//2015/03/11/110320151324501.jpg

Uno quisiera que estas redes tuviesen la fuerza necesaria para modificar con sus plegarias y rezos la historia natural de condiciones y enfermedades humanas biológicas, psicológicas o sociales establecidas. Pero entrar en esa práctica con base en la fe, bajo una de las perspectivas religiosas y defendiendo esta actuación con base en anécdotas o rumores, la mayoría de las veces, es profesar cierto idealismo mágico que recuerda la época del *Oscurantismo.* El idealismo mágico se soporta en creencias.

## La evidencia como pauta

A este respecto, pero en el otro extremo, se encuentra la posición científica positivista "moderna" que indica que, en cuestiones de salud, es mejor obrar en el sentido que la evidencia de buena calidad lo señale. El positivismo científico se basa en evidencias.

https://1.bp.blogspot.com/-gy8hF6UuVEM/Vx5MlpdPGQI/AAAAAAAAP3k/JWXD3PJWDZYZPtBNViQvA2zDUvOf3S88gCLcB/s1600/12985578_1272234882791193_5994217711449701875_n%2B%25281%2529.jpg

Surgen entonces las siguientes preguntas para un cultor de cadenas de oración por la salud de terceros: ¿Cuál sería su reacción al enterarse que, exploradas científicamente, estas no muestran beneficio alguno para los pacientes o efectores de dichas plegarias? ¿Por qué sostener un sistema de creencias cuando la evidencia va en contra de ellas?

## Tratando de ver la evidencia

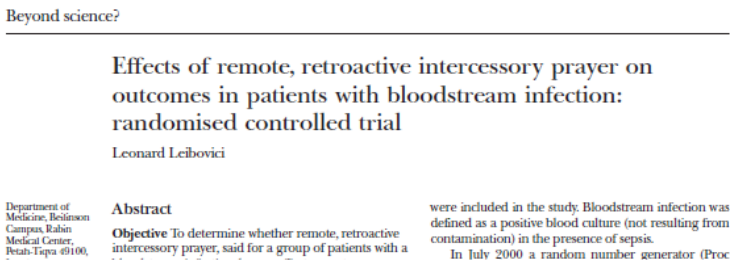
Recientes investigaciones secundarias (revisiones sistemáticas) de experimentos clínicos, han explorado el efecto de diferentes intervenciones espirituales y religiosas en la salud humana, encontrando, desafortunadamente, heterogeneidad, dificultades metodológicas y cuestionamientos sobre la validez de los estudios originales (1).

## Plegaria intercedida

En este sentido, la literatura médica ha publicado el efecto de las llamadas "cadenas de oración" bajo el término *Plegaria intercedida a distancia* o *Terapias con intención de curación a distancia* (2, 3, 4, 5). La más sobresaliente de ellas, realizada por Roberts y colaboradores (2), emprendió una revisión sistemática de ensayos clínicos controlados para aclarar el efecto de la oración intercedida como intervención adicional en lo problemas de salud de pacientes que estaban recibiendo previamente atención médica de rutina. Este estudio, una actualización de una revisión previa que este mismo autor había hecho en 2001, realizó una revisión en las bases de datos MEDLINE y EMBASE de artículos relevantes hasta 2007, sobre cualquier ensayo clínico controlado con asignación aleatoria que hubiese comparado los efectos en la mortalidad y desenlace clínicos importantes, por efecto de la oración hecha con la creencia de estar haciéndola ante Dios, intercediendo de manera personal, centrada, comprometida, organizada y dirigida para el mejoramiento de la salud de una persona, comparada con cualquier otra intervención.

## Lo encontrado

Fueron identificados y seleccionados finalmente 10 estudios que acumularon 7.646 participantes. En referencia a sus resultados, para la comparación de la *plegaria intercedida* junto con el cuidado médico estándar versus cuidado médico estándar solamente, de manera global no fue claro el efecto de la plegaria intercedida en la reducción del riesgo de **morir** con datos muy heterogéneos y diferencias estadísticamente no significativas (seis ensayos clínicos con 6.784 participantes, tuvieron un Riesgo Relativo (RR) de 0,77, IC95 % 0,51-1,16, pero un $I^2$ del 83 %). Para tener un mejor **estado clínico general** por efecto de la plegaria no hubo diferencias significativas entre los grupos (cinco ensayos clínicos con 2.705 participantes, RR para un resultado clínico intermedio o malo de 0,98, IC95 % 0,86-1,11). Cuatro estudios no encontraron efecto alguno en la **readmisión a la unidad de cuidado coronario** (cuatro ensayos clínicos con 2.644 participantes, RR 1,00, IC95 % 0,77-1,30). Finalmente dos ensayos clínicos encontraron que la plegaria intercedida no tuvo efectos en la **rehospitalización** (dos ensayos clínicos con 1.155 participantes, RR 0,93, IC95 % 0,71-1,22). Este metaanálisis tuvo una actualización de información hasta el año 2009, no encontrando cambios.



Beyond science?

Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infection: randomised controlled trial

Leonard Leibovici

Department of Medicine, Beilinson Campus, Rabin Medical Center, Petah-Tiqva 49100,

**Abstract**

**Objective** To determine whether remote, retroactive intercessory prayer, said for a group of patients with a

were included in the study. Bloodstream infection was defined as a positive blood culture (not resulting from contamination) in the presence of sepsis.

In July 2000 a random number generator (Proc

A pesar de que los autores de este valioso metaanálisis pertenecen a la comunidad anglicana, o sea con cierto conflicto de interés sobre los resultados, las conclusiones son significativas. "Si bien los resultados son equívocos y algunos de estos sugieren un efecto positivo de la *plegaria intercedida*, la

mayoría no, y la evidencia no soporta la recomendación a favor o en contra de dicha actividad". La conclusión culmina con un sentencia pasmosa: "Estamos convencidos de que no es necesario realizar más ensayos clínicos a este respecto y debería ser preferible que cualquier recurso disponible que se tuviese previsto para un estudio en este sentido, sea mejor utilizado para investigar cualquier otra pregunta diferente en el cuidado de la salud".

Como paréntesis, otra confesión aquí: Tengo en mis archivos una fabulosa pieza de información, que he usado en los cursos de Epidemiología Clínica y Medicina Basada en Evidencias, como elemento que reta la lógica y la racionalidad de mis estudiantes. Leonard Leivobici (6), a través de un ingenioso ensayo clínico controlado, con asignación aleatoria doble enmascarado (nivel de evidencia IB), intervino a 3.393 "pacientes" con bacteremia y sepsis de diferentes orígenes y gravedades, solicitándole a un orador profesional que pidiera por el bienestar de uno de los dos grupos aleatorizados. Si bien la reducción absoluta de la mortalidad de 2,1 puntos porcentuales en el grupo por el que se oró a distancia (con un NNT de 48) no alcanzó diferencias estadísticamente significativas (valor *p* para la diferencia=0,4), la mediana de estancia hospitalaria y la duración de la fiebre (valor *p*=0,01 y valor *p*=0,04, respectivamente), se redujeron significativamente ambas en un día en el grupo intervenido con la oración a distancia, especialmente en aquellos con hospitalizaciones más prolongadas. El aspecto que reta la lógica y los paradigmas es que la intervención por el orador se hizo de cuatro a 10 años después de que los desenlaces explorados hubieran ocurrido. Naturalmente el trabajo de Leibovici no ha sido contemplado en el metaanálisis de Roberts que hemos citado.

## Entonces...

Retomando, es posible que el verdadero efecto de la *plegaria intercedida* no haya sido abordado, desarrollado o realizado adecuadamente por ninguno de los experimentos emprendidos, o que estos se hayan hecho dentro de "religiones de diferentes calidades y no las que son más fuertes", o que los creyentes participantes en esas plegarias no fuesen buenos oradores o que los pacientes de esos estudios no eran "buenos" creyentes. Sin embargo, si bien se pudiera afirmar eso, sería descabellado aducir que hay factores que la ciencia no contempla y que hay aspectos inconmensurables en la espiritualidad y en la religiosidad, como para negarse a esta evidencia de ausencia que no a la ausencia de evidencias y defender esta práctica como medida de sanación. Hacerlo sería, no solo permanecer en un estado de idealismo mágico sino entrar en uno de irracionalismo ingenuo.

Así las cosas, una "cadena de oración" imperfectamente practicada, además de no producir beneficios en quienes se someten a esta, generaría ansiedad innecesaria en sus eslabones pero, además, satisfacción espuria en sus promotores. ¿Ese no es el logro que pretenden los fundamentalistas?

Todos tenemos nuestro válido derecho de pensar, creer y profesar la ideología que escojamos e invocar al Dios de nuestro más caro aprecio, ni más faltaba, pero no es adecuado pensar que esa convicción nos hace poseedores de la verdad y que todo lo que se haga en función de sus preceptos, doctrina, ritos y dogmas de fe (además ideados o creados por el imperfecto hombre) tendrán el efecto que todos deseamos.

Uno de los más claros ejemplos de la imperfección epistemológica de este pensamiento y mecanismo mágicos es la constatación reiterada de que por más que nos unamos en oración, invocando y haciendo promesas al "Altísimo" por cuenta de los locutores deportivos, muchas veces más que las que deseamos, la selección colombiana de futbol pierde sus partidos y no clasificamos al mundial, aspecto que haría pensar, en ese idealismo mágico que el Dios de "ellos", de los ganadores, es más efectivo

que el nuestro o que, en una noción que cunde en la masa de influencia judeocristiana, es la decisión de Dios ya que nos lo tenemos merecido porque "algo debimos haber hecho mal".

Ahora bien, hay algunas evidencias y con crecientes publicaciones, sobre los efectos de la respiración sincrónica (7), el *pranayama,* el neurofeedback, el yoga (8, 9, 10, 11) y la oración sistemática (rezar el Rosario en latín) (12), entre muchos otras técnicas de reflexión, respiración o relajación, en múltiples condiciones, eventos y desenlaces fisiológicos y biológicos humanos, prometiendo potenciales beneficios en salud pero simultáneamente alertando sobre sus efectos secundarios (13), porque todas esas técnicas, incluso milenarias y desde un plano religioso o espiritual, son invenciones del hombre. Como ejemplo de la popularidad de estas tendencias el término textual "*yoga"* en MEDLINE encuentra hoy en día 3.428 publicaciones y cerca de 280 revisiones.

Entonces, posiblemente, si la participación en las cadenas de oración ocasiona que los eslabones de la misma, o sea sus miembros, se tomen un tiempo para pensar y reflexionar profunda y adecuadamente, y no el simple hecho de "reenviar" o reaccionar con clamores por esa cadena, paradójicamente se ayudarían a sí mismos, a sus eslabones, como elementos efectores del estímulo y no a aquellos a quienes se intenta "ayudar".

De esta manera, la oración y la reflexión, en el marco de cualquier ideología religiosa, como procesos metacognitivos, podrían ser elementos de sanación individual, en principio espirituales y, posteriormente, biológicos de los que las practican, que pudiesen llevar a la tranquilidad y a la introspección sobre las diferencias y las inequidades como beneficios individuales obtenidos de dicha práctica y que se cristalicen en hechos positivos hacia los demás y hacia la sociedad en la que nos encontramos inmersos. ¿Esto no sería un mejor camino hacia la paz?

**Bibliografía y referencias**


(1) Gonçalves, JPB. Spiritual and/or religious interventions in health: A systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2014.
(2) Roberts L, Ahmed I, Hall S, Davison A. Intercessory Prayer for the Alleviation of Ill Health. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15; (2):CD000368. doi: 10.1002/14651858.CD000368.pub3.
(3) Radin D, Schlitz M, Baur C. Distant Healing Intention Therapies: An Overview of the Scientific Evidence. Glob Adv Health Med. 2015 Nov; 4(Suppl):67-71. doi: 10.7453/gahmj.2015.012.suppl. Epub 2015 Nov 1.
(4) Benson H, Dusek JA, Sherwood JB, Lam P, et al. Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP) in Cardiac Bypass Patients – A Multi-Center Randomized Trial of Uncertainty and Certainty of Receiving Intercessory Prayer. Am Heart J. 2006 Apr; 151(4):934-42.
(5) Aviles JM, Whelan E, Hernke DA et al Intercessory Prayer and Cardiovascular Disease Progression in a Coronary Care Unit Population: A Randomized Controlled Trial. Mayo Clin Proc. 2001; 76:1192-1198.
(6) Leibovici L. Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infection: randomised controlled trial. BMJ 2001; 323:1450–51.
(7) Sharma P, Thapliyal A, Chandra T, Singh S, Baduni H, Waheed SM. Rhythmic breathing: immunological, biochemical, and physiological effects on health. Adv Mind Body Med. 2015 Winter; 29(1):18-25.
(8) Broderick J, Knowles A, Chadwick J, Vancampfort D. Yoga versus standard care for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Oct 21; 10:CD010554. doi: 10.1002/14651858.CD010554.pub2.
(9) Kwong JS, Lau HL, Yeung F, Chau PH. Yoga for secondary prevention of coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jul 1; 7:CD009506. doi: 10.1002/14651858.CD009506.pub4.
(10) Desveaux L, Lee A, Goldstein R, Brooks D. Yoga in the Management of Chronic Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. Med Care. 2015 Jul; 53(7):653-61. doi: 10.1097/MLR.0000000000000372.
(11) Panebianco M, Sridharan K, Ramaratnam S. Yoga for epilepsy. Cochrane Database Syst Rev. 2015 May 2; 5:CD001524. doi: 10.1002/14651858.CD001524.pub2.
(12) Bernardi L, Sleight P, Bandinelli G, Cencetti S, Fattorini L, Wdowczyc J, Lagi A. Effect of rosary prayer and yoga mantras on autonomic cardiovascular rhythms: comparative study.BMJ. 2001 Dec 22-29; 323(7327):1446-9.
(13) Cramer H, Krucoff C, Dobos G. Adverse events associated with yoga: a systematic review of published case reports and case series. PLoS One. 2013 Oct 16; 8(10):e75515. doi: 10.1371/journal.pone.0075515. eCollection 2013.

## Atención Primaria en Salud...

# "ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: UNA NUEVA OPORTUNIDAD"

http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/aps_documento_previo_al_foro.pdf

Oscar Echeverry††

**Por considerarlo un documento de valor inmenso, a continuación exponemos un resumen del escrito del doctor Oscar Echeverry acerca de la APS, incorporando, sin su autorización, unas imágenes, que solo persiguen concretar más las ideas. Por supuesto que invitamos a leer el artículo original, declarando que los intentos por resumir, muchas veces eliminan conceptos que los autores consideran claves.**
**Por eso, nuestras disculpas al doctor Echeverry.**

Nos propone el doctor Echeverry, en su maravilloso ensayo, la necesidad de volver a hablar con insistencia de Atención Primaria en Salud (APS), en particular, en las facultades para promover el necesario cambio que necesitamos si pretendemos darle la oportunidad a nuestra población. De hecho, hace una propuesta denominada Cuidado Esencial de Salud (CES).

### Nacimiento, pasión y resurrección de la Atención Primaria en Salud

http://who.int/features/history/who60_feature_1978primarycare_16.jpg

La Declaración de Alma-Ata revolucionó la concepción de la salud. Prueba de ellos son estos tres postulados:

†† MD, EMPSP, ScD

**"La salud es un derecho humano fundamental..."**

**"Requiere la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector de la salud...".**

**"El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a su salud".**

Sin duda, cada vez que se hable de APS se debe leer y releer esta declaración, pues allí está la esencia de su concepción.

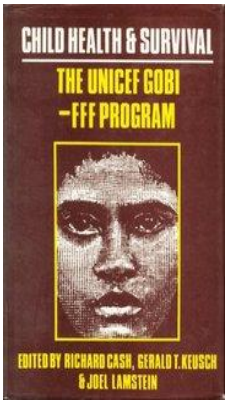
Afirma el doctor Echeverry que la APS "desmedicaliza" la concepción de salud y de su prestación. Alma-Ata hace ver que buscar salud para la población no solo es atender a los enfermos. Promueve con fuerza la prevención, saca la "salud" del hospital y pone a la comunidad de lleno como actor principal.

## Las condiciones mínimas

Para hacer APS existen unos mínimos que son:

1. Educación sobre problemas de salud prevalentes y métodos para prevenirlos y controlarlos.
2. Promoción del suministro de alimentos y nutrición adecuada.
3. Suministro de agua segura y saneamiento básico.
4. Cuidado de salud materno-infantil incluyendo planificación familiar e inmunizaciones.
5. Prevención y control de enfermedades endémicas locales.
6. Tratamiento apropiado de enfermedades comunes y trauma.
7. Suministro de medicamentos esenciales.

## Todo lo que rompe el paradigma, será al comienzo rechazado




A pesar de que el mundo dizque se había puesto de acuerdo, el desarrollo de los esfuerzos luego de Alma Ata, fue dirigido a "fraccionar" la concepción e impulsar lo que se conoció como APS selectiva. Un ejemplo fue en 1982, la UNICEF que lanzó, con el apoyo de otras organizaciones internacionales, un programa que recortaba el alcance de la APS a solo cuatro intervenciones en la población materno-infantil: crecimiento y desarrollo, hidratación oral, lactancia materna, e inmunizaciones (GOBI por las siglas en inglés).

## Los médicos: no fuimos impulsadores

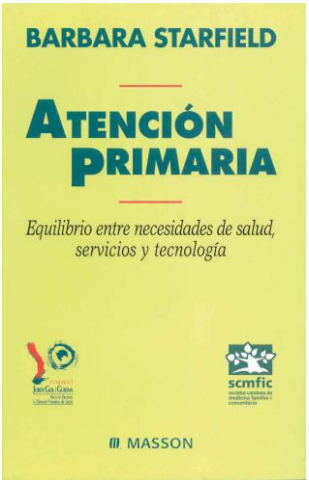
Afirma el doctor Echeverry: "El penoso nacimiento y desarrollo inicial de la APS condujo a crear un ambiente de mal entendimiento y a generar concepciones despectivas, al punto de llamarla una **forma primitiva, elemental, improvisada y superflua de dar servicios de salud a los pobres**, ignorando los adelantos de la tecnología médica y recurriendo al uso de personal no profesional en vez de personal profesional. Esta visión totalmente distorsionada también fue apoyada parcialmente por la profesión médica sin prever que en el futuro sería la salvación de la práctica de la Medicina general orientada a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

## Aclarando malentendidos

Hace el doctor Echeverry las siguientes aclaraciones, por cierto muy pertinentes:

- NO es solo Medicina. La Medicina es parte de la APS.
- NO es una forma de dar atención médica.
- El principal servicio NO es la consulta médica.
- NO es responsabilidad individual del médico. Él es parte de la APS.
- NO es solo la puerta de entrada a los servicios médicos.
- NO es el primer nivel del sistema de servicios médicos (primario, secundario, terciario).
- NO es tecnología barata para pobres.
- No es un programa de atención básica médica ni un conjunto de intervenciones médicas.

## La gran confusión




http://paltex.paho.org/Content/Images/Publication/267.jpg

Sin duda, la confusión está en el término de Atención Primaria (AP). Para ello describe el doctor Echeverry: "Bárbara Starfield, una de las principales investigadoras sobre AP en países desarrollados, le asigna las siguientes características:

- "(La AP) Es el suministro coordinado y continuo de servicios de cuidado primario de alta calidad mediante el uso eficiente de recursos humanos para proveer cuidado de alta calidad que contribuya a distribuir equitativamente la salud en la población.
- Son intervenciones médicas orientadas a la persona, la familia y la comunidad desde el primer nivel del sistema de servicios médicos.
- Generalmente es la puerta de entrada al sistema de servicios médicos para la atención continua de las personas.
- Usualmente es suministrada por médicos y otros profesionales de la salud formados en Medicina general, familiar y/o comunitaria que trabajan desde los servicios ambulatorios de primer nivel.

## La diferencia

"Starfield dice que la APS es la AP aplicada en poblaciones, en vez de individuos. En su copiosa investigación, Starfield ha demostrado que la AP permite un enfoque centrado en la persona con mayor accesibilidad al cuidado médico de calidad, un manejo temprano de los problemas de salud (evitando hospitalizaciones) y un enfoque personalizado de la prevención".

Establece el doctor Echeverry: Lo que tiene la APS que no tiene la AP es:

http://www.monografias.com/trabajos98/atencion-primaria-salud/image002.png

- **Un enfoque sistémico** (con equidad, solidaridad y justicia social) que redefine los sistemas de salud y la participación intersectorial para proteger, mejorar y mantener la salud de la población.

- **Una forma de organización de la comunidad** y de asignación de recursos para contribuir a proteger y promover la salud (más que tratar enfermos).
- **El mecanismo para hacer abogacía ante otros sectores** que pueden intervenir más efectivamente que el sector salud sobre algunos factores determinantes sociales de la salud.
- **Prevenir la enfermedad**, cuidar, recuperar y rehabilitar a los enfermos.
- **Un compromiso de Gobierno**, intersectorial y de comunidad para lograr metas en salud acordadas localmente y a nivel internacional, como las Metas del Milenio.

### Por ello…

La APS siempre ve más allá de la persona, incluso de su familia: ve a la POBLACIÓN, de ahí que requiere:

1. El diagnóstico de la población con todo lo que DETERMINE o influya en la condición de salud.
2. Que ese diagnóstico identifique que cambiar la situación de seguro implica que otros SECTORES deban involucrarse, de ahí la necesidad de integrarlos.
3. Que la población se empodere y se convierta en gestora de acciones y de exigencias.

### Las deformaciones que la APS debe vencer

Afirma el doctor Echeverry que son cuatro:

1. Creer que la APS se hace sin profesionales de la salud, para que sea más barata.
2. Creer que las intervenciones son "básicas" y "primarias", como hervir el agua, por ejemplo.
3. Creer que la APS está contra la tecnología diagnóstica.
4. El desarrollo de concepciones claves y sin duda necesarias, que se hicieron "olvidando" a la APS. Por ejemplo la Carta de Otawa, propuso:

- Elaborar una Política Pública Saludable que vaya más allá del sector salud.
- Crear ambientes favorables, generando condiciones de vida y trabajo que sean seguras, estimulantes, agradables y placenteras.
- Fortalecer la acción comunitaria.
- Desarrollar capacidades personales para la vida.
- Reorientar los Servicios de salud para lograr un sistema que contribuya al logro de la salud, a la mejoría de la investigación y la formación de personal en salud.

En vez de plantearlo como un propósito nuevo, sin duda hubiese sido mejor impulsarla como parte de la APS. El resultado es que aun hoy se puede concebir a la promoción y prevención como algo distinto de la APS cuando realmente forma parte de esta.

### Retomar con fuerza la APS implica

Afirma el doctor Echeverry que ello exige:

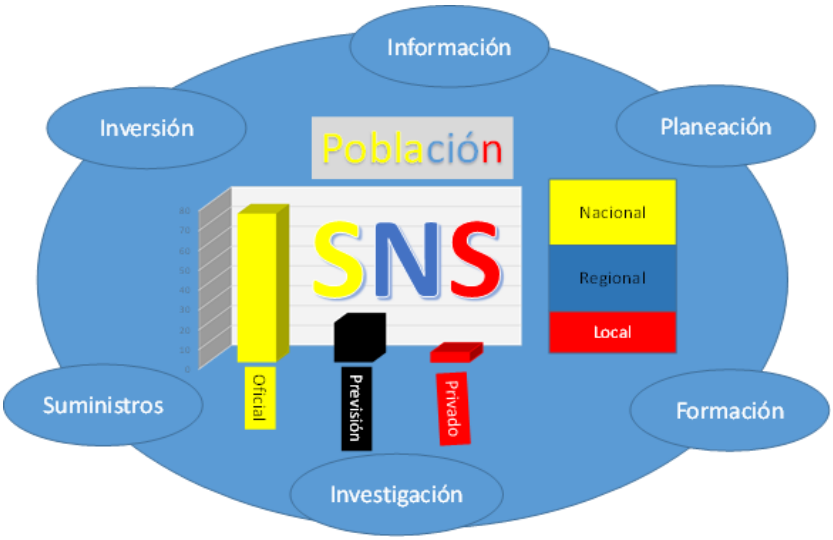
1. Fortalecer la capacitación del recurso humano.
2. Una política gubernamental de compromiso y continuidad para solucionar los problemas de la población.
3. Unir prestadores y comunidad.

## Innovaciones en APS en Colombia

Nos recuerda el doctor Echeverry que tenemos experiencias que vale la pena recordar para aprender de ellas. Por ejemplo:

"A finales de los años 1950, Héctor Abad desarrolla una primera experiencia de delegación de funciones en Promotoras Rurales de Salud en Santo Domingo (Antioquia). A comienzos de los años 1960, la facultad de Medicina de la Universidad del Valle estableció por primera vez en el país un programa de adiestramiento para graduados en Medicina de la comunidad con sede en el Centro de Salud Universitario de Candelaria (Valle). La experiencia de Candelaria fue objeto de elogios en el ámbito nacional e internacional, pues demostró que fuera del hospital universitario se podía capacitar con alta calidad y excelencia a residentes de diversas especialidades, y sobre todo, a los graduados que escogieran la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública".

## Esfuerzos del Gobierno




"En 1970 el Ministerio de Salud estableció *"Niveles de atención médica para un sistema de regionalización en Colombia"* que definían claramente las asignaciones de personal y tecnologías de acuerdo con el territorio (urbano-rural). Fue un paso importante en la organización, distribución y sistematización de recursos para la atención médica en el país".

## La Universidad del Valle

"En la década de los años 1970, el Departamento de Medicina Social de la Universidad del Valle (hoy Escuela de Salud Pública), desarrolló investigaciones sobre modelos de servicios básicos de salud para el área urbana (PRIMOPS) y para el área rural (CIMDER). Estas investigaciones tuvieron repercusión nacional e internacional por su capacidad de innovación en la extensión costo-efectiva de cobertura de servicios materno-infantiles en poblaciones urbanas marginales y por el desarrollo de un modelo de servicios rurales de salud que fuera la punta de lanza para el desarrollo rural, basado en un Modelo de Bienestar. El modelo CIMDER desarrolló experiencias muy exitosas en organización comunitaria para la producción agrícola, que a la vez sirviera de base para la entrega de servicios de salud a las familias rurales que se agrupaban en "Uniones familiares de salud". ¡El impacto de estas organizaciones familiares fue tal que un gobernador de turno sospechó que se trataba de células comunistas! Además, CIMDER desarrolló tecnologías innovadoras para uso de personal no profesional, que coincidieron con la denominación de "tecnología apropiada" que la OMS empezaba a promocionar. Entre ellas se destacan:

a) Un sistema de información (Caja Maestra y Bandera de la Salud) que permitía la planificación, seguimiento y evaluación de intervenciones similares a las recomendadas posteriormente en Alma-Ata, ejecutadas por personal no profesional.

b) Provisión de agua segura (clorador de aljibes) y disposición adecuada de excretas (tasa sanitaria).

c) Monitoreo del estado nutricional en niños menores de 6 años (cinta de tres colores).

d) Ayudas de laboratorio para diagnóstico de patologías seleccionadas (tiras reactivas).

e) *Manual de Medicina para la Familia Campesina* que incluyó: Cuidado del embarazo, parto y puerperio, suministro de primeros auxilios en accidentes y trauma, tratamiento seguro, efectivo y estandarizable de enfermedades comunes mediante algoritmos simples y el uso seguro de medicamentos de efectividad comprobada (micro-puesto de salud).

Estas tecnologías apropiadas fueron desarrolladas para darle capacidad resolutiva a la delegación de funciones de personal profesional a personal no profesional (promotoras de salud). Dicha delegación se hizo basada en el supuesto ampliamente analizado de que toda intervención profesional que sea SEGURA, EFECTIVA Y ESTANDARIZABLE podía ser delegada sin riesgos adicionales a personal no profesional. El trabajo de las promotoras capacitadas y el uso de estas tecnologías apropiadas les dio gran prestigio en la comunidad y lograron un cambio importante y rápido del estado de salud de sus comunidades, a la vez que las convirtió en las promotoras más veteranas del mundo: la mayoría trabajó 20 años antes de su retiro. El cuadro siguiente muestra algunos indicadores del impacto logrado en las comunidades.

**Evaluación del Modelo CIMDER de Cuidado Primario de la Salud**

| Cambios en mortalidad general (/1.000 HBTS.) | 1974 | 1978 |
|---|---|---|
| | 8.8/1.000 | 6.8/1.000 |

| Cambios estado nutricional en niños < 6años | 1977 | 1978 |
|---|---|---|
| ○ Bien nutridos: | 47.6% | 65.1% |
| ○ Desnutrición leve: | 31.1% | 27.7% |
| ○ Desnutrición moderada y severa | 18.8% | 7.2% |

Niños desparasitados periódicamente (cada 6-8 meses) 40%

| Incremento en niños inmunizados (<6años)* | 1977 | 1978 |
|---|---|---|
| ○ DPT | 6.5% | 19.0% |
| ○ Sarampión | 9.0% | 28.0% |
| ○ Polio | 7.0% | 19.0% |
| ○ BCG | 19.0% | 46.0% |

* El promedio nacional de vacunación con DPT era de 19% en 1978.

Episodios de enfermedad tratados por PRS (1977 - 1978)

- 62% del total registrado (1.582).
- 89.4% tratados adecuadamente.
- 10.5% referidos y tratados en hospital local.

Morbilidad en embarazadas

- 78% tratadas adecuadamente.
- 22% referidas, de las cuales 1/3 hospitalizadas y 2/3 Tx. Ambulatorio.

Mortalidad por embarazo, parto y puerperio (1977 – 1978)

- En 181 partos no hubo defunciones maternas durante el embarazo, parto y puerperio.

| Planificación Familiar | 1977 | 1978 |
|---|---|---|
| | 5% | 23% |

## Un Modelo de Cuidado Esencial de la Salud para Colombia

El doctor Echeverry completa su extraordinaria revisión con una propuesta de modelo, el cual él denomina Cuidado Esencial de Salud.

Afirma: "El modelo está sustentado en dos pilares fundamentales, sin los cuales no es posible su desarrollo:

1. **Movilización y organización de la comunidad:** La experiencia ha demostrado que la participación de la comunidad es "flor de un día" si no se ha hecho un esfuerzo previo bien concebido de movilización y organización. No solo se procura garantizar así una participación permanente y vigorosa, sino que se sientan las bases para desarrollar y fortalecer el **capital social** de las comunidades.

2. **Acción intersectorial:** La intervención sobre los **determinantes sociales** y los factores de riesgo que condicionan el estado de salud de las comunidades solo puede hacerse efectivamente cuando se establece un mecanismo de acción intersectorial bajo el liderazgo del sector salud. Dicho liderazgo no significa que la responsabilidad sea única y exclusiva del sector salud. Pero, para asegurar la participación intersectorial en las intervenciones sobre los determinantes sociales, es vital que el sector salud desarrolle habilidades, destrezas y competencias sólidas en la formulación, análisis y desarrollo de **políticas públicas** y en las prácticas de **abogacía** frente a otros sectores como los de agua y saneamiento, vivienda, educación, agricultura, recreación, obras públicas, etc.".

## Cuidado Esencial de la Salud

Transcrito: "Tiene tres tipos de usuarios: El "usuario comunitario", la familia y el usuario individual.

1. **"El usuario comunitario**". Requiere de un diagnóstico previo, (como en la Medicina individual) del **estado de salud de la población** mediante el estudio demográfico, epidemiológico, socioeconómico y de políticas públicas que inciden sobre los **determinantes sociales** de su salud.

   Este diagnóstico permite formular un **Plan de Cuidado Comunitario,** el cual incluye acciones intersectoriales que inciden directamente en los diferentes determinantes sociales que están actuando negativamente en la población. Por ejemplo, puede incluir suministro y mejoramiento de agua potable; construcción de vivienda digna, de interés social; construcción de escuelas, verdaderos centros de salud y ciclovías; programas de producción agrícola, artesanal e industrial, etc. Como se puede notar, el sujeto no es individual, es la comunidad.

2. **La Familia.** El diagnóstico de la situación de salud de la familia va más allá del diagnóstico individual en sus miembros. El estudio de los factores de riesgo tanto de los individuos como del conjunto de sus miembros, permite formular intervenciones individuales y colectivas para eliminarlos o reducirlos. Estas intervenciones se agrupan en un **Plan de Cuidado de la Familia** que se caracteriza por ser proactivo, es decir, no espera a que la familia lo pida (a que sea atendida), sino que se ofrece y previa aceptación, se ejecuta conjuntamente con sus miembros.

## Autocuidado

Por ejemplo, el autocuidado es una forma de cuidado que debe fomentarse intensivamente en la familia. Las prácticas de higiene personal, buena alimentación, ejercicio, control de ingesta en exceso de sal y carbohidratos, etc., son parte de este cuidado esencial de la salud de la familia; las prácticas de respeto mutuo son fundamentales para evitar el maltrato y la violencia doméstica; las inmunizaciones en niños y adultos; la toma de exámenes para tamizaje de enfermedades, como la citología vaginal, la toma de presión arterial, o glicemia, etc.

## Atención domiciliaria

En el caso de que un miembro de la familia presente una enfermedad, este miembro recibirá en su casa, de ser posible, los cuidados necesarios, incluyendo suministro de medicamentos, adherencia al tratamiento y otras intervenciones clínicas. Este es solo un ejemplo parcial de lo que debe contener el Plan de Cuidado Familiar.

3. **El usuario individual.** Cualquier miembro de la comunidad o de una familia puede recurrir directamente a pedir servicios médicos por causa de un problema de salud. Sin embargo, en el modelo, esta persona debe ser referida por un agente de salud responsable por el cuidado de su familia. Este agente de salud le abre la puerta para que ingrese al **Plan de Cuidado Médico** y reciba el cuidado que requiera. El médico que lo recibe decidirá si requiere cuidado médico ambulatorio, o cuidado básico hospitalario, o si lo devuelve a su familia con un "seguimiento extramural". En casos complejos, cuando el médico que lo recibe no puede solucionar el problema, este lo referirá a especialistas o instituciones de cuidado especializado de tipo ambulatorio u hospitalario. En cada caso, el médico tratante será responsable por devolver al paciente a su médico tratante inicial para su seguimiento con visitas de control en los servicios médicos ambulatorios o en la comunidad, con ayuda de agentes de salud comunitarios.

## El Equipo de Salud del CES

Los planes de Cuidado Comunitario, Cuidado de la Familia y Cuidado Médico requieren de un equipo de profesionales y auxiliares con una capacitación sólida en trabajo con la comunidad.

***Deben saber…***

http://www.fundacionmaradona.org/wp-content/uploads/Trabajo-digno.jpg

La capacitación debe enfocarse en:

1. Análisis de políticas públicas, las competencias para hacer abogacía intersectorial, y una excelente preparación en salud pública, salud familiar y Medicina preventiva, son requerimientos indispensables para hacer el diagnóstico del estado de salud de las comunidades y para formular e implementar los Planes de Cuidado Comunitario y de Cuidado de la Familia.
2. Asimismo, los médicos que se incluyen en el modelo CES, además de tener excelentes conocimientos, habilidades y destrezas en Medicina general, deberán recibir una capacitación suficiente y adecuada en los determinantes sociales.
3. Adicionalmente, deben tener competencias sobresalientes para el trabajo en equipo con profesionales y auxiliares de diferentes disciplinas. Una mayor elaboración sobre el equipo de salud para el modelo CES se hará separadamente.

Finalmente, el modelo CES es una alternativa costo-efectiva para mejorar la salud y la equidad en la población, al suministrar el cuidado esencial de la salud con intervenciones en los determinantes sociales del estado de salud de las comunidades y la provisión de servicios médicos esenciales para recuperar la salud de las personas que lo requieren.

## Reforma de la Organización de las Secretarías Municipales de Salud

**Figura 1** Reformas de la APS necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos

http://www.who.int/whr/2008/figure1_es.jpg

En esencia, las autoridades municipales deben proceder para:

a) Formular y promover políticas que **modifiquen positivamente los determinantes sociales**, económicos y culturales que mejoren las condiciones de vida, corrijan la inequidad en el acceso de la población a los servicios de salud, y mejoren las conductas y estilos de vida que contribuyen a una mejor salud y bienestar.

b) Desarrollar **la organización y la participación de las comunidades** en la conservación y protección de la salud y el mejoramiento del acceso a los servicios de salud.

c) Mejorar el **apoyo logístico a todos los programas** y proyectos contemplados en los planes de desarrollo del municipio.

d) Garantizar el óptimo desempeño de las **funciones esenciales de la Salud Pública**

e) Asegurar la **rendición pública de cuentas** sobre el desempeño del sector salud.

## La propuesta

### *El cambio*

Una visión por completo volcada a la APS deberá ser el nuevo perfil de la Secretaria Municipal.

### *Unidad administrativa*

El alcalde y el secretario de salud han de estar por completo comprometidos con la APS. El secretario como cabeza técnica, deberá tener en su despacho una "Sala de Situación de Salud". La toma de decisiones se ha de hacer con base en la misma y estar listas para la redención de cuentas.

**Consejo técnico:** Conformado por las direcciones de los programas municipales de salud el cual informa semanalmente la situación de cada programa.

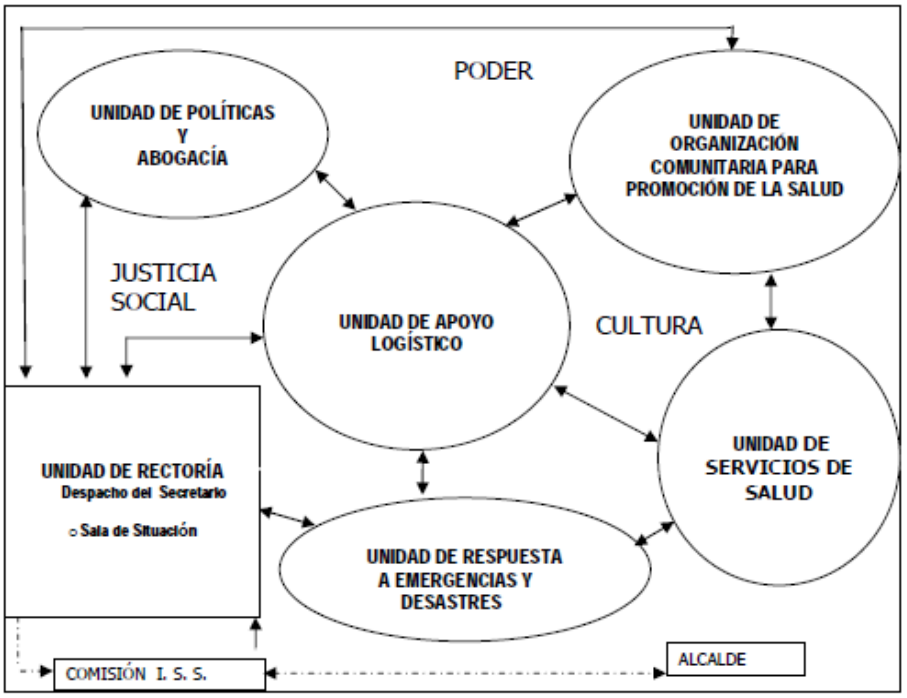
**Asesorías:** Tres tipos: jurídicos, financieros y técnicos de acuerdo a lo específico.

**Finanzas y contabilidad:** Encargadas de ver la ejecución presupuestal.

**Personal:** Encargada del recurso humano.

**Inventarios y suministros.** Encargada de asegurar los elementos.

*Organización de las Secretarías de Salud para el desarrollo de la salud*




Propone el doctor Echeverry la conformación de seis unidades, concebidas como conjuntos de recursos dispuestos para un mismo fin. Estas son:

1. UNIDAD DE POLÍTICAS PÚBLICAS: Encargada de medir los alcances de todas las actividades implementadas. Su núcleo de acción es disminuir las desigualdades y alcanzar la máxima salud posible para la población.
2. UNIDAD DE ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: Su esencia es organizar y unirse a la comunidad.
3. UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD: Deberá encargarse de la inspección y vigilancia (saneamiento), aseguramiento, servicios médicos (integrales e integrados) y salud ambiental.
4. UNIDAD DE RESPUESTA A EMERGENCIA Y DESASTRES: su misión es tener la respuesta para situaciones catastróficas del municipio.
5. UNIDA DE APOYO LOGÍSTICO: Es el "cerebro" de la administración.

## 30 AÑOS DESPUÉS DE ALMA-ATA

Finaliza el doctor Echeverry su excelente documento con la trascripción de un cuadro de evaluación de la APS.

**30 años después de Alma Ata**

| ÁREAS | ¿QUÉ FUNCIONÓ? | ¿QUÉ NO FUNCIONÓ? |
|---|---|---|
| Acción integral | ○ Implem. incremental<br>○ Tecnología apropiada<br>○ Medicamentos esenciales | ➢ Implem. compleja condujo a dicotomías:<br>○ Horizontal/vertical.<br>○ Comunidad/institucional.<br>○ Centralización/descentralización,<br>○ Cobertura/calidad |
| Participación comunitaria | ➢ Empoderamiento<br>➢ Diagnóstico comunitario<br>➢ Aprendizaje participante | ➢ Participación lenta y no controlable.<br>➢ Conflicto en prioridades con profesionales |
| Suministros y tecnología | ➢ Innovaciones:<br>○ Cadena de frío<br>○ Hidratación oral<br>○ Yodación de sal<br>○ Partograma<br>○ Medicamentos esenciales | ➢ Escasa inversión<br>➢ Asignación de fondos<br>➢ Resistencia de profesionales |
| Ambiente | ➢ Agua y saneamiento en la agenda pública | ➢ Saneamiento y eliminación de deshechos muy complejo; progreso lento |
| Información | ➢ Colección de datos en:<br>○ Inmunización<br>○ Encuestas de cobertura | ➢ Inconsistente<br>○ Foco en producto, poco en resultados.<br>○ Poca sistematización |
| Acción intersectorial | ➢ Alguna experiencias en:<br>○ Agricultura y nutrición | ➢ Educación, vivienda, obras públicas con agendas propias que no comparten. |

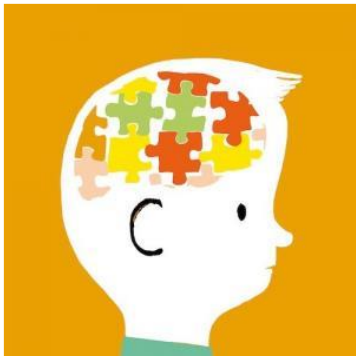
Y, proponiendo para discutir en un foro:

1. Hay profesionales de la salud que, intencionalmente o no, desprestigian la APS. ¿Qué hacer para cambiar esta tendencia?
2. ¿Qué deben hacer la Universidad y los servicios locales de salud para ayudar al Gobierno a poner en práctica el Artículo 12 de la Ley 1438 sobre integración e interdependencia de tres componentes: acción intersectorial y transectorial para la salud, participación social, ciudadana y comunitaria y servicios de salud?.
3. ¿Está preparado el personal egresado de las facultades de salud para participar en el desarrollo de un modelo CES (Cuidado Esencial en Salud)? ¿Qué hay que hacer para que puedan hacerlo?

Salud mental...

# SALUD MENTAL INFANTIL: UNA MIRADA DESDE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

Diana Carolina Díaz M, Asiri Cuyay Nathalie Nino P, Luisa Fernanda Ramírez N, Jessica Fernanda Gómez J.‡‡



http://t1.uccdn.com/images/1/4/4/img_como_identificar_el_autismo_infantil_25441_300_square.jpg

**RESUMEN**

La niñez es una etapa fundamental para el óptimo desarrollo físico, social, psicológico y biológico de la persona; en su desarrollo inciden aspectos individuales, familiares, culturales, sociales e históricos. El presente artículo muestra la incidencia de diferentes contextos en la aparición de problemas a nivel mental en niños, niñas y adolescentes, examinando los determinantes sociales y explicando su relación en la aparición de diversas alteraciones a nivel mental en este grupo poblacional. Se destaca la familia como red primaria de los niños en el desarrollo de conductas prosociales, la autorregulación emocional y su importancia en la prevención de problemas de salud mental. Asimismo, se plantea la importancia del desarrollo de la resiliencia infantil y el papel preponderante de la autoestima como factor protector de la salud mental.

**Palabras claves:** Salud mental, determinantes sociales, familia, autoestima, resiliencia.

**RESUMO**

A infância é uma etapa fundamental para o ótimo desenvolvimento físico, social, psicológico e biológico da pessoa; no seu desenvolvimento incidem aspectos individuais, familiares, culturais, sociais e históricos. Este artigo mostra a incidência de diferentes contextos na aparição de problemas ao nível mental em meninos, meninas e adolescentes, examinando os determinantes sociais e explicando a sua relação na aparição de diversas alterações ao nível mental nesta população. Aborda-se a família como rede primaria das crianças no desenvolvimento de condutas pro-sociais, a auto-regulação emocional e a sua relevância na prevenção de problemas de saúde mental. Mesmo assim, apresenta-se a relevância do desenvolvimento da resiliência infantil e o papel preponderante da autoestima como fator protetor da saúde mental.

**Palavras chave:** Saúde mental, determinantes sociais, família, autoestima, resiliência.

‡‡ Estudiantes de Maestría en Salud Mental Comunitaria. Universidad El Bosque - jefegoji7@hotmail.com

## Salud mental

http://www.descentralizadrogas.gov.co//wp-content/uploads/2014/09/ley1616-2013.jpg

En Colombia, la salud mental es definida por la Ley 1616/2013 (1) "*como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que le permite a los sujetos, individuos y colectivos desplegar sus recursos y transitar por la vida cotidiana, para establecer relaciones significativas para contribuir a la comunidad".*

## Clave para vivir y convivir…

En los niños, niñas y adolescentes, lo anterior se traduce en el desarrollo de habilidades para la vida que les permiten forjar relaciones interpersonales seguras e interactuar con otros de manera apropiada, desempeñándose adecuadamente en el hogar, la escuela y en la comunidad a la que pertenecen (2).

## Las primeras experiencias

http://www.edex.es/wp-content/uploads/Foto-portada-reducida.jpg

Los primeros años de vida de una persona revisten especial importancia por el impacto de las experiencias vividas tempranamente en el resto de etapas del ciclo vital. Si durante este período se goza de una buena salud mental esto permitirá tener indicadores idóneos de desarrollo y expresión

de emociones, ayudando a la adquisición de destrezas sociales y habilidades para las diferentes situaciones que se puedan presentar a lo largo de la vida (3). Los niños con una buena salud mental tienen mejores relaciones con las personas que hacen parte de los diferentes contextos donde se desenvuelven.

## Malas experiencias y sus consecuencias

Las experiencias negativas vividas en la niñez y la adolescencia generan alteraciones emocionales que se relacionan de manera directa con la aparición de trastornos mentales en la vida adulta, algunos revistiendo mayor gravedad y repercusión que otros, teniendo incidencia negativa en el desarrollo de los infantes (4). Por otro lado, se debe destacar que los trastornos mentales disminuyen la capacidad funcional del individuo mediante la afectación de sus relaciones interpersonales, parentales y académicas, lo que genera también un deterioro en su autoestima e independencia (5).

## Los determinantes sociales

Figura 1. Diagrama del "Modelo de determinantes sociales en salud"

Fuente. Determinantes sociales de la salud. OPS

https://s3.amazonaws.com/classconnection/950/flashcards/5646950/jpg/diagrama_modelos_determinatess_mod1-14930CF34FF3FCF1817.jpg

Diversos estudios mencionan la importancia de los determinantes sociales en la aparición de alteraciones a nivel mental, razón por la cual se debe tener en cuenta el ambiente en el que se circunscriben los niños, niñas y adolescentes; esto permitirá entender la influencia que tiene el ambiente en los diferentes procesos que se dan entre un ser humano activo y su entorno inmediato, también cambiante (6). Hay que tener en cuenta que un problema mental o emocional determinado en los niños y adolescentes puede ser el resultado de las diferentes situaciones que se viven en el contexto donde estos se encuentran inmersos.

Desde el siglo XIX, se empezó a establecer la relación ente las condiciones de vida y su repercusión en la salud de los individuos, adquiriendo importancia el tema de los determinantes sociales en salud el cual es definido por la OMS (2009) como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, *viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud"* (7).

## Colombia y los determinantes sociales

http://www.elpais.com.co/elpais/sites/default/files/2015/06/primera-infancia-interna_0.jpg

Es así como el tópico anterior adquiere importancia a la hora de analizar las condiciones actuales y su influencia en los procesos de salud mental infantil en el país. La realidad colombiana es compleja y llena de cargas históricas que le dan una connotación particular, ya que dichos determinantes sociales establecen fuertes relaciones con el bienestar mental y, a su vez, marcan una pauta haciendo que la población expuesta a diferentes situaciones se encuentre en condiciones de vulnerabilidad y fragilidad. Los diferentes conflictos y las situaciones que los niños, niñas y adolescentes evalúan como negativas en su contexto se relacionan con las alteraciones que se puedan presentar (5).

En el contexto colombiano, un importante número de niños se ven expuestos a diferentes formas de violencia en sus viviendas y en los diferentes entornos en los que se desenvuelven, así como a dificultades en el acceso a diferentes bienes y/o servicios necesarios para su calidad de vida. Según el Estudio Nacional de Salud Mental (8), "el 87 % de los niños en escolaridad primaria que viven en zonas urbanas deprimidas", han estado expuestos a diferentes formas de violencia; de igual manera, el proceso del desplazamiento forzado en Colombia es un fenómeno que genera situaciones de estrés en los niños, niñas y adolescentes, comprometiendo su desarrollo y desempeño en actividades futuras.

## Salud mental: área de consecuencias de la desigualdad

Dichos sucesos permiten comprender que las alteraciones mentales no solo se dan por condiciones biológicas o físicas, sino también como resultado de un contexto y de los diferentes procesos históricos que se han dado en el mismo. Estos determinantes condicionan desde la propia estructura social las desigualdades, generando un impacto en la salud física y mental de los niños, niñas y adolescentes conllevando a presentar alteraciones del comportamiento, del estado del ánimo, sentimientos de minusvalía, estrés, desmotivación, predisposición a la violencia, consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades crónicas, entre otros problemas (9).

https://1.bp.blogspot.com/-LLHLBqaSTG0/VGLeFSHMEkI/AAAAAAAAAAg/kt5SpuZ2sXE/s1600/Salud%2BMental%2B1.jpg

En nuestro país las investigaciones no muestran de forma clara esta correlación; sin embargo, la investigación internacional muestra algunas evidencias de cómo los niños víctimas de violencia y situaciones estresantes son vulnerables a generar alteraciones mentales (10). La manifestación y grado de afectación de dichas alteraciones dependen de diferentes elementos, entre los cuales tenemos la evaluación del evento por parte del niño; asimismo, la historia familiar, personal y las redes de apoyo con las que se cuenta (11).

Lo anterior nos brinda diferentes elementos para el abordaje de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en el entorno colombiano, siendo necesario tener en cuenta el contexto y las relaciones familiares y elementos personales como eje central en el desarrollo de la salud mental.

## La familia y su relación con la salud mental infantil

http://1.bp.blogspot.com/-7-WMD2EYpzg/UOf8aTiimGI/AAAAAAAAW_A/zb5E7e3IZ7k/s1600/terapia+familiar.jpg

Teniendo en cuenta que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad y, por orden natural, el primer entorno protector, educador y garante de los derechos de los niños y las niñas, vale la pena detenerse y entender la relación que hay entre familia y salud mental infantil (12).

## La base de la función familiar

La familia se rige por dos principios fundamentales: el amor y el respeto mutuo; no obstante, no todas las veces ni en todas las familias se da esta situación, lo que ocasiona tensiones y conflictos entre sus integrantes (12) dando origen a un sin número de factores de riesgo que facilitan la aparición de sintomatologías negativas en cada uno de su integrantes.

## Dime cómo viviste de pequeño y te diré como vivirás de adulto

Algunos de estos factores de riesgo pueden estar asociados a causas ambientales como la imitación y la transición intergeneracional del manejo y resolución de la adversidad en familia, esto incluye el estilo particular de manejar los conflictos y los problemas dentro del sistema familiar, lo que rápidamente los niños empiezan a incorporar dentro de su repertorio estrategias y esquemas cognitivos proporcionados por la familia que empiezan a determinar la manera como este se enfrentará al mundo y la visión que tiene de él (12).

Esta línea apunta a la posibilidad de que exista un aprendizaje vicario del estilo de relación de los padres de manera que las características que manifiesten los hijos en sus relaciones interpersonales serán aquellas que aprendieron de la relación entre sus progenitores: la hostilidad y la falta de calidez, en el caso de relaciones conflictivas entre los padres o, el diálogo, el respeto y el cariño cuando estos mantienen relaciones positivas. De igual manera, los padres que mantienen una relación de pareja satisfactoria y armoniosa muestran una mayor disponibilidad para responder sensiblemente a las necesidades de sus hijos. Por el contrario, una relación de pareja caracterizada por el conflicto se traduce en progenitores irritables y agotados emocionalmente que, en consecuencia, son menos atentos y tienden a emplear prácticas más punitivas con sus hijos. Dichas prácticas son retomadas por los hijos para aplicarlas en el mundo que los rodea y, de su experiencia, dependerá si serán positivas o negativas (13).

## Nuestro panorama

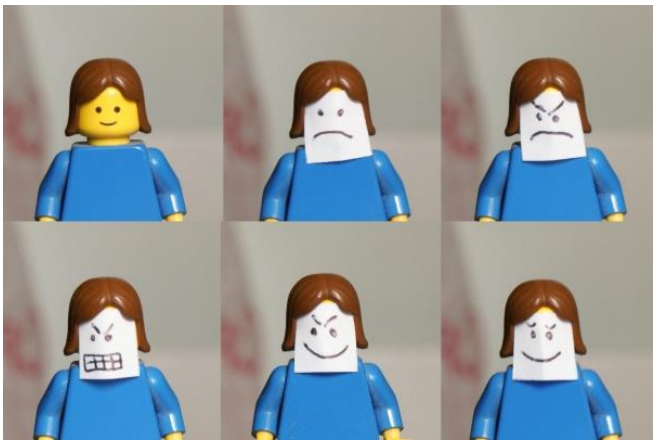
http://images.slideplayer.es/9/2605124/slides/slide_2.jpg

Al contrastar lo anterior con la realidad colombiana, se visualizan cifras aportadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses del año 2015, en donde se realizaron 73 050 peritaciones por violencia intrafamiliar, de las cuales 47 370 correspondieron a violencia de pareja (14).

Estas estadísticas nos muestran claramente que en nuestro país existe un alto porcentaje de parejas disfuncionales que suelen transmitir estrés dentro del entorno familiar, por lo que este es un foco importante de atención teniendo en cuenta que en la relación de la pareja es en donde se inicia el desarrollo de la coherencia, entendida como la relación y satisfacción que se genera con la familia.

## Coherencia relacional

Existen trabajos que indican que la coherencia parece ser el mejor predictor del bienestar y la salud mental, pues han encontrado que relaciones de confianza, con al menos uno de los progenitores, una comunicación abierta en el seno de la familia, la existencia de un clima de cercanía en las relaciones entre sus miembros y la ausencia de conflictos familiares tienen efectos positivos en el desarrollo de la coherencia en los niños y adolescentes y, por ende, en su desarrollo y la manera como enfrentan y son enfrentados por el mundo que los rodea.



http://www.omicrono.com/wp-content/uploads/2013/06/emociones.jpg

Por el contrario, la violencia domestica incrementa los índices de estrés y contribuye a la hiperreactividad (HPA), puesto que el trato hostil produce cambios en el neurodesarrollo de los niños (15).

## Violencia doméstica: un gran problema

De acuerdo con Medicina Legal, en 2015 se encontró que, de los 73 050 casos de violencia intrafamiliar, 9693 correspondían a violencia contra niños, niñas y adolescentes, en donde los agresores con mayor prevalencia fueron los padres y, los métodos más utilizados, fueron mecanismos de agresión contundentes y los cortocontundentes, entre los que se incluyen las manos, pies y otras partes del cuerpo (14).

Estas cifras aportadas por Medicina Legal solo reportan los casos perpetrados y con secuelas, pero no reflejan aquellos en donde la agresión no es evidente pues el maltrato infantil no se limita a la agresión física, tal como lo explica el Código de la Infancia y la Adolescencia *(Ley 1098 de 2006)*, que estipula que "otras formas de daño como: castigo, humillación y abuso físico o psicológico, así como el descuido y el trato negligente sobre el niño, la niña, el adolescente, aún desde la gestación, también son considerados como maltrato" (14).

## Lamentablemente

http://3.bp.blogspot.com/-WW0y7CekMUg/TsJb3XgdKuI/AAAAAAAAAAc/W38AFkbnFns/s1600/violencia-infantil.jpg

En Colombia diariamente un promedio de 45 casos de niños, niñas y adolescentes ingresan al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) por causa del maltrato infantil. 3 de cada 4 casos reportados son perpetrados por sus propios padres o familiares. Desde enero de 2012 hasta enero de 2013, ingresaron al ICBF 6457 niños, niñas y adolescentes por maltrato infantil y, para el primer trimestre de 2015, habían ingresado 1391 (14).

## ¿Qué hacer?

http://3.bp.blogspot.com/-RnalohzWrmw/UgNDri3MS0I/AAAAAAAACR4/I6lx0vxrK_4/s1600/CRIANZA0-5AN%CC%83OS.png

Estos resultados son alarmantes y muestran la importancia de brindar orientación y apoyo mediante programas de pautas de crianza que permitan prevenir psicopatologías en la infancia, con el fin de generar factores protectores en la familia con relación a problemas comportamentales y emocionales durante la infancia y la adolescencia, orientados a sensibilizar

a los padres sobre su rol y responsabilidad en el desarrollo social y emocional de los niños y la influencia que tienen las pautas de crianza que utilizan al interior del sistema familiar.

Lo anterior permitirá que los padres logren entender que uno de los objetivos básicos de la educación es establecer normas y explicar consecuencias que enseñen a los niños a afrontar los problemas, aguantar pequeñas incomodidades, esperar, respetar a los demás y tener paciencia, por medio de técnicas saludables que favorezcan la autonomía para que sean felices; eliminando de su repertorio el maltrato físico o psicológico que, lejos de generar un cambio o aprendizaje, está asociado a sintomatologías negativas como depresión, ansiedad, delincuencia, etc.

## La incoherencia en la forma de enseñar

Estudios muestran que las prácticas de crianza en donde la disciplina es inconsistente y el castigo corporal está presente, se asocian con el desarrollo de los problemas de comportamiento infantil y la inestabilidad emocional. Esto sugiere que el efecto de la falta de disciplina y el castigo corporal en la regulación de las emociones del niño puede ayudar a explicar por qué estas prácticas conducen a problemas serios de conducta en los niños y adolescentes (16).

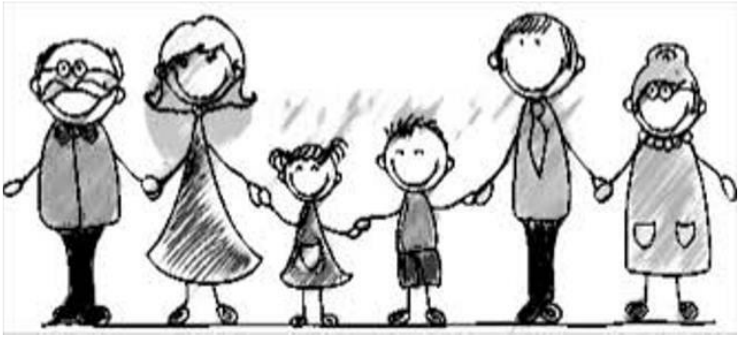
## Lo obvio

http://www.davidcubillos.com.co/web3/media/k2/categories/16.jpg

Una revisión de la literatura escrita sobre el tema muestra que el entorno familiar que con más éxito promueve la implicación efectiva de los padres en la dinámica de crianza de los niños es un matrimonio comprometido, colaborador y preocupado por el bienestar mutuo, en donde, a pesar de que se presentan dificultades, la pareja se centra en las necesidades de los niños (13). Por el contrario, entornos adversos crean estrés, lo cual altera tanto el desarrollo de los niños como su funcionamiento biológico y, en consecuencia, su comportamiento; esta situación hace que la tensión se apodere de los padres y cuidadores, siendo de esta forma la experiencia familiar la principal fuente de estrés mientras se está en el período de la vida joven.

Dada la importancia del entorno familiar en la formación y salud mental de los niños, niñas y adolescentes, es importante realizar una revisión acerca de la atención a la familia como núcleo, alejándose un poco de la perspectiva particular del individuo, con el fin de entender y proteger la dinámica familiar para favorecer el desarrollo de los individuos que la componen (17).

## Familia y salud mental



http://www.omicrono.com/wp-content/uploads/2013/12/comunicacion_familiar.jpg

Tal como lo establece el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de sus directrices se encuentra la Política Nacional de Salud Mental, en la que se hace mención a la importancia de la atención y asesoramiento a la familia como institución para la prevención de las consecuencias de la exposición de esta y la comunidad a diversos factores psicosociales negativos (18).

## Programas de familia

Actualmente en Colombia se encuentran algunos lineamientos que establecen el cuidado esencial de la familia como, por ejemplo, la estrategia "De cero a siempre" de la Comisión Intersectorial de la Primera Infancia, dentro de la cual se hace mención a la importancia de brindar protección y atención a las familias en las que se presenten casos de violencia interna y lineamientos para los padres en miras a la protección particular de los menores (19). Una de las instituciones encargadas de la protección a la familia en el país es el ICBF, el cual en sus Lineamientos Técnicos para la Inclusión y Atención de Familias (2007) destaca la política social de la familia (de manera institucional), lo que facilita la asociación a la atención comunitaria de la familia; sin embargo, dichos lineamientos están enfocados en los núcleos que contengan niños con vulnerabilidad social y derechos vulnerados (20).

## Resiliencia y salud mental infantil

http://3.bp.blogspot.com/-bTsgJt7tZ9g/TqR74u6RnpI/AAAAAAAADmQ/x03153p2XUc/s1600/resiliencia.jpg

Hasta este punto la revisión muestra la importancia de trabajar a nivel familiar para proporcionar factores protectores que favorezcan un desarrollo adecuado y positivo en cada uno de sus integrantes, así como en la intervención a los niños que han tenido que pasar por eventos adversos y de esa

manera favorecer procesos de resiliencia y aceptación positiva de la realidad que permitan mitigar síntomas negativos y posteriormente la aparición de patologías. Como lo muestran los análisis surgidos de la psicopatología, no todas las personas que tienen riesgos como la pobreza o familias disfuncionales, obtienen resultados negativos sino que, al contrario, logran una buena calidad de vida (21), surgiendo así el concepto de resiliencia y con este un campo amplio de investigación.

## Una cohorte que enseña

Un ejemplo de esto, es una investigación desarrollada en Hawái a 240 niños con exposición a eventos adversos (como estrés al nacer, pobreza y conflictos familiares) a los que se les realizó seguimiento durante cuarenta años. Dos terceras partes de estos niños presentaron problemas psicológicos o se vieron envueltos en delitos, mientras que una tercera parte de ellos se convirtieron en adultos ajustados emocionalmente y socialmente. Estos últimos "niños resilientes", mostraron desde el nacimiento una tendencia a ser afectuosos y sociales, así como talentosos e interesados a nivel artístico, intelectual y atlético, lo que les ayudó a fortalecer la autoestima, establecer relaciones sociales y a tener un importante sentido de propósito. En comparación con un grupo de niños control (que crecieron en ambientes seguros), los niños resilientes lograron en su edad adulta matrimonios más estables, menor proporción de desempleo y de problemas de salud (22). Este tipo de estudios y otros avances en el área permiten conocer factores protectores que posibilitan el desarrollo de la resiliencia.

Características de niños y adolescentes resilientes (22, 23)

| Factores protectores internos | Factores protectores externos familiares | Factores protectores extenos extrafamiliares |
|---|---|---|
| • Autoestima adecuada.<br>• Buen funcionamiento intelectual.<br>• Disposición atractiva, sociable, trato fácil.<br>• Talentos.<br>• Fe.<br>• Habilidades de afrontamiento. | • Relación estrecha y afectuosa con alguna figura paterna.<br>• Crianza cálida, expectativas elevadas.<br>• Ventajas socioeconómicas.<br>• Conexiones con redes familiares extensas que brindan apoyo. | • Asistir a escuelas eficaces.<br>• Vínculos con adultos prosociales fuera de la familia.<br>• Conexiones con organizaciones prosociales. |

La resiliencia en los últimos años ha sido un tema clave para la promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental infantil. En el contexto nacional, el estudio de la resiliencia es fundamental, dado el importante número de niños que crecen en circunstancias adversas como violencia social, pobreza extrema, maltrato intrafamiliar y exposición al consumo de sustancias psicoactivas, entre otros, factores que pueden desencadenar efectos negativos en el bienestar físico, social y psicológico de los niños (24).

## Detrás de la resiliencia

http://4.bp.blogspot.com/_NRIx35RMm6g/RzvyzV5NaxI/AAAAAAAAAJo/rZrmn2cg_J0/s400/ria_2.jpg

Según Rautter, "la resiliencia se caracteriza por un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana en un medio insano" (21). Este autor sostiene que la resiliencia se da gracias a afortunadas combinaciones favorables en las que están los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Considera que la resiliencia es más que atributos personales que se adquieren durante el desarrollo, pues se trata más bien de un proceso caracterizado por un complejo sistema social. La resiliencia se da ante la presencia tanto de riesgos como de factores protectores que ayudan a lograr un resultado positivo o evitar un resultado negativo. La teoría de la resiliencia se centra en la comprensión del desarrollo saludable a pesar de la exposición al riesgo (23).

## Resiliencia basada en intervenciones

La aproximación a nuevas propuestas de programas que tengan como objetivo la promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental infantil, pueden planearse desde una mirada bidireccional. Por un lado, buscando disminuir la vulnerabilidad (pobreza, disfunción familiar, vida escolar) y, por otro, fortaleciendo los factores protectores tanto internos como externos. Sin embargo, cuando se habla en términos de resiliencia se hace énfasis en el desarrollo de los bienes y recursos que posee la persona, en los que se incluyen el desarrollo de habilidades para la vida en general, las habilidades sociales y la resolución de problemas (25).

## Qué estamos haciendo

En Colombia desde la perspectiva del fortalecimiento de las habilidades personales, se desarrolla un programa en el contexto escolar, el cual se aproxima a la prevención del trastorno mental y la promoción de la salud mental desde el desarrollo de las habilidades para la vida. Este programa trabaja con base en 10 habilidades:

- Conocimiento de sí mismo.
- Comunicación efectiva.
- Toma de decisiones.
- Pensamiento creativo.
- Manejo de sentimientos y emociones.
- Empatía, relaciones interpersonales.
- Solución de problemas y conflictos.
- Pensamiento crítico.
- Manejo de tensiones y estrés.

Esta propuesta trabaja de forma general estos aspectos desde el aula con un variado número de métodos (dibujos, estudios de caso, discusiones en grupo, lluvia de ideas, dramatizaciones, canciones, proyectos e historias) para lograr los objetivos del programa (25). Esta propuesta ha sido acogida por diversas instituciones educativas y es base de diferentes proyectos a nivel social en Colombia.

## Autoestima: clave

http://www.baojpsicologos.es/wp-content/uploads/2016/02/la-autoestima.jpg

Dentro de los aspectos que se trabajan en dicho programa, llama especialmente la atención el área del conocimiento de sí mismo, dado que es la base para la mayoría de las habilidades que se proponen. Dentro del conocimiento de sí mismo, el énfasis especial se hace en el área de la autoestima, la confianza en sí mismo y la autoimagen (25). Es así como dentro del desarrollo de factores protectores internos la autoestima ocupa un lugar preponderante dada su relación con la resiliencia.

## Resiliencia y autoestima

En múltiples estudios se investiga el papel de la autoestima de cara a la salud mental y a diversos trastornos mentales. Según el estudio Werner, acerca de resiliencia y autoestima, se encontró que los niños eran más resilientes si por lo menos habían contado con alguien cercano a ellos que los aceptara como eran de manera incondicional (26). Asimismo, se considera que el estrés y el afrontamiento son afectados por la autoestima, pues una persona que tiene una alta autoestima es capaz de mantener el control de su vida y afrontará mejor los problemas. Una persona con una autoestima alta tiene

mejores relaciones a nivel familiar, social y mejor adaptación escolar (27). Nathaniel Branden define la autoestima como "la suma de la confianza y respeto hacia sí mismo" (28*).* Para Branden la autoestima es la imagen del juicio que hace una persona sobre su capacidad al enfrentar los desafíos de la vida y a la vez incluye la convicción que este tiene de su derecho a ser feliz. En síntesis, una alta autoestima es sentirse idóneo para la vida, es decir, capaz y valioso (28).

Un déficit en la autoestima es un factor de vulnerabilidad para los trastornos metales. "La autoestima es un factor crítico que afecta el ajuste psicológico y social" (29). Es así como la baja autoestima se ha relacionado con variados trastornos mentales en los adolescentes como síntomas depresivos, ansiedad, desesperanza, tendencias suicidas, procrastinación, conductas agresivas, conductas antisociales, violencia escolar, violencia relacional, incremento del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, además de variadas conductas de riesgo como mantener relaciones sexuales sin protección, trastornos de anorexia y bulimia. Estos comportamientos en la adolescencia aumentan la probabilidad de tener una deficiente salud mental y física en la adultez, así como una inadecuada proyección laboral y económica (29). Queda claro, entonces, que existe la necesidad de facilitar el desarrollo adecuado de la autoestima desde los primeros años de vida, dado que esto ayuda a prevenir diversas dificultades en el transcurso del desarrollo.

## Factores que influyen en la autoestima

https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTvT_oZ5WUs1pa2t1eKGXEZJ3iruZfT7cds6v04un1XYdcKqCgE

En la formación del autoconcepto y la autoestima influyen desde situaciones sencillas como el amamantamiento que le permite al bebé ir formando conceptos rudimentarios de sí mismo (22), hasta aspectos relacionados con el tipo de crianza desarrollado por los padres, el fortalecimiento de la autonomía infantil, la autoregulación emocional, las responsabilidades cotidianas y el desarrollo de múltiples habilidades en los niños. Es así como desde la niñez temprana comienzan de forma contundente los retos para los padres en el desarrollo de la autoestima de sus hijos, pues son estos, quienes en este período tienen la tarea de reflejar a sus hijos la primera imagen de sí mismos. Por

esta razón el acompañamiento profesional en el desarrollo de las habilidades de los padres en la crianza es fundamental, pues los padres que ejerzan una crianza apropiada, que promueva una adecuada autoestima en el niño entre otras múltiples habilidades, ayudarán a la construcción de factores protectores que contribuyan a la resiliencia infantil, promuevan la salud mental y prevengan el trastorno mental del niño de hoy y del adulto de mañana.

## DISCUSIÓN

De acuerdo con los factores identificados en la elaboración de este artículo, indiscutiblemente en el país uno de los temas que requiere estudio y seguimiento es la familia y con ella todas las situaciones que en su interior se puedan presentar como la conformación de la pareja y su relación, pues es el primer modelo para el desarrollo de habilidades sociales y afectivas en los niños, niñas y adolescentes. Como se ha planteado, las familias que adoptan en su dinámica la violencia intrafamiliar tanto hacia la pareja, como hacia sus hijos generan efectos negativos en el desarrollo de los niños y esto se convierte en el precipitante para la incidencia de trastornos mentales.

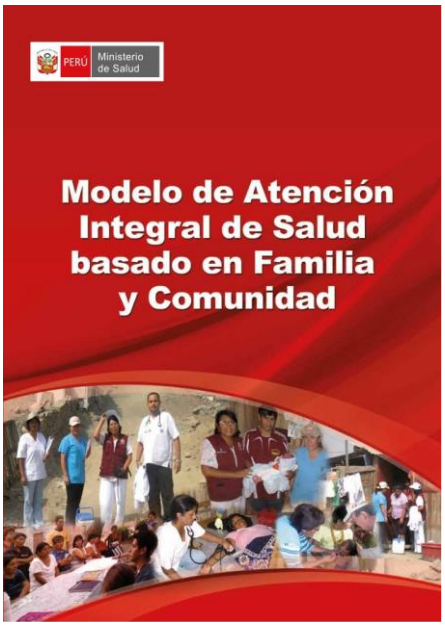
### Pautas de crianza

http://3.bp.blogspot.com/-qh9v1bueEfM/Tci-OuhGL0I/AAAAAAAAABY/csMT0Jf9-Aw/s170/familia%2B3.gif

Otro tópico importante para abordar dentro del tema de familia, es su observación desde la salud mental comunitaria partiendo de la manera como los padres asumen la educación de sus hijos, pues, como se ha mencionado, el uso de pautas de crianza inadecuadas durante la infancia facilita la aparición de problemáticas cognoscitivas, sociales y emocionales que luego repercutirán en la salud mental no solo del niño sino de toda su familia. Este abordaje permite demostrar cómo, a través de la implementación de pautas de crianza saludables representadas en normas claras y acordes con el comportamiento que emiten niños y adolescentes, se favorece el desarrollo de factores protectores personales como la capacidad de resolver conflictos y la regulación emocional, elementos indispensables para promover la salud mental desde los primeros años de vida.

Se establece de esta manera la necesidad de proteger el núcleo familiar y la dinámica de crianza con el fin de favorecer el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes que crecen en su interior.

## Un problema




http://image.slidesharecdn.com/modelodeatencionintegraldesaludmaisbasadoenfamiliaycomunidadminsaperu-120109141343-phpapp01/95/mais-modelo-de-atencion-integral-de-salud-basado-en-familia-y-comunidad-minsa-peru-1-728.jpg?cb=1326733812

Actualmente en Colombia se puede identificar que hay algunos limitantes para lograr una atención en salud de calidad, desde el primer nivel, pues se encuentran determinados documentos oficiales, políticas y programas de atención que, si bien plantean la importancia de la asesoría al núcleo familiar, no establecen una directriz clara y global que sea adoptada por todas las instituciones prestadoras de servicios de salud en el país.

Como se puede observar, dentro de los programas de atención en familia, se hace énfasis en aquellas con presencia de niños, niñas y adolescentes, con el fin de favorecer el adecuado desarrollo cognitivo y psicológico de ellos. También se hace hincapié en los núcleos familiares de los niños víctimas de abuso y con derechos vulnerados. Sin embargo, vale la pena resaltar la presencia de familias sin hijos, o en la etapa del ciclo vital familiar con nido vacío, las cuales también requieren asesoría integral y atención para las diferentes crisis normativas y no normativas que se presenten en ellas.

## Promover la autoestima

Por último, se identifica la importancia de investigar en la promoción de la autoestima desde todas las áreas de ajuste como lo son la familiar, social, académica e individual, dado que las personas con una autoestima alta tienden a tener mejores relaciones en cada una de las esferas anteriormente mencionadas, teniendo presente que la implementación de programas desde cada una de estas áreas fortalece el desarrollo de una autoestima adecuada y que la autoestima es uno de los factores protectores que se relaciona más estrechamente con la resiliencia (la capacidad de poder adaptarse a condiciones adversas manteniendo una salud mental adecuada, de acuerdo con lo analizado anteriormente).

## CONCLUSIÓN

Colombia es un país con diferentes realidades para la población infantil, muchos menores se ven expuestos a contextos negativos propicios para el desarrollo de trastornos mentales con repercusión en la vida adulta y en las diferentes relaciones que establecen a lo largo de su vida. Se sabe que hay factores como la pobreza y el conflicto armado con bajas probabilidades de modificación; sin embargo, las intervenciones basadas en el mejoramiento de la autoestima y el fortalecimiento de la resiliencia, promueven el desarrollo de habilidades de afrontamiento en diferentes situaciones de una manera más saludable, estimulando una adecuada interacción con los demás, mejorando la convivencia en los diferentes contextos donde se desenvuelve el individuo.

http://www.unifam.cl/media/cache/bc/f2/bcf2aeb32082ed89682a213a188be32e.jpg

Teniendo en cuenta esta revisión es importante resaltar la necesidad de realizar investigaciones con el fin de generar programas de promoción en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes basados en la protección del núcleo familiar con el fin de construir desde la infancia la autoestima y cultivar la capacidad de resiliencia en los infantes.

## REFERENCIAS


(1) Presidencia de la República [Internet]. Ley 1616 de 2013. [21 Ene 2013; consultado 11 Mar 2016]. Disponible en: http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf

(2) Minnesota Association for Children's Mental Health [Internet].Hojas informativas de la salud mental en la infancia temprana. Los niños y la salud mental [consultado 11 Jun 2016]. Disponible en: http://www.macmh.org/wp-content/uploads/2010/06/01losninos.pdf

(3) Centro para el control y la prevención de enfermedades [Internet]. Salud mental de los niños [actualizada 5 Oct 2016; citada 11 Mar 2016]. Disponible en: http://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/spanish/index.html

(4) Ministerio de Protección social, Universidad CES, UNODC. Situación de salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia; 2010.

(5) Dirección de Protección ICBF [Internet]. Colombia Sin Maltrato Infantil- ICBF [consultado 10 Oct 2014]. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Noticias/Informes
(6) Torrico LE, Santín VC, Villas A, Menéndez AS, López MJ. El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. Anales de psicología. 2002; 18(1).
(7) OMS [Internet]. Comisión sobre determinantes sociales de la salud, 2009. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
(8) Ministerio de Protección social, Universidad CES, UNODC. Situación de salud mental del adolescente Estudio Nacional de Salud Mental Colombia; 2010.
(9) Urrego Z. Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia. Rev. Colomb. Psiquiat. 2007; 36(2):307-319.
(10) Tribuna Revista de asuntos públicos. Atención a la primera infancia: La revolución silenciosa. Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo. N° 11. 2005.
(11) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Organización Internacional para las Migraciones, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Internet]. Impacto del conflicto armado en el estado psicosocial de niños, niñas y adolescentes [actualizado Nov 2014; consultado 20 Jun 2016]. Disponible en: http://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/IMPACTO%20CONFLICTO%20ARMADO%20EN%20EL%20ESTADO%20PSICOSOCIAL%20DE%20NINOS%20Y%20ADOLESCENTES.pdf
(12) García I, Rivera F, Moren C, López A. Calidad de la relación entre los progenitores y sentido de coherencia en sus hijos adolescentes. El efecto de mediación de la satisfacción familiar. Anales de psicología 2012; 29: 482-490.
(13) Gupta S, Ford E. Recognizing and responding to parental mental health needs: what can we do now? PediatrChildHealth. August/September 2014; 19():356-361.
(14) Medicina Legal. Comportamiento de la violencia intrafamiliar. [Internet]. Colombia, 2013. (consultado 10 Oct 2016). Disponible en: http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/3418907/4.+VIOLENCIA+INTRAFAMILIAR-2+parte.pdf/b0399d4f-1ff0-4356-b2da-87ab109036e6
(15) Thompson A. Stress and child development. futureofchildren. 24(1).
(16) Duncombe E, Havighurst S, Holland K, Frankling E. The Contribution of Parenting. Practices and Parent Emotion Factors in Children at Risk for Disruptive Behavior Disorders. Child psychiatryc hum dev. 2012; 43:715-733.
(17) Experiencias y evidencias en psiquiatría. Salud mental infanto-juvenil: Prioridad de la humanidad. Estados Unidos de América. Ediciones científicas APAL. 2010; p 30, 32-33, 102.
(18) Ministerio de salud y Protección social. Lineamientos de política de salud mental para Colombia. Colombia. 2005. p 17-19.
(19) Presidencia República de Colombia. [Internet]. De cero a siempre. Atención integral a la primera infancia (actualizado 1 Jul 2016). Estrategia para la atención integral a la primera infancia, 2011 (citado 18 Jul 2016). Disponible en: http://www.deceroasiempre.gov.co/prensa/documents/Lanzamiento-estrategia-nacional.pdf
(20) Instituto Colombiano de bienestar familiar. Lineamientos técnicos para la inclusión y atención de familias. Colombia. 2007. p 6, 15-18.
(21) Kotliarenco M, Cáceres I, Fontecilla M. Estado del arte en resiliencia. Organización Panamericana de la salud; 1997. p. 10.
(22) Papalia DE. Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia. 12ª ed. México, D.F. McGraw-Hill; 2012.
(23) Fergus S, Marc A. Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. Annu. Rev. Public Health 26 (2005): 399-419.
(24) Morris C, Matisto A. Psicología. 13ª ed. México, D.F. Person educación de México, S.A. de C.V; 2009.
(25) Mantilla L. Habilidades para la vida. Una propuesta educativa para convivir mejor. [Cartilla en internet]. Bogotá: Fe y Alegría; 2002 [consultado 10 Oct 2014]. Disponible en: http://www.documentacion.edex.es/docs/0310MANhab.pdf
(26) Quintana A, Montgomery W, Yanac E. Efectos de un modelo de entrenamiento en autovalía sobre la conducta resiliente y violenta de adolescentes. Investigación en psicología [Internet]. [consultado 2 Oct 2014] 2007; 10(2). Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ripsi/v10n2/v10n2a04.pdf
(27) Naranjo C R, González, A C. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. [Internet] 2012 [consultado 3 Oct2014] 12(3). Disponible en: http://www.ijpsy.com/volumen12/num3/337/autoestima-en-la-adolescencia-analisis-ES.pdf
(28) Mézervile G. Ejes de salud mental. México: Trillas; 2004.
(29) Verduzco MA, Gómez EL, Durán C. La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar. Salud Mental [Internet]. 2004 [consultado 3 Oct 2014]. 27(4). Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2004/sam044c.pdf

-+--+--+--+--+--+--+--+--+--+--+--+--+--+-

Caso clínico...

# HERPES ZÓSTER OFTÁLMICO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA UN CASO CLÍNICO EN VILLA DE LEYVA

María Lucía Iregui P[§§], Jaime Ronderos O.[***]

## INTRODUCCIÓN

http://www.zonamedica.com.ar/categorias/medicinailustrada/varicela/cara.jpg

El virus de la varicela-zoster es físicamente similar a los herpes virus y el hombre es el único huésped natural (1). La infección inicial produce una enfermedad exantemática aguda (varicela). El virus se propaga desde las células de la piel infectadas hasta las terminaciones nerviosas sensoriales, asciende a los ganglios y queda latente en los ganglios de las raíces dorsales de la médula espinal o los ganglios del trigémino (2, 3). Meses después se desarrolla el herpes zóster por reactivación del virus endógeno latente. Herpes zóster proviene de *herpes* en latín (reptar) y *zoster* en griego que significa cinturón (4). El área inervada por el nervio trigémino (V par craneal) es la segunda en cuanto a frecuencia de afectación, solo precedida por la región torácica. La primera división del V par craneal se afecta 20 veces más que la segunda y tercera (4). Cuando la enfermedad afecta la primera división de este nervio, recibe el nombre de herpes zóster oftálmico y produce una disminución o pérdida de la

§§ Md. Familiar Integral. Profesor Titular FUJNC – maria.iregui@juanncorpas.edu.co.
*** Md. Familiar Integral. Profesor Titular FUJNC – jaime.ronderos@juanncorpas.edu.co.

sensibilidad corneal (5, 6). El herpes zóster oftálmico se puede presentar en cualquier persona que haya padecido varicela (2). La inmunosupresión, el VIH, la radiación, la sífilis, la tuberculosis, el paludismo, la intoxicación por monóxido de carbono o arsénico, los traumatismos y la exposición a la varicela están implicados en el desencadenamiento de la enfermedad (4, 7). El herpes zóster oftálmico tiene especial importancia debido a los peligros que implican para el ojo por deterioro y daño de la superficie ocular, dentro de los que destacamos la uveítis anterior aguda que deja como principal secuela queratitis neurotrófica.

## OBJETIVO

Presentar un caso para evidenciar a nivel de atención primaria, las manifestaciones clínicas oftalmológicas en un paciente con diagnóstico de herpes zóster oftálmico.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 25 años de nacionalidad norteamericana, residente desde hace pocas semanas en zona rural del municipio Gachantivá, aledaño a Villa de Leyva. Aún no está afiliado a ningún servicio de salud de nuestro país y vive con su madre y tía, quienes son pacientes del servicio de Medicina Familiar del Centro Corpas Villa de Leyva. Por vía telefónica en fin de semana con su médico familiar, la madre del paciente refiere que su hijo presenta dolor y gran enrojecimiento de su ojo, párpado superior izquierdo y frente, acompañado de eritema y microvesículas en la piel del área descrita de tres días de evolución, habiendo sido automedicado con remedios caseros (agua de caléndula) y terramicina oftálmica. Se establece, al indagar por antecedentes, que padeció varicela en la infancia. Se le solicita envío de fotos por WhatsApp (*ver fotos adjuntas*), las cuales evidencian lagrimeo, fotofobia y edema palpebral en ojo izquierdo, acompañado de lesiones vesiculares y costras en piel de la frente y nariz, que ponen en evidencia un signo de Hutchinson positivo. Se establece diagnóstico presuntivo de herpes zóster ocular severo y se le recomienda valoración con urgencia por oftalmología en Tunja, donde no encuentran atención por tratarse de un fin de semana. Por referencia de conocidos viajan al Hospital Simón Bolívar de Bogotá al día siguiente, habiendo iniciado por recomendación de su médico familiar, acyclovir 800 mgr tabl, cada 4 horas y acyclovir ungüento oftálmico a nivel ocular y en las lesiones. El oftalmólogo de turno confirma el diagnóstico de herpes zóster oftálmico sin evidencia de compromiso importante de las estructuras oculares. Decide dar continuidad al tratamiento que viene recibiendo y complementa con ciprofloxacina 500 mg c/12 por 7 días, ante la evidencia de signos de sobreinfección incipiente en la piel de frente y párpado. Recomienda, además, realizar estudios complementarios para descartar inmunosupresión por la severidad del cuadro clínico que en la actualidad se encuentra realizando.

## DISCUSIÓN

### De qué estamos hablando

El herpes zóster se presenta en cualquier persona que haya padecido varicela. Aproximadamente en el 15 % de todos los casos de herpes zóster se afecta a la rama oftálmica del trigémino ocasionando el herpes zóster oftálmico. La lesión ocular puede estar causada por una invasión directa de los virus o por difusión del virus desde el ganglio trigémino a través del nervio nasociliar que se ramifica, por una lado, para innervar la superficie del ojo y las estructuras que lo rodean y, por otro, la piel de toda la nariz.

La aparición de una lesión en la punta de la nariz (signo de Hutchinson) es indicativa del herpes. La incidencia aumenta con la edad, siendo más elevada en pacientes mayores de 50 años (6). Presentan mayor gravedad los pacientes inmunodeprimidos, diabéticos y con linfomas (7). La encefalitis y la neumonía son las complicaciones más graves, pero incluso en pacientes inmunocomprometidos el zóster diseminado rara vez es mortal (2).

### Presentación

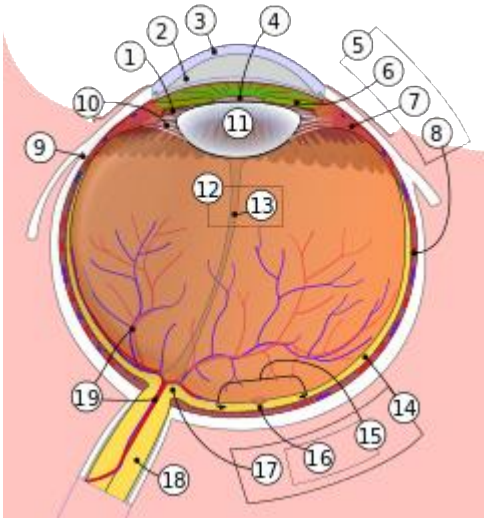
El primer síntoma, y el más molesto, es el dolor acompañado de hiperestesia cutánea, ligera elevación de la temperatura, presencia de pápulas, vesículas y costras (4). El herpes zóster oftálmico rara vez es bilateral.

### ¡"Pilas" con el ojo!

Las complicaciones oculares se presentan en el 50 % de los casos; pueden aparecer en la fase de erupción o semanas después de finalizada esta (5, 6).

- El signo de Hutchinson (la afectación del ojo es probable si se afecta el lado y la punta de la nariz) se cumple, pero hay excepciones, puede haber lesión ocular sin estar presente el signo (4).
- El edema intenso de los párpados con vesículas son lesiones frecuentes; desaparecen con ninguna o escasa cicatrización, pueden originar lagoftalmo, entropión y ectropión cicatrizal (8). En casos graves se produce necrosis del párpado superior y la frente por infección secundaria (*staphylococcus aureus* o estreptococos).
- La conjuntivitis suele ser papilar, ocasionalmente se presentan lesiones vesiculares sobre la conjuntiva bulbar o palpebral que pueden causar cicatrización.
- La episcleritis es frecuente y la escleritis puede ser nodular o difusa y recidivante (8). El 40 % de los casos presenta lesiones corneales (5) como dendritas, queratitis punteada y queratitis disciforme. El 50 % de los pacientes desarrollan queratitis neurotrófica (enfermedad degenerativa caracterizada por una sensibilidad corneal disminuida. Esto hace que la córnea sea más susceptible al traumatismo y que disminuya la lágrima refleja conducente a una queratoconjuntivitis seca. La desepitelización puede dar lugar a una ulceración, infección e, incluso, perforación). En un tercio de los pacientes esta queratitis se hace permanente, provocando disminución de la secreción lagrimal, rotura epitelial recidivante, defectos epiteliales persistentes, ulceración estéril, vascularización, perforación y superinfección (5, 9, 10).
- Es frecuente la uveítis anterior leve, pero puede ser grave y recidivante, también el glaucoma secundario. Las complicaciones en retina son raras, se han reportado vasculitis retiniana,

coriorretinitis hemorrágica, necrosis retiniana aguda y desprendimiento. La neuritis óptica puede aparecer como neuritis retrobulbar, papilitis o neurorretinitis, también se puede producir parálisis de los nervios craneales (11).




**Anatomía del ojo**

1. Cámara posterior.
2. Cámara anterior.
3. Córnea.
4. Pupila.
5. Úvea (con: 6. Iris, 7. Cuerpo ciliar y 8.Coroides).
9. Esclerótica.
10. Ligamento suspensorio del cristalino.
11. Cristalino.
12. Humor vítreo (con: 13. Conducto hialoideo).
14. Retina (con: 15. Mácula, 16. Fóvea y 17. Disco óptico).
18. Nervio óptico.
19. Vasos sanguíneos de la retina: arterias ciliares anteriores, arterias ciliares posteriores largas, arterias ciliares posteriores cortas.

## Diagnóstico

El diagnóstico se realiza mediante criterios clínicos. La confirmación por laboratorio se obtiene por examen del líquido vesicular o las lesiones corneales con tinción *Giems*a o con *Papanicolau*, en busca de células epiteliales gigantes multinucleares y cuerpos de inclusión eosinófilos intranucleares. La microscopía electrónica demuestra la presencia del virus y las pruebas inmunológicas indican la presencia de antígenos del virus (10).

## Tratamiento

En cuanto al tratamiento, es esencial:

1. El uso de antivirales orales (incluso en cuadro >72h de evolución) durante 7-10 días: aciclovir 800mg/4h o, valaciclovir 1g/8h o, famciclovir 250mg/8h o 750mg/24h.
   1.1. Lo anterior debe ser complementado con Aciclovir tópico al 3 %, 1 aplicación/4h.
2. De otra parte, se debe valorar el tratamiento con corticosteroides, analgésicos y agentes neuroactivos (amitriptilina, gabapentina, carbamacepina), según clínica y extensión.
3. En lo que tiene que ver con la remisión, se debe derivar *siempre* a oftalmología:
   3.1. Si hay signo de Hutchinson (erupción cutánea en raíz, lateral y punta nasal), debe ser controlado en 1-2 semanas.
   3.2. Presencia de ojo rojo: debe ser visto en 24-48h. Si el ojo rojo se asocia a disminución de agudeza visual, el paciente debe ser visto en las primeras 24h (16, 17, 18).

3.3. Las lágrimas artificiales garantizan la integridad de la superficie ocular en casos de queratitis neurotrófica (12, 13).

http://www.funcei.org.ar/img/comunidad/59/grande_comunidad1.jpg

## Diferenciar con….

Es necesario realizar el diagnóstico diferencial del herpes zóster oftálmico con:

- Enfermedades que cursan con lesiones vesiculares y ampollares en piel y mucosas, en especial la conjuntiva, como penfigoide cicatrizal y síndrome de Stevens-Johnson que presentan un origen autoinmune.
- Lesiones de origen traumático como las producidas por quemaduras por ácidos, álcalis y radiaciones.
- Otras infecciones virales como la queratoconjuntivitis adenovírica y, en especial, la queratitis por herpes simple.

Además, tener en cuenta que:

- Las queratitis por herpes simple y herpes zóster presentan lesiones dendríticas y ambas se acompañan de dolor, prurito y parestesia (5). El herpes simple se puede curar en 7-10 días o persistir por tres semanas; la incidencia es más elevada entre 1-15 años y 35-50 años de edad. Presenta mala respuesta ante el uso de esteroides y la recidiva es frecuente. Presenta buena respuesta ante los colirios esteroideos y suele curar en 2-3 semanas o persistir por 5-6 semanas. Presenta mayor incidencia en mayores de 60 años y la recidiva es rara.
- También hay que diferenciar la queratitis neurotrófica producida por el herpes zóster de la hipoestesia o total anestesia corneal asociada a tumores (neurinoma, meningioma), de la enfermedad desmielinizante (esclerosis múltiple), del infarto cerebral, los aneurismas y las causas iatrogénicas como la irradiación de la superficie ocular, neurocirugía, cirugía refractiva corneal o ablación del cuerpo ciliar (5, 9, 14, 15).

## CONCLUSIONES

El herpes zóster oftálmico es causa importante de morbilidad, susceptible de ser diagnosticado e intervenido tempranamente desde la Atención Primaria, utilizando incluso los recursos de teléfono inteligente (18), previniéndose secuelas como queratitis neurotrófica y queratoconjuntivitis seca, con el consecuente daño a la superficie ocular.

## Referencias


(1) Montoro E, Suárez O, Valdivia JA. Micobacterias. En: Llop A, Valdés, Vivanco MM, Zuazo J. Microbiología y parasitología médicas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006, p. 363-85.
(2) López MT, Martínez ML, Faura C, Pérez L. Herpes zóster diseminado. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2012; 5(1): 64-66 [citado 2014 Nov 26]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/ scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000100012&lng=es.http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100012. http://scielo.sld.cu
(3) Kim BJ, Seo YJ, Park JK, Lee JH. Complete ophthalmoplegia after herpes zoster. Clinical and Experimental Dermatology. 2007; 32(2):162-4.
(4) Manual Merck. Tratado de Medicina. 11na ed. Cap. 61; 2008.
(5) Dorronzoro E. Cornea: Fundamentals Diagnosis and Management. Arch Soc Esp Oftalmol. Ene 2012; 87(1):25.
(6) Hwang CW Jr, Steigleman WA, Saucedo E, Tuli SS. Reactivation of Herpes Zoster keratitis in an adult after varicella zoster vaccination. Cornea. 2012 nov 26.
(7) Aldaz P, Díaz JA, Loayssa JR, Dronda MJ, Osacáriz M, Castilla J. Incidencia de Herpes Zoster en pacientes diabéticos [Internet]. Anales Sis San Navarra [citado 26 Nov 2014]. 2013 Abr; 36(1):57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137- 66272013000100006&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1137- 66272013000100006.
(8) Tseng SC, Tsubota K. Important concepts for treating ocular surface and tear disorders. Am J Ophthalmol [citado 15 Ene 2010]. 1997; 124(4). Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9402829
(9) Bonini S, Rama P, Olzi D, Lambiase A. Neurotrophic keratitis. Eye. 2003; 17:989-95.
(10) Sedó S, Torras J. La superficie ocular (2ª parte) [citado 15 Ene 2010]. Annals d´Oftalmologia. 2001; 9(4). Disponible en: http://www.nexusediciones.com/ pdf/ao2001_4/of-9-3-002.pdf
(11) Rueda OL, Roberto AS, Bolívar MA, Calvo B, Lauren S. Parálisis Parcial del Nervio Oculomotor Secundaria a Zoster Sine Herpete: Reporte de un caso [citado 26 Nov 2014]. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]. 2013 Dic; 45(3): 77-80. Disponible en: http://www.scielo.org.co/ scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072013000300008&lng=es.
(12) Matsumoto Y, Dogru M, Goto E, Ohashi Y, Kojima T, Ishida R et al. Autologous serum application in the treatment of neurotrophic keratopathy. Ophthalmology. 2004; 111(6):1115-20.
(13) Ortuño VJ, Alio JL. Tratamiento de úlcera corneal neurotrófica con plasma rico en plaquetas y Tutopatch. Arch Soc Esp Oftalmol. Abr. 2011; 86(4):121-123.
(14) Capella MJ, Álvarez J, Paz MF. De la insuficiencia limbar secundaria a múltiples inyecciones intravítreas. Arch Soc Esp Oftalmol. 2011; 86(3):89-92.
(15) Quinto GG, Camacho W, Behrens A. Postrefractive surgery dry eye. Curr Opin Ophthalmol. 2008; 19(4):335-41.
(16) Lam CF, Law A, Wykes W. Herpes Zoster Ophthalmicus. BMJ. 2009; 339:b2624.
(17) Corey L. Virus del herpes simple.Infecciones oculars. En Mandell, Bennet, Dolin. Enfermedades infecciosas. Principios y prácticas. Elsevier España. 6ªEd. 2006: 1769.
(18) Baget M, Fontoba B. Protocolos diagnósticos en oftalmología desde la perspectiva del médico de familia. FMC. 2007; 14(1):14-15.

Revisión de tema...

# DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TRASPLANTES EN COLOMBIA: ¿CÓMO VAMOS?

Jenny Salamanca[†††]

Para muchos de nosotros dentro del área de la salud, la donación y el trasplante de órganos son vistos como uno de los muchos procedimientos médico-quirúrgicos, rara vez hacemos el análisis a nivel personal o familiar. ¿Quisiera ser donante de órganos? ¿Mi familia lo sabe?, son preguntas que usualmente pasan desapercibidas a menos que alguien cercano o conocido se enfrente a la necesidad de un trasplante de órganos.

Para muchos de ustedes lectores, este escrito será el que los lleve a hacerse esas preguntas, lo que realmente es el objetivo principal detrás de esta reseña.

## Un contexto

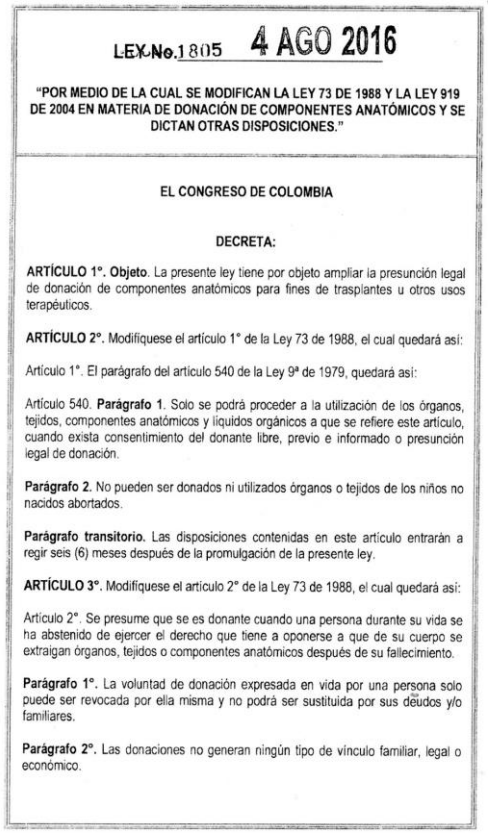
En mi caso, esas preguntas solo surgieron tras una serie de eventos que iniciaron en diciembre del año 2006 mientras era estudiante de Medicina de quinto año. Tras varios meses de síntomas inespecíficos me vi forzada a acudir al servicio de urgencias con un cuadro agudo de colecistitis y que necesitó una colecistectomía laparoscópica, cirugía casi de rutina para los cirujanos generales; desafortunadamente y debido a circunstancias que hoy todavía no son claras, al décimo día posoperatorio tuve que regresar a urgencias esta vez con peritonitis de origen biliar que resultó en manejo de cuidados intensivos con falla multiorgánica y de la cual pude recuperarme tras varias semanas de intervenciones médicas y quirúrgicas que lograron recanalizar la circulación de la vía biliar.

[†††] MD Docente FUJNC - jenny-salamanca@juanncorpas@juanncorpas.edu.co

Un par de meses después, se empezaron a presentar infecciones constantes de la vía biliar, estas infecciones aparecían cada quince días, y después de casi un año, esta repetitiva infección (colangitis) fue llevando al hígado a un estado cirrótico, lo que me llevó a entrar a una lista de espera en búsqueda de un trasplante de hígado.

Para ser honesta, yo tampoco le había prestado mayor atención al tema de la donación, tenía claro que, dada la situación me gustaría ser donante, pero nunca se lo mencioné a nadie, cosa que **hasta ese momento** era de vital importancia para el escenario de trasplantes en el país, pues si usted no dejaba constancia de querer o no ser donante, la decisión recaía en su familia y, debido a esto, entre el 30 % y el 40 % de las muertes con opción de donante terminaron con la negativa familiar a la donación (1).

## Nueva ley, muchas oportunidades



LEY No. 1805 4 AGO 2016

"POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICAN LA LEY 73 DE 1988 Y LA LEY 919 DE 2004 EN MATERIA DE DONACIÓN DE COMPONENTES ANATÓMICOS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

**ARTÍCULO 1°. Objeto**. La presente ley tiene por objeto ampliar la presunción legal de donación de componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos.

**ARTÍCULO 2°.** Modifíquese el artículo 1° de la Ley 73 de 1988, el cual quedará así:

Artículo 1°. El parágrafo del artículo 540 de la Ley 9ª de 1979, quedará así:

Artículo 540. **Parágrafo 1**. Solo se podrá proceder a la utilización de los órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos a que se refiere este artículo, cuando exista consentimiento del donante libre, previo e informado o presunción legal de donación.

**Parágrafo 2.** No pueden ser donados ni utilizados órganos o tejidos de los niños no nacidos abortados.

**Parágrafo transitorio.** Las disposiciones contenidas en este artículo entrarán a regir seis (6) meses después de la promulgación de la presente ley.

**ARTÍCULO 3°.** Modifíquese el artículo 2° de la Ley 73 de 1988, el cual quedará así:

Artículo 2°. Se presume que se es donante cuando una persona durante su vida se ha abstenido de ejercer el derecho que tiene a oponerse a que de su cuerpo se extraigan órganos, tejidos o componentes anatómicos después de su fallecimiento.

**Parágrafo 1°.** La voluntad de donación expresada en vida por una persona solo puede ser revocada por ella misma y no podrá ser sustituida por sus deudos y/o familiares.

**Parágrafo 2°.** Las donaciones no generan ningún tipo de vínculo familiar, legal o económico.

Digo hasta ese momento, porque el pasado 4 de agosto de 2016, el presidente sancionó la Ley 1805 por medio de la cual se determinó la presunción legal de donación de órganos y tejidos en todos los colombianos, lo que significa que todos en Colombia somos potentes donantes, de esta manera quien debe dejar estipulado en vida su decisión será quien **NO** desee ser donante, los demás llegado el momento seremos donantes independientemente de la opinión de los familiares (excepto en menores de edad), esta modalidad de donación se conoce a nivel mundial como la opción opt-out.

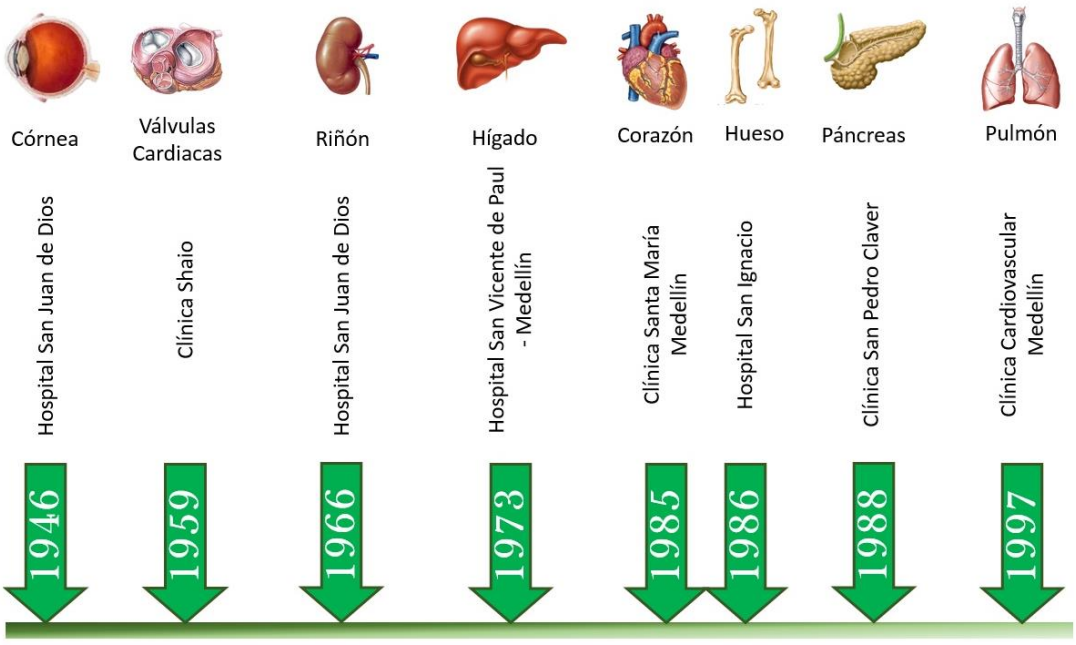
*"Se presume que se es donante cuando una persona durante su vida se ha abstenido de ejercer el derecho que tiene a oponerse a que de su cuerpo se extraigan órganos, tejidos o componentes anatómicos después de su fallecimiento.* ***Parágrafo*** *1°. La voluntad de donación expresada en vida por una persona solo puede ser revocada por ella misma y no podrá ser sustituida por sus deudos y/o familiares (2)"*.

## La esperanza de ser receptor

Para quienes hemos estado en la lista de espera de algún órgano o tejido, esta noticia nos ha llenado de esperanza, ilusión y expectativa, pues estar en esta lista es como vivir en pausa, es abrir los ojos todas las mañanas sin saber si se llegará a la mañana siguiente, sin saber si ese por fin será EL DÍA… …el día en el que se vuelve a nacer.

Esta nueva Ley, cambiará el panorama de los trasplantes en el país, el cual ha ido transformándose con el pasar de los años. Según el Instituto Nacional de Salud, la historia de los trasplantes en Colombia empezó en el año 1946, cuando los especialistas del entonces Hospital San Juan de Dios hicieron el primer trasplante de córnea.

Como se puede observar en la siguiente imagen, durante cerca de 50 años el país ha ido progresando en la tecnología y procedimientos de trasplante y la supervivencia de los pacientes.




## Algunos datos actuales

Durante el año 2015, en Colombia se realizaron 1096 trasplantes de órganos sólidos, que reflejó un aumento del 19 % comparado con el año anterior (921 trasplantes).

Del total de trasplantes realizados en 2015, el 86 % fue a partir de donantes cadavéricos, esto quiere decir que cerca de 942 familias tomaron la decisión altruista de donar los órganos y tejidos de sus seres queridos.

Con corte a noviembre de 2015 se aplicaron en el país 739 entrevistas a familiares de posibles donantes de órganos y tejidos, de estos se obtuvo una negativa del 39 %, situación que refleja aproximadamente 288 potenciales donantes negados por decisión familiar.

## ¡288 personas!

http://www.nocturnar.com/imagenes/frases-de-donar-organos-20120427234355-donarorganos.jpg

Cada una de estas 288 personas con la capacidad máxima de ayudar hasta a 55 pacientes; 288 que podrían dar una nueva oportunidad de vida a algunos de los 2162 pacientes en lista de espera para trasplantes de riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas o intestino o de los 2341 en espera de tejidos como la córnea.

Con la entrada en vigencia de la nueva ley, se espera que de estas 288 solo se acepte la negativa a la donación si la persona lo ha dejado claro en vida, de no haberlo hecho se hace la presunción de donación.

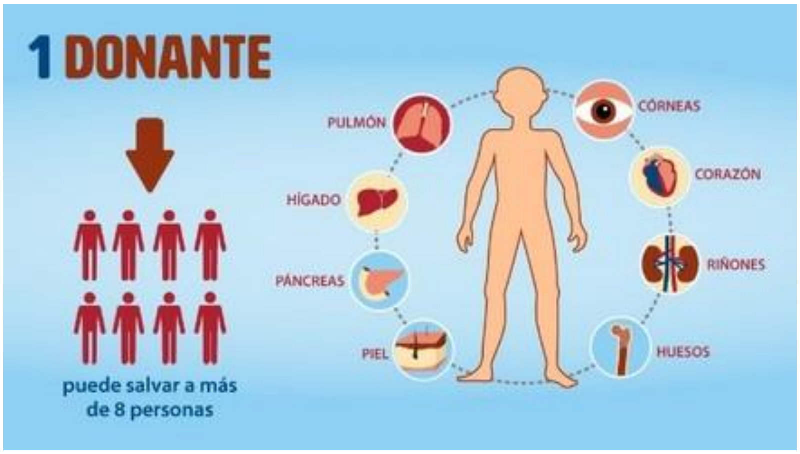
Muchas de las negativas familiares están relacionadas con los mitos acerca de la donación de órganos. De estos, uno de los más comunes es el miedo al tráfico de órganos. Algunas personas creen en la posibilidad de que les suceda lo descrito en la famosa historia que en los últimos años se hizo viral en internet y que describe cómo una persona se despierta después de haber sido drogada en una tina de baño llena de hielo, con una cicatriz en la espalda y una nota que le hace saber que le han retirado alguno de sus órganos.

Otro mito importante que necesita aclaración es el relacionado con el proceso de ablación (retiro) de los órganos. Al respecto, es importante aclarar que dicho proceso debe ser realizado por médicos especialistas con todos los requisitos de una intervención quirúrgica, en una institución prestadora de servicios de salud que cuente con quirófano. El cuerpo del donante debe ser entregado a sus familiares sin ninguna deformidad o alteración en su apariencia, solo con la sutura de cierre quirúrgica.

Son estos y muchos más los mitos que hacen evidente la falta de cultura en donación de órganos y la necesidad de seguir educando y promocionando el tema…

## Tipos de donantes

Con el fin de aclarar la realidad de la donación de órganos es importante reconocer los tipos de donantes que existen en el país, según el Decreto 2493 del 5 de agosto de 2004 que reglamenta los procedimientos de donación y trasplante de órganos y tejidos en el país.




http://e.rpp-noticias.io/medium/2015/10/28/portada_545554.jpg

*El donante fallecido* es aquella persona con muerte encefálica o por cese de las funciones cardiorrespiratorias, quien donará sus órganos y/o tejidos con fines de trasplante.

*El donante vivo* es la persona que conociendo con certeza los riesgos que genera el procedimiento, efectúa la donación en vida de aquellos órganos que a bien tenga sin que se vea comprometida la funcionalidad de su organismo.

Ahora piense, estimado lector, ¿cuál es su posición frente a la posible donación de sus órganos y tejidos?

Sea cual sea la respuesta a esta pregunta, hágalo saber a sus familiares, que si bien con la nueva ley no serán quienes tomen la decisión final, sí pueden corroborar su deseo de ser o no donante.

*"La donación de órganos puede considerarse, en su acepción más difundida, como un acto* ***altruista*** *en tanto puede definírsela como un comportamiento orientado a beneficiar a otros, sin esperar por eso una compensación externa (3)".*

*El listón verde que representa y promueve la conciencia de la donación de órganos.*
Imagen obtenida de: *http://2.bp.blogspot.com/_h6pqoVLPLIo/SXhf51qkmfI/AAAAAAAAAII/P0b8elf2ahM/s1600-h/080616-donacion-01.jpg*

## REFERENCIAS


(1) Informe Ejecutivo Red de Donación y Trasplantes 2015.
(2) Ley 1805 de 2016. Artículo 3. Modificación de la ley 73 de 1998 en su artículo 2.
(3) Kopfman, J, Smith S. Understanding the audiences of a health communication campaign: A discriminant analysis of potential organ donor based on intent to donate. Journal of Applied Communication Research. 1996; (24):33-49.


-+--+--+--+--+--+--+--+--+--+--+--+-

## Sobre medicamentos…

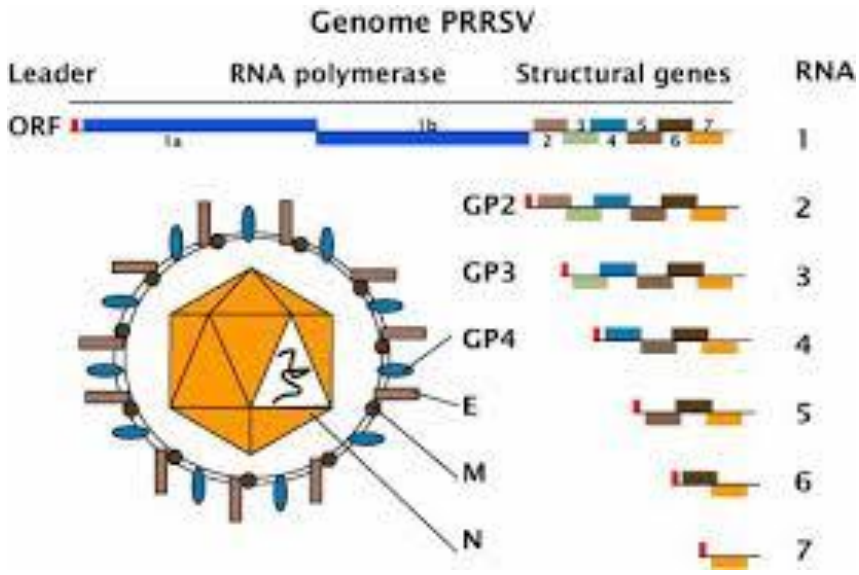
**La siguiente sección es obtenida de Salud y Fármacos. Nuestro único apotre es poner unas imágenes y resumir. Nuestra intención es contribuir con la divulgación.**

# "RESISTENCIA DE BACTERIAS A ANTIBIÓTICOS, LA NUEVA 'CRISIS' DEL SIGLO XXI"

Tomado de: El Espectador, 7 de julio de 2016
http://www.elespectador.com/noticias/salud/resistencia-de-bacterias-antibioticos-nueva-crisis-del-articulo-641950

Existe un problema de salud de grandes proporciones por la creciente resistencia que surge por el uso de los antibióticos. Uno de los problemas es la no precisión por parte del clínico de las infecciones y, de ellas, entre virales y bacterianas.

### Para enseñar cómo diferenciar




https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRC7rGBDANg9he-7NBS_jscLlj4eqHZJntwMV-Br0Gtl6WXCWYV

Buscando enseñar, se analizaron las diferencias y, trascribimos: "El informe se realizó a partir de 1000 extracciones de sangre de pacientes adultos y 96 de niños enfermos de sepsis, la infección de bacterias del torrente sanguíneo como consecuencia de una infección previa y cuya complicación es potencialmente mortal".

### Qué se busco

"En lugar de analizar la sangre en busca de microbios, el método de diagnóstico utilizado expuso las muestras a una serie de 18 genes que activan la respuesta inflamatoria". Así, a partir de la respuesta inflamatoria de las moléculas de sangre pudieron comprobar si la infección era consecuencia de un virus o una bacteria.

### El hallazgo

Identificaron una serie de siete genes que distinguen de manera fiable las infecciones bacterianas de las víricas de entre un amplio espectro de enfermedades.

### Utilidad

Con esos genes (de identificarse) se puede precisar que el proceso del paciente es debido a una infección, lo cual puede mejorar ese 50 % de casos en que se emplean de forma indebida (sin infección) los antibióticos.

---

## "EL DESPERDICIO DE MEDICAMENTOS Y LA CREACIÓN DE SÚPERBACTERIAS"

Jim O'Neill
La Nación, 28 de octubre de 2015
http://www.nacion.com/opinion/foros/desperdicio-medicamentos-creacion-superbacterias_0_1520847918.html

http://www.infectologiapediatrica.com/blog/wp-content/uploads/2014/05/germen-resistente.jpg

Siete de los países más poderosos del mundo occidental junto con China han hecho un acuerdo para enfrentar la resistencia bacteriana en torno a tres aspectos claves:

- Mejorando el control y la prevención de las infecciones.
- Preservando la eficacia de los medicamentos antimicrobianos actuales y futuros.

- Participando en actividades de investigación que apunten a optimizar estos métodos y a desarrollar nuevas sustancias antimicrobianas, vacunas, tratamientos alternativos y herramientas de diagnóstico rápido.

## Un problema mundial

La resistencia de las bacterias a los antibióticos es un problema mundial, más frecuente en los países más desarrollados por el abuso de los mismos.

## La clave de la batalla

Sin duda está en el uso adecuado de los mismos, por ende, el vigorizar todos los esfuerzos en torno a su empleo adecuado es la clave más promisoria.

## Un ejemplo del abuso

Se calcula que 27 millones de prescripciones de antibióticos por problemas respiratorios en EE.UU., son innecesarias.

## El origen de la mala prescripción

Radica, según el autor, en la prescripción empírica (sin confirmar si existe o no infección), es decir, basada en el juicio clínico. Claro, también por la venta libre de antibióticos en farmacias.

## La clave del esfuerzo: ¿hacia dónde?

Afirma el autor que ha de estar hacia la precisión diagnóstica en torno a asegurar la infección y, por tanto, el uso de los antibióticos o antivirales.

## Y, ¿cómo llegar a ello?

Dice el autor que promoviendo la competencia para la creación de pruebas de precisión diagnóstica para las infecciones. Que tal política ha quedado demostrada, por ejemplo, con el estímulo hacia la generación de vacunas. Asimismo, el estímulo para diseñar nuevos antibióticos.

Como se lee, el autor es un convencido de las virtudes del libre comercio.

Trascripción:

Nota de los editores: "Jim O'Neill ha olvidado mencionar que los mayores consumidores de antibióticos se encuentran en la ganadería y en la piscicultura. Y que, por lo tanto, también es urgente controlar su uso en productos que consumimos y sobre todo no engordar al ganado utilizando antibióticos. Como economista es de extrañar que no esté al tanto de este problema, pero bien puede ser que como expresidente de Goldman Sachs Asset Managment no quiera tocar esta parte del tema que puede ser tabú para los intereses de una poderosa industria y para una persona que trabaja para el gobierno conservador del Reino Unido".

Sobre este tema se puede leer (en inglés) Union of Concerned Scientists. Prescription for Trouble: Using Antibiotics to Fatten Livestock. Disponible en: http://www.ucsusa.org/food_and_agriculture/our-failing-food-system/industrial-agriculture/prescription-for-trouble.html#.VqbeVY0m6po

# "LA OMS DISEÑA UN PLAN DE ACCIÓN PARA COMBATIR EL ABUSO DE ANTIBIÓTICOS"

DPA
El Comercio, 25 de mayo de 2015
http://www.elcomercio.com/tendencias/oms-antibioticos-medicina-medicamentos-infecciones.html

La OMS acordó un plan para combatir la resistencia a los antibióticos.

## Sus componentes

http://www.radiorebelde.cu/images/images/ciencia/dia-mundial-salud-2011.jpg

Las propuestas están orientadas a:

- Mejorar la higiene hospitalaria.
- Fortalecer la formación de médicos y veterinarios.
- Mejorar el diagnóstico de la infección.
- Prohibir la venta libre.
- Estimular el estudio de nuevas moléculas.
- Estudiar los gérmenes multirresistentes.

## No olvidar

"Según la OMS, unas 700 000 personas mueren cada año a consecuencia de la resistencia desarrollada por las bacterias a los antibióticos. Los antibióticos revolucionaron la lucha contra las enfermedades bacterianas, que antes de su descubrimiento con frecuencia eran mortales. Sin embargo, su uso abusivo, y en muchos casos inadecuado, llevó a que las bacterias y otros microorganismos desarrollaran una resistencia cada vez mayor a los antibióticos, como es el caso de la penicilina. Por eso, el efecto de estos medicamentos es cada vez menor y en casos extremos, nulo".

-+--+--+--+--+--+--+--+--+--+--+--+--+--+-

## El Peregrino que toca…

# CALOR DE HOGAR O CALOR DE "INFIERNO"

Padre Gabriel Sáenz‡‡‡

https://sites.duke.edu/spanish306_01_s2013_marsha/files/2013/04/cropped-pilsen-mural-1.jpeg

A principio de este año, el papa Francisco dio a conocer la exhortación apostólica postsinodal titulada *Amoris Laetitia*, sobre el amor en la familia (Francisco, 2016). Confieso que mi primer impulso fue escribir algunas reflexiones relacionadas con el amor, pero este proyecto se me derrumbó al leer el editorial del diario El Tiempo (7 de agosto de 2016) titulado "Hogares que son infierno" (en Colombia), por lo cual me decidí a reflexionar sobre el segundo capítulo de la antedicha exhortación papal relacionada con la crisis familiar en el mundo.

Comenta el editorial:

> "No solo horror, produce escalofrío y desolación conocer que son tantos los hogares colombianos epicentro de agresiones físicas y sexuales, muchas de ellas contra niños, adolescentes y adultos mayores… estas cifras de agresión pasaron del 86 % en 2014 al 88 % en 2015. La vivienda ocupa el primer lugar en la lista de sitios donde estas ocurren, así como los homicidios… en el 32,88 % de los casos fue el padre, en el 30,69 % la madre y en el 42,36 % un familiar… uno de cada tres asesinatos en Colombia tiene lugar en el marco de una celebración… el calor de hogar se convierte en calor de infierno". (El Tiempo, 2016, p. 14). Hasta aquí lo que comenta este diario.

Pienso que uno de los factores que más debilitan la relación familiar es el hecho de no saber reconocer o aceptar los errores del otro, en otras palabras, la intolerancia. El hombre es un ser nómada que va con sus propios errores en busca del "otro" que lo acoja como es, sin avergonzarse de lo que es. No avergonzarse de mostrar sus errores, no aceptar al "otro" tal como es, produce automáticamente la infidelidad y posteriormente la promiscuidad, lo que da origen a las tragedias pasionales casi siempre en el marco de una celebración sustentadas por el alcohol o la droga.

Comenta el Papa Francisco en su exhortación: "Se cree que el amor, como en las redes sociales, se puede conectar o desconectar a gusto del consumidor e incluso bloquear rápidamente… todo es

‡‡‡ Capellán CJNC. Consejero Pastoral FUJNC.

descartable, cada uno usa y tira, gasta y rompe, aprovecha y estruja mientras sirva. Después ¡adiós!" (Francisco, 2016, p. 31).

Así, pues, vamos en contra de la razón natural, amamos las cosas y usamos a las personas en vez de hacer todo lo contrario y cuando alguien ya no "nos sirve" lo botamos al basurero de la vida. Lo ideal es pensar que no es la condena o el juicio lo que puede rescatar al "otro" sino un amor acogedor que abrace. ¡El amor acogedor es obviamente el perdón! Sin embargo, hay ocasiones en que estamos tan heridos, tan traicionados y humillados que es casi imposible el perdón, humanamente hablando.

Se debe tener en cuenta que el perdón es una decisión de la voluntad, una experiencia difícil, una actitud y un proceso que no es puntual sino que puede tomar años y, en ocasiones, hasta la muerte.

Una de los más valientes y ejemplarizantes casos de perdón a finales del siglo XX fue el de Inmaculé Ilibagiza, la ruandesa que perdió a toda su familia durante el genocidio en su país, Ruanda, hace un poco más de veinte años. Se salvó tras permanecer escondida por 90 días en un baño de un metro por un metro. Hoy recorre el mundo hablando del perdón. Vive en Nueva York, está casada y tiene dos hijos y relata su historia en el libro *Sobrevivir para contarlo* (Ilibagiza, 2006).

Francisco (2016) comenta: "Las crisis matrimoniales frecuentemente se afrontan de un modo superficial y sin la valentía de la paciencia, del diálogo sincero, del perdón recíproco, de la reconciliación y también del sacrificio" (p. 44).

Otros de los factores que produce violencia familiar son el alcohol y la drogadicción tanto en adultos como en adolescentes. Cuando hay rencores y rabias escondidas en el corazón, el alcohol y la droga destapan la "olla a presión" y la celebración; como dice El Tiempo (8 de agosto de 2016), acaba en tragedia. Dice el papa Francisco (2016) "la droga–dependencia es una de las plagas de nuestra época que hace sufrir a muchas familias y no pocas veces termina destruyéndolas" (p. 213). Existen otros temas como el maltrato y abuso sexual en la mujer, el feminicidio, la cultura del hedonismo que darían para futuras reflexiones.

http://www.aapvf.com.ar/img/violencia,03-tmb.jpg

Finalmente, no podríamos cerrar estos comentarios sin referirnos a la dolorosa pero real situación de maltrato por parte de la sociedad y su propia familia hacia el adulto mayor. Francisco (2016) se refiere a este tema citando el Salmo 70(71):

> "No me rechaces ahora en la vejez, me van faltando las fuerzas, no me abandones… es el clamor del anciano que tiene el olvido y el desprecio… los ancianos son hombres y mujeres que estuvieron antes que nosotros, en nuestra misma casa, en nuestra diaria batalla por una vida digna…" (Francisco, 2016, p. 148).

En la edición Nº 128 (sep.-oct.), de la Carta Comunitaria, se reflexionó ampliamente sobre este tema. Decíamos que, excepto cuando nos toca vivirlo en forma personal o familiar, es poco el tiempo que le dedicamos a reflexionar acerca de quienes nos han abierto el camino, nos han dado la vida, quienes construyeron el país o están por terminar la vida, es decir, los ancianos.

Hace aproximadamente 50 años, el sacerdote brasileño José Fernández de Oliveira, compositor de música religiosa, más conocido como el *padre Zezinho*, compuso un hermoso himno a la familia conocido con este nombre. Algunas de sus estrofas rezan así:

> Que ninguna familia comience en cualquier de repente.
> Que ninguna familia se acabe por falta de amor.
> La pareja sea el uno en el otro de cuerpo y de mente,
> y que nada en el mundo separe un hogar soñador.
> Que ninguna familia se albergue debajo del puente
> y que nadie interfiera en la vida y en la paz de los dos,
> y que nadie los haga vivir sin ningún horizonte,
> y que puedan vivir sin temer lo que venga después.
> La familia comience sabiendo por qué y adónde va.
> Y que el hombre retrate la gracia de ser un papá.
> La mujer sea cielo y ternura y afecto y calor.
> Y los hijos conozcan la fuerza que tiene el amor.
> Que marido y mujer tengan fuerza de amar sin medida
> Y que nadie se vaya a dormir sin buscar el perdón.
>
> Fernández de Oliveira, (s. f.)

Cerremos esta cruda pero real reflexión con un toque de fe, esperanza y amor invocando la presencia de la Sagrada Familia de Nazaret en nuestros hogares. Tomemos la oración con la que el papa Francisco cierra su exhortación apostólica *Amoris Laetitia*:

> Jesús, María y José,
> en vosotros contemplamos
> el esplendor del verdadero amor,
> a vosotros, confiados, nos dirigimos.
>
> Santa familia de Nazaret,
> haz también de nuestras familias
> lugar de comunión y cenáculo de oración,
> auténticas escuelas del evangelio
> y pequeñas iglesias domésticas.
>
> Santa Familia de Nazaret,
> que nunca más haya en las familias episodios de violencia,
> de cerrazón y división,
> que quien haya sido herido o escandalizado
> sea pronto consolado y curado.
>
> Santa Familia de Nazaret,
> haz tomar conciencia a todos
> del carácter sagrado e inviolable de la familia,
> de su belleza en el proyecto de Dios.
> Jesús José y María,
> Escuchad, acoged nuestra súplica.
> Amén."(Francisco, 2016, pp. 261-262)

## Bibliografía

Casa Editorial El Tiempo. (8 de Agosto de 2016). Hogares que son infiernos. *El Tiempo*, pág. 14.
Francisco. (2016). Exhortación apostólica postsinodal. Bogotá, D.C.: Instituto Misionero Hijas de San Pablo.
Immaculée Ilibagiza, S. E. (2006). *Sobrevivir para contarlo: cómo descubrí a Dios en medio del holocausto en Ruanda.* California: Hay House.

# NOTICOMUNITARIA

El pasado 19 de septiembre se realizó el X Foro de Orientadores(as) y Rectores(as), cuyo tema central fue "Adolescencia y Familia".

Al evento asistieron 60 participantes de los diferentes colegios públicos de la localidad de Suba. El doctor Juan Carlos González, Director de Medicina Comunitaria de la FUJNC, habló acerca del programa PIPSA 2011-2015, la doctora Martha Emilia Galarza sobre la familia como determinante social, la doctora Cristina Malavera presentó la charla "Familias Alvaristas, construyendo territorios de paz (una experiencia exitosa)" y, finalizó, la doctora Maribel López del programa Futuro Colombia de la Fiscalía, con el tema "La adolescencia y la familia, una visión desde la ley".

Agradecemos a la doctora Ana María Piñeros (Rectora de la FUJNC), al doctor Luis Gabriel Piñeros (Vicerrector Académico de la FUJNC) y al doctor Jaime García (Decano de la Escuela de Medicina de la FUJNC), por su constante apoyo en la realización de este foro, el cual desde hace 10 años ha ayudado a fortalecer los lazos con los colegios, favoreciendo el trabajo intersectorial en pro de los adolescentes.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

**Carta Comunitaria**
ISSN 0123-1588

Departamento de Medicina Comunitaria
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Dirección: Juan Carlos González Q.

Colaboradores:
Luisa Noguera
Gabriel Sáenz
Guillermo Restrepo Ch.
Mario Villegas N.
Ángela María Hernández P.
Jenny Salamanca
José Arlés Gómez
José Gabriel Bustillo P.
Carlo Rizzi
Gonzalo Bernal F.
Juan Carlos Velásquez
María Lucía Iregui P.
Jaime Ronderos O.