

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Faculty of Medicine Journal

Rev. Fac. Med. 2015 Vol. 63 No. 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE MEDICINA

**Facultad de Medicina
Comité Editorial**

Editor

Franklin Escobar Córdoba. MD.MPF.PhD.

Editor Asociado Bogotá

Javier Eslava Schmalbach. MD.MSc.PhD.

Editora Invitada

Zulma Consuelo Urrego Mendoza. MD.MPF.PhD.

Editores Asociados Internacionales

| | |
|-----------------------------------|---|
| Julio A. Chalela MD. | <i>Medical University of South Carolina. USA.</i> |
| Eduardo De La Peña de Torres PhD. | <i>Centro de Ciencias Medioambientales. España.</i> |
| Adelaida Restrepo PhD. | <i>Arizona State University. USA.</i> |
| Gustavo C. Román MD. | <i>University of Texas at San Antonio. USA.</i> |
| Fernando Sánchez-Santed MD. | <i>Universidad de Almería. España.</i> |
| Jorge E. Tolosa MD.MSCE. | <i>Oregon Health & Science University. USA.</i> |

Comité Científico Internacional

| | |
|--|---|
| Cecilia Algarin MD. | <i>Universidad de Chile.</i> |
| Martine Bonnaure-Mallet PhD. | <i>Université de Rennes. France.</i> |
| Jorge Óscar Folino MD. MPF. PhD. | <i>Universidad Nacional de La Plata, Argentina.</i> |
| Miguel A. López Pérez PhD. Post Doc. | <i>University of Cambridge. UK.</i> |
| Marco Tulio de Mello MD. PhD. | <i>Universidade Federal de Sao Paulo. Brasil.</i> |
| Patricio Peirano MD. PhD. | <i>Universidad de Chile.</i> |
| Claudia Rosario Portilla Ramírez PhD.(c) | <i>Universidad de Barcelona. España.</i> |
| Rubén Nogueiras Pozo PhD. Post Doc. | <i>University of Cincinnati. USA.</i> |
| Lilia María Sánchez MD. | <i>Université de Montréal. Canadá.</i> |
| Lisieux Elaine Telles de Borba MD. MPF. PhD. | <i>Instituto de Psiquiatria Forense. Brasil.</i> |
| Sergio Javier Villaseñor Bayardo MD. PhD. | <i>Universidad de Guadalajara. México.</i> |

Comité Científico Nacional

Orlando Acosta Losada MSc. PhD.
Jorge Eduardo Caminos Pinzón MSc. PhD.
Pío Iván Gómez MD. MSc.
Edgar Prieto Suárez Ing. MD. MSc.
Jorge Andrés Rubio Romero MD. MSc.
Ricardo Sánchez MD. MSc.
Iván Darío Sierra MD. MSc. PhD.
Carlos Uribe Tobón PhD.

| | |
|-----------------------------|---|
| ISSN | 0120-0011 |
| e-ISSN: | 2357-3848 |
| Edición electrónica | Édgar Prieto Suárez MD. MSc. |
| Imagen de portada | David Felipe Escobar Sarmiento Parsons The New School for Design New York. NY. USA |
| Diagramación | Angela Virginia Corredor Peña Escuela de Diseño Gráfico Facultad de Artes Universidad Nacional de Colombia |
| Corrección de estilo | Luis Javier Carrillo Zamora Yuri Paola Sarmiento Alonso |
| Asistente editorial | Sergio Iván Ochoa Sanabria |
| Impresión | Digiprint Editores S.A.S |

Los conceptos emitidos son responsabilidad de los autores y no comprometen el criterio de los editores o el de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. La *Revista de la Facultad de Medicina* es el órgano oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y se publica trimestralmente. Esta edición consta de 700 ejemplares. Licencia del Ministerio de Gobierno, Resolución No.1749 del 30 de agosto de 1993. La correspondencia se debe dirigir a: Franklin Escobar Córdoba, oficina 225, Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia •Teléfonos: 3165145/3165000 Ext.15161 • Bogotá, D.C., Colombia • **correspondencia: revista_fmbog@unal.edu.co** •Tarifa Postal Reducida Servicios Postales Nacionales S.A No. 2014-300 4-72, vence 31 de Dic.2014.

La *Revista de la Facultad de Medicina* es publicación oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y su finalidad es la divulgación del conocimiento en los diversos campos científicos, sociales y artísticos relacionados con las profesiones del área de la salud, su ejercicio y enseñanza. Se dirige en especial a los profesionales y estudiantes del área de la salud y de las ciencias sociales y humanas relacionadas con su ámbito profesional. Incluida en: Scopus, Thomson Reuters, Web of Knowledge, SciELO (http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_serial&pid=0120-0011&lng=pt&nrm=iso), Ulrich, Publindex, Latindex, Imbiomed, Lilacs, Old Medline, Faro (Universidad de Zaragoza), Portal de Revistas UN (publicación electrónica: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed>), SIIC Data Bases. Reproducción e impresos: se autoriza la fotocopia de artículos y textos para fines de uso académico o interno de las instituciones, citando la fuente. Para impresos, dirija la solicitud a nuestra oficina.

**El proyecto "Disparando cámaras en Cazucá 2008 - 2013" fue un proceso de fotografía participativa liderado por niños, niñas y jóvenes víctimas del conflicto armado, habitantes de la Comuna 4 del Municipio de Soacha en el cual se desarrollaron procesos de recuperación de la memoria histórica y resistencia civil a partir de la creación y uso de imágenes fotográficas. Para más información ver: <http://www.bdigital.unal.edu.co/45911/>*

Editorial

Investigación en salud para la paz de Colombia: ¿estudiar la *noviolencia* o la violencia? 351

Zulma Consuelo Urrego-Mendoza, Franklin Escobar-Córdoba
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.51795>.

Violence risk assessment: what behavioral healthcare professionals should know 355

Jay P. Singh
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.50292>.

Investigación original

La práctica de la evaluación del riesgo de violencia en España 357

The practice of violence risk assessment in Spain

Karin Arbach-Lucioni, Sarah L. Desmarais, Cristina Hurducas, Carolina Condemarin, Kimberlie Dean, Michael Doyle, Jorge O. Folino, Verónica Godoy-Cervera, Martin Grann, Robyn M. Y. Ho, Matthew M. Large, Thierry H. Pham, Louise Hjort Nielsen, Maria Francisca Rebocho, Kim A. Reeves, Martin Rettenberger, Corine de Ruiter, Katharina Seewald, Jay P. Singh
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.48225>.

Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú 367

Domestic violence in older people living in the district of Breña, Peru

Jack Roberto Silva-Fhon, Antonia Defilia Del Río-Suarez, Silvia Natividad Motta-Herrera, Suzele Cristina Coelho Fabricio-Wehbe, Rosalina Aparecida Partezani-Rodrigues
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.44743>.

Conflicto armado en Colombia y misión médica: narrativas médicas como memorias de supervivencia 377

Armed conflict in Colombia and medical mission: medical narratives as survival memories

Diana Zulima Urrego-Mendoza
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.45209>.

Homicidas juveniles en Bogotá, estudio de grupos focales 389

Young murderers in Bogotá, a focus groups study

Franklin Escobar-Córdoba, Ángela Rocío Acero-González, Jorge O. Folino
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.50632>.

Salud mental en tiempos de guerra, una reflexión sobre la relación conflicto armado-salud mental en la comunidad indígena Emberá en situación de desplazamiento forzado 399

Mental health in the time of war; a reflection about the relationship between the armed conflict and the mental health in the Emberá indigenous people under situation of forced displacement

Luisa Fernanda Ruiz-Eslava
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49820>.

- Violencia en el trabajo del sector público de la salud: una visión desde las personas trabajadoras. Bogotá, Colombia. 2011-2012 407
Violence at work in the public health sector: a view from the working people. Bogotá, Colombia 2011-2012
 Jairo Ernesto Luna-García, Zulma Urrego-Mendoza, Mireya Gutiérrez-Robayo, Alejandro Martínez-Durán
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.51027>.
- Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013 419
Suicide risk and associated factors in adolescents of three schools of Manizales city (Colombia), 2013
 Diana Carolina Aguirre-Flórez, José Jaime Cataño-Castrillón, Sandra Constanza Cañón, Daniel Felipe Marín-Sánchez, Julieth Tatiana Rodríguez-Pabón, Luz Ángela Rosero-Pantoja, Laura Patricia Valenzuela-Díaz, Jennifer Vélez-Restrepo
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.44205>.
- Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2000-2010 431
Characterization of suicide in Antioquia, Colombia adolescents. 2000-2010
 Óscar Adolfo Medina-Pérez, Ángel Saúl Díaz-Téllez, Andrés José Rozo-David
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43798>.
- Association of depression and stress in acute myocardial infarction: a case-control study 439
La relación de la depresión y el estrés con el infarto del miocardio: un estudio de casos y controles
 Patricia RM Goldfeld, Luciana S. Soares, Waldomiro C. Manfro
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.50860>.
- Análisis del concepto 'justicia' en terapia ocupacional 449
Analysis of justice concept in occupational therapy
 Eliana Isabel Parra-Esquivel
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49629>.
- Prácticas alimentarias de un grupo de estudiantes universitarios y las dificultades percibidas para realizar una alimentación saludable 457
Food practices of a group of college students and the perceived difficulties for healthy eating
 Fabiola Becerra-Bulla, Gloria Pinzón-Villate, Melier Vargas-Zárate
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.48516>.
- Intoxicación letal con aldicarb: análisis de sangre post mortem mediante LC-ESI-MS/MS 465
Fatal intoxication with aldicarb: Analysis in post mortem blood by LC-ESI-MS/MS
 Diana Jazmín Mariño-Gaviria, Nancy Patiño-Reyes
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49744>.

Artículo de revisión

- Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión 471
Detection of major depressive disorder in primary care patients. A review
 José Manuel Calvo-Gómez, Luis Eduardo Jaramillo-González
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.46424>.
- Genética molecular del alcoholismo 483
Molecular genetics of alcoholism
 Mauricio Rey-Buitrago
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49352>.

Casos clínicos

Chundú o pusana mala: presentación de un caso de un posible síndrome psiquiátrico cultural no reconocido 495

Chundu or pusana mala: Case report of a possible non recognized culture-bound syndrome

Edward Julián Bravo-Naranjo

<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49417>.

Actualización

Cannabis sintético: aspectos toxicológicos, usos clínicos y droga de diseño 501

Synthetic cannabis: toxicological effects, clinical use and designer drugs

Andrés Felipe Casadiego-Mesa, Sara Margarita Lastra-Bello

<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.47460>.

Opiniones, debates y controversias

O psiquiatra forense frente às demandas dos tribunais de família 511

The forensic psychiatrist with respect to family courts claims

Lisieux E. de Borba Telles, Vivian Peres Day, Alcina Juliana Soares Barros, Maria Regina Fay de Azambuja

<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.51148>.

Lo político de la violencia en las relaciones de pareja como problema de salud pública 517

The politic in the intimate partner violence as a public health problem

María Himelda Ramírez-Rodríguez, Gladys Rocío Ariza-Sosa

<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.45191>.

Alimentación penitenciaria: entre higiene y derechos 527

Prison feeding: between hygiene and rights

Jhon Jairo Bejarano-Roncancio, Carlos Augusto Celedón-Dangond, Liliana Socha-Gracia

<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.48961>.

El riesgo suicida y los significados de las minorías sexuales: un nuevo reto para la salud pública 537

Suicide risk and meanings of sexual minorities: a new challenge for public health

Anderson Rocha-Buelvas

<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43219>.



TÍTULO: JUEGO DE NIÑOS

AUTOR: EDWIN CUBILLOS

PROYECTO: DISPARÁNDO CÁMARAS EN CAZUCA

LUGAR: EL PROGRESO, ALTOS DE CAZUCÁ, COLOMBIA

AÑO: 2009

Editorial

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.51795>

Investigación en salud para la paz de Colombia: ¿estudiar la *noviolencia* o la violencia?

Los acuerdos de paz de La Habana se encuentran en curso desde hace varios meses, y han generado gran expectativa en la población colombiana. En este escenario, resulta importante reflexionar cuál ha de ser el foco de construcción de conocimiento desde nuestras profesiones que pueda contribuir de la mejor forma para lograr un escenario futuro en el que podamos vivir en paz, con dignidad y justicia social, y en el que se impida la reactivación de nuevos ciclos de violencia masiva por la vía de haberse superado sus determinantes profundos.

El término *noviolencia* fue planteado por Gandhi a partir de la palabra sanscrita *ahimsa*, que significa privación total del deseo de violencia (1). Ante escenarios socio-políticos violentos complejos, se presenta como una salida solidaria y con visión constructiva de futuro ante el conflicto (2-4). No obstante, ésta no es una postura aceptada unívoca y universalmente, existiendo múltiples debates a su alrededor. Para sus defensores, la *noviolencia* aúna un modo de lucha política, de vida, de resolución de conflictos y de sociedad que, guardando coherencia entre estos componentes, configura un orden moral superior, trascendiendo la negación de la violencia directa, sin pasividad, y planteándose acabar, a largo plazo, con la violencia estructural; recurre a repertorios como: desobediencia civil, no colaboración, acción directa y resistencia pacífica, denuncia, propuestas constructivas, diálogo y negociación; existiendo ejemplos de su efectividad durante el siglo XX, aunque menos visibles que los de acciones violentas (3, 5-7).

Sus críticos señalan que ésta suspende indebidamente el juicio moral y político, ignorando diferencias en la cualidad, contexto socio-psicológico y etiología de distintas violencias, equiparando la violencia opresora del poderoso con la liberadora del oprimido (8); así, lograría que las personas inconformes con el orden social imperante terminen por “obedecer al sistema con las formas de la rebelión”, consiguiendo preservar estructuras injustas inmodificadas, favoreciendo los intereses de los dominadores, en detrimento de los dominados, y cooptando hacia modos anodinos la acción

fruto de justa indignación, que, de otro modo, podría jalonar cambios reales hacia la verdadera paz con justicia social (8-10). Además, no son poco frecuentes en el mundo, así como en Colombia, los reportes sobre el uso de acciones violentas como retaliación o medio de control hacia las personas y grupos humanos que emprenden acciones *noviolentas*. En contraste con las opciones *noviolentas* estrictas, algunos también plantean la posible coexistencia válida de opciones violentas y militaristas con las *noviolentas*, para tener más efectividad en la transformación de realidades opresoras e intolerables (11).

En Colombia, entre 1985 y 2015, la publicación en revistas científicas sobre *noviolencia* ha sido escasa. Con metodología *scoping review* se consultaron 83 bases de datos académicas, usando palabras clave [“no violencia” OR “noviolencia”] AND Colombia, sin límite temporal; la depuración manual inicial arrojó 825 resúmenes; solo 36 correspondían a artículos académicos sobre *noviolencia*/no violencia referidos a Colombia, que, al ser analizados, permitieron identificar que entre sus autores predominan los psicólogos (25%) o sociólogos (22%), junto a otros profesionales de las ciencias sociales, políticas, y jurídicas; en concordancia, tan solo un 20% de los artículos se publicaron en revistas relacionadas con el campo de las ciencias de la salud.

En cuanto a los estudios sobre violencia en Colombia abordados desde el campo de las ciencias de la salud, en una exploración preliminar que empleó las mismas estrategias de búsqueda ya descritas, al utilizar las palabras clave “violencia AND Colombia”, fueron identificados 950 resúmenes pertinentes. El 90% se encuentran publicados en revistas del campo de las ciencias de la salud. Entre ellos, un 60% corresponden a revistas de salud colectiva o salud pública, los cuales, en su mayoría, fueron escritos por equipos interdisciplinarios de profesionales de la salud y de las ciencias sociales. Proporciones menores representan estudios publicados en revistas de psiquiatría, psicología, salud sexual y reproductiva, enfermería, así como otros campos de las ciencias de la salud.

En conclusión, la producción académica sobre *noviolencia* en Colombia es publicada escasamente en revistas científicas; predominan artículos contruidos desde las ciencias sociales y humanas; el tema se viene adentrando en revistas de ciencias de la salud desde la disciplina de la psicología. Aunque el posicionamiento general de los textos es favorable hacia la *noviolencia*, existen evidencias publicadas sobre posibles riesgos de victimización que corren los grupos humanos que adoptan este tipo de repertorios de lucha en nuestro país. Hace falta un mayor estudio y visibilización de la producción académica en el tema, incluyendo la literatura gris y libros publicados, así como incorporar lecturas críticas y contextualizadas sobre lo publicado, en el marco de la historia colombiana, que, en conjunto, permitan valorar adecuadamente el lugar que la cultura *noviolenta* pueda llegar a tener para la resolución de las profundas inequidades estructurales y las realidades opresoras que sostienen la violencia en nuestro país y que deben ser superadas como paso previo para vislumbrar la paz.

Entretanto, estudios sobre la violencia en general, y sobre interacciones entre distintas formas de violencia y los procesos de salud-enfermedad-cuidado entre personas y grupos humanos de nuestro país en particular, han sido campo de análisis, especialmente, desde los equipos interdisciplinarios dedicados a la salud pública y colectiva, con baja representación en la construcción de conocimiento al respecto por parte de otras áreas de la salud, incluyendo

las especialidades médicas. Lo estudiado hasta la fecha desde esta perspectiva sigue siendo insuficiente para desentrañar los complejos determinantes que subyacen a las distintas formas de violencia: directa, estructural, cultural y epistémica, ubicuas en diversos ámbitos del país y entrelazadas con las manifestaciones propias del conflicto armado.

En este escenario, continúa siendo relevante el papel de la producción académica sobre violencia y salud, mientras que se empieza a vislumbrar un lugar complementario para los estudios sobre *noviolencia* desde el área de la salud, de modo que puedan contribuir, de manera complementaria, a la comprensión y superación de las causas profundas que han sostenido el conflicto armado colombiano durante más de medio siglo, preparándonos como profesionales de la salud ante posibles escenarios de post-acuerdo, que, ojalá en un futuro no muy lejano, conduzcan a la consolidación de un posconflicto venturoso y justo.

Este número especial de Violencia y Salud Mental contribuye con autores nacionales e internacionales que presentan sus investigaciones sobre la temática y aportan al conocimiento de punta, con propuestas y conclusiones interesantes desde un campo multidisciplinar. Se destacan los estudios extranjeros de Arbach-Lucione *et al* (12), Silva-Fhon *et al* (13) y De Borba Telles *et al* (14), y los nacionales de Urrego-Mendoza (15), Escobar-Córdoba *et al* (16) y Luna-García *et al* (17).

Zulma Consuelo Urrego-Mendoza, PhD.

Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia.

Líder Grupo de Investigación en Violencia y Salud.

Editora Invitada Revista Facultad de Medicina,
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
zulcurregom@unal.edu.co

Franklin Escobar-Córdoba, PhD.

Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia.

Líder Grupo de Investigación en Trastornos
del Sueño y Psiquiatría Forense.

Editor Revista Facultad de Medicina, Universidad
Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia.
feescobarc@unal.edu.co

Referencias

1. **Marie-Muller J.** La noviolencia como filosofía y como estrategia. In: Cante F, editor. *Acción Política No - Violenta: Una Opción para Colombia*. Bogotá: CEPI - Centro de Estudios Políticos e Internacionales - Facultad de Ciencia Política y Gobierno y Relaciones Internacionales. Universidad del Rosario; 2005. p. 167-82.
2. **Cante F, Mockus A.** Superando la guerra y otros atajos. In: Cante F, editor. *Acción Política No - Violenta: Una Opción para Colombia*. Bogotá: CEPI - Centro de Estudios Políticos e Internacionales - Facultad de Ciencia Política y Gobierno y Relaciones Internacionales. Universidad del Rosario; 2005. p. 137-66.
3. **Cascón P.** Acción directa noviolenta y Desobediencia civil. *Rev Illacrua*. 2003;92:1-6.
4. **Cante F.** Deficiencias del orden social, acción colectiva contendiente y posibilidades de noviolencia en Colombia. In: Cante F, editor. *Acción Política No - Violenta, una Opción para Colombia*. Bogotá: CEPI - Centro de Estudios Políticos e Internacionales - Facultad de Ciencia Política y Gobierno y Relaciones Internacionales. Universidad del Rosario; 2005. p. 25-50.
5. **Pérez J.** Manual Práctico para la Desobediencia Civil. Navarra: Pamiela; 1994. 256 p.
6. **Stollbrock G.** Los movimientos de resistencia pacífica, la violencia, y las restricciones. Una aproximación con base en la obra de Roger Peterson. In: Cante F, editor. *Acción Política No - Violenta: Una opción para Colombia*. Bogotá: CEPI - Centro de Estudios Políticos e Internacionales - Facultad de Ciencia Política y Gobierno y Relaciones Internacionales. Universidad del Rosario; 2005. p. 105-36.
7. **Johansen J.** La complejidad de los conflictos y las opciones no violentas. In: Cante F, editor. *Acción Política No - Violenta: Una Opción para Colombia*. Bogotá: CEPI - Centro de Estudios Políticos e Internacionales - Facultad de Ciencia Política y Gobierno y Relaciones Internacionales. Universidad del Rosario; 2005. p. 261-88.
8. **Sastre A.** La Batalla de los Intelectuales: o Nuevo Discurso de las Armas y las Letras. Buenos Aires: CLACSO; 2005. 187 p.
9. **Losurdo D.** La Cultura de la No Violencia. Barcelona: Península; 2011. 352 p.
10. **Borón A.** Alfonso Sastre y La Batalla de las Ideas. In: Sastre A, editor. *La Batalla de los Intelectuales o Nuevo Discurso de las Armas y las Letras*. Buenos Aires: CLACSO; 2005. p. 9-28.
11. **Randle M.** Resistencia Civil: La Ciudadanía ante las Arbitrariedades de los Gobiernos. Barcelona: Paidós Ibérica; 1998. 262 p.
12. **Arbach-Lucioni K, Desmarais SL, Hurducas C, Condemarin C, Kimberlie D, Doyle M. et al.** La práctica de la evaluación del riesgo de violencia en España. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(3):357-66. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.48225>.
13. **Silva-Fhon JR, Del Rio-Suarez AD, Motta-Herrera SN, Coelho-Fabricio SC, Partezani-Rodrigues RA.** Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(3):367-75. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.44743>.
14. **Lisieux E, De Borba-Telles LE, Peres-Day V, Soares-Barros AJ, Fay de Azambuja MR.** O psiquiatra forense frente às demandas dos tribunais de família. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(3):511-6. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.51148>.
15. **Urrego-Mendoza DZ.** Conflicto armado en Colombia y misión médica: narrativas médicas como memorias de supervivencia. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(3):377-88. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.45209>.
16. **Escobar-Córdoba F, Acero-González AR, Folino JO.** Homicidios juveniles en Bogotá, estudio de grupos focales. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(3):389-98. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.50632>.
17. **Luna-García JE, Urrego-Mendoza Z, Gutiérrez-Robayo M, Martínez-Durán A.** Violencia en el trabajo del sector público de la salud: una visión desde las personas trabajadoras. Bogotá, Colombia. 2011-2012. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(3):407-18. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.51027>.



TÍTULO: DIVISIÓN DEL TRABAJO
AUTOR: ALEJANDRO OCAMPO – 17 AÑOS
PROYECTO: DISPARÁNDO CÁMARAS EN CAZUCA
LUGAR: EL PROGRESO, ALTOS DE CAZUCÁ, COLOMBIA
AÑO: 2011

Editorial

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.50292>

Violence risk assessment: what behavioral healthcare professionals should know

Violence risk assessment refers to the attempt to predict the likelihood of future violent behavior so that behavioral healthcare professionals may put into place preventative, risk management measures. Mental health and criminal justice systems around the globe have implemented evidence-based approaches to violence risk assessment, and the research literature in this fast-growing field produces over 100 new articles each year (1). Three fast facts that all behavioral healthcare professionals should know about violence risk assessment are presented below, followed by guidance on how to select the ideal violence risk assessment tool for practice.

1. Unstructured clinical judgment does not work

Unstructured clinical judgment refers to the use of clinical experience and knowledge of a patient to assess violence risk. Nowadays, there is agreement that this approach to violence risk assessment is unreliable and accurate in no more than one out of every three predictions, with greater confidence resulting in lower accuracy. The use of structured risk assessment tools improves transparency and consistency, not to mention reliability and accuracy.

2. Actuarial assessment vs. structured professional judgment

There are currently two dominant types of structured risk assessment tools. Actuarial risk assessment tools use statistical models to predict violence risk. These models are objective and often quick to administer; however, their reliance on static, historical risk factors often results in criticism that they are not useful in treatment planning. The Structured Professional Judgment (SPJ) approach represents a compromise between unstructured clinical judgment and actuarial assessment. Similar to actuarial instruments, evidence-based risk factors are incorporated on SPJ risk assessment tools. But rather than using statistical models for the purposes of prediction, SPJ risk assessment tools allow therapists to make a categorical risk judgment as to whether a patient is at “low”, “moderate”, or “high” risk of future violence. Their focus on dynamic, modifiable risk factors makes SPJ risk assessment tools popular, but their reintroduction of the human judgment

biases which plague unstructured clinical judgment has drawn criticism.

3. Criminogenic vs. non-criminogenic needs

Risk assessment tools that contain dynamic, modifiable risk factors can help therapists identify both criminogenic and non-criminogenic needs. Criminogenic needs refer to risk factors that—if successfully addressed through an intervention—will result in a reduced risk of future violence. Non-criminogenic needs refer to risk factors that can change but are not directly associated with violence risk for the individual patient. Therapists are advised to consider the circumstances surrounding a patient’s previous incidents of violence (if any) to develop a risk formulation that will help them determine which dynamic risk factors are criminogenic—and, hence, should to be addressed as soon as possible—and those which are non-criminogenic—and can be addressed, but only to improve quality of life rather than to reduce violence risk.

Risk assessment tool selection guidelines

What is the most accurate violence risk assessment tool on the market today? This is a question asked by mental health, correctional, and legal professionals every day. This is particularly the case in the United States, where surveys have estimated that over 80 % of forensic psychologists use a structured instrument when conducting risk assessments. But you may be surprised to learn that there are over 400 risk assessment tools presently being used in six continents—all claiming to produce the highest rates of validity and reliability.

Recent large-scale research has concluded that there does not exist a single risk assessment tool that consistently predicts future incidents of violence better than all others. Indeed, the risk assessment tool that is going to be most accurate for you is not the one with the best marketing campaign nor even the one with the most studies published on it. Rather it is the instrument with the strongest goodness of fit between how the tool was designed and how you use it. But, how do you determine this goodness of fit? When deciding upon which violence risk assessment tool to adopt in practice, there are three key factors to take into consideration.

1. Population

Compare your average patient to the sample on which a risk assessment tool was normed, considering age (child, adolescent, adult), sex, race/ethnicity, nationality, offense history, and diagnostic group. For example, if an instrument was developed in a rural area of Canada on a predominantly Caucasian sample of men with an unclear diagnostic background, that risk assessment tool will likely not perform to its maximum ability in a unit serving predominantly minority female patients in downtown Chicago.

2. Setting

Compare the setting in which you are evaluating the average patient with the setting in which the normative sample was assessed. For instance, if an instrument was developed using a group of patients evaluated upon admission to a forensic psychiatric facility, that risk assessment tool will likely not perform to its maximum ability when used by a parole board to make release decisions.

3. Outcome

Compare the outcome for which a risk assessment tool was designed with the outcome you are interested in predicting.

For example, if an instrument was developed to evaluate the risk of general recidivism, that risk assessment tool will likely not perform to its maximum ability when used to predict sexual recidivism, specifically. Make sure to pay particularly close attention to the operational definition of the outcome in the manual of risk assessment tools—instruments differ in terms of whether new arrests, charges, incarcerations, and/or self-reports of offending are included. Further, some risk assessment tools were developed for the prediction of intra-institutional infractions, whereas others were developed for the prediction of misconduct in the community.

Given the formidable number of “off-the-shelf” risk assessment tools available, and given the nuances between jurisdictions, deciding which the perfect fit is for you can be a time-intensive, costly challenge. One solution that has been developed is the Global Institute of Forensic Research’s Risk Assessment Tool Selection Service. After a detailed interview with your administrators and staff to establish your exact needs, a team of the Institute’s risk assessment specialists comprehensively searches a proprietary database of hundreds of tools and finds the one with the best goodness of fit. In other words, they find the instrument that will produce the highest rates of accuracy specifically for you.

Jay P. Singh, PhD.

Global Institute of Forensic Research, Reston, VA, USA.

Department of Psychiatry, University of Pennsylvania,
Philadelphia, PA, USA.

Institute of Health Sciences, Molde University College,
Molde, Norway.

jaysingh@giffrinc.com

Referencia

1. Arbach-Lucioni K, Desmarais SL, Hurducas C, Condemarin C, Kimberlie D, Doyle M. *et al.* La práctica de la evaluación del riesgo de violencia en España. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(3):357-66. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.48225>.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.48225>

La práctica de la evaluación del riesgo de violencia en España

The practice of violence risk assessment in Spain

Karin Arbach-Lucioni^{1,2} • Sarah L. Desmarais³ • Cristina Hurdugas⁴ • Carolina Condemarin⁵ • Kimberlie Dean^{6,7} • Michael Doyle⁸ • Jorge O. Folino⁹ • Verónica Godoy-Cervera¹⁰ • Martin Grann¹¹ • Robyn M. Y. Ho¹² • Matthew M. Large¹³ • Thierry H. Pham^{14,15} • Louise Hjort Nielsen¹⁶ • Maria Francisca Rebocho¹⁷ • Kim A. Reeves¹⁸ • Martin Rettenberger¹⁹ • Corine de Ruiter²⁰ • Katharina Seewald²¹ • Jay P. Singh^{21,22,23}

Recibido: 14/01/2015 Aceptado: 20/03/2015

¹ Grupo de Estudios Avanzados en Violencia, Universitat de Barcelona, Barcelona, España.

² Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas, Buenos Aires, Argentina.

³ Department of Psychology, North Carolina State University, Raleigh, NC, USA.

⁴ Department of Mental Health Law and Policy, University of South Florida, Tampa, FL, USA.

⁵ Ministerio de Justicia, Santiago, Chile.

⁶ School of Psychiatry, University of New South Wales. Sídney, Australia.

⁷ Justice Health & Forensic Mental Health Network, Matraville, New South Wales, Australia.

⁸ Centre for Mental Health and Risk, University of Manchester, Manchester, Reino Unido.

⁹ Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.

¹⁰ Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Yucatán, Yucatán, Mexico.

¹¹ Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institute, Stockholm, Suecia.

¹² Castle Peak Hospital, Tuen Mun, Hong Kong.

¹³ Mental Health Services, The Prince of Wales Hospital, Sidney, New South Wales, Australia.

¹⁴ Department of Psychology, University of Southern Denmark, Odense, Dinamarca.

¹⁵ Centre de Recherche en Défense Sociale, Tournai, Bélgica.

¹⁶ University of Mons-Hainaut, Mons, Bélgica.

¹⁷ Department of Human and Social Sciences, University Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

¹⁸ Department of Psychology, Simon Fraser University, Burnaby, BC, Canadá.

¹⁹ Psychologisches Institut der Johannes Gutenberg, Universität Mainz, Mainz, Alemania.

²⁰ The Maastricht Forensic Institute, Maastricht University, Maastricht, Holanda.

²¹ Department of Psychology, University of Konstanz, Konstanz, Alemania.

²² Global Institute of Forensic Research, Reston, Virginia, USA.

²³ Faculty of Health Sciences, Molde University College, Molde, Noruega.

Correspondencia: Jay P. Singh, PhD, Global Institute of Forensic Research, 11700 Plaza America Drive, Suite 810, Reston, VA 20190. Telephone: +1 855 854 5158; Fax: +1 703 991 8775; Email: jaysingh@gifrc.com.

| Resumen |

Antecedentes. La valoración del riesgo de violencia es un requisito fundamental en la toma de decisiones profesionales que implican prevenir, intervenir o informar sobre la conducta de las personas. El uso de herramientas estructuradas de evaluación del riesgo de violencia ha mostrado mejoría en la precisión de las evaluaciones basadas exclusivamente en

el juicio clínico o en la pericia de un experto en contextos psiquiátricos, penitenciarios y jurídicos.

Objetivo. Este estudio presenta los resultados de la primera encuesta sobre las prácticas profesionales asociadas al uso de herramientas de evaluación del riesgo de violencia en España.

Materiales y métodos. La información fue recogida mediante la administración de una encuesta en internet que fue distribuida por correo electrónico a los miembros de organizaciones profesionales.

Resultados. De manera similar a los contextos profesionales del resto del mundo, las escalas de psicopatía de Robert Hare (Psychopathy Checklist-Revised y Psychopathy Checklist: Screening Version) y el Historical-Clinical-Risk Management-20 encabezaron la lista de las herramientas más usadas tanto por elección personal como por requisito institucional.

Conclusiones. Se ofrecen datos novedosos sobre la prevalencia de uso y la utilidad percibida de las herramientas estructuradas, así como sobre otras cuestiones relacionadas a las prácticas profesionales de evaluación del riesgo de violencia en España que pueden orientar tanto a los profesionales de contextos sanitarios, correccionales y forenses, como a los responsables de las instituciones en la elección de las herramientas a implementar para asistirlos en la toma de decisiones.

Palabras clave: Violencia; Evaluación, riesgo; Internacional; Profesionales; Salud mental; Estudio descriptivo por encuesta (DeCS).

Arbach-Lucioni K, Desmarais SL, Hurducas C, Condemarin C, Kimberlie D, Doyle M, *et al.* La práctica de la evaluación del riesgo de violencia en España. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(3):357-66. Spanish. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.48225>.

Summary

Background. Violence risk assessment is a key requirement in professional decision making involving prevention, intervention or reporting on human behavior. The use of structured tools for violence risk assessment has shown to improve the accuracy of assessments based exclusively on clinical judgment or expertise in psychiatric, correctional and legal settings.

Objectives. This study presents results of the first survey about professional practices associated with tools for violence risk assessment in Spain.

Materials and methods. The information was collected by administering an online-based survey that was distributed by e-mail to members of professional organizations around the country.

Results. As in professional contexts worldwide, the Robert Hare's psychopathy scales (Psychopathy Checklist-Revised

and Psychopathy Checklist: Screening Version) and the Historical-Clinical-Risk Management-20 topped the list of the most used tools both by professional choice and institutional requirement.

Conclusions. We provide novel data on the prevalence of use and the perceived utility of specific tools, as well as on other issues related to the professional practice of violence risk assessment in Spain, which can guide professional in the health care, correctional and forensic settings, as well as those responsible for decisions in institutions about choosing which tool to implement.

Keywords: Violence; Assessment, Risk; International; Mental Health; Descriptive survey study (MeSH).

Arbach-Lucioni K, Desmarais SL, Hurducas C, Condemarin C, Kimberlie D, Doyle M, *et al.* [The practice of violence risk assessment in Spain]. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(3):357-66. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.48225>.

Introducción

La evaluación del riesgo de violencia es una práctica profesional habitual en países desarrollados y establecida entre las normativas de sus asociaciones profesionales. Aunque esta práctica también está vigente en España, existen varios interrogantes sobre su aplicación en el contexto profesional; específicamente, ¿qué herramientas estructuradas de evaluación del riesgo de violencia son usadas con más frecuencia, cómo son utilizadas y cuál es su rol percibido en la evaluación y gestión del riesgo futuro de violencia? El Proyecto IRiS (International Risk Survey) tuvo por objeto responder a estas preguntas mediante la realización de una encuesta multilingüe realizada por Internet en los cinco continentes. El presente artículo se centra en la información obtenida para el Proyecto IRiS en España.

La evaluación del riesgo de violencia

La valoración del riesgo de violencia es un procedimiento técnico para estimar la probabilidad de aparición futura de conducta violenta asumiendo unas condiciones determinadas. Se trata de una tarea analítica que consiste, esencialmente, en seleccionar información relevante y significativa para cada caso particular a fin de conocer las condiciones que pueden aumentar o disminuir el riesgo de violencia. Se basa en la idea de que para estimar eficientemente la probabilidad de que una persona se comporte de manera violenta deben tenerse en cuenta diversos elementos, como por ejemplo el tipo de

conducta a predecir, los factores de riesgo específicos, las tasas de prevalencia, los escenarios de riesgo y el intervalo temporal del pronóstico (1-2). Atendiendo estas variables, no solo se alcanza una estimación de la probabilidad de ocurrencia de violencia en el futuro, sino también la identificación de los focos de la intervención y las orientaciones para diseñar el plan de tratamiento y seguimiento.

El uso del juicio clínico es la estrategia más utilizada en la actualidad para predecir el comportamiento violento y su reincidencia; consiste en evaluar o “diagnosticar” la presencia (o ausencia) de la peligrosidad siguiendo las técnicas propias del método clínico. El diagnóstico de peligrosidad es esencialmente un juicio clínico aplicado idiosincráticamente por cada técnico, quien se arroga la autonomía de seguir lo que su experiencia y preferencia decida en cada caso (3).

Desde finales del siglo XX ha cobrado fuerza —en los ambientes profesionales de la ejecución penal, la psiquiatría y las ciencias forenses— la propuesta de sustituir, a los efectos de la predicción, la peligrosidad por un concepto alternativo: la valoración del riesgo de violencia (4). La razón fundamental de este cambio recae en la limitada capacidad predictiva del primero, principalmente derivada de sus deficiencias conceptuales (1,2,5). Inicialmente la eficacia predictiva de la valoración del riesgo de violencia, en contraposición a la del diagnóstico de peligrosidad, fue explorada en el ámbito psiquiátrico. Los hallazgos demostraron que la eficacia de los profesionales de la salud mental en la predicción del comportamiento violento era limitada (5-6) y que mejora con el uso de herramientas estructuradas (7). En los últimos 20 años, profesionales de la psicología y psiquiatría forenses y la criminología han adoptado técnicas actuariales y de juicio profesional estructurado, compuestos de factores de riesgo y/o de protección estáticos y dinámicos, que han resultado eficaces en la intervención preventiva y en la gestión de los casos (8). Estas técnicas tienen en común la estructuración de al menos uno de los cuatro componentes que conforman el proceso de evaluación del riesgo: 1) identificación, 2) valoración, 3) combinación de los factores de riesgo y 4) estimación final del riesgo (9).

En la actualidad se cuenta con más de 150 técnicas estructuradas para la valoración del riesgo de conducta violenta (10-11). El uso de estas herramientas se ha extendido en los contextos correccionales, psiquiátricos y judiciales de los países desarrollados del norte de América y Europa (12), donde se utilizan para orientar la toma de decisiones profesionales que tienen implicaciones significativas para la libertad individual y la seguridad pública (por ejemplo, la hospitalización involuntaria, la duración del ingreso para recibir tratamiento, el alta del hospital psiquiátrico y la

liberación de prisión) (13). Aunque esta situación dista mucho de reflejar lo que sucede en los países de habla hispana, España representa la excepción y se ha mantenido informada de los avances mencionados (1,14).

La práctica de la evaluación del riesgo de violencia en España

Aunque en España el uso del concepto de peligrosidad como criterio predictor de la violencia es ampliamente aceptado por los profesionales y los jueces, desde hace aproximadamente una década, cada vez más expertos se adhieren a los principios tanto teóricos como técnicos de la valoración del riesgo de violencia. El uso de las escalas de psicopatía de R. Hare fue un precursor de la introducción de las herramientas de evaluación del riesgo de violencia propiamente dichas en los contextos profesionales; su introducción en España ocurrió a finales del siglo pasado y su uso se extendió principalmente en el contexto penitenciario y psiquiátrico forense (15-16).

El término evaluación del riesgo de violencia, como práctica profesional diferenciada del resto de actividades diagnósticas en la práctica clínica o forense, cobró visibilidad en la literatura de investigación española a mediados de la década pasada (4,17). El monográfico No 28 de diciembre de 2007 de la revista *Papeles del Psicólogo* presentaba los resultados de dos estudios de validación de las versiones en español de herramientas diseñadas por investigadores canadienses, específicamente el *Historical-Clinical-Risk Management-20* para la valoración del riesgo de violencia general (18) que fue validado en una muestra de pacientes psiquiátricos (19) y el *Sexual Violence Risk-20* para la valoración del riesgo de violencia sexual (20) administrado en una muestra de agresores sexuales (21). Posteriormente se publicaría la validación de la versión en español del *Spousal Assault Risk Assessment* para la valoración del riesgo de violencia contra la pareja (22) en una muestra de agresores de pareja (23).

A partir de entonces las publicaciones sobre la temática han ido en aumento, así como su investigación y uso en la práctica profesional. Entidades gubernamentales se han interesado en la traducción y desarrollo de herramientas estructuradas para la evaluación del riesgo de violencia, lo que aumentó su conocimiento entre los profesionales funcionarios. El Departamento de Justicia de Cataluña, la Policía de Madrid y la Policía del País Vasco (Ertzaintza) cuentan con herramientas de evaluación del riesgo de violencia validadas y de uso obligatorio (24-26). También el contexto de la justicia juvenil español se ha beneficiado de la adaptación de herramientas de evaluación del riesgo de violencia en menores y jóvenes infractores, dos ejemplos son la introducción de la versión en español del *Youth Level of*

Service/Case Management Inventory (27) en la Comunidad de Madrid (28), y del *Structured Assessment for Violence Risk in Youth* (29) para la valoración del riesgo de violencia en jóvenes que fue adaptado para el sistema de justicia juvenil de la Generalitat de Catalunya (30). Entre los sucesos más recientes tiene mención la carta enviada en noviembre de 2011 al Ministerio de Justicia en la que el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos y la Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense reclaman como competencia propia de los psicólogos forenses la evaluación del riesgo de violencia previamente atribuida por este ministerio a los médicos forenses (31).

El presente estudio

Por la diversidad de herramientas disponibles y ante la evidencia que sugiere que son relativamente intercambiables en términos de validez predictiva (13,32), los profesionales se enfrentan con el desafío de seleccionar cuál instrumento utilizar en sus evaluaciones a fin de orientar la toma de decisiones en cada caso particular. Conocer cuáles herramientas se están utilizando actualmente en la práctica y la utilidad atribuida para la evaluación y la gestión del riesgo por otros colegas que trabajan en entornos similares podrá asistirlos en esta decisión.

Encuestas previas informan que los psicólogos utilizan habitualmente instrumentos estructurados en las evaluaciones forenses (33), y que a fines de evaluar el riesgo de violencia, los instrumentos de evaluación del riesgo de violencia propiamente dichos —como el *Violence Risk Assessment Guide o VRAG* (34), el HCR-20 y también la herramienta diseñada para la designación de los individuos a niveles de seguridad en el sistema de justicia penal, el *Level of Service Inventory-Revised o LSI-R* (35)— se utilizan con menos frecuencia que las escalas de personalidad psicopática como la *Psychopathy Checklist Revised o PCL-R* (36) y la *Psychopathy Checklist: Screening Version o PCL:SV* (37-38).

A pesar del importante aporte al conocimiento que brindan las encuestas mencionadas, aun permanecen numerosos interrogantes en relación a las prácticas de la evaluación del riesgo en España. Este estudio presenta los datos recogidos en España en el marco de un estudio más amplio denominado Proyecto IRiS, liderado por Singh y desarrollado en el 2012. El presente artículo responde las siguientes cuestiones relacionadas con el proceso de evaluación del riesgo específicamente en España: 1) la tasa de uso de herramientas de evaluación del riesgo de violencia para diferentes propósitos (por ej. evaluación, gestión y monitoreo) y la utilidad percibida para estos propósitos, 2) los motivos por los cuales los profesionales usan las herramientas y 3) el tiempo y costo

necesarios para realizar una evaluación del riesgo estructurada versus no estructurada.

Método

Participantes

Los participantes fueron psicólogos ($n=35$, 87.5%) y otros profesionales del área de la salud mental ($n=5$, 12.5%) que han trabajado en España como mínimo durante los últimos 12 meses previos a la recepción de la encuesta. Las características demográficas y profesionales de la muestra se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra española del estudio IRiS ($n=40$).

| Demográficas | |
|--|-------------|
| Hombres (n, %) | 12 (30.0) |
| Edad en años (M, DS) | 42.3 (10.1) |
| Profesión | |
| Psicólogos/as (n, %) | 35 (87.5) |
| Otros (n, %) | 5 (12.5) |
| Años de práctica (M, DS) | 14.3 (9.2) |
| Contexto profesional en los últimos 12 meses | |
| Hospital general (M% Tiempo, DS) | 5.7 (20.6) |
| Práctica privada (M% Tiempo, DS) | 32.0 (35.0) |
| Hospital/clínica psiquiátrica no-forense (M% Tiempo, DS) | 2.4 (11.9) |
| Hospital/clínica psiquiátrica forense (M% Tiempo, DS) | 7.9 (20.1) |
| Institución correccional (M% Tiempo, DS) | 27.9 (37.7) |
| Otro (M% Tiempo, DS) | 13.4 (26.3) |
| Responsabilidades profesionales durante los últimos 12 meses | |
| Práctica (M%, DS) | 41.3 (31.5) |
| Tareas administrativas (M%, DS) | 13.2 (11.4) |
| Docencia o supervisión (M%, DS) | 21.1 (17.6) |
| Investigación (M%, DS) | 15.1 (20.5) |
| Otro (M%, DS) | 9.4 (22.0) |

N=número de encuestados; M=media; DS=desviación estándar.

Instrumento

La encuesta fue construida y administrada usando el software Qualtrics. Se realizó una revisión de la literatura de evaluación del riesgo y de encuestas previas sobre el uso

de herramientas forenses para compilar una lista de ítems. La encuesta en idioma inglés fue probada por miembros del Florida Mental Health Institute y por colaboradores internacionales, quienes proporcionaron un *feedback* que fue utilizado para realizar correcciones previamente a la traducción y distribución; la encuesta tomaba aproximadamente de 20 a 25 minutos para ser completada por los participantes.

Procedimiento

Además del diseño de la encuesta ya descrito, se desarrolló un modelo de carta para invitar a la participación, explicando la naturaleza y propósito de la encuesta y delineando los incentivos para la participación. Quienes completaron la encuesta y decidieron proveer su dirección de e-mail fueron incluidos en un sorteo por ocho premios en efectivo, cada uno valorado en 50 dólares estadounidenses. La encuesta y la carta de participación para España fueron traducidas profesionalmente del inglés al español (europeo). El comité revisor institucional de la Universidad de South Florida aprobó este protocolo (Pro00007104); como una medida de control de calidad, los materiales traducidos fueron enviados a la primera autora (KAL) para una traducción inversa.

Las cartas de participación fueron distribuidas electrónicamente por la primera autora (KAL) a través de las listas de distribución o de directorios online de organizaciones profesionales nacionales (N=13; Anexo 1). Como pauta general se debía enviar a los miembros de tres organizaciones nacionales como mínimo: 1) una de psicólogos forenses (por ej. las secciones de Psicología Jurídica de los colegios profesionales), 2) una de psiquiatras forenses (por ej. Sociedad Española de Psiquiatría Forense), y 3) una de enfermeros forenses (al carecer España de una organización de este tipo la encuesta se envió a la Asociación Nacional Española de Salud Mental). Los destinatarios fueron elegibles para participar si habían conducido al menos una evaluación del riesgo de violencia a lo largo de su vida con un cliente adulto y si tenían en el momento de la encuesta edades comprendidas entre los 18 y 65 años. Los datos de los encuestados fueron exportados desde Qualtrics a SPSS 17.01 (39) para su análisis. Se calcularon las distribuciones de frecuencia y las medidas de tendencia central y de dispersión para todas las variables.

Resultados

Uso de herramientas de evaluación del riesgo de violencia y utilidad percibida

La Tabla 2 muestra las características de la práctica profesional de los encuestados, quienes realizaron un promedio

de 35 evaluaciones del riesgo en el último año. No obstante, la desviación estándar de este promedio (DS=90) indica una gran variabilidad en la práctica de la evaluación del riesgo entre los profesionales. Entre el 68.0% y el 70.0% de las evaluaciones fueron realizadas con la ayuda de herramientas estructuradas; los profesionales informaron que la mayoría de los clientes evaluados son hombres (79.0%), y que las evaluaciones de riesgo se llevan a cabo con mayor frecuencia en sujetos que padecen trastorno de personalidad (31.0%) y trastorno por consumo de sustancias (29.0%). En el 43.0% (DS=35.0%) de las evaluaciones, los profesionales obtuvieron *feedback* del resultado tras su evaluación (es decir, conocieron si la violencia ocurrió o no).

Tabla 2. Características de la práctica profesional de los encuestados.

| Características | Profesión (n=40) |
|---|------------------|
| Antecedentes en evaluación del riesgo (ER) | |
| Evaluaciones del riesgo a lo largo de su vida (M, DS) | 320.1 (898.6) |
| Evaluaciones del riesgo con instrumentos estructurados a lo largo de su vida (M%, DS) | 68.4 (33.8) |
| Evaluaciones del riesgo en los últimos 12 meses (M, DS) | 35.5 (89.7) |
| Evaluaciones del riesgo con instrumentos estructurados en los últimos 12 meses (M%, DS) | 70.0 (38.6) |
| Características de los examinados (clientes) en los últimos 12 meses | |
| Hombres (M%, DS) | 78.9 (30.3) |
| Tr. psicótico (M%, DS) | 9.8 (18.6) |
| Tr. del humor (M%, DS) | 12.6 (21.2) |
| Tr. de ansiedad (M%, DS) | 12.1 (18.1) |
| Tr. relacionado al consumo de sustancias (M%, DS) | 34.1 (28.8) |
| Tr. de personalidad (M%, DS) | 28.5 (31.3) |
| Otro tr. (M%, DS) | 11.1 (26.1) |
| Obtuvieron <i>feedback</i> sobre el resultado después de la ER (M%, DS) | 43.5 (34.6) |

N=número de encuestados; M=promedio; DS=desviación estándar; tr=trastorno.

La Tabla 3 expone las herramientas más usadas en términos generales por los profesionales españoles. Para explorar la frecuencia de uso de estas herramientas se utilizó una escala Likert de 5 puntos (1=casi nunca, 5=muy frecuentemente), la

Tabla 3 muestra que el HCR-20 y el PCL:SV fueron usadas con mayor frecuencia a lo largo de la vida, y el PCL-R fue usado con mayor frecuencia en el último año.

Tabla 3. Las herramientas más usadas por los profesionales en España y su frecuencia de uso (n= 40).

| | A lo largo de la vida | | En el último año | |
|-----------|-----------------------|-----------|------------------|-----------|
| | n (%) | M (DS) | n (%) | M (DS) |
| 1. PCL-R | 26 (65.0) | 3.4 (1.4) | 18 (45.0) | 4.3 (1.3) |
| 2. HCR-20 | 25 (62.5) | 3.5 (1.5) | 16 (40.0) | 3.9 (1.6) |
| 3. PCL:SV | 20 (50.0) | 3.5 (1.3) | 16 (40.0) | 3.7 (1.3) |
| 4. VRAG | 13 (32.5) | 3.1 (1.3) | 8 (20.0) | 3.4 (1.4) |

n=número de encuestados; M=promedio; DS=desviación estándar. PCL-R =Psychopathy Checklist-Revised; PCL:SV =Psychopathy Checklist: Screening Version; HCR-20: Historical, Clinical, Risk Management-20; VRAG =Violence Risk Appraisal Guide. Frecuencia de uso medida en escala tipo Likert de 5 puntos (1= casi nunca, 5= muy frecuentemente).

Además del uso en los últimos 12 meses para tres funciones diferenciadas (la evaluación, la gestión y el monitoreo de riesgo de violencia), el estudio exploraba la percepción que los profesionales tenían sobre su utilidad para estas funciones (ver Tabla 4). Aunque el PCL-R, el PCL:SV y el HCR-20 fueron las herramientas más usadas, el LSI-R fue la herramienta percibida con mayor utilidad para las tres funciones.

Tabla 4. Proporción de uso en los últimos 12 meses y utilidad percibida de las herramientas por parte de los profesionales (n=24).

| | Herramientas usadas para... | | | | | |
|--------|-----------------------------|----------------------|----------------|----------------------|----------------|----------------------|
| | Evaluación | | Gestión | | Monitoreo | |
| | % _p | M _{up} (DS) | % _p | M _{up} (DS) | % _p | M _{up} (DS) |
| HCR-20 | 58 | 4.3 (0.7) | 50 | 4.4 (0.8) | 21 | 4.8 (0.5) |
| LSI-R | 13 | 4.7 (0.6) | 4 | 5.0 (–) | 4 | 5.0 (–) |
| PCL-R | 71 | 4.2 (0.6) | 42 | 4.0 (1.2) | 21 | 3.6 (1.7) |
| PCL:SV | 58 | 3.9 (0.6) | 38 | 3.8 (1.1) | 13 | 3.3 (2.1) |
| VRAG | 21 | 4.0 (0.7) | 17 | 4.0 (0.8) | 13 | 4.3 (0.6) |
| VRS | 13 | 4.0 (1.0) | 8 | 4.5 (0.7) | 4 | 4.0 (–) |

n=número de encuestados; %_p=Proporción de encuestados que usan la herramienta, M_{up}=Media de la utilidad percibida medida en una escala tipo Likert de 5 puntos (1= inútil, 5=útil), DS=desviación estándar. HCR-20: Historical, Clinical, Risk Management-20; PCL-R=Psychopathy Checklist-Revised; PCL:SV=Psychopathy Checklist: Screening Version; VRAG=Violence Risk Appraisal Guide; LSI-R= Level of Service Inventory-Revised; VRS=Violence Risk Scale.

Motivos para usar las herramientas de evaluación del riesgo de violencia

Las herramientas que las instituciones solicitan utilizar a los profesionales, en general también son las preferidas por ellos, es el caso del HCR-20, PCL:SV y VRAG. Seis herramientas fueron indicadas como requeridas legal o institucionalmente para las evaluaciones en la muestra española (HCR-20, PCL:SV, VRAG, PCL-R, LSI-R y COVRTM), aunque solo el Classification of Violence Risk™ (COVRTM) (40) fue utilizado por este requisito sin ser el preferido por el profesional para realizar la evaluación (ver Tabla 5).

Tabla 5. Motivos de los profesionales para utilizar los instrumentos de evaluación del riesgo (n=33).

| Instrumentos de evaluación del riesgo | n _{Requerido} (%) | n _{Preferido} (%) | n _{Ambos} (%) |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| COVRTM | 1 (3.0) | - | - |
| HCR-20 | 2 (6.1) | 6 (18.2) | 6 (18.2) |
| LSI-R | - | 2 (6.1) | 1 (3.0) |
| LS/CMI | - | 1 (3.0) | - |
| PCL-R | - | 11 (33.3) | 5 (15.2) |
| PCL:SV | 1 (3.0) | 9 (27.3) | 4 (12.1) |
| VRAG | 2 (6.1) | 3 (9.1) | 2 (6.1) |
| VRS | - | 3 (9.1) | - |

n= número de encuestados; n_{Requerido}= número de encuestados que usan el instrumento por requisito legal y/o institucional; n_{Preferido}= número de encuestados que usan el instrumento por preferencia personal; n_{Ambos}= número de encuestados que usan el instrumento tanto por requisito legal y/o institucional como por preferencia personal. HCR-20: Historical, Clinical, Risk Management-20; PCL:SV = Psychopathy Checklist: Screening Version; VRAG= Violence Risk Appraisal Guide; PCL-R= Psychopathy Checklist-Revised; LSI-R= Level of Service Inventory-Revised; VRS= Violence Risk Scale; LS/CMI = Level of Service/Case Management Inventory; COVRTM= Classification of Violence Risk.

Tiempo y costo necesarios para realizar una evaluación del riesgo de violencia y fuentes de información utilizadas

Se registraron diferencias tanto en el costo como en el tiempo de realización de evaluaciones del riesgo en función del método empleado. Tres profesionales indicaron realizar evaluaciones no estructuradas del riesgo, el tiempo medio empleado para cada evaluación fue de 5.33 horas (DS=4.2 horas) y el costo promedio de cada evaluación es de 116.70€ (DS=158.90€). De los 23 profesionales que indicaron realizar evaluaciones del riesgo estructuradas, el tiempo promedio que emplearon para cada evaluación fue de 10.3 horas (DS=7.3 horas) y el costo de 81.20€ (DS=126.50€).

Discusión y conclusiones

Los profesionales e investigadores de España se han mantenido actualizados sobre los avances internacionales en

evaluación del riesgo de violencia en contextos sanitarios, forenses y penitenciarios. Desde hace más de una década, ya sea por iniciativas personales o gubernamentales, se han construido, adaptado y validado herramientas técnicas y se han difundido las bases conceptuales de la valoración del riesgo de violencia como término alternativo al tradicional diagnóstico de la peligrosidad (1).

Este es el primer estudio en España sobre el uso y la utilidad percibida de las herramientas de evaluación del riesgo de violencia por parte de los profesionales en los sistemas jurídicos y sanitarios. Los resultados indican que el uso de estas herramientas es habitual, aunque con gran variabilidad entre los profesionales; por lo tanto, aunque algunas herramientas sean requeridas por las instituciones, parece que esto no se atiende de igual modo entre los profesionales. Con mayor frecuencia se usa cuando el evaluado es hombre con trastorno de personalidad y/o trastorno por consumo de sustancias.

En más de la mitad de las evaluaciones el profesional no conoce el resultado que sigue a su estimación de riesgo, es decir que no cuenta con un criterio sobre el que cotejar su pronóstico. La amplitud en la distribución de esta variable indica que no hay una práctica preestablecida que garantice a los profesionales contrastar sus estimaciones con una medida objetiva. Las escalas de psicopatía (PCL-R y PCL:SV) y el HCR-20 encabezaron la lista de las herramientas más usadas tanto por elección personal como por requisito institucional. Resulta un hallazgo interesante el hecho de que el LSI-R, a pesar de no haber sido diseñado específicamente para la predicción de la violencia sino para la clasificación y ubicación de los individuos en niveles de seguridad dentro del sistema de justicia penal y aun sin ser demandado habitualmente por las instituciones, sea el instrumento percibido con mayor utilidad por los profesionales para la evaluación, gestión y monitoreo del riesgo. Este resultado brinda información importante sobre las preferencias de los profesionales en relación a las herramientas de evaluación del riesgo de violencia, en concreto aquellas que brindan información y se orientan a la gestión de factores de riesgo dinámicos.

Las evaluaciones clínicas resultan ser más costosas aunque insumen menos tiempo a los profesionales. Dado este menor costo de las herramientas de evaluación del riesgo, sumado a que las evaluaciones estructuradas del riesgo de violencia se han demostrado más eficaces en la predicción de la violencia (7) y en la planificación de la intervención (12), los profesionales deberían realizar un análisis cuidadoso de costos y beneficios (que puede traducirse en las proporciones de falsos positivos y falsos negativos que se derivan de toda predicción o diagnóstico) al momento de decidir por un tipo de

metodología u otra. La actitud hacia la incorporación de nuevas herramientas basadas en la evidencia resultó positiva en esta muestra de profesionales y se mostraron dispuestos a procesos de evaluación sistematizados. En conjunto, los resultados dan pistas a los responsables de implementar los protocolos de actuación profesional en las instituciones donde se toman las decisiones que deben hallar el difícil equilibrio entre la seguridad pública y el respeto por las libertades individuales.

Limitaciones

La interpretación y generalización de los resultados debe ser considerada a la luz de limitaciones relacionadas con el muestreo y el método de recogida de datos. En relación a la muestra, cabe mencionar que, a pesar de que la encuesta fue enviada a una población amplia, no es posible determinar el porcentaje de respuesta ya que se utilizaron listas de distribución de correos sobre las que no fue posible saber el alcance de distribución. Es posible que exista un sesgo de respuesta entre los encuestados, en el sentido de que aquellos más sensibles al uso de esta tecnología sean quienes más dispuestos hayan estado a responder la encuesta. Al no tener información sobre quienes se negaron a completar la encuesta no es posible establecer estas comparaciones. Asimismo, la amplitud de las desviaciones estándar indica una variabilidad importante en la distribución de las frecuencias, probablemente debida al número reducido de casos. Una exploración en una muestra más amplia que incluya profesionales de disciplinas diversas (por ej. enfermeros de salud mental y trabajadores sociales) favorecerá la generalización de los resultados. Otras limitaciones a tener en cuenta están relacionadas con la recogida de los datos y las contingencias propias de encuestas administradas en internet (p. ej. problemas técnicos o errores en los registros).

Conclusiones

La principal fortaleza de este estudio reside en presentar por primera vez información sobre la práctica de evaluación del riesgo de violencia en España, basándose en un diseño metodológico riguroso y fundamentado sólidamente. A pesar de que no hay unas directrices en relación a la evaluación del riesgo de violencia que sean comunes a todas las asociaciones de profesionales, la mayoría de encuestados informaron utilizar, en las evaluaciones estructuradas del riesgo de violencia, las mismas herramientas que profesionales de países donde la tradición en este tipo de prácticas es más extensa y contrastada. Estos resultados pueden ayudar a otros profesionales en su toma de decisiones al momento de seleccionar el instrumental técnico para la evaluación, la gestión y el monitoreo del riesgo de violencia. También los resultados informan a las autoridades institucionales sobre las

preferencias y necesidades de entrenamiento y capacitación de los profesionales.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

La financiación para este estudio fue obtenida por el investigador principal, Jay P. Singh, a través del programa Early Career Professional Grants-in-Aid de la American Psychology-Law Society.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. **Andrés-Pueyo A, Echeburúa E.** Valoración del riesgo de violencia: Instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*. 2010;22(3):403-409.
2. **Webster CD, Douglas K, Eaves D, Hart SD.** Assessing risk of violence to others. In: Webster CD, Jackson MA, editors. *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment*. New York, NY: Guilford Press; 1997. p. 251-77.
3. **Andrés-Pueyo A, Arbach-Lucioni K.** Peligrosidad y valoración del riesgo de violencia en contextos forenses. In: García-López E, editor. *Manual de Psicopatología Forense: Comportamiento Humano y Tribunales de Justicia*. México DF: Manual Moderno; en prensa.
4. **Andrés-Pueyo A, Redondo-Illescas S.** La predicción de la violencia. *Papeles del Psicólogo*. 2007; 28(3):145-146.
5. **Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cromier CA.** Violent offenders: Appraising and managing risk. Washington D.C.: American Psychological Association; 1998.
6. **Monahan J.** The MacArthur studies of violence risk. *CBMH*. 2002; 12(1 Suppl):S67-S72. <http://doi.org/fngz4m>.
7. **Ægisdóttir S, White MJ, Spengler PM, Maugherman AS, Anderson LA, Cook RS, et al.** The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *Couns Psychol*. 2006; 34(3):341-82. <http://doi.org/cbrmjf>.
8. **Andrews D, Bonta J.** *The Psychology of Criminal Conduct*. 5 ed. New Providence, NJ: Lexis Nexis; 2010.
9. **Skeem JL, Monahan J.** Current directions in violence risk assessment. *Curr Dir Psychol Sci*. 2011; 20(1):38-42. <http://doi.org/dr3pzw>.
10. **Otto RK, Douglas KS, editors.** *Handbook of violence risk assessment*. New York: Taylor & Francis Group; 2010.
11. **Singh JP, Serper M, Reinharth J, Fazel S.** Structured assessment of violence risk in schizophrenia and other psychiatric disorders: A systematic review of the validity, reliability, and item content of 10 available instruments. *Schizophr Bull*. 2011; 37(5):899-912. <http://doi.org/dzcz9j>.
12. **Heilbrun K.** *Evaluation for risk in violence in adults*. New York: Oxford University Press; 2009.
13. **Singh JP, Grann M, Fazel S.** A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25980 participants. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31(3):499-513. <http://doi.org/cphztk>.
14. **Arbach-Lucioni K.** Evaluación y gestión del riesgo de violencia en Latinoamérica: Aplicaciones en la prevención social de la violencia. En: Latinoamérica EPplese, editor. *II Taller regional sobre la prevención social de la violencia en América Latina*; 2013; Panamá; 2013.
15. **Moltó J, Poy R, Torrubia R.** Standardization of the hare psychopathy checklist-revised in a spanish prison sample. *J Pers Disord*. 2000; 14(1):84-96. <http://doi.org/ch636h>.
16. **Cuquerella A, Torrubia R, Subirana M, Mohino S, Planchat LM, Orós M, et al.** Aplicación de la Psychopathy Checklist Screening Version (PCL:SV) en una muestra forense. *Interpsiquis*; 2003.
17. **Ballesteros A, Graña JL, Andreu JM.** Valoración actuarial del riesgo de violencia en centros penitenciarios. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 2006; 6:103-117.
18. **Webster CD, Douglas K, Eaves D, Hart SD.** HCR-20. Assessing risk for violence. Version 2. Vancouver, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University; 1997.
19. **Arbach-Lucioni K, Andrés-Pueyo A.** Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo*. 2007; 28(3):174-186.
20. **Boer DR, Hart SD, Kropp R, Webster CD.** *Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk for sexual violence*. Vancouver: Simon Fraser University, Mental Health, Law and Policy Institute; 1997.
21. **Redondo S, Pérez M, Martínez M.** El riesgo de reincidencia en agresores sexuales: Investigación básica y valoración mediante el SVR-20. *Papeles del Psicólogo*. 2007; 28:187-95.
22. **Kropp R, Hart SD, Webster CD, Eaves D.** *Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA)*. Toronto: Multi-Health Systems; 1999.
23. **Andrés-Pueyo A, López S, Álvarez E.** Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por medio de la SARA. *Papeles del Psicólogo*. 2008; 29(1):107-122.
24. **Andrés-Pueyo A, Arbach K, Redondo S.** Memoria técnica de la construcción del protocolo y las escalas de valoración de riesgo de violencia para delinquentes violentos (RisCanvi-S; RisCanvi-C y e-RisCanvi). Barcelona: Departamento de Justicia. Generalitat de Catalunya; 2010.
25. **Echeburúa E, Fernández J, de Corral P.** Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja. Valencia: Centro Reina Sofía. Generalitat Valenciana; 2009.
26. **Echeburúa E, Amor PJ, Loinaz I, de Corral P.** Escala de predicción del riesgo de violencia grave contra la pareja revisada (EPV-R). *Psicothema*. 2010; 2(4):1054-1060.

27. **Hoge RD, Andrews DA.** Youth level of service/case management inventory (YLS/CMI) user's manual. Toronto: Multi-Health Systems; 2003.
28. **Graña JL, Garrido V, Cieza L.** Evaluación de las características delictivas de menores infractores de la Comunidad de Madrid y su influencia en la planificación del tratamiento. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 2007; 7:7-18.
29. **Borum R, Bartel P, Forth A.** Manual for the structured assessment of violence risk in youth. Tampa, FL: University of South Florida; 2000.
30. **Vallès-Port L, Hilterman E.** SAVRY: Manual per a la valoració estructurada de risc de violència en joves. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada del Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya; 2006.
31. **Santolaya F, Arce R.** Denuncia conjunta del Colegio General de Colegios Oficiales de Psicólogos y la Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense ante el Ministerio de Justicia [letter] 2011 Nov 15. [cited 2015, June 23] Available from: <http://goo.gl/NtHqiv>.
32. **Yang M, Wong SC, Coid J.** The efficacy of violence prediction: a meta-analytic comparison of nine risk assessment tools. *Psychol Bull*. 2010; 136(5):740-767.
33. **Viljoen JL, McLachlan K, Vincent GM.** Assessing violence risk and psychopathy in juvenile and adult offenders: A survey of clinical practices. *Assessment*. 2010; 17(3):377-395. <http://doi.org/cw5ddn>.
34. **Harris GT, Rice ME, Quinsey VL.** Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Crim Justice Behav*. 1993; 20(4):315-335.
35. **Andrews D, Bonta J.** LSI-R: The Level of Service Inventory-Revised. Toronto, ON: Multi-Health Systems Inc.; 1995.
36. **Hare RD.** The Hare Psychopathy Checklist Revised. Toronto, ON: Multi-Health Systems Inc.; 1991.
37. **Hart SD, Cox N, Hare RD.** The Hare Psychopathy Checklist: Screening Version. Toronto, ON: Multi Health System Inc.; 1995.
38. **Archer RP, Buffington-Vollum JK, Stredny RV, Handel RW.** A survey of psychological test use patterns among forensic psychologists. *J Pers Assess*. 2006; 87(1):84-94. <http://doi.org/fpb6xc>.
39. **SPSS Inc.** Statistical Package for Social Sciences: Statistics for Windows. 17.01 ed. Chicago: SPSS Inc.; 2009.
40. **Monahan J, Steadman H, Appelbaum P, Grisso T, Mulvey EP, Roth L, et al.** The Classification of Violence Risk. *Behavioral Sciences and Law*. 2006; 24:721-30.

Anexo 1. Lista de instituciones españolas donde se distribuyó la encuesta.**Instituciones de Psiquiatría Forense o afines**

- Asociación Nacional de Médicos Forenses
- Associació Catalana de Metges Forenses
- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
- Institut de Medicina Legal de Catalunya
- Sociedad Española de Psiquiatría Forense
- Societat Catalana de Medicina Legal i Toxicologia
- Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental

Instituciones de Psicología Forense o afines

- Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada de la Generalitat de Catalunya.
- Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense
- Colegios de Psicólogos de cada Comunidad Autónoma de España
- Psi-forense@listserv.rediris.es (Lista de distribución)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

Instituciones de Enfermería Forense o afines

- Asociación Nacional Española de Salud Mental

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.44743>

Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú

*Domestic violence in older people living in the district of Breña, Peru*Jack Roberto Silva-Fhon¹ • Antonia Defilia Del Río-Suarez² • Silvia Natividad Motta-Herrera² • Suzele Cristina Coelho Fabricio-Wehbe¹ • Rosalina Aparecida Partezani-Rodrigues¹

Recibido: 07/08/2014

Aceptado: 01/09/2014

¹ Enfermería General y Especializada, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.² Escuela Académica Profesional de Enfermería, Universidad Privada Norbert Wiener. Lima, Perú.

Correspondencia: Jack Roberto Silva-Fhon. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo (EERP – USP). Avenida dos Bandeirantes, 3900 Campus Universitário - Bairro Monte Alegre Ribeirão Preto CEP: 14040-902. Fone: +55 16 3315-3381. São Paulo, Brasil. E-mail: beto_fhon@hotmail.com.

| Resumen |

Antecedentes. La violencia hacia el adulto mayor es un problema social que ocurre dentro de la familia y que, por miedo, no es denunciado. Esto dificulta el trabajo del personal multiprofesional de salud para la detección, denuncia y prevención de estos casos.

Objetivo. Identificar la prevalencia, los tipos de violencia intrafamiliar, su asociación con variables sociodemográficas y la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor que vive en la comunidad de estudio.

Materiales y métodos. Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con 369 adultos mayores en el distrito de Breña, Lima (Perú). Se utilizaron el *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination* y la Escala de Depresión Geriátrica como instrumentos de datos sociodemográficos. Para el análisis de los datos se aplicó estadística descriptiva y regresión logística.

Resultados. Predominó el sexo femenino, el adulto mayor más joven, el estado civil casado y la conformación familiar por el cónyuge. La prevalencia de violencia intrafamiliar fue 79.7% y de síntomas depresivos 48.2%. Prevalció la violencia financiera. En la regresión se verificó que aquel que no trabaja tiene mayor chance de sufrir violencia. Entre más años de estudio, disminuye el riesgo de sufrir violencia. Asimismo, aquel que no presenta síntomas depresivos no sufre violencia.

Conclusiones. Se verificó que el adulto mayor necesita de atención permanente. El personal de salud debe reconocer síntomas y señales en el adulto mayor que sufre violencia y que presenta síntomas depresivos; debe ofrecer información sobre la importancia de denunciar estos casos para favorecer un envejecimiento saludable y con calidad.

Palabras clave: Maltrato al anciano; Depresión; Enfermería Geriátrica; Salud Pública (DeCS).

.....
Silva-Fhon JR, Del Río-Suarez AD, Motta-Herrera SN, Coelho-Fabricio SC, Partezani-Rodrigues RA. Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):367-75. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.44743>.

Summary

Background. Violence against the elderly is a social problem that occurs within the family and is not reported because of fear. This hinders the work of health multi-professional staff for the detection, reporting and prevention of such cases.

Objective. To identify the prevalence, types of domestic violence, its association with socio-demographic variables and depressive symptoms in the elderly living in the community studied.

Materials and methods. A quantitative, descriptive, cross-sectional study was carried out with 369 elderly in the district of Breña, Lima (Peru). The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination and the Geriatric Depression Scale were used as socio-demographic instruments. For data analysis, descriptive statistics and logistic regression were applied.

Results. Female sex, younger elderly, married marital status and family formation by the married were predominant. The prevalence of domestic violence was 79.7% and 48.2% for depressive symptoms. Financial violence was prevalent. During the regression, it was verified that whoever that does not work has a greater chance of suffering violence. The more the years of schooling, the lower the risk of violence. Also, the ones who have depressive symptoms don't suffer violence.

Conclusions. It was observed that the elderly need lifelong care. The health staff must recognize signs and symptoms in the elderly suffering violence and presenting depressive symptoms; the health staff must provide information on the importance of reporting cases to promote a healthy and qualitative aging.

Keywords: Elder abuse; Depression; Geriatric nursing; Public health (MeSH).

.....
Silva-Fhon JR, Del Rio-Suarez AD, Motta-Herrera SN, Coelho-Fabricio SC, Partezani-Rodrigues RA. [Domestic violence in older people living in the district of Breña, Peru]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):367-75. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.44743>.

Introducción

Los cambios demográficos en el mundo avanzan rápidamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que entre el 2000 y el 2050 la proporción de personas mayores de 60 años se duplicará pasando del 11% al 22% de la población total (1).

Ese mismo fenómeno se observa en el Perú. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reporta que en el 2012 la población mayor de 60 años representaba 9% de la población total y que para el 2021 alcanzará el 11.4% (2).

Con el proceso de envejecimiento el adulto mayor puede presentar disminución de la capacidad funcional y cognitiva, lo que puede llevarlo a padecer algún tipo de dependencia y a sufrir o no violencia (3).

Según la OMS, la violencia es definida como “el uso intencional de la fuerza física o de poder de manera real o sobre la forma de amenaza, contra sí mismo o contra otra persona,

grupo o comunidad, que puede resultar en lesión, muerte, daño psicológico, deficiencia de desarrollo o privación” (4).

En Perú, la violencia intrafamiliar es definida como “toda acción u omisión directa concebida como palpable y visible o indirecta que afecta los miembros de la familia, producida entre sus propios integrantes afectando los derechos fundamentales de las personas que la integran envolviendo la integridad física, sexual y/o psicológica y/o su estado financiero o patrimonial” (5). Asimismo, la Constitución Política del Perú, en el artículo cuarto, indica que la comunidad y el estado protegen al niño, adolescente, madre y adulto mayor en situación de abandono y violencia (6).

La OMS estima que en los países desarrollados 4% a 6% de los adultos mayores sufren algún tipo de violencia, y que la mayoría de los casos no son denunciados por miedo, siendo los agresores cercanos, como familiares y amigos (7).

El Centro de Emergencia Mujer (CEM) ofrece servicios públicos especializados y gratuitos a nivel nacional en Perú para casos denunciados de maltrato en la niñez, la adolescencia, la mujer y al adulto mayor. En 2012, este centro reportó 1773 denuncias de abuso en contra del adulto mayor, de las cuales 97.3% fueron consideradas como violencia física y/o psicológica, y 2.7% como violencia sexual (8).

La violencia intrafamiliar puede ser clasificada en *física*: uso de la fuerza para herir, provocar dolor, incapacidad o muerte, para obligar al adulto mayor a hacer lo que no desea; *psicológica*: agresiones verbales o gestuales con el objetivo de atemorizar, humillar, prohibir la libertad o aislar al adulto mayor de la convivencia social; *financiera*: exploración impropia o ilegal, y/o uso no consentido de recursos económicos; *sexual*: actos o juegos sexuales de carácter homo o heterosexual que utilizan al adulto mayor para obtener excitación, relación sexual o prácticas eróticas; *negligencia*: negativa, omisión o fracaso por parte del responsable del cuidado, y *abandono*: ausencia o deserción del responsable por los cuidados necesarios al adulto mayor (9).

Sufrir algún tipo de violencia puede llevar al adulto mayor a modificar su humor, a presentar síntomas depresivos que pueden involucrar factores psicosociales y culturales (10), a aislarse socialmente y, en algunos casos, al suicidio (3). A este respecto, un estudio realizado en Estados Unidos identificó una relación significativa entre violencia y alteraciones del humor (depresión y ansiedad) del adulto mayor que no tiene cuidador (11).

La violencia es un fenómeno mundial que puede manifestarse aislada y reiteradamente, y que generalmente permanece invisible a los ojos de la sociedad. Muchas veces, el propio adulto mayor no quiere reconocer que es víctima de

agresión, sea por temor a las represalias en las instituciones asilares o simplemente porque desean negar la realidad.

Dado que no se conoce con exactitud la prevalencia de este problema y que algunos estudios de autoreporte dan una idea de su magnitud, resulta necesario profundizar en este tema para conocer su dimensión y su dinámica, para luego generar un adecuado planeamiento que asegure un envejecimiento activo y saludable.

Los resultados de este estudio ayudarán a sensibilizar al personal de salud para conocer la realidad de esta población, identificar casos de violencia y así realizar intervenciones que promuevan una buena calidad de vida en adultos mayores.

El presente estudio tuvo como objetivo identificar la prevalencia, los tipos de violencia intrafamiliar, su asociación con variables sociodemográficas y la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor que vive en la comunidad de Breña, Lima (Perú).

Material y métodos

El estudio fue de enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Se realizó en el ámbito circunscrito del Centro de Salud de Breña en el distrito de Breña, que presenta cinco sectores censitarios y proporciona servicios de salud a 53817 personas de diferentes fases etarias, de las cuales 9108 son adultos mayores (12).

Se consideró como unidad de muestra el individuo mayor de 60 años. Así pues, se estudió una muestra de 369 individuos, con un 5% de error máximo y un 95% de probabilidad.

Para alcanzar el número de la muestra, las cuadras de los sectores y sus respectivas calles fueron sorteadas y recorridas en sentido horario; los domicilios fueron visitados hasta en tres oportunidades, en días y horarios diferentes. En caso de que nadie atendiese la primera visita o en caso de negativa, se seguía para el próximo domicilio hasta totalizar 74 entrevistas por sector.

El distrito de Breña, donde se encuentra localizado el Centro de Salud, presenta serios problemas de infraestructura por tener espacios de saturación física. Además, ocupa el quinto puesto en el *ranking* de los distritos más violentos de la ciudad, donde la población, y en especial los adultos mayores, no se sienten seguros y son blanco fácil de cualquier tipo de violencia (13).

Para formar parte del estudio, cada participante debía tener 60 años de edad o más, podía ser de ambos sexos, debía ser capaz de comunicarse y tener un estado cognitivo adecuado de acuerdo al Mini-Examen del Estado Mental.

La recolección de datos fue realizada entre julio del 2012 a enero del 2013, por medio de una entrevista estructurada

realizada por docentes y estudiantes de pregrado de enfermería previamente entrenados. Las entrevistas fueron realizadas con previo arreglo, en el domicilio del participante, en estricto privado, y bajo firma de consentimiento informado en dos vías, quedando una con el investigador y otra con el adulto mayor. Se obtuvo información de las variables sociodemográficas como edad en años, sexo, estado civil, años de estudio, conformación familiar e ingresos económicos.

Para conocer la violencia en el adulto mayor fue utilizado el *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination*, cuestionario traducido por un equipo de profesionales de la salud, filólogos y lingüistas en español con la finalidad de investigar la prevalencia y los tipos de violencia. Consta de nueve preguntas con respuestas dicotómicas divididas para detectar el abuso físico (1), financiero (2), psicológico (3), sexual (1), negligencia (1) y abandono (1), teniendo en cuenta que una respuesta positiva es considerada como sospecha de violencia (14).

La presencia de síntomas depresivos fue identificada por medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) creada por Yesavage *et al.* (15) y validada al español por Martínez *et al.* (16), que presenta una sensibilidad de 92% y especificidad de 89%. La GDS tiene 15 preguntas con respuestas dicotómicas e investiga síntomas cognoscitivos de algún episodio depresivo en los últimos 15 días. Con aquellos que obtuvieron más de cinco puntos se sospecha la presencia de síntomas depresivos.

Para la elaboración del banco de datos fue utilizado el programa *Microsoft Excel®*. Se realizó una doble digitación para corrección de errores y posteriormente, se importaron los datos al programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), v. 19.0.

Las variables cuantitativas fueron analizadas por medio de la estadística descriptiva y se emplearon medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar).

Para el uso de la regresión logística (*odds ratio*) entre la violencia y las variables sociodemográficas, fue necesario categorizar la variable edad en: adulto mayor más joven (60–79 años) y adulto mayor más viejo (80 años y más); estado civil en: con pareja (casado) y sin pareja (soltero, viudo, separado y divorciado); conformación familiar en: vive solo y vive acompañado (más de una persona en el domicilio), y síntomas depresivos en: sin y con síntomas, teniendo un intervalo de confianza del 95%.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener con el proceso no. 004/2012, lo que garantizó el anonimato del participante.

Resultados

De los 369 participantes, se observó prevalencia del sexo femenino con 55.8%, adultos mayores de edades entre 65 y 69 años con 23.6%, el 44.7% tenían hasta seis años de estudio, el 46.6% eran casados, el 19% indicaron que la conformación familiar era formado por el cónyuge y el 32.8% obtenían ingresos económicos por medio del trabajo (Tabla 1).

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de los adultos mayores en Breña, Lima (Perú), 2013.

| Variable | Media (=ds) [Variación] | n | % |
|--------------------------------------|---------------------------|-----|------|
| Sexo | | | |
| Femenino | | 206 | 55.8 |
| Masculino | | 163 | 44.2 |
| Edad (años) | 72.62 (=7.9) [60–94] | | |
| 60–64 | | 64 | 17.3 |
| 65–69 | | 87 | 23.6 |
| 70–74 | | 68 | 18.4 |
| 75–79 | | 76 | 20.6 |
| 80 y más | | 74 | 20.1 |
| Escolaridad (años) | 7.69 (=4.5) [0–24] | | |
| Analfabeto | | 24 | 6.5 |
| 1–6 | | 165 | 44.7 |
| 7–11 | | 117 | 31.7 |
| 12 y más | | 63 | 17.1 |
| Estado civil | | | |
| Casado | | 172 | 46.6 |
| Viudo | | 93 | 25.2 |
| Soltero | | 61 | 16.5 |
| Separado | | 30 | 8.1 |
| Divorciado | | 13 | 3.5 |
| Conformación familiar | | | |
| Cónyuge | | 70 | 19.0 |
| Cónyuge, hijos, yerno/nuera y nietos | | 51 | 13.8 |
| Cónyuge e hijos | | 42 | 11.4 |
| Cónyuge y nietos | | 41 | 11.1 |
| Cónyuge, hijos, yerno/nuera | | 40 | 10.8 |
| Solo | | 37 | 10.0 |
| Solamente con hijos | | 34 | 9.2 |
| Hijos y nietos | | 23 | 6.2 |
| Yerno/nuera y nietos | | 22 | 6.0 |
| Otros familiares | | 9 | 2.4 |
| Ingresos económicos | 555.71 (=447.0) [50–3000] | | |
| Trabaja | | 121 | 32.8 |
| Donación | | 110 | 29.8 |
| Jubilación | | 95 | 25.7 |
| Pensión | | 67 | 18.2 |
| Alquiler de inmueble | | 20 | 5.4 |

La prevalencia de violencia en el domicilio fue de 79.7%, predominando la violencia financiera con 53.1%. Se observó que el sexo femenino sufre más violencia en comparación con el sexo masculino. Además, 48.2% de los entrevistados presentan síntomas depresivos, en mayor proporción el sexo femenino.

Según la clasificación de las variables, los adultos mayores entre 65 y 69 años, casados y con estudios entre 1 y 6 años tuvieron mayor prevalencia de violencia intrafamiliar. En relación con los diferentes tipos de violencia, se observó predominio de la violencia financiera, seguida por el abandono (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de síntomas depresivos, violencia intrafamiliar y tipos según las variables sociodemográficas del adulto mayor en Breña, Lima (Perú), 2013.

| Tipos de violencia | | | | | | | | |
|--------------------|-----------------------|---------------------------|--------------|------------|---------------|---------------|----------|----------|
| | Síntomas depresivos % | Violencia intrafamiliar % | Financiera % | Abandono % | Psicológica % | Negligencia % | Física % | Sexual % |
| Prevalencia | 48.2 | 79.7 | 53.1 | 44.7 | 40.1 | 30.1 | 13.3 | 5.4 |
| Sexo | | | | | | | | |
| Femenino | 50.6 | 54.8 | 27.9 | 24.9 | 20.1 | 17.1 | 8.1 | 3.0 |
| Masculino | 49.4 | 45.2 | 25.2 | 19.8 | 20.1 | 13.0 | 5.1 | 2.4 |
| Edad (años) | | | | | | | | |
| 60–64 | 14.6 | 18.4 | 9.8 | 6.8 | 7.6 | 6.2 | 3.3 | 1.6 |
| 65–69 | 15.2 | 21.4 | 10.8 | 9.8 | 7.9 | 5.1 | 3.0 | 1.6 |
| 70–74 | 19.7 | 19.4 | 10.3 | 9.5 | 8.7 | 5.4 | 1.9 | 0.3 |
| 75–79 | 26.4 | 20.4 | 11.7 | 11.4 | 9.5 | 6.0 | 2.7 | 0.3 |
| 80 y más | 24.2 | 20.4 | 10.6 | 7.3 | 6.5 | 7.3 | 2.4 | 1.6 |
| Estado civil | | | | | | | | |
| Soltero | 19.7 | 16.7 | 8.7 | 8.9 | 7.0 | 7.0 | 3.3 | 2.4 |
| Casado | 36.0 | 45.2 | 23.8 | 16.5 | 17.3 | 13.3 | 5.4 | 1.9 |
| Divorciado | 5.1 | 3.1 | 1.1 | 2.2 | 1.9 | 0.8 | 0.5 | 0.0 |
| Separado | 9.6 | 8.8 | 5.7 | 3.3 | 4.1 | 1.6 | 1.4 | 0.0 |
| Viudo | 29.8 | 26.2 | 13.8 | 13.8 | 9.8 | 7.3 | 2.7 | 1.1 |
| Escolaridad (años) | | | | | | | | |
| No escolarizado | 11.2 | 7.1 | 3.8 | 2.2 | 3.0 | 2.2 | 1.4 | 0.5 |
| 1–6 | 52.8 | 46.6 | 24.9 | 24.4 | 20.1 | 14.1 | 5.1 | 1.9 |
| 7–11 | 25.3 | 31.3 | 15.2 | 13.6 | 11.1 | 8.9 | 4.6 | 1.6 |
| 12 y más | 10.7 | 15.0 | 9.2 | 4.6 | 6.0 | 4.9 | 2.2 | 1.4 |

En el modelo de regresión logística se observó que conforme aumentan los años de estudio del adulto mayor, disminuye el riesgo de sufrir violencia. Además, el adulto mayor que no presenta síntomas depresivos tiene un 62% de

probabilidad de no sufrir violencia, en comparación con el que sí presenta. Por otro lado, el individuo que no trabaja tiene 1.87 veces mayor probabilidad de sufrir violencia, comparado con aquel que trabaja (Tabla 3).

Tabla 3. Regresión logística de violencia con las diferentes variables del estudio en Breña, Lima (Perú), 2013.

| Violencia | | | | | |
|------------------------|-------------|-------------|---------|------|------------|
| | No n (%) | Sí n (%) | p-valor | OR | IC (95%) |
| Sexo | | | | | |
| Femenino | 30 (18.4) | 133 (81.6) | | 1 | |
| Masculino | 45 (21.8) | 161 (78.2) | 0.926 | 1.02 | 0.58–1.81 |
| Edad (años) | | | | | |
| Adulto mayor más joven | 61 (20.6) | 234 (79.4) | | 1 | |
| Adulto mayor más viejo | 14 (18.9) | 60 (81.1) | 0.929 | 1.04 | 0.39–2.76 |
| Escolaridad (años) | | | | | |
| No escolarizado | 3 (12.5) | 21 (87.5) | | 1 | |
| 1–6 | 28 (16.9) | 137 (83.1) | 0.397 | 1.81 | 0.45–7.18 |
| 7–11 | 25 (21.3) | 92 (78.7) | 0.116 | 1.75 | 0.87–3.51 |
| 12 y más | 19 (30.1) | 44 (69.9) | 0.384 | 1.37 | 0.62–2.81 |
| Estado civil | | | | | |
| Con pareja | 39 (22.6) | 133 (77.4) | | 1 | |
| Sin pareja | 36 (18.2) | 161 (81.8) | 0.573 | 0.85 | 0.49–1.47 |
| Conformación familiar | | | | | |
| Vive acompañado | 69 (20.7) | 263 (79.3) | | 1 | |
| Vive solo | 6 (16.2) | 31 (83.8) | 0.583 | 0.89 | 0.41–1.49 |
| Estado ocupacional | | | | | |
| Trabaja | 57 (22.9) | 191 (77.1) | | 1 | |
| No trabaja | 18 (14.8) | 103 (85.2) | 0.037 | 1.87 | 1.03–3.39* |
| Jubilado | | | | | |
| Sí | 19 (20.0) | 76 (80.0) | | 1 | |
| No | 56 (20.5) | 217 (79.5) | 0.379 | 1.33 | 0.70–2.52 |
| Pensionista | | | | | |
| Sí | 19 (28.3) | 48 (71.9) | | 1 | |
| No | 56 (18.5) | 246 (81.5) | 0.605 | 0.82 | 0.40–1.70 |
| Síntomas depresivos | | | | | |
| No | 52 (27.2) | 139 (72.8) | | 1 | |
| Sí | 23 (12.9) | 155 (87.1) | 0.001 | 0.38 | 0.22–0.65* |

OR = Odds ratio; IC = Intervalo de confianza $p < 0.05^*$; Adulto mayor más nuevo = 60 a 79 años; Adulto mayor más viejo = 80 o más años.

Discusión

Las estimaciones sobre la violencia contra el adulto mayor son difíciles de ser obtenidas, debido que los individuos tienden a no relatar las adversidades y los profesionales de salud tienen la dificultad de identificar los diferentes tipos de violencia.

Los resultados de este estudio indicaron la necesidad del uso rutinario de instrumentos por el equipo multiprofesional

para la detección de violencia y presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor.

De los entrevistados, el 79.7% refirieron sufrir algún tipo de violencia. Al contrario de datos encontrados en la India donde sólo un 11% de las personas mayores de 60 años declararon sufrirla (17).

Es preocupante que los adultos mayores reporten algún tipo de violencia en el domicilio. La familia es una institución que tradicionalmente esta al cuidado de los más viejos, pero actualmente existe la dificultad para afrontar esta asistencia (18), lo que puede o no promover muchas veces un comportamiento violento entre sus propios integrantes (19).

La violencia contra el adulto mayor puede ser la combinación de factores psicológicos, sociales y económicos por parte del agresor, tales como el uso excesivo de alcohol, consumo de drogas, comportamiento violento, problemas económicos, desempleo y estrés. Asimismo, factores existentes en el adulto mayor, como sufrir incontinencia y caídas, pueden desencadenar el acto de violencia del agresor (10-20).

Algunos investigadores afirman que estos casos no son denunciados por los adultos mayores por vergüenza moral o por miedo a las represalias del agresor hacia la víctima tras denunciar a sus propios parientes (21).

Algunos sociólogos señalan que el silencio de las víctimas puede traer consecuencias a largo plazo, lo que puede generar a resultados dramáticos (22). Reportes sobre el tema indican que cinco de cada seis casos de violencia no son denunciados y desencadenan el fenómeno denominado *iceberg* (23).

Entre los tipos de violencia que sufre el adulto mayor, el abuso financiero es el más frecuente con 53.1%, predominando en el sexo femenino. Resultados similares fueron encontrados en un estudio en la India que utilizó el autoreporte, donde este tipo de violencia alcanzó el 68.3% (17). Al contrario de un estudio en Cuba donde prevaleció la violencia psicológica con 68.4% y la financiera se ubicó en la tercera posición con 42.1% (24).

En el continente europeo, este tipo de violencia es la segunda más reportada, y varía entre 0.2% en personas mayores de 65 años en España (25) y 8.8% en mujeres con 60 años y más en países como Austria, Bélgica, Finlandia, Lituania y Portugal (20).

Una revisión de la literatura indica que la violencia financiera es realizada, en la mayoría de los casos, por los propios integrantes de la familia o amistades próximas al adulto mayor como vecinos, cuidadores, entre otros (26).

Este tipo de actos pueden desencadenarse dentro de la familia por medio del acto de la imitación. La teoría del aprendizaje social de Bandura refiere que los niños aprenden observando el comportamiento, valores y conductas agresivas de los adultos y compañeros. Luego, tras considerarlas como normas a ser seguidas, las imitan y las convierten en patrones de comportamiento que pasan de generación en generación (27).

Otros estudios, que utilizaron los reportes de denuncias realizadas en las diferentes instituciones de protección al adulto mayor, identificaron que el tipo de violencia que más prevaleció fue la psicológica (28-30).

Se observó que la violencia financiera presentó mayor prevalencia en la mayoría de las variables sociodemográficas. Asimismo, se verificó que el sexo femenino sufre todos los tipos de violencia. Los adultos mayores del sexo femenino presentan un mayor riesgo de ser víctimas de violencia global (26) debido a que las mujeres tienen una mayor vulnerabilidad en comparación con los hombres (31).

En lo que se refiere al grupo etario, en la mayoría de los casos, la violencia ocurrió considerablemente en aquellos denominados adultos mayores más jóvenes, específicamente entre los 65 y 69 años. Un estudio peruano realizado en el CEM encontró que el 59.32% de las víctimas de malos tratos tenían entre 60 y 69 años (29). Por otro lado, en un estudio brasilero desarrollado con 274 participantes, el grupo etario que indicó sufrir mayor violencia fue el de aquellos con edades entre los 60 y 69 años (22.64%) (31).

Los resultados demuestran que el adulto mayor que no trabaja presenta mayor chance de sufrir violencia. El INEI indica que, a nivel nacional, el 45% de las personas mayores de 60 años no trabaja (32).

De igual manera, las estadísticas muestran que uno de cada cuatro peruanos mayor de 60 años tiene algún tipo de jubilación. Además, uno de cada tres adultos mayores de 65 años recibe algún tipo de pensión, lo que podría aumentar el riesgo de sufrir violencia (8).

En relación con la escolaridad, el adulto mayor que tuvo estudios de 1 a 6 años sufrió más violencia. También se analizó que cuanto mayor grado de escolaridad tiene la persona, menor es el riesgo de padecer violencia. En India (17) y en Brasil (33), se encontró que aquellos adultos mayores que no tienen estudios tienden a sufrir más violencia, lo que podría estar relacionado con el poco acceso a la educación que ellos tenían cuando eran jóvenes. Otros autores sugieren que los que poseen menor escolaridad presentan dependencia financiera al agresor; y esto, junto con el miedo a perder la fuente de afecto, impide denunciar el acto de violencia (31).

La ausencia de escolaridad no debe ser considerada un factor de riesgo para sufrir violencia; pero es considerada como barrera, dado que limita y dificulta la lectura, y, por consiguiente, restringe el acceso a la información sobre formas de prevenir y resolver este problema (27). La accesibilidad a la información para el adulto mayor mejoraría y aumentaría

el contacto social, y por lo tanto, incrementaría la red de apoyo para denunciar este tipo de acciones que llevan a una disminución de su calidad de vida (34).

Se evidenció que, a pesar del alto índice de síntomas depresivos en el adulto mayor, no hubo una asociación de riesgo entre éstos y el acto de sufrir violencia. Un estudio realizado con 5777 adultos mayores en Estados Unidos demostró que cada tipo de abuso cometido al adulto mayor incrementa la presencia de síntomas depresivos (11).

Existen algunos cambios en el comportamiento que pueden ayudar al profesional de salud y al familiar a detectar la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor. Estos cambios pueden ser cambio brusco del apetito, dificultad para dormir, falta de concentración, sentimiento de desesperanza, aislamiento social, falta de interés en actividades que antes disfrutaba, humor conturbado, continuas quejas de dolor físico e ideas suicidas (35).

Conclusiones

La investigación estuvo limitada al área circunscrita por el centro de salud; por lo cual no se puede concluir nada sobre la población de Lima, sino solo sobre la población que vive en los sectores del centro de salud.

El estudio encontró que el riesgo de que los adultos mayores sufran violencia intrafamiliar está asociado con la carencia de una actividad laboral. Además, se observó que a mayor grado de escolaridad, menor es el riesgo de sufrir violencia. Asimismo, el adulto mayor que no presentó síntomas depresivos no sufre violencia, en comparación con aquel que padece síntomas depresivos.

La violencia intrafamiliar es un problema de salud pública en todos los grupos sociales y etarios. Los adultos mayores, por ser una población creciente y por presentar algún tipo de dependencia y miedo al momento de realizar la denuncia de su agresor, son blancos perfectos de este flagelo.

El enfermero, por ser parte del equipo profesional de salud y tener contacto directo con la población por medio de las visitas domiciliarias, debe estar capacitado para la detección de este problema. Además, debe educar y divulgar la forma de prevenirlo para mejorar la calidad de vida y fomentar un envejecimiento saludable.

Conflicto de intereses

Los autores declaran total independencia frente a las instituciones que avalaron la presente investigación, no

habiendo ningún interés o valores distintos durante el desarrollo de la investigación.

Financiación

El autor Jack Roberto Silva Fhon contó con una beca para el desarrollo de doctorado por la agencia financiera CAPES. Suzele Cristina Fabricio Coelho-Wehbe fue apoyada con una beca para el desarrollo de postdoctorado por la agencia financiera FAPESP en la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Brasil.

Agradecimientos

Al Centro de Salud de Breña, por la accesibilidad a los datos y área en que trabaja, a la Universidad Privada Norbert Wiener y a la Universidad de São Paulo por el apoyo logístico.

Referencias

1. World Health Organization [Internet]. Envejecimiento y ciclo de vida: Datos interesantes acerca del envejecimiento; 2012 [cited 2014 Apr 12]. Available from: <http://goo.gl/h0OD1t>.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Datos demográficos Perú; 2013 [cited 2014 May 10]. Available from: <http://goo.gl/KnfHCK>.
3. Urrusuno CF, Rodríguez FR, Vázquez ARL. Violencia doméstica en la tercera edad. *Rev. cub. salud pública*. 2010;36(2):189-91. Spanish.
4. World Health Organization [Internet]. World reported violence and health; 2002 [cited 2014 Jun 15]. Available from: <http://goo.gl/Ghf0DM>.
5. Políticas para adultos mayores. El Peruano [Internet]. 2014 June 15 [cited 2014 Jun 15]. Available from: <http://goo.gl/R9MKtr>.
6. Perú. Constitución Política del Perú; 1993.
7. World Health Organization. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: World Health Organization; 2011.
8. Perú. Cuadernos sobre poblaciones vulnerables. Lima: Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables; 2013.
9. Souza ER, Minayo MCS. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. *Ciê. saúde coletiva*. 2010;15(6):2659-68. Portuguese.
10. Campillo MR. Violencia con el anciano. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2002;18(4):293-5. Spanish.
11. Cisler JM, Begle AM, Amstadter AB, Acierno R. Mistreatment and self-reported emotional symptoms: results from the national elder mistreatment study. *J Elder Abuse Negl*. 2012;24(3):216-30.
12. MINSA. Centro estadístico del Centro de Salud de Breña. Breña, Lima, Perú; 2012.
13. Base y microdatos [Internet]. [Place unknown]: Instituto Nacional de Estadística e Informática; c2013- [cited 2014 Jun 12]. Available from: <http://goo.gl/9gvsvn>.

14. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1994 update: 4. Secondary prevention of elder abuse and mistreatment. *CMAJ*. 1994;151(10):1413-20.
15. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, *et al*. Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res*. 1983;17(1):37-49.
16. Martínez IJ, Onís VM, Dueñas HR, Aguado TC, Albert CC, Arias BM. Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Atención Primaria*. 2005;35(1):14-21. Spanish.
17. Skirbekk V, James KS. Abuse against elderly in India – The role of education. *BMC Public Health*. 2014;14:336-40.
18. Viguera V. Psicomundo [Internet]. Curso virtual: Educación para el envejecimiento. Clase 9: Los fantasmas del envejecer, 2ª parte: los miedos; 2010 [cited 2014 Jun 18]. Available from: <http://goo.gl/uJ8IRW>.
19. García SBG, Bazo RMT. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2006.
20. Luoma ML, Koivusilta M, Lang G, Enzenhofer E, De Donder L, Verte D, *et al*. Prevalence study of abuse and violence against older women: results of a multicultural survey conducted in Austria, Belgium, Finland, Lithuania and Portugal. Finland: National Institute for Health and Welfare (THL); 2011.
21. Moraes CL, Apratto Júnior PC, Rechenheim ME. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em áreas de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(10):2289-300. Portuguese.
22. Morales-Ortega H, Castillo-Bolaño J. Violencia cometida por los adolescentes en la familia o cuando son los hijos los que maltratan: un estudio en la ciudad de Barranquilla, Colombia. *Rev. Crim*. 2011;53(2):99-121. Spanish.
23. Barbero GJ, Barrio CI, Gutiérrez GB, Izal FT, Martínez MA, *et al*. Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad; 2008.
24. Casanova MM, Trasancos DM, Corvea CY, Pérez SM, Prats AO. Manifestaciones de violencia intrafamiliar hacia adultos mayores diabéticos. Pinar del Rio, 2012. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2013;29(2):160-72. Spanish.
25. Marmolejo II. Elder abuse in the family in Spain. [Internet]. 2008 [cited 2015 Jun 12]. Available from: <http://goo.gl/IAhqFT>.
26. Santos AJ, Nicolau R, Fernandes AA, Gil AP. Prevalência da violência contra as pessoas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 2013;72:53-77. Portuguese.
27. Baptista MN. Suporte familiar e violência. In: Romaro RA, Capitão CG. As faces da violência: aproximações, pesquisas e reflexões. São Paulo: Vetor; 2007. p.11-31.
28. Oliveira MLC, Gomes ACG, Amaral COM, Santos LB. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2012;15(3):555-66. Portuguese.
29. Martina M, Nolberto V, Miljanovich M, Bardales O, Gálvez D. Violencia hacia el adulto mayor: Centros Emergencia Mujer del Ministerio de la mujer y desarrollo social. Lima-Perú, 2009. *Rev. Peru. Epidemiol*. 2010;14(3):4-10. Spanish.
30. Márquez RM, Arvizu IR. Perfil de la violencia familiar en el anciano: Experiencia en 680 pacientes mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*. 2009;11(4):167-70. Spanish.
31. Duque AM, Leal MC, Marques AP, Eskinazi FM, Duque AM. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Ciê. saúde coletiva*. 2012;17(8):2199-208. Spanish.
32. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Tasa de inactividad de la población de 60 años de edad; 2012 [cited 2014 Jun 12]. Available from: <http://goo.gl/KwFQyn>.
33. Pinto FNFR, Barham EJ, Alburquerque PP. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2013;13(3):1159-81. Portuguese.
34. Souza ER, Ribeiro AP, Atie S, Souza AC, Marques CC. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. *Ciê. saúde coletiva*. 2008;13(4):1153-63. Portuguese.
35. Greever's drug store [Internet]. Personal attention from expert pharmacy staff: Depression and violence. 2014 [cited 2014 Jun 13]. Available from: <https://goo.gl/6eg4gU>.



TÍTULO: DESPUÉS DEL DERRUMBE
AUTORA: DIANA NÚSTEZ, 14 AÑOS
PROYECTO: DISPARÁNDO CÁMARAS EN CAZUCA
LUGAR: VILLA ESPERANZA, ALTOS DE CAZUCÁ, COLOMBIA
AÑO: 2011

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.45209>

Conflicto armado en Colombia y misión médica: narrativas médicas como memorias de supervivencia

*Armed conflict in Colombia and medical mission: medical narratives as survival memories*Diana Zulima Urrego-Mendoza¹

Recibido: 26/08/2014

Aceptado: 24/03/2015

¹ Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.

Correspondencia: Diana Zulima Urrego-Mendoza. Carrera 30 # 45-00, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia. Tel: + 57 1 3165000. Correo electrónico: dzurregom@unal.edu.co.

| Resumen |

Antecedentes. Elaborar memorias que permitan afrontar la violencia ejercida contra la misión médica en el contexto del conflicto armado facilita la creación de estrategias de diálogo en busca de la reparación y el perdón en el marco del proceso de paz que se realiza en la actualidad.

Objetivo. A través de las narrativas de los médicos colombianos entrevistados, identificar los casos que tipificaban una violación a los protocolos, tratados y normas del Derecho Internacional Humanitario (DIH) en relación con la misión médica.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio con enfoque cualitativo hermenéutico adoptando los presupuestos teóricos de la función narrativa ricoeuriana, y analizando la trama del relato de la experiencia, las circunstancias, el tiempo y el sentido de la narración.

Resultados. Se identificaron las siguientes tipologías de infracciones contra la misión médica: normas en el papel, violación a la neutralidad, actividades sanitarias o territorio de guerra, soledad del médico, víctimas en busca de un refugio: la población civil y el médico, y la crudeza de la guerra. Entre las infracciones que se evidenciaron están la violencia que se ejerce contra las instalaciones de salud, los heridos y enfermos, el personal de salud y los medios de transporte sanitarios.

Conclusiones. En el conflicto armado colombiano se han presentado violaciones que atentan contra la misión médica por parte de actores estatales y no estatales. Prevalece una falta de información y conocimiento del DIH y la misión médica. A pesar de esta circunstancia, los médicos que compartieron

sus narrativas lograron solventar situaciones relacionadas con crímenes de guerra en la mayoría de los casos.

Palabras clave: Guerra; Medidas de seguridad; Misiones médicas oficiales; Médicos; Narrativas personales (DeCS).

Urrego-Mendoza DZ. Conflicto armado en Colombia y misión médica: narrativas médicas como memorias de supervivencia. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):377-88. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.45209>.

Summary

Background. Developing memorials to face violence against medical missions in the context of armed conflict facilitates the creation of dialogue strategies to seek for reparation and forgiveness within the ongoing peace process.

Objective. Through the personal narratives of interviewed Colombian doctors, to identify the typical cases of violation of protocols, treaties and rules of the International Humanitarian Law (IHL) in relation to medical missions.

Materials and methods. A study was conducted with a qualitative hermeneutic approach by adopting the theoretical assumptions of the Ricoeurian narrative function, and analyzing the story plot of the experience, circumstances, time and sense of narrative.

Results. The following types of offenses against the medical mission were identified: rules on paper, violation of neutrality,

health activities or battlefield, the physician's loneliness, victims seeking refuge: civilians and the physician, and the harshness of war. Among the evidenced violations are the violence perpetrated against health facilities, the wounded and the sick, health staff and medical transportation.

Conclusions. In the Colombian armed conflict, state and non-state actors have carried out violations that threaten medical missions. The lack of information and knowledge of the IHL and medical missions is prevailing. Despite this fact, in most cases doctors who shared their narratives were able to solve situations related to war crimes.

Keywords: War; Security measures; Medical missions, Official; Physicians; Personal narratives (MeSH).

.....
Urrego-Mendoza DZ. [Armed conflict in Colombia and medical mission: medical narratives as survival memories]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):377-88. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.45209>.

Introducción

En este artículo se presentan los resultados de una investigación que indagó a través de las narrativas sobre la práctica médica en el contexto del conflicto armado colombiano. Se identificaron los principios del Derecho Internacional Humanitario (DIH) en relación con la misión médica que son irrespetados en Colombia. Es decir, se analizaron los casos narrados por los médicos que tipificaban una violación a los protocolos, tratados y normas establecidos acerca de la práctica médica.

El DIH contempla normas que tienen como objetivo, por un lado, limitar los efectos del conflicto armado protegiendo a la población civil, a los heridos que ya no están combatiendo y a los profesionales de la salud que prestan sus servicios y, por otro lado, limitar los métodos de la guerra (1). Los desarrollos teóricos del DIH y la misión médica relacionados con conflicto armado incluyen los Convenios de Ginebra, los Protocolos I y II, los Protocolos Adicionales, y el DIH consuetudinario.

Los Convenios de Ginebra

Los convenios contienen lineamientos normativos relacionados con la protección a las personas víctimas del conflicto armado e incluyen aspectos relacionados con el respeto a la vida, la integridad física y moral, las garantías judiciales de personas independientemente de que sean prisioneros de guerra, el respeto al personal y material médico, los hospitales y las ambulancias (2).

Están conformados por cuatro convenios denominados así: I- Para aliviar la suerte de los heridos y enfermos de las

fuerzas armadas en campaña (3), II- Para mejorar la suerte de los heridos, enfermos y náufragos de las fuerzas armadas en el mar (4), III- Relativo al trato de los prisioneros de guerra (5), IV- Protección de personas civiles en tiempo de guerra (6).

Los Protocolos Adicionales

El avance en el desarrollo de armas que afectan el medio ambiente generó una preocupación global por la supervivencia del planeta. En consecuencia, se realizó una reunión con el fin de acordar nuevas normas en caso de guerra. Los consensos logrados incluyeron por primera vez una normativa para regular los conflictos internos a través del DIH aplicándolo en el territorio nacional (7).

Los acuerdos específicos

La creación de nuevas armas convencionales, minas y armas láser promovieron pactos concernientes a la protección de bienes culturales, el control de armas biológicas y la exclusión de la participación de los menores de edad en los conflictos armados (8,9).

El Derecho Internacional Humanitario consuetudinario

El DIH consuetudinario representa la codificación de obligaciones ya existentes a modo de costumbres para los pueblos que son universales y hacen parte de la conciencia moral de la comunidad internacional (10,11). En este grupo se caracterizan seis aspectos con sus respectivas normas a seguir: el principio de distinción, las personas y bienes especialmente protegidos, los métodos específicos de la guerra, las armas, el trato debido a las personas civiles o fuera de combate, y la aplicación de las normas (12).

Conflictos armados y aplicación del DIH

Para aplicar el DIH se debe reconocer que existe un conflicto armado externo o interno al mismo tiempo que los Estados reglamentan los protocolos y castigan la violación a las normas con el fin principal de proteger a las víctimas del conflicto.

Conflicto armado internacional

Un conflicto armado internacional se define como la confrontación de dos o más Estados que debe cumplir con los principios de *ius ad bellum* y *ius in bello*, con el propósito de controlar, defender o mantener unos recursos naturales o humanos específicos (13). El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) agrega que cualquier diferencia entre dos Estados que incluya la intervención de la fuerza armada, aunque uno

de los dos niegue la existencia de la misma, cumple requisitos para una confrontación (14).

Estos conflictos externos están reglamentados por los Convenios de Ginebra, el Protocolo I, los Protocolos Adicionales y el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional de 1998, entre otros (2).

Conflicto armado no internacional o interno

Según el Protocolo II, se entiende como conflicto armado de carácter interno aquel que:

“en el territorio de una Alta Parte contratante entre sus fuerzas armadas y fuerzas armadas disidentes o grupos armados organizados que, bajo la dirección de un mando responsable, ejerzan sobre una parte de dicho territorio un control tal que les permita realizar operaciones militares sostenidas y concertadas” (15).

Es decir, un conflicto armado no internacional se presenta cuando las fuerzas del Estado luchan contra grupos de oposición en el mismo territorio, existe una organización de los grupos rebeldes y la acción de hostilidad es de índole colectivo (14).

Además del artículo 3 y el Protocolo II, en los conflictos no internacionales son aplicables pocos tratados, entre ellos: La Convención sobre Armas Convencionales, el Estatuto de la Corte Penal Internacional, la Convención de Ottawa sobre la Prohibición de Minas Antipersonales, la Convención de Armas Químicas y la Convención de la Haya para la Protección de Bienes Culturales (11).

La misión médica

La misión médica está conformada por el personal de salud, las instalaciones, los medios de transporte, los equipos, los materiales, las actividades de atención y promoción permanentes o transitorias a las personas afectadas por causa de un conflicto armado (14).

El CICR hace referencia por primera vez a este término en el Protocolo Adicional II, donde se explica el significado del término *misión médica* como “el conjunto de actividades que el personal asistencial cumple de conformidad con sus obligaciones profesionales” (15).

La protección de la misión médica ha sido planteada por diversos acuerdos de organismos gubernamentales y no gubernamentales. Entre ellos se destacan los promovidos por el CICR en los Convenios de Ginebra, los Protocolos Adicionales, la Asociación Médica Mundial (AMM) en el

Manual de Ética Médica para Tiempos de Conflicto Armado, y la Organización Mundial de la Salud.

El Protocolo Adicional I, en el título II, sección I, artículo 8, define la conformación de la misión médica en cada uno de sus elementos. Según este documento, el personal sanitario incluye tanto al militar como al civil, a los organismos de protección civil y las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja o internacionales debidamente reconocidas y autorizadas por una parte del conflicto. Las unidades sanitarias permanentes o temporales comprenden los hospitales, centros de salud, laboratorios, depósitos de materiales sanitarios o farmacéuticos, centros de prevención y promoción fijas o móviles. Por último, el transporte sanitario puede ser civil, militar, permanente o temporal, y destinado exclusivamente para actividades relacionadas con la salud (16).

EL DIH, el conflicto armado interno y la misión médica en Colombia

Reconocimiento de los Convenios de Ginebra y los Protocolos Adicionales

Colombia hace parte de los Estados que han reconocido los Convenios de Ginebra y los Protocolos I y II. La adhesión al Convenio de Ginebra se realizó mediante la Ley 5 de 1960 y está vigente desde el 8 de mayo de 1962. El Protocolo I fue aprobado con la Ley 11 de 1992 y es efectiva desde el 1 de marzo de 1994 (17).

Sin embargo, la adhesión al Protocolo II por medio de la Ley 171 del 16 de diciembre de 1994, que reconoce la regulación del conflicto armado interno, fue impugnada ante la Corte Constitucional por considerar que se extralimitaba en lineamientos que correspondían a la soberanía del país. Por este motivo se emitió la sentencia C-225 de 1995 donde se reconoce que “las normas humanitarias son obligatorias para los Estados y las partes del conflicto, así no se hayan aprobados los acuerdos, ya que esta normatividad depende de su carácter consuetudinario” (10).

El reconocimiento del conflicto armado interno en Colombia

En cuanto a la normatividad y jurisprudencia colombiana que se refiere al conflicto armado, existen las leyes 418 de 1997, 548 de 1999, 782 de 2002, 1106 de 2006, 599 de 2000, 975 de 2005 y la 1448 de 2011. Respecto a las jurisprudencias, existen las sentencias C-251 de 2002, C-802 de 2002 y C-172 de 2004 de la Corte Constitucional (18).

Es importante observar que el conflicto armado en nuestro país solamente fue reconocido políticamente hasta el año 2011. Esto quiere decir que a pesar de que en los periodos anteriores

existía la legislación relacionada, no se había tomado una decisión política que comprometiera al Estado abiertamente con la declaración del conflicto armado interno.

La misión médica en Colombia

En el año 1994 se implementó un plan de acción liderado por el Programa Presidencial para los Derechos Humanos y el DIH que señaló la necesidad capacitar al personal de salud activo o en formación, a las organizaciones de la sociedad civil y a los trabajadores del sector de la misión médica para la atención en el conflicto armado (19).

El Ministerio de Salud define la misión médica en Colombia como: “el conjunto conformado por el personal sanitario, bienes, instalaciones, instituciones, vehículos, equipos, materiales necesarios, personas participantes y acciones propias de la prestación de servicios de salud en situaciones o zonas de conflictos armados, desastres naturales y otras calamidades” (20).

En relación con la legislación que incluye la protección y conformación de la misión médica en el territorio nacional se establecieron la Circular 028/DIPLA-REHUM-868 de 1992, el Decreto 860 de 1998, la Ley 852 de 2003, la Ley 875 de 2004, el Decreto 138 de 2005, el Decreto 2816 de 2006, la Resolución 1020 de 2002 y la Resolución 4481 de 2012 (21,22).

Manual de Misión Médica en Colombia

La Resolución 4481 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra vigente a la fecha y adopta el Manual de Misión Médica con el fin de establecer los deberes y derechos del personal sanitario para garantizar una adecuada prestación del servicio médico en el conflicto armado (23).

A su vez, el Manual de Misión Médica adopta las definiciones del DIH relacionadas con la misión y la actividad médica, incluyendo no solamente los cuidados de salud, sino también la confirmación de fallecimientos, consejos de salud y actividades de promoción y prevención (24).

Derechos y deberes de la misión médica

Entre ellos se incluyen los siguientes deberes (24):

Prestar la asistencia sanitaria de forma imparcial y humanitaria.

Respetar y proteger a las víctimas de los conflictos armados.

Abstenerse de participar en las actividades bélicas.

No abandonar a los heridos y enfermos.

Respetar el secreto profesional.

Portar siempre los documentos e identificarse ante la fuerza pública.

Dar prioridad a la asistencia con base en el criterio médico.

Preservar los principios de ética médica (24).

Incidentes e infracciones contra la misión médica

Este manual tipifica los incidentes y las infracciones contra la misión médica. Define el incidente de la misión médica como “cualquier acción u omisión directa o indirecta que impida, retrase o limite el acceso a los servicios de salud y que no esté clasificada como una infracción al DIH” (24).

Por su parte, las infracciones son catalogadas de acuerdo con el Protocolo II de Ginebra e incluyen los actos cometidos contra heridos, enfermos, población civil, personal sanitario, bienes y transporte sanitario. Teniendo en cuenta estos aspectos, en nuestro país se entiende por infracción a la misión médica: “La conducta que por acción u omisión afecta a los componentes y actividades de la misión médica o a los beneficiarios directos de las mismas y que se relaciona con situaciones de orden público, irrespetando uno o varios deberes o derechos mencionados” (24).

En el manual se enumeran infracciones contra la vida y la integridad, la infraestructura, las actividades sanitarias, los actos de perfidia y las violaciones al secreto profesional (24).

Violencia e infracciones contra la misión médica en el contexto del conflicto armado colombiano

Desde que entró en vigencia la Ley de Víctimas se están recuperando testimonios, documentos y estadísticas relacionadas con las violaciones de los derechos humanos y DIH. Desde 2012, la Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación (CNRR) y el Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH) se han dado a conocer los hechos en busca de la reparación y reconocimiento.

En los últimos 25 años se han reportado 5000 ataques o afectaciones a instituciones educativas, centros de salud, carreteras o bienes civiles. En el informe del CNMH se recopilaban experiencias que evidencian el ataque a las actividades de la salud y, por lo tanto, a la misión médica. Por ejemplo, las promotoras de salud y las parteras son objetivo táctico de los actores armados con el fin de desarticular el liderazgo en la comunidad (25).

Investigaciones realizadas por el CICR en Colombia evidencian una cultura de guerra que considera el sufrimiento de la población civil como “parte de la guerra”. Varios testimonios indican que en nuestro país es “normal” que cada día se presenten víctimas de la guerra e incluso, que una masacre de 20 personas se considere pequeña ante la magnitud de eventos pasados (26).

En un estudio del CICR realizado con civiles y combatientes para conocer su actitud frente al DIH y su experiencia personal en la guerra, se evidenció que solamente un tercio de los encuestados ha oído hablar de los Convenios de Ginebra. Sin embargo, casi el 60% estuvo de acuerdo con que hay reglas en la guerra y que los crímenes que violan estos acuerdos deben ser castigados. Al mismo tiempo, la mayoría de los encuestados manifestaron que no aprueban acciones que puedan perjudicar a la población civil (27).

Durante los años 1995 a 1998 se registró un incremento de hechos violentos y ataques contra la misión médica en nuestro país, haciendo evidente la necesidad de crear políticas públicas para la protección del personal y los servicios sanitarios. Al mismo tiempo, se presentaron el subregistro y la falta de denuncia de este tipo de infracciones (28).

La prestación de servicios de salud ha sido utilizada por los actores del conflicto como un medio de control de la población civil y de la guerra. En el informe *¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad* se expone que, entre los años 1998 y 2002, los paramilitares aumentaron su injerencia en la política regional y local tomando el control de actividades de salud y educación (25).

El CICR indica que, entre septiembre y octubre de 2000, en nuestro país se llevaron a cabo ejecuciones por parte de actores armados—identificados como paramilitares y guerrilleros—a pacientes transportados en ambulancias; situación que llevó a suspender las actividades humanitarias en dichas zonas. Se registraron casos de trabajo de campo en veredas minadas, como en Santa Cruz, donde la médica, única profesional de salud, arriesga su vida para cumplir con atenciones domiciliarias (27).

Entre 2001 y 2004, se presentaron 48 infracciones por restricción y prohibición de oferta sanitaria, 43 casos de robo de medicamentos, 30 casos de ataques a unidades sanitarias, 17 infracciones contra personas, se evitó la atención de heridos o enfermos en 7 oportunidades, se reportaron 140 casos de ataques a la misión médica con 230 víctimas de amenazas, 84 homicidios, 40 casos de retenciones o secuestros, 59 desplazamientos forzados, 13 casos de atención a personas en condiciones inadecuadas, y 29 ataques a transportes sanitarios (28).

Entre los años 2002 y 2007, se presentó el uso indebido de bienes públicos y numerosos ataques a la infraestructura de veredas y municipios, incluyendo las instituciones de servicios de salud (25).

Durante el año 2008 se registraron 35 casos de infracciones a la misión médica; las principales fueron amenazas, privación de la libertad para el ejercicio de la medicina, desplazamientos y ataques directos a personal de salud e instalaciones (29).

El CICR, en su informe del 2009, documentó 31 abusos al equipo de salud, entre los que registró la prohibición de la prestación del servicio médico, la ejecución de pacientes y la persecución de profesionales que generó desplazamientos (30).

En 2010, se registraron 31 infracciones contra la misión médica y 34 hechos que impidieron el desarrollo de esta; sin embargo, el subregistro persiste y se tiene conocimiento sobre desplazamiento de personal de salud que no fue denunciado. Los departamentos más afectados fueron Arauca, Nariño, Norte de Santander, Antioquia, Meta y Chocó (31).

En el año 2011, el CICR documentó 760 situaciones de violación al DIH y evidenció un aumento en las hostilidades en los departamentos del Cauca, Nariño, Antioquia, Córdoba, Putumayo, Caquetá, Meta, Guaviare y Norte de Santander. El CICR solo tiene en cuenta los casos debidamente documentados en sus estadísticas y aquellos que ocurren en zonas de influencia de su labor; por lo tanto, los datos presentados no representan la totalidad de las infracciones cometidas contra la misión médica en nuestro país. En las infracciones contra el personal de salud y la infraestructura sanitaria se registró un aumento del 60% en relación con el año anterior; los departamentos más afectados fueron Cauca, Norte de Santander, Arauca, Nariño y Antioquia. La gravedad de los actos aumentó al punto de que incluyeron asesinatos de pacientes durante su traslado en ambulancias (32).

Durante el 2012, se presentaron 880 presuntas infracciones al DIH, 75 de ellas contra la misión médica y, además, 13 incidentes que incluyen reportes de amenazas y ataques contra el personal e infraestructura sanitaria. Los departamentos más afectados son Cauca, Antioquia, Nariño, Norte de Santander y Chocó, que registraron destrucción de puestos de salud, amenazas de muerte, robo de medicamentos y vehículos, y ataque a pacientes transportados en ambulancias (33).

El Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP) en un informe especial sobre violaciones a los derechos humanos presenta a los autores de las infracciones al DIH durante el 2012: paramilitarismo en 493 casos, FARC en 347 casos, Ejército Nacional en 118 casos, combatientes no identificados en 98

casos, policía en 72 casos y ELN en 48 casos (34). El CINEP reporta las cifras de los datos registrados en el banco de datos de violencia política y derechos humanos y, reconociendo las limitaciones de acceso a la información, presenta una perspectiva sin pretender entrar en conflicto con otras fuentes.

Al terminar el año 2013, el CICR confirmó que el conflicto armado continúa siendo un obstáculo para el acceso a la salud. Las infracciones más frecuentes fueron el bloqueo a la prestación del servicio, el robo de insumos médicos, las amenazas contra el personal de salud y los ataques físicos. Es necesario mencionar que estos ataques se han trasladado a los entornos urbanos de ciudades como Medellín, Buenaventura y Tumaco, donde se registraron 207 presuntas violaciones al DIH (35).

Durante el año 2014, se presentaron varios casos de infracciones a la misión médica. En el mes de abril, en Antioquia dos pacientes fueron asesinados cuando eran transportados en ambulancias hacia centros de atención de mayor complejidad (36).

Materiales y métodos

Esta investigación se realizó utilizando un enfoque cualitativo hermenéutico desde el lenguaje a través de las narrativas. Se adoptaron los presupuestos teóricos de la función narrativa ricoeuriana que permitieron analizar el relato de la experiencia vivida desde la articulación del lenguaje con una trama, unas circunstancias, un tiempo y un sentido reconfigurado en la narración (37).

Reflexiones sobre las narrativas, la memoria y la historia

La promulgación de la Ley de Víctimas permitió que la historia de la violencia en nuestro país se escribiera desde la voz de las víctimas a través de las narrativas de la memoria, cumpliendo el objetivo de restituir lo sufrido a través de la huella en el tiempo (38).

Para Ricoeur, la vida tiene que ver con la narración, pues esta construye una historia que permite organizar sucesos de forma inteligible. Al narrar se pueden comprender los encuentros deseados o no deseados, las interacciones con los otros, las circunstancias y las acciones (37). El lenguaje es el mediador entre el hombre y el mundo, el hombre y el otro, y el hombre y sí mismo. Con el lenguaje se expresa la realidad y se constituye comunidad a partir de la relación con otros (39).

Esta narración de los hechos pasados permite recuperar la memoria histórica, reconstruir los acontecimientos, completar duelos y alcanzar la reconciliación a través de la resignificación de los sucesos (40).

Narrar el mal, para Lara (41), es narrar la cualidad de la experiencia, con un valor ético y político por comprender un proceso de reflexión de verdades de la subjetividad y la complejidad humana como formas simbólicas de relacionarnos con otros seres humanos.

Al respecto, el CICR considera que es necesario reconocer y narrar los episodios de violencia a través de las víctimas para lograr un acuerdo de paz y reconstruir la sociedad; ya que: “sin incorporar esa realidad de contrastes en toda su magnitud, será muy difícil darle el reconocimiento debido a las víctimas del conflicto y plantear soluciones de largo alcance” (32).

Al contar estas historias relacionadas con la práctica médica en el contexto del conflicto armado colombiano, los narradores y los lectores reconfiguran la narrativa obteniendo un sentido y un significado. De esta forma, se comprende un fragmento de la historia de la misión médica en nuestro país, incorporando esa realidad a través de las voces de los múltiples personajes, entre los cuales el médico es la voz principal.

Por este motivo, los testimonios recolectados en este trabajo tuvieron lugar en diferentes tiempos y cuentan otras historias desde la complejidad simbólica de la relación del médico con la comunidad en medio del conflicto.

Es necesario aclarar al lector que esta no es una investigación con enfoque cuantitativo, se trata de un estudio interpretativo de carácter cualitativo y, por lo tanto, de interés comprensivo y explicativo. Por esta razón, los criterios de selección de la población estuvieron determinados por la validez, la verosimilitud, la ubicación geográfica y la temporalidad.

A través de estas narrativas no se pretendió establecer asociaciones causales, cifras, ni patrones sobre los tipos de infracciones cometidas contra la misión médica en nuestro país. El objetivo fue comprender las prácticas y las situaciones de violencia del médico en el contexto del conflicto armado interno y encontrar un sentido a través de las voces de quienes lo viven a diario.

Categorías de análisis

Las categorías de análisis a partir de las cuales se clasificaron e interpretaron las narrativas están relacionadas con la misión médica y la situación de violencia o infracciones contra ella. Así, se usaron como categorías: la práctica médica, las infracciones contra la vida y la integridad, la infraestructura, las actividades sanitarias, los actos de perfidia, las violaciones al secreto profesional, las circunstancias en que sucedieron los hechos y la identificación de infractores.

Procesamiento de interpretación de las narrativas

Se adoptó la estrategia de procesamiento de la información a partir de los aportes de Quintero (42), modificados para cumplir los objetivos de este estudio. El procesamiento está constituido por cuatro momentos: la codificación, la preconcepción de la trama narrativa, la contextualización de la trama narrativa y la reconfiguración de la trama narrativa.

Aspectos éticos

Se realizaron entrevistas narrativas únicamente a los médicos que accedieron voluntariamente a participar en el estudio, a quienes se les aseguraron la confidencialidad y el anonimato de la información correspondiente. Por este motivo, las narraciones se rotularon con códigos que impiden la identificación de los participantes, fueron manejadas exclusivamente por la investigadora, se mantienen bajo custodia y no se cederán ni se utilizarán con otros objetivos.

Es necesario aclarar que se omitieron lugares específicos, nombres y fechas que comprometieran la privacidad y confidencialidad de los entrevistados.

Resultados y discusión

Teniendo en cuenta que esta investigación se enmarcó dentro de una experiencia narrativa, se presentarán los casos identificados que fueron titulados eligiendo extractos del relato de los médicos de acuerdo a los objetivos del estudio y clasificados según una tipología emergente acorde a la teoría revisada y a los sentimientos que emergían a medida que avanzaba la lectura de los mismos.

Los casos de infracciones del DIH contra la misión médica se presentan en la Tabla 1. Es importante comprender que cada uno de los casos presenta varias violaciones y que en la tipología se privilegió la estructura y la trama narrativa de los diferentes protagonistas.

Tabla 1. Tipología de infracciones a la misión médica identificadas en las narrativas analizadas, infracciones según la circunstancia.

| Tipología | Casos | Infracciones | Actores infractores |
|--|--|--|--|
| Las normas en el papel | "Realmente no tenían ningún enfermo". "Lo único que hice fue hacerme detrás de una columna". "Me tocó salir escondida por amenazas". "Yo no entiendo nada de la guerra". | Irrespeto a la neutralidad. Ataque a la misión médica. Desplazamiento forzado. Presión para revelar información protegida. | Fuerza Pública de Colombia Guerrilla |
| ¿Hacia qué lado? Solo soy un médico | "Deje lo que está haciendo. Usted sale ya con nosotros". "El tipo quería saber yo en qué posición estaba". "El que me necesite tiene, y nada que hacer". "Yo no puedo hacer eso". "La vida humana adquiere otra dimensión". "No es buena idea negarse a hacerle un servicio a esta gente". | Violencia contra el personal de salud. Acoso, amenazas, intimidación. Obligar a revelar información prohibida. Restricción y prohibición a la oferta de servicios. Evitar la atención de heridos. Secuestro. | Paramilitares Fuerza Pública de Colombia Guerrilla |
| ¿Actividades sanitarias o territorio de guerra? | "Ustedes no pueden entrar a mi centro de salud con camuflados ni con armas largas". "Esta gente me recogió y me dijo que me necesitaban". "No me podía negar a hacer este tipo de actividades". "Me retiraron y lo remataron delante de nosotros". "Capitán, usted no puede estar acá porque este es un territorio libre". | Conversión de la unidad sanitaria en objetivo militar. Secuestro, amenaza, intimidación. Forzar la atención en condiciones inadecuadas. Violencia contra pacientes y heridos. Infracción contra la neutralidad. | Fuerza Pública de Colombia Paramilitares Guerrilla |
| La soledad del médico: entre el fuego cruzado | "Una columna guerrillera mandaba a recoger la ambulancia". "El ejército me mandó a bajar del bus donde yo iba". "Ustedes son la autoridad militar, pero yo soy la autoridad sanitaria de este lugar". "Empezaron a intimidarme". | Conversión de medio de transporte en objetivo militar. Forzar la atención en condiciones inadecuadas. Conversión de la unidad sanitaria en objetivo militar. Obligar a revelar información. Intimidación, amenaza. | Guerrilla Fuerza Pública de Colombia Paramilitares |
| Víctimas en busca de refugio: la población civil y el médico | "¿Pero a usted qué le pasa señor soldado?" "¿Cómo se le ocurre? Yo no la puedo dejar entrar". | Restricción a la oferta de servicios. Evitar la atención de heridos y enfermos. | Fuerza Pública de Colombia Guerrilla |
| La crudeza de la guerra | "Médica, ¿es que usted no entiende dónde está parada?" "Yo pensaba: ¿qué podía decir para salvarles la vida?" | Derecho Internacional Humanitario Derechos humanos | Guerrilla |

La denominación del conflicto armado interno en nuestro país ha afectado las determinaciones en relación con las agresiones a la población y al personal de salud. La protección de las víctimas se ha caracterizado por la falta de una política estatal clara que permita la reparación, ya que cuando se hace referencia a una situación de terrorismo se exonera a las partes del cumplimiento del DIH.

Por lo anterior reconocer el conflicto armado políticamente permitió escuchar las historias en las voces de las víctimas con el fin de visibilizar lo que hace falta en la protección de la población y conocer los crímenes que se han cometido.

Infracciones identificadas contra la misión médica

Entre las infracciones identificadas contra la misión médica se encuentran la violencia contra las instalaciones de salud, contra los heridos y enfermos, contra el personal de salud y contra los medios de transporte sanitarios.

Además, emergieron diversas violaciones al DIH y a los derechos humanos que no se contemplaron en los objetivos de este trabajo y que merecen una dedicación posterior porque complementan la visión presentada. A continuación se presentan las infracciones tipificadas.

Violencia contra las instalaciones de salud

La violación de la neutralidad de la misión médica se vio comprometida en la mayoría de las situaciones narradas debido al uso abusivo de las instalaciones por parte de los actores armados y a la utilización de los puestos de salud como sitios de observación militar.

Por lo tanto, las instituciones no son protegidas ni respetadas, y el médico queda expuesto a manejar estas situaciones que ponen en riesgo su vida. En la Tabla 2 se enumeran cada una de las infracciones con el extracto de la narrativa que las tipifican.

Tabla 2. Infracciones tipificadas contra las instalaciones sanitarias según lo identificado en la narrativa.

| Infracción | Fuerza narrativa |
|---|---|
| Prohibición de portar armas en centros de salud. | "Es que me parece muy bien que hayan venido, pero con armas no, con armas largas y camuflados no podemos hablar porque yo soy la médica y ustedes son los combatientes" (MF283,171-173). "... pero que nunca entraran con armas al centro de salud porque el centro de salud era un territorio libre" (MM274,132-134). |
| Conversión de unidad sanitaria en objetivo militar. | -"Capitán, usted no puede estar acá porque esto es un territorio libre" (MM274,142). -"Médica, ¿pero es que a usted qué le pasa? Es que nosotros somos ¡soldados de la patria! ¡Somos la autoridad!... Déjenos entrar" (MM306,115-116). |

Violencia contra los heridos y enfermos

La violencia contra los heridos y enfermos es parte del relato de los médicos entrevistados. Los casos narrados, además de comprometer a la misión médica, representan infracciones a los derechos humanos, a la dignidad, y a la humanidad, y son afrontados por el personal de salud en la medida de sus posibilidades. La normativa indica que los heridos, enfermos, mujeres, niños y ancianos deben ser protegidos y atendidos con prioridad (43). En la Tabla 3 se observa una tipificación que incluye la intimidación, la obstaculización a la prestación del servicio médico y el maltrato a las personas fallecidas y sus parientes (44).

Tabla 3. Infracciones tipificadas contra los heridos y enfermos según lo identificado en la narrativa.

| Infracción | Fuerza narrativa |
|---|--|
| Forzar la atención médica en condiciones inadecuadas. | "Me les hace prueba de embarazo a todas, me les hace ecografía a todas y a las que estén sin nada les ponemos el dispositivo ahora mismo y a las que no..." (MM222,149-151). "Es muy violento el hecho que, que ni siquiera se les pregunta ellas que opinan" (MM222, 180-182). |
| Obligar a revelar información de los pacientes. | "Y así mucha gente trató de tirarme la lengua y yo nada, porque yo también sabía que eso era un mensaje que había que mandar" (MF283,223-225). |
| Impedir la atención de heridos o enfermos. | "Les dije que todavía había algo para hacer, me retiraron y lo remataron delante de nosotros" (MM274,77-79). -"Pues vengo a atender a la señora". -"Pues... ¿cómo se le ocurre? Yo no la puedo dejar entrar" (MF337,396-397). |
| No dar prioridad a la población preferente. | "¿No les enseñan el respeto a las mujeres y a los niños?, mire para afuera, usted es un muchacho joven, mire a sus compañeros, son jóvenes, son muchachos y dicen que son soldados, luego estarán entrenados, miren para afuera, ¿qué ven?, señoras embarazadas, niños y niñas, viejitas y viejitos, por lógica ellos entran primero" (MM306,286-293). |
| Violación a la dignidad e irrespeto a los muertos y sus familias. | "Matan la gente, la exhiben, la exponen ahí y se quedan alrededor y nadie se puede acercar a ayudar a los muertos sino hasta que ellos se van. Usted mañana puede ir" (MF337,357-359). |

Violencia contra el personal sanitario

La violencia contra el personal sanitario se presenta en la Tabla 4 e incluye homicidio, lesiones, secuestro, acoso, amenazas, robos, intimidación, arresto y obligar a revelar información protegida.

Tabla 4. Infracciones tipificadas contra personal sanitario según lo identificado en la narrativa.

| Infracción | Fuerza narrativa |
|--|--|
| Secuestro, retención, amenaza. | "...entonces los paramilitares dijeron: 'Deje lo que esté haciendo y usted sale ya con nosotros, porque pasa lo que pasa', tal cosa, pum" (MM222,18-19). "...cuando de pronto una camioneta con gente armada me vino a buscar, eran guerrilleros de uno de las de los frentes guerrilleros que mencioné antes, esa gente me recogió y me dijo que me necesitaban" (MM274,23-25). "El ejército me mandó bajar del bus donde yo iba ya para mi clase con la excusa de que tenían un herido" (MM274,174-175). |
| Violación del secreto profesional. | "El capitán... realmente no tenía ningún enfermo, solo quería como hacer algún acercamiento, hablar con el médico y saber cómo estaban las cosas en el centro de salud" (MF124,49-51). "A ver su registros, déjeme ver los registros" dijo él. Yo: 'No, los registros no porque los registros son médicos, son registros médicos'" (MM306,195-197). |
| Amenazas. Irrespeto a las prioridades médicas. Obligar a violar información protegida. | "...el pueblo la culpaba a ella de haber estado ayudando solo a los del ejército y no a los guerrilleros. Entonces le toco salir de noche escondida por amenazas de la guerrilla..." (MF124,116-118). "Los guerrilleros empezaron a ver con mala vista que yo también atendiera a los soldados, entonces tuve que ir hasta la Secretaría de Salud a decirles que, que o me trasladaban o me tenía que ir, que la situación se estaba haciendo insostenible" (MM274,178-180). "Los soldados dijeron: '¡Pero médica es que si no nos va a dejar entrar, nos toca llevárnoslas hasta la base!'" (MM306,106-107). "Yo de verdad a los paracos les tengo susto, me están amenazando directamente, saben dónde vivo y yo no tengo porque seguir haciendo esto. Renuncié y no volví por allá" (MF378,138-140). |
| Irrespeto a la autonomía médica. | "...estaba atendiendo al jefe de los paracos. ... Se medio mareó y los subalternos me encañonaron... y me, me costó caro explicarles que, que así se reducía el hombro, que yo no lo estaba torturando" (MM222,26-29). (Sobre la guerrilla) "...y no me podía negar a hacer ese tipo de actividades" (MM274,37-38). (Sobre los paramilitares) "...No es muy buena idea negarse a hacerles un servicio a esta gente" (MM222,206-207). |

A pesar de que el DIH exige no obstaculizar la prestación del servicio médico, no obligar al personal de salud a realizar actos en contra de sus principios y permitirle la atención a todos los actores del conflicto; las narrativas visibilizan situaciones que tipifican una clara infracción al Convenio de Ginebra, los Protocolos Adicionales y el Derecho Consuetudinario.

Sin embargo, a pesar de todo, se observa cómo el médico sobrevive en medio de la guerra.

Violencia contra transporte sanitario

El uso indebido del transporte sanitario y las infracciones hacia el mismo se tipificaron en estas narrativas. En uno de los casos surge la inquietud del médico en relación con la protección de la vida de los actores armados (Tabla 5).

Tabla 5. Infracciones tipificadas contra las instalaciones sanitarias según lo identificado en la narrativa.

| Infracción | Fuerza narrativa |
|---|--|
| Uso indebido del transporte para acción del conflicto. | "Me hizo entender que una columna guerrillera mandaba a recoger la ambulancia y que necesitaba al conductor de la ambulancia" (MM274,104-105). |
| Conversión del medio de transporte en objetivo militar. | "(Ante la presencia de paramilitares)"...pues efectivamente, pues subimos a los seis guerrilleros, los metimos en una ambulancia escoltados por la policía" (MM222,90-96). |

Circunstancias en torno a las infracciones de la misión médica

Las circunstancias en las que se presentan las infracciones están relacionadas con la prestación del servicio médico, incluidas la consulta externa, las brigadas de salud, la atención a personas protegidas e incluso la atención digna de los fallecidos.

Otra circunstancia común en los relatos se relaciona con las amenazas a los miembros de la misión médica cuando cumplen con el deber de atender a los heridos y enfermos de todos los bandos. Se presentan también casos donde el médico es retenido y forzado a la atención de pacientes en condiciones inadecuadas y contra la voluntad de los mismos.

Infractores de los principios que protegen a la misión médica

En nuestro país, todos los actores armados están comprometidos en casos de infracción al DIH y la misión médica en las narrativas analizadas. Los infractores incluyen a guerrilleros (FARC, ELN), paramilitares y la Fuerza Pública de Colombia (Fuerzas Militares y Policía Nacional).

Conclusiones y recomendaciones

Estas narrativas permitieron conocer parte del territorio y sus dinámicas en torno al conflicto y a la práctica médica. También han generado un dolor de patria, de pueblo, de profesional, de humano, que —ante tanta humillación y desafío— llevó a las lágrimas: las víctimas no son invisibles, pudimos ser nosotros.

El conflicto armado interno colombiano y la misión médica en el DIH

En Colombia se presentan cotidianamente violaciones a los principios del DIH. Respecto a los ataques contra la misión médica, prevalece el subregistro y el miedo a la denuncia dado el carácter del conflicto armado interno.

Para Muñoz y Fresard (26), el comportamiento de los combatientes legales e ilegales se relaciona con la universalidad de la adhesión del Estado y su compromiso ante los convenios del DIH, con la adaptación a las conductas violatorias de los actores, el ciclo de la violencia, la desresponsabilización y la justificación de comportamientos. Por lo tanto, en la medida en que logremos la construcción de la memoria y el reconocimiento de los supervivientes podremos asumir una actitud incluyente y relacional hacia el respeto del DIH.

Las causas de las violaciones incluyen el carácter criminógeno de la guerra, las razones de oportunidad, los objetivos de la guerra, las razones psicosociológicas y las razones de índole personal (26).

En relación con los actos terroristas, el DIH no reglamenta los actos terroristas ni cubre a terroristas (2); por este motivo, es necesario continuar con el reconocimiento político del conflicto armado interno colombiano y promover el cumplimiento del DIH en el ámbito político y jurídico, no solamente en el moral.

La formación en DIH va más allá de impartir conocimientos; debe influenciar comportamientos y cambiar actitudes, aspecto que claramente está ausente en nuestro país (45).

La construcción de la memoria histórica, el reconocimiento de las víctimas y la reconciliación

La verdad y la confianza se ven atacadas cuando existe un conflicto armado (46). Esta es la motivación para continuar el proceso de memoria y reconciliación planteada en la Ley de Víctimas: recuperar la historia a través de las voces olvidadas.

Para lograrlo, el Programa Nacional de Derechos Humanos y Memoria Histórica en Colombia tiene a su cargo la preservación y custodia de materiales que documenten temas relacionados con las violaciones al DIH y a los derechos humanos con ocasión del conflicto armado interno. Con esta investigación se espera haber contribuido a la reconstrucción de la memoria colectiva con el fin de participar en el reconocimiento y reparación de las víctimas.

El personal médico que nos compartió sus memorias en las narrativas

Los médicos autores de estas narrativas se convierten en protagonistas de sus historias reconociendo en la población un conjunto de seres necesitados de humanidad, asumiendo labores que le corresponden en muchas ocasiones al Estado colombiano.

El informe realizado por el CICR sobre la responsabilidad del personal de salud que trabaja en conflictos armados plantea que cuando el equipo sanitario está al límite de exigencia por situaciones de violencia, las “reacciones suelen ser muy emocionales” (44, p. 21). Sin embargo, a través de las narrativas se observó a un equipo de salud que trabaja coordinadamente y que, a pesar de estar sin apoyo del Estado, logra solventar situaciones relacionadas con crímenes de guerra y violaciones al DIH.

La educación médica y la formación de nuestros estudiantes de la salud

Se evidenció una falta de formación básica en DIH y misión médica en las facultades de medicina donde fueron formados los médicos que compartieron sus narrativas. Es importante tener en cuenta que el riesgo para la misión médica aumenta y expone tanto a la población civil como al personal de salud si se considera la falta de entrenamiento, la magnitud y la extensión del conflicto armado en el país.

Profundizar en estos aspectos permitiría a los trabajadores de la salud conocer estrategias de manejo de la vulnerabilidad individual ante el conflicto armado, del conocimiento de la amenaza, de la diferenciación del tipo de violencia, de la aceptación del peligro y del refuerzo de la capacidad de acción en la adversidad (22).

Enseñar consignas de seguridad a los estudiantes y profesionales de la salud que prestan servicios en áreas de conflicto reduciría las acciones letales y ayudaría a visibilizar la realidad de las infracciones en nuestro país.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por la autora.

Financiación

Este artículo es producto de un macroproyecto de investigación denominado *La práctica médica en el conflicto armado colombiano: un estudio desde las narrativas médicas*. Los resultados presentados corresponden a la fase II titulada *La práctica médica en el conflicto armado colombiano y el*

Derecho Internacional Humanitario: Narrativas médicas como memorias de supervivencia, desarrollada durante el año sabático concedido por Resolución 2231 de 2012 y reanudado por Resolución 001 de 2014 de la decanatura de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. La fase I correspondió a la tesis doctoral *Narrativas de médicos colombianos en contexto de guerra: principios y acciones que orientan la toma de decisión en situaciones dilemáticas*, presentada como parte de los requisitos para optar por el título de Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.

Agradecimientos

A los profesionales de la salud en Colombia que asumen cotidianamente una lucha solitaria para enfrentar los males de la guerra. A aquellos que apoyaron con su presencia, aún en la distancia, el progreso de esta investigación.

Referencias

1. Comité Internacional Cruz Roja (CICR). ¿Qué es el derecho internacional humanitario? Ginebra: Servicio de Asesoramiento en derecho internacional humanitario; 2004 [cited 2013 Sep 15]. Available from: <http://goo.gl/JU64k0>.
2. CICR, editor. Derecho Internacional Humanitario. Ginebra, Suiza: CICR; 2012.
3. I Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña, (1949).
4. II Convenio de Ginebra para mejorar la suerte de los heridos, enfermos y náufragos de las fuerzas armadas en el mar, (1949).
5. III Convenio de Ginebra relativo al trato de los prisioneros de guerra, (1949).
6. IV Convenio de Ginebra relativo a la protección de personas civiles en tiempo de guerra, (1949).
7. Blishchenko I. Aprobación de los protocolos adicionales de 1997. *Revista Internacional de la Cruz Roja*. 1997 [cited 2015 jun 10];22(143):546-9. Spanish. <http://doi.org/fk9j82>.
8. Convención de la Haya, (1954).
9. Protocolos Adicionales para la regulación DIH, (1999).
10. Revisión constitucional del “Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949, relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional (Protocolo II)” hecho en Ginebra el 8 de junio de 1977, y de la Ley 171 del 16 de diciembre de 1994, por medio de la cual se aprueba dicho Protocolo, (May 18, 1995).
11. CICR. El surgimiento del derecho internacional humanitario contemporáneo [Internet]. 2010 May 13 [cited 2013 Nov 22]. Available from: <http://goo.gl/OJSrVg>.
12. Henckaerts JM, Doswald-Beck L. El derecho internacional humanitario consuetudinario. Buenos Aires, Argentina: CICR; 2007.
13. Walzer M. La ética en situaciones de emergencia reflexiones sobre la guerra. Barcelona: Paidós; 2004.
14. CICR. Primeros auxilios en conflictos armados y otras situaciones de violencia. Ginebra, Suiza: Comité Internacional de la Cruz Roja; 2007.
15. Protocolo II: Relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional, (1977).
16. Protocolo I: Relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, (1977).
17. Robledo C, Serrano C. El DIH y su aplicación en Colombia. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 1999.
18. Procuraduría General de la Nación. Violación al Derecho Internacional Humanitario: Muerte injustificada de un civil por parte de miembros del ejército nacional. In: Disciplinaria S, editor. Bogotá; 2013. p.38.
19. Colombia. Vicepresidencia de la República de Colombia. Seminarios de profundización en Derecho Internacional Humanitario y misión médica. In: Programa Presidencial para los Derechos Humanos y la Aplicación del Derecho Internacional Humanitario, editor. Bogotá, Colombia: Ministerio de Protección Social; 2003.
20. Por la cual se dictan medidas para la protección de la misión médica, Resolución 1020, (Ago 5, 2002).
21. International Committee Red Cross (ICRC), IHL National Implementation Data Base [Internet]. Ginebra, Suiza: War and law, Colombia. [Cited 2013 Sep]. Available from: <http://goo.gl/An1epV>.
22. Colombia. Guía de documentos referencia sobre la misión médica. Bogotá, Colombia: Ministerio de Protección Social; 2008.
23. Por la cual se adopta el Manual de Misión Médica y se establecen normas relacionadas con la señalización y divulgación del emblema, Resolución 4481, (Dic 28, 2012).
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual de Misión Médica. Bogotá, Colombia: Oficina de Gestión Territorial; 2013.
25. Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH). ¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Bogotá, Colombia: Informe General Grupo de Memoria Histórica; 2013.
26. Muñoz-Rojas D, Fresard JJ. El origen del comportamiento en la guerra. 1st ed. Ginebra, Suiza: CICR; 2004.
27. ICRC. People on war. Ginebra, Suiza: ICRC; 1999 [cited 2015 jun 10]. Available from: <http://goo.gl/mo9S26>.
28. Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH. Misión Médica. In: Programa Presidencial de Derechos Humanos, editor. Boletín Temático. Bogotá, Colombia: Observatorio del Programa Presidencial DH y DIH; 2005.
29. CICR. Informe Colombia 2008. Bogotá, Colombia: CICR; 2009.
30. ICRC. Report 2009 Colombia. Ginebra, Suiza: ICRC; 2010.
31. CICR. Informe Colombia 2010. Bogotá, Colombia: CICR; 2011.
32. CICR. Situación humanitaria: Informe de actividades Colombia 2011. 1st ed. Bogotá, Colombia: CICR; 2012.
33. CICR. Situación humanitaria: Informe de actividades Colombia 2012. Bogotá, Colombia: CICR; 2013.
34. Centro de Investigación y Educación Popular/Programa por la Paz (CINEP/PPP). Informe especial sobre la situación de los derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario en Colombia durante 2012. Bogotá, Colombia: CINEP; 2013.
35. CICR. Colombia: Situación humanitaria. Bogotá, Colombia: CICR; 2014.

36. Gobernación de Antioquia. Gobernación de Antioquia reitera rechazo a violaciones a la Misión Médica. Medellín, Colombia: Dirección de Información y Prensa; 2014 [cited 2014 May]. Available from: <http://goo.gl/sTNqxU>.
37. Ricoeur P. La vida: Un relato en busca de un narrador. *Agora: Papeles de filosofía*. 2006;25(2):9-22.
38. Ricoeur P. La lectura del tiempo pasado: Memoria y olvido. Arrecife, España: Universidad Autónoma de Madrid; 1999.
39. Ricoeur P. Teoría de la interpretación: Discurso y excedente de sentido. México: Siglo XXI; 2003.
40. Medina C, Flórez F. Memorias indómitas: Colonización, minería y resistencia social en las regiones del sur de Bolívar, Bajo Cauca y Nordeste Antioqueño. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
41. Lara MP. Narrar el mal. Una teoría postmetafísica del juicio reflexionante. Barcelona: Gedisa; 2009.
42. Quintero M. Justificaciones y narraciones: orientaciones teóricas e investigativas en la formación ética y política. Bogotá: Universidad Distrital; 2011.
43. CICR. Asistencia de salud en peligro: La realidad del problema. Ginebra: CICR; 2011.
44. Coupland R, Breitegger A. Asistencia de salud en peligro: Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias. Ginebra, Suiza: CICR; 2013.
45. CICR. Respetar y proteger la asistencia en salud en conflictos armados y en situaciones que no están regidas por el DIH. In: Servicio de Asesoramiento en Derecho Internacional Humanitario. Ginebra, Suiza: CICR; 2012.
46. Santacruz LH. Misión Médica y DIH. In: Guerrero V, editor. Los sesenta años de los Convenios de Ginebra. Bogotá, Colombia: JAVEGRAF; 2010. p.64-7.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.50632>

Homicidas juveniles en Bogotá, estudio de grupos focales

*Young murderers in Bogotá, a focus groups study*Franklin Escobar-Córdoba¹ • Ángela Rocío Acero-González¹ • Jorge O. Folino²

Recibido: 24/04/2015 Aceptado: 22/05/2015

¹ Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.² Maestría en Salud Mental Forense, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de la Plata. La Plata, Argentina.

Correspondencia: Franklin Escobar-Córdoba. Oficina 202, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Ciudad Universitaria. Bogotá, D.C., Colombia. Tel: +57 1 3165000, ext: 15161. Correo electrónico: feescobarc@unal.edu.co.

| Resumen |

Antecedentes. La violencia ha sido declarada un problema de salud pública mundial. En los últimos años, se ha visto un incremento alarmante de la violencia causada por adolescentes, reflejado en indicadores como el número de homicidios. Los adolescentes son victimarios y víctimas de muchos de estos actos violentos. Colombia no escapa a este fenómeno —donde el homicidio es la principal manera de muerte violenta— y se cuenta con pocos estudios en población homicida juvenil.

Objetivo. Explorar comportamientos asociados a cometer homicidio en jóvenes escolarizados y población no escolarizada.

Materiales y métodos. Estudio cualitativo mediante técnica de grupos focales.

Resultados. Se encontró como el factor de riesgo más implicado la disponibilidad y uso de armas. Otros factores de riesgo afectan la disposición del joven homicida para tener un comportamiento criminal y las estrategias de control que son elegidas por el individuo. Dichos factores son apreciados de maneras distintas por los jóvenes homicidas y los no homicidas.

Conclusión. Este estudio arroja información clave que puede ser utilizada en el diseño e implementación de estrategias para enfrentar el homicidio juvenil como problema de salud pública.

Palabras clave: Conducta peligrosa; Delincuencia juvenil; Factores de riesgo; Homicidio; Violencia; Joven (DeCS).

Escobar-Córdoba F, Acero-González AR, Folino JO. Homicidas juveniles en Bogotá, estudio de grupos focales. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):389-98. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.50632>.

Summary

Background. Violence has been declared as a public health problem in the world. In the last years, there has been an alarming increase of the violence caused by adolescents. This has been reflected in several indicators as the number of homicides. Adolescents are both criminals and victims of many of these violent acts. Colombia has not escaped this phenomenon—being homicide its main way of violent death—and there is little specific data on juvenile homicidal population.

Objective. To explore likely risk factors linked to homicide committed by two young populations: a schooled one and non-schooled one.

Materials and methods. A qualitative study of two focus groups: one composed by young murderers and another by young non-murderers.

Results. Studies show that the main risk factor is the access to and the use of weapons. Other risk factors affect the young's murder disposition to develop a criminal behaviour and the control strategies chosen by them. Such factors are interpreted in different ways by young murderers and non-murderers.

Conclusions. This study gives important data which can be used in order to design and establish strategies to handle juvenile murder as a public health issue.

Keywords: Conduct disorder; Dangerous behaviour; Juvenile Delinquency; Risk Factors; Homicide; Violence; Adolescent (MeSH).

Escobar-Córdoba F, Acero-González AR, Folino JO. [Young murderers in Bogotá, a focus groups study]. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(3):389-98. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.50632>.

Introducción

La violencia ha sido, desde todas las épocas, un acompañante común de la humanidad; sin embargo, en los últimos tiempos ha adquirido una importancia tal que en 1996 fue declarada por la Asamblea Mundial de Salud como un problema de salud pública (1).

En el ámbito mundial, la mayor expresión de violencia —el homicidio— es la vigésima segunda causa de mortalidad, mientras que, en los países de bajos recursos de América, alcanza el quinto lugar y, en Colombia, el primer puesto como manera de muerte violenta. Esto sin tener en cuenta las demás consecuencias de los actos violentos tanto en los ámbitos personal y familiar como en el social (1–3).

En Colombia, donde la tasa de homicidios superó con creces la tasa mundial, la prevención se debe convertir en un pilar para la acción, siendo necesario determinar factores de riesgo que permitan llevar a cabo políticas de salud en este sentido. Es así como Farrington & Loeber (4) han identificado algunos factores de riesgo para el desarrollo de violencia en los jóvenes tales como la impulsividad, la inatención, el bajo nivel intelectual, la disponibilidad de armas —principalmente de fuego (AF) y cortopunzantes (ACP)— y de sustancias psicoactivas (SPA), tener una familia separada, el abuso infantil, tener padres delincuentes y pertenecer a una pandilla.

Se decidió fundamentar el desarrollo de esta investigación a la luz de la teoría general de la presión (TGP) desarrollada por Agnew (5), quien definió varias medidas del fenómeno presión, los tipos principales, los enlaces entre la presión y el crimen, las diferentes estrategias para defenderse de la presión, los factores determinantes de la conducta delincencial o no delincencial y las recomendaciones políticas para combatir la criminalidad, que se pueden trazar con base en esta teoría. Este enfoque intenta explicar la diferencia en la criminalidad entre grupos, por ejemplo, las tasas de criminalidad de mujeres frente a las de hombres.

A pesar de la alta frecuencia de homicidios en Colombia, se cuenta con pocos estudios específicos sobre la población homicida juvenil. Por esta razón, en virtud de la cercanía con

la que se pueden explorar los factores de riesgo de forma más temprana, se planteó este estudio. Con la realización de esta investigación cualitativa se logró, en un grupo de adolescentes homicidas en Bogotá, explorar algunos factores de riesgo para este desenlace (6).

Materiales y métodos

Se organizaron dos grupos focales. En el primero, con once adolescentes homicidas, participaron profesionales de varias disciplinas (psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería), así como facilitadores institucionales, y se empleó una guía de preguntas. El segundo grupo focal se compuso de 12 adolescentes no homicidas de ambos géneros y de similares condiciones socioeconómicas a los adolescentes homicidas.

Muestra

Población estudiada

Constituida por adolescentes infractores por homicidio, que se encontraban internos en los centros de reeducación para adolescentes infractores Escuela de Trabajo El Redentor y Hogar Femenino en Bogotá. El grupo no homicida juvenil estuvo conformado por adolescentes estudiantes de bachillerato de la Institución Educativa Distrital Bravo Páez, de condiciones de edad, género y estrato socioeconómico similares a los jóvenes homicidas.

Materiales y métodos

La técnica de los grupos focales es una actividad con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, en donde se procura que un grupo de individuos —seleccionados previamente por los investigadores— discutan y elaboren, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación. Si se logra generar un ambiente adecuado y se controlan las variables necesarias, se obtiene información valiosa tanto del contexto como de las relaciones y actores directamente involucrados en la temática en estudio (7–11). Se utilizó esta técnica con el objetivo de tener un acercamiento de mayor profundidad a la opinión de los jóvenes sobre el tema del homicidio juvenil, así como de identificar sus preconceptos y sondear su imaginario como población objetivo y sujeto de investigación (12).

Procedimientos

Se realizó un contacto inicial para información y sensibilización con respecto a los requerimientos y temas a tratar, luego se obtuvo un permiso institucional. Ante cada grupo

de jóvenes, se hizo una inducción y presentación del tema y se establecieron expresamente criterios éticos de participación voluntaria, confidencialidad y respeto a la opinión ajena.

Se contó con un agente facilitador por cada grupo focal, se tuvo una guía de discusión (Anexo 1) y un asistente observador que apoyó el diálogo. La información se recolectó, sistematizó y fue interpretada por el equipo que lideró el proceso, en el cual se incluyeron profesionales de las ciencias humanas.

Teniendo en cuenta los objetivos del estudio y el uso de los instrumentos de medición, se usó la guía de discusión de los autores Maya *et al.* (12) —aplicada en un estudio similar al proyectado—, que fue adaptada a las condiciones de la temática del homicidio. En los grupos focales, esta guía de discusión sirvió de orientación flexible para el diálogo con los jóvenes. Se tuvo en cuenta un lenguaje coloquial, para hacer legible el vocabulario técnico-científico.

Temática de los grupos focales

La guía de discusión propuesta incluyó: opinión frente a la situación del joven en su contexto, sus fortalezas y debilidades para afrontar situaciones, opinión respecto a la delincuencia juvenil, homicidio juvenil, sicariato, factores de riesgo y protección relacionados a la delincuencia, homicidio juvenil, consumo de SPA y alcohol etílico.

Estrategia metodológica del grupo focal

Se partió de la definición del propósito y de los objetivos del estudio. Estos se ajustaron para una exploración y discusión de la temática de la violencia y del homicidio juvenil entre los jóvenes no homicidas y los homicidas. El propósito del estudio fue contribuir a un mejor conocimiento del tema del homicidio cometido por adolescentes en Colombia. Este estudio cualitativo forma parte de uno más amplio con metodología mixta que tenía como objetivo evaluar factores de riesgo: datos sociodemográficos, características familiares y de desempeño escolar, exposición a maltrato infantil por parte de familiares, conductas violentas previas y uso de armas, características delictivas en su grupo de pares y su participación en pandillas, comorbilidades —principalmente uso y abuso de alcohol y otras SPA—, trastornos de conducta y síntomas como irritabilidad, impulsividad, antecedente de intento de suicidio, existencia de marcas corporales como tatuajes, uso de *piercings*, cicatrices por AF y ACP, y tiempo de permanencia en la calle, en adolescentes infractores por homicidio y en un grupo de jóvenes no homicidas.

Se estructuró un mismo guión para los dos grupos focales, con una guía temática de preguntas a desarrollar en la actividad

(Anexo 1) y se definieron previamente los participantes de cada uno de los grupos focales. Según los objetivos del estudio, se tuvo en cuenta una lista de características predominantes para seleccionar a los participantes: edad entre los 13-18 años, de ambos sexos, pertenencia a la institución educativa o reeducativa elegidas y procedencia de un estrato socioeconómico similar al de los casos de jóvenes homicidas, es decir, estratos I a IV.

Los participantes fueron invitados oficialmente, se les indicaron los objetivos del estudio, la metodología de trabajo a seguir, su rol, la ausencia de incentivos económicos por su participación y se identificaron previamente. Además, se les aclaró que se mantendría el anonimato y confidencialidad de lo expresado por los participantes.

Se hizo una preparación de preguntas estímulo (Anexo 1). Las nueve preguntas seleccionadas, y evaluadas previamente, se realizaron con el objetivo de que se diera una discusión de lo más general a lo más específico. Se colocaron en una secuencia que fuese cómoda para los participantes, moviéndose desde lo general a lo específico. Al final, se permitió que los jóvenes expresaran otras inquietudes sobre los aspectos tratados en esta guía de discusión.

El moderador del grupo focal se seleccionó teniendo en cuenta que fuese un participante de la planificación de la reunión y estuviera totalmente al tanto del tema a investigar, para que lograra un dominio efectivo de la actividad. Debía tener habilidades comunicacionales como saber escuchar, darse a entender claramente tanto verbal como no verbalmente, saber interpretar conductas comunicacionales, manejo de dinámicas de grupos, control eficiente del tiempo y asertividad. También se debía ocupar no sólo de mantener a los miembros de los grupos atentos y concentrados, sino también de mantener el hilo central de la discusión y cerciorarse que cada asistente al grupo focal participara activamente.

En los grupos focales, el moderador promovió el debate planteando preguntas que estimularon la participación, demandando y desafiando a los participantes, con el objetivo de sacar a flote las diferencias. Se llevó la discusión incluso a los pequeños detalles y, cuando fue el caso, se impulsó la discusión hacia temas más generales, sobre todo cuando tomaba un rumbo equivocado o ambiguo. Se procuró mantener a los participantes atentos al tema en discusión y, cuando fue necesario, se condujo la entrevista grupal hacia sus orígenes con el objetivo de reordenarla. También, se aseguró que cada uno de los participantes tuviera la oportunidad de expresar sus opiniones. En ningún momento de la discusión se mostraron preferencias o rechazos que indujeran a los participantes a una opinión determinada o a una posición en particular.

Además, se utilizó un equipo interdisciplinario de tres personas observadoras con funciones de hacer la relatoría y hacer un trabajo de observación del comportamiento asociado de los asistentes. Con este objetivo, se invitó a participar a una trabajadora social con experiencia en manejo de grupos, comunidad y salud mental, a un psicólogo con experiencia en investigación y docencia universitaria, y a dos médicas residentes de segundo y tercer año de psiquiatría.

La reunión del grupo focal con jóvenes no homicidas se realizó en un salón de clase de la institución educativa seleccionada que tenía buena acústica y privacidad para poder filmar. De igual forma, el grupo focal con los jóvenes homicidas se llevó a cabo en un sitio adecuado para tal fin. Sin embargo, en este último grupo se prefirió no filmar ni grabar voz para garantizar una mayor fiabilidad en la toma de la información y para no despertar desconfianza en los participantes del grupo. Se transcribieron literalmente las opiniones emitidas por los sujetos de investigación. Los participantes fueron distribuidos en configuración en U permitiendo una relación *cara a cara*. La entrevista grupal duró poco más de una hora, lo que permitió realizar observaciones durante la apertura y el cierre de ésta, al igual que las preguntas introductorias o de inducción. Esto permitió una dinámica funcional de los grupos focales adecuada.

La filmación realizada al grupo focal de jóvenes no homicidas —por un camarógrafo profesional— permitió que el equipo de investigación recuperara fácilmente los aportes más importantes y los comentarios que fueron hechos durante la discusión. La presencia de los dispositivos de filmación fue discreta. Al final de esta reunión se brindaron refrigerios a los participantes.

La interpretación de la información obtenida se llevó a cabo luego de resumir inmediatamente la discusión y los acuerdos de la reunión, lo cual permitió evitar el sesgo de memoria. Se observó la videograbación inmediatamente, lo que permitió que se reconstruyera no sólo la atmósfera de la reunión sino también lo tratado. Se analizaron los relatos, actitudes y opiniones que aparecieron reiteradamente, así como los comentarios sorprendentes, conceptos o vocablos que generaron algunas reacciones positivas o negativas en los participantes. La información obtenida se discutió con el grupo de relatores y observadores y se unió con las otras herramientas que se utilizaron para recolectar la información.

Consideraciones éticas

Este estudio se adecuó a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, estuvo en conformidad con los

artículos dispuestos en la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación (13–16), y fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Bogotá. Los nombres de los participantes en el estudio se mantuvieron en estricta confidencialidad.

Resultados

En las Tablas 1 y 2 se describen las características de los participantes de cada grupo focal. En seguida, se anotan las apreciaciones y recomendaciones del grupo focal con jóvenes no homicidas y jóvenes homicidas.

Tabla 1. Participantes en el grupo focal de jóvenes no homicidas de la Institución Educativa Distrital Bravo Páez.

| No. del caso | Nombre dado por iniciales cambiadas | Edad en años | Género | Estrato socioeconómico |
|--------------|-------------------------------------|--------------|-----------|------------------------|
| 1 | PB | 15 | Masculino | 3 |
| 2 | EY | 14 | Masculino | 3 |
| 3 | JKO | 15 | Masculino | 3 |
| 4 | GS | 15 | Masculino | 3 |
| 5 | WS | 15 | Masculino | 3 |
| 6 | JRA | 15 | Femenino | 3 |
| 7 | FAB | 15 | Masculino | 3 |
| 8 | ODG | 15 | Masculino | 3 |
| 9 | JPA | 18 | Masculino | 3 |
| 10 | JG | 16 | Masculino | 2 |
| 11 | FR | 16 | Masculino | 3 |
| 12 | EN | 16 | Masculino | 3 |

Tabla 2. Participantes en el grupo focal de jóvenes homicidas internos en la Escuela de Trabajo El Redentor y Hogar Femenino.

| No. del caso | Nombre dado por iniciales cambiadas | Edad en años | Género | Estrato socioeconómico |
|--------------|-------------------------------------|--------------|-----------|------------------------|
| 1 | JCA | 16 | Masculino | 3 |
| 2 | CDM | 17 | Masculino | 3 |
| 3 | CB | 17 | Masculino | 3 |
| 4 | JR | 16 | Masculino | 3 |
| 5 | FAB | 17 | Masculino | 2 |
| 6 | ODG | 17 | Femenino | 2 |
| 7 | JP | 16 | Masculino | 2 |
| 8 | JG | 16 | Masculino | 2 |
| 9 | GR | 16 | Masculino | Rural |
| 10 | ML | 16 | Masculino | 2 |
| 11 | LR | 17 | Masculino | 1 |

Los jóvenes no homicidas participantes refieren:

En cuanto a la primera pregunta *¿esta sociedad le presta atención a los jóvenes?*, respondieron: “creemos que sí”, “a veces sí”, “a veces no”.

Para la segunda pregunta *¿cuál es la opinión del joven, cómo afectan a la juventud la situación de violencia, los problemas con la justicia y el manejo de los medios?*, contestaron que: las peleas entre los jóvenes se planifican, se encuentran a la salida del colegio, “galladas contra galladas”, y cuando se involucran familiares, las peleas son peores, más fuertes y con mayores consecuencias. Los jóvenes solucionan los problemas de manera violenta. Los jóvenes tienen que andar armados por seguridad, si el barrio es “pesado” —con pandillas y drogas—, otros jóvenes ven riesgoso tener armas en la casa y afirman que esto los protege de la violencia. La mayoría de los jóvenes han visto ACP y AF. En una requisa de la policía al colegio encontraron elementos cortopunzantes como cortaúñas, tijeras, *patecabras* y navajas entre las pertenencias de los estudiantes.

Acerca de la tercera pregunta *¿cómo ven los jóvenes su situación de vida en Bogotá y qué opinan del ambiente en que se están desarrollando?*, afirmaron que los paramilitares en un barrio y la policía en otro barrio son colocados en el mismo nivel por promover la tranquilidad en el barrio. La limpieza social practicada por los paramilitares, cuando matan drogadictos, es bien vista porque hay tranquilidad en el barrio. La policía es garantía de tranquilidad en el barrio, en cambio los policías bachilleres, que prestan un servicio social, no son garantía de seguridad, pero los policías motorizados que llegan con las armas en las manos sí la brindan. Las barras bravas de los equipos de fútbol Millonarios y Santafé propician la violencia en los barrios.

Ante la cuarta pregunta *¿cuáles son los aspectos positivos y negativos de la situación actual en lo que tiene que ver con la conformación familiar, el ambiente del colegio y la relación con los amigos?*, aseveraron que los amigos incitan al consumo de drogas y a cometer actos violentos. Algunos afirman que están más tranquilos en el colegio que en la casa. Los maltratos intrafamiliares, las violaciones, sobre todo el maltrato físico y verbal, padres alcohólicos, maltratadores y que abandonan son factores que promueven la violencia. Es común que los padres consuman alcohol y esto no es visto como problema para los jóvenes; en cambio, si se considera un problema si los padres consumen sustancias ilegales, lo cual es visto como algo más grave. Luego de las fiestas, se presentan los problemas de violencia por influencia del alcohol y por personas no invitadas, cuando “vienen de otros barrios”.

En relación con la quinta pregunta, *¿qué hechos llevan a un joven a tener comportamientos por fuera de la ley?*, indicaron que los jóvenes cometen ilícitos por falta de dinero, por consumo de drogas, por ponerse “buenas pintas”, porque no hay valores en la casa, porque no tienen hogar, por cuestiones personales, porque “el que quiere dañarse se daña”, por ser maltratado en la casa, en la escuela o en ambas partes, por vivir en la calle, por problemas, por necesidades de comida, por “sentir adrenalina”.

Sobre la sexta pregunta *¿por qué los jóvenes en nuestra sociedad consumen alcohol y drogas y qué consecuencias trae su consumo para el futuro de la juventud?*, respondieron que los jóvenes han escuchado que consumir drogas promueve la violencia, pues éstos se drogan para “ir a atracar y conseguir más droga”. Al estar drogados se desinhiben y agreden a las personas con las que hay inconvenientes. Los jóvenes consumen alcohol étílico en las fiestas, por imitar a los padres, para divertirse y por costumbre social. Los hombres consumen más alcohol que las mujeres, “de pronto porque los padres cuidan más a las mujeres que a los hombres”. También contestaron que las mujeres pelean por los hombres. Existe mayor consumo de alcohol étílico por la influencia de la música, de los medios de comunicación, por el reggaetón o “restregón”. Las mujeres toman más alcohol étílico por “despecho” y por cuestiones emocionales; otras jóvenes afirman que son iguales de violentas a los hombres, las pandillas son mixtas, pero hay algunas de sólo mujeres. Consideran que los hombres consumen más drogas que las mujeres.

En torno a la séptima pregunta *¿qué hechos pueden prevenir el consumo de drogas en los jóvenes?*, indicaron que para que no haya drogadicción es necesario realizar campañas sobre los aspectos negativos de la drogadicción.

En cuanto a la octava pregunta *¿por qué algunos jóvenes en nuestra sociedad llegan a cometer homicidios y otros se vuelven sicarios?*, afirmaron que los jóvenes matan por venganza, porque le hicieron algo a su familia, porque no les venden drogas, por “chismes”, por problemas entre pandillas, por defenderse, por defender el honor de la familia, por amor, por influencia de los amigos, por gusto, por dinero, porque “no les pasa nada, no van a la cárcel”.

Acerca de la novena pregunta *¿qué situaciones o hechos evitarían que un joven se vuelva homicida?*, informaron que a los jóvenes los protege de la violencia y el homicidio la comunicación adecuada, el perdón, el tener una familia normal. Manifiestan que la violencia en Colombia está lejos de acabarse, porque es un país intranquilo, por los robos, la guerrilla, los *paracos*.

Sobre la décima pregunta *¿por qué algunos jóvenes usan marcas en el cuerpo?*, respondieron que los tatuajes son “por

moda”, se observan en personas *malosas*, para mostrar lo que se siente, es una forma de expresión y de arte, sirven para reseñar algo significativo en la vida, porque le pasó algo *bien áspero*. Otros jóvenes no se tatúan porque los regañan en la casa.

Estas son las apreciaciones y recomendaciones obtenidas durante la discusión del grupo focal y por acuerdo entre los jóvenes homicidas participantes:

En torno a la primera pregunta *¿esta sociedad le presta atención a los jóvenes?*, indicaron que si es una *persona de bien*, la sociedad le presta atención, pero si es discriminado, no, por estar recluso, por ser delincuente o criminal; “la sociedad los marca por ser drogadictos, por el hecho de estar aquí internos, aunque también llega gente por cosas del destino”. “Cada quien estima a los hijos de cada quien, pero para ellos uno sí es lo peor, en cambio para la familia uno es el bueno”. “La gente le dice a los hijos que no se metan con uno porque los puede dañar, que no se junten con uno y no saben que matan y todo”. “Les deberían dar hartos tiempos si son reincidentes, pero los que son por primera vez o defensa propia no”.

En cuanto a la segunda pregunta *¿cuál es la opinión del joven, cómo afectan a la juventud la situación de violencia, los problemas con la justicia y el manejo de los medios?*, respondieron que “por estar acá recluso a uno le ponen apodos, lo *boletean* y lo *cartelean*”. Sobre los medios de comunicación, “en veces los denunciantes lo boletean a uno, en todo lado, depende de a quién se le haya hecho el viaje, porque si es pobre no pasa nada, pero si es de bien ahí sí”. “Hay hipocresía en la justicia, los jóvenes no tienen oportunidad de trabajar y a uno se le daña el corazón, y le toca robar y matar para sostenerse, hacer de todo, y luego pues es más fácil, a uno por plata le toca. Por la plata baila el perro. A uno le toca robar y matar para sostenerse, y luego de la primera vez, por plata es más fácil, en el acto. Hay gente joven que mata, que lo hace por experimentar o buscar aprobación, por adrenalina”. Sobre la justicia, “si uno mata al familiar de un pobre no pasa nada, depende de a quién se mata, hay injusticia por parte de los jueces de menores. Los jueces no van hasta el fondo, toman lo que les conviene, tratan de hundirlo a uno, no ven por qué lo hizo. La justicia es mala. Empiezan a sacarle más voltaje bravo”.

Respecto a la tercera pregunta *¿cómo ven los jóvenes su situación de vida en Bogotá y qué opinan del ambiente en que se están desarrollando?*, aseveraron que en algunos barrios, “la zona más grande es de prostitución, los *jíbaros* están siempre en guerra, el que controla la zona es el que tiene más peligro de que lo bajen, porque todos lo quieren bajar, es que el *jíbaro* tiene poder, más plata y reconocimiento. La

droga influye en los *jíbaros* para obtener poder y en otra gente porque se vuelven locos. El que tiene dominio de más *ollas*, pues tiene más poder. La policía es la más corrupta, porque cometa lo que cometa, si le muestran plata ya no hay problema. Ellos saben a quién *embalan*, porque si es alguien que mueve fichas, saben que si se meten con él lo mandan a *pelar*. Antes de entrar a la comisaría, los policías le dan bolillo a uno, la policía es abusiva, en algunos barrios hay *paras*, porque hay mucho ladrón y los pelan, van limpiando el barrio, qué va, la policía es la más miedosa, a un barrio *caliente* no se le meten. Los *guachimanes* son los mismos *paras*. En Medellín hay barrios que no se puede asomar la policía, en Bucaramanga hay barrios donde no entra la policía, para poder entrar hay que pedirle permiso a una familia. En el Vichada, matan, desplazan”.

Sobre la cuarta pregunta *¿cuáles son los aspectos positivos y negativos de la situación actual en lo que tiene que ver con la conformación familiar, el ambiente del colegio y la relación con los amigos?*, informaron que el respeto se lo gana uno dándoselo a las otras personas. “La familia es importante, porque uno envuelto en tantas vueltas, y cuando la familia le da la espalda, uno no se sabe si hacer más daño o cambiar. Yo creo que es una cadena, así como los padres quieren que uno sea, lo tratan, deben ponerle a uno horarios y normas, para no irse con malas amistades. Si uno quiere lo hace, a nadie se le obliga, así sea el papá lo que sea. Si los padres son delincuentes, unos hijos se vuelven delincuentes y otros no. Es normal que los papás le peguen, pero si es un primo, uno va creciendo con un odio y luego *se lo echa*, se va *por entre un tubo* y para abajo. Si a uno alguien lo maltrata, uno estalla con esa persona o con otra. Si a uno le dan malos tratos, pues se crece con odio, no quiere uno ver la familia. La separación duele porque la familia debe estar unida, uno debe respetar la opinión de los padres, si quieren separarse. Las peleas en la casa y el ambiente influyen mucho, por eso se sale uno de la casa con los amigos. Si usted quiere salir de la dificultad, sale por uno mismo. Si uno tiene padrastro no acepta las normas de él, y la mamá hace lo que el padrastro quiere y entonces uno no hace caso de ninguno. Una cree que yéndose de la casa le va ir mejor, y encuentra un tipo que la trata peor. Cada uno tiene su anécdota, su parte feíta, que una tiene que contar de ellos. Las mujeres mandan en la casa y las mujeres no deben salir de la casa”.

En relación con la quinta pregunta *¿qué hechos llevan a un joven a tener comportamientos por fuera de la ley?*, informaron que “en la casa uno siente soledad y necesita gente que lo entienda y se mete con cosas y después ya no puede salirse de la pandilla. La falta de atención y el maltrato, uno se queda con rencor y ya no le importa lo que hace, cuando uno tiene rencor lo descarga con esa persona, a veces también, es

por defensa propia y es frecuente. Si hay jóvenes que matan, es porque les gusta, son como los asesinos en serie, lo hacen porque les gusta. Si es *paraco* o *guerrillo* es mejor comer callado, porque uno está exponiendo el pellejo y ahí no se lo llevan a uno si no a la familia. Si en la casa o en la calle se carga uno de motivos, independiente de si uno es estudiado o no, uno se puede llevar alguien. Depende de lo que uno lleve en la cabeza o en el corazón, hay gente de gente. Las armas son muchas, no sólo las pistolas. Si uno tiene un arma y está tomado pues con mayor facilidad mata. La demora es que le hagan algo a uno, que este medio borracho y enfadado y se disguste cualquier rocecito lo quiebran a uno. Uno lo puede tener por tenerlo. Las armas son un peligro, se emborracha por ahí uno y hasta uno se mata. Si uno tiene hermanitos, les da por coger una cosa así y ponerse a jugar. Hay personas que tienen armas para guerra y otras para cuidarse porque tiene problemas”.

En torno a la sexta pregunta *¿por qué los jóvenes en nuestra sociedad consumen alcohol y drogas y qué consecuencias trae su consumo para el futuro de la juventud?*, aseguraron que la presión de los compañeros es muy importante en el barrio. “El que se mete a un *parche* está decidido a lo que sea. Por la plata se tuerce cualquiera. Un amigo lo puede llevar a uno por la mala. La caída de los cargamentos es pura pantalla, eso vuelve a salir a manos del mafioso, ellos no van a perder tanta plata. Cuando usted se mete a un *parche* usted está decidido a lo que venga. Hay gente que mata por conseguir vicio”.

Acerca de la séptima pregunta *¿qué hechos pueden prevenir el consumo de drogas en los jóvenes?*, informaron que “ahí es donde a uno lo han dañado, porque hay unos que lo hacen por necesidad y eso se vale y los otros porque les gusta”. —“Si no está por droga, por hurto o por homicidio, ¿por qué está acá?” —“Yo estoy por bruto. Cuando uno no tiene amigos y la emoción de conseguirlos se deja llevar”.

En cuanto a la octava pregunta *¿por qué algunos jóvenes en nuestra sociedad llegan a cometer homicidios y otros se vuelven sicarios?*, respondieron: “chinos que no se enseñan a tocar una navaja mucho menos un *fierro*. Usted así tenga todo, pero si lo humillan, con el tiempo va y mata. Los sicarios empiezan a matar por necesidad y luego se acostumbran. Los jóvenes matan por necesidades que tienen las familias. Por la familia, uno *sicarea*, porque la familia está mal económicamente y por no dejar recaer a la familia uno va y mata, los que no le ven sentido a la vida, porque perdieron la familia. Les da igual. O al que se le muere el papá o la mamá le vale *chimba* y va *pish pish pish*. La gente se suicida por depresión, porque quiere algo, y cuando al fin lo tienen se lo quitan, también por las mujeres, cuando le dicen a uno que no más y uno está bien *tragado*. Si uno mata un familiar de

un pobre no pasa nada. Pero si es de un rico entonces *paila*. Cada quien sale adelante, depende de la casa, pero también es porque les gusta matar y no tiene nada que ver con la familia. Hay hombres que se vuelven matones por las mujeres. Nos han pasado cosas que nos llenan de odio contra muchas personas. Las mujeres se llenan de odio, por rencor, son las circunstancias, la mujer no está tan dada a esto. Los hombres son más violentos que las mujeres. Las mujeres tratan de dar lo mejor de ellas, pero a ellos les falta. Hay mujeres que salen más *probonas* que los mismos manes, pero no son la mayoría. Uno es muy intolerante, muy bruto, ignorante, uno agarra de una al *man* y *pish pish pish*. La guerrilla y los *paras* matan mucho y echan a la gente de sus casas. A todos nos entra, por más *liendra* que uno sea, a uno también le entra bala. Las mujeres usualmente no hacen eso, no hablan en jerga de calle, quieren meterse en eso, pero llegan por condiciones equivocadas. Se comete homicidio por defensa propia, porque tocó”.

Sobre la novena pregunta *¿qué situaciones o hechos evitarían que un joven se vuelva homicida?*, respondieron que haya más oportunidades. “Colaborarle a la gente que no tenga apoyo. Ayuda para los pobres. Que los ricos no menosprecien la gente. Así esté uno en malas compañías pues es igual, es más cosa de uno. La comunicación es importante. Seguir los consejos de los padres. Depende de los padres que uno tenga, entonces uno colabora, si un padre es muy exigente es mejor, aunque algunos padres no saben lo que uno hace y quedan *sanos*. Las reglas se hicieron para romperlas. Uno comienza por romperlas por el ladito y luego termina rompiéndolas. Hay papás que son muy exigentes y eso está bien. Uno aquí no tiene el futuro claro. Se acabaría la violencia, si hay más oportunidades, colaborarle a la gente que no tiene apoyo. No andar con amigos que lo lleven por malos pasos, seguir la vida. Yo no creo, yo andaba con una mano de gaminas, pero la decisión es de uno. Hablar con la persona que uno anda *rencorada*, para no descargarle con otra y si no entonces *pish pish pish*. Son necesarias las normas para uno no irse por mal camino. Uno no cambia, uno sigue el mismo, la realidad externa sigue siendo igual. Uno no cambia, uno no termina de conocerse. Para cambiar, tocaría volver a nacer. La persona la pueden llenar de cosas en la cabeza, pero la realidad afuera nadie la cambia. Uno tiene todas las probabilidades de volver a cometer homicidio, porque uno no sabe lo que le va a pasar en el futuro. Eso depende de cada uno, quien se dedica a estudiar o trabajar no mata”.

Respecto a la décima pregunta *¿por qué algunos jóvenes usan marcas en el cuerpo?*, informaron que el tatuaje “uno se lo hace a veces por una *china*, más adelante se da uno cuenta que no vale la pena, por *chicanear* con las *peladas*, por los amigos que lo presionan, por amor a alguien, por una marca familiar”. En el caso de las mujeres, mencionan que los usan “por la persona que quieren, por los hombres, por la inicial del compañero, por *sexis*”.

Discusión

Teniendo en cuenta que en la búsqueda realizada en las bases de datos PubMed, MEDLINE, SciELO, LILACS se encuentran algunos estudios nacionales que tratan de caracterizar a los adolescentes con homicidio o tentativa de homicidio, este estudio resulta importante por la especificidad de la población homicida juvenil y por su aporte a la literatura médica nacional e internacional.

Los resultados obtenidos en este estudio, desde un enfoque cualitativo y mediante grupos focales realizados a la luz de la teoría propuesta por Agnew (5) —fundamentada en la idea general de que si se trata muy mal a una persona, con esto se logra provocar un trastorno y engancharse en el crimen—, permiten avanzar en el estudio del problema del homicidio juvenil en Colombia y aportan algunos factores novedosos al conocimiento de este tema.

Según la TGP, un incremento en las aspiraciones y un decremento en las expectativas llevarían a un aumento en la delincuencia. Al explorar la presión a la cual se encuentran sometidos los adolescentes homicidas mediante la técnica de los grupos focales, se encuentra inconformidad con la manera cómo vienen siendo tratados. Las relaciones con amigos, familiares y la comunidad no son adecuadas y existe un cúmulo de eventos negativos en el individuo homicida, como se observa en los resultados obtenidos en esta investigación. En cambio, los jóvenes no homicidas informan apreciaciones diferentes que se relacionan más con las emociones y que responden a la impulsividad como causa de la violencia y de su mayor expresión, el homicidio. A su vez, desconocen la violencia instrumental que se encuentra contemplada como móvil principal en el grupo de jóvenes homicidas. Es importante destacar también el concepto opuesto que tienen de la policía y la justicia. Para los jóvenes no homicidas, son factores de protección, mientras que para los jóvenes homicidas son ubicados en el nivel del antivalor. Así, la policía es descrita como corrupta y los jueces, como funcionarios injustos y que no brindan protección a los jóvenes.

Los jóvenes homicidas estudiados se exponen a diferentes tipos de presión y presentan fallas en adquirir objetivos valorados positivamente —consecución de dinero, de estatus y de respeto en la comunidad, capacidad para tener autonomía—. Además de experimentar una pérdida de estímulos positivos —muerte o ruptura de relaciones con amigos o pareja—, se ven afectados por estímulos negativos importantes —presencia de abuso infantil, rechazo, relaciones disfuncionales con padres y profesores, experiencias escolares negativas, relaciones adversas con los pares, problemas con el vecindario y el vivir en la calle— que

pueden explicar el desarrollo de actividades delictuales entre ellos.

En cuanto a la relación entre la presión y el crimen, la TGP plantea que un incremento en la presión lleva a un aumento en la ira, la cual puede desencadenar un incremento del crimen. Asimismo, lo anterior puede generar la dificultad que tienen los jóvenes homicidas para establecer diferentes estrategias de defensa ante la presión que no impliquen únicamente el crimen. Estas situaciones fueron notablemente referidas en los grupos focales estudiados.

Por otra parte, en los grupos focales examinados se menciona insistentemente cómo los distintos factores determinantes de la conducta delictual afectan la disposición del joven homicida para tener un comportamiento criminal. De igual manera, se refieren las estrategias de control que son elegidas por el individuo. Por ejemplo, las variables temperamentales y un refuerzo pasado de conductas criminales pueden tener un efecto sobre la participación en la delincuencia, siendo factores clave la asociación con pares infractores de la ley, el uso de SPA y la disponibilidad de AF y ACP. Estos factores pueden ayudar a determinar el impacto que la presión tendría sobre estos individuos y la probabilidad de reincidir en conductas criminales, como se observó en los jóvenes homicidas —un elevado número de reingresos a los centros reeducativos y reincidencia criminal—. Vale resaltar el acuerdo unánime de los dos grupos focales en torno a que un núcleo familiar armónico y funcional se constituye en factor protector para el desenlace estudiado.

Finalmente, cabe mencionar algunas recomendaciones políticas que la TGP realiza para combatir la criminalidad, útiles sin duda para nuestro medio colombiano. Algunas de estas recomendaciones son: la focalización en programas para prevenir el homicidio juvenil teniendo en cuenta los factores de riesgo establecidos, la formación de los miembros de las familias en riesgo para resolver problemas de manera constructiva y la capacitación de los padres sobre la forma efectiva de disciplinar a los hijos. Esto reduciría el monto de emociones negativas que resultan del conflicto intrafamiliar y disminuiría la presión en el hogar (5). Este estudio permitió explorar factores de riesgo y de protección importantes —algunos ya reconocidos en otros estudios (17-23)— a considerar para el desarrollo de políticas de prevención del homicidio juvenil en esta población en particular.

Conclusiones

Mediante el método cualitativo de grupos focales se lograron explorar en un grupo de jóvenes escolares y en un grupo de jóvenes que cometieron homicidio, sus percepciones sobre algunos determinantes de la conducta homicida como: baja escolaridad, repetición de años escolares, disfunción familiar,

pobre calidad de las relaciones intrafamiliares, violencia intrafamiliar severa, situación económica desfavorable moderada o severa, poca satisfacción con la vida, justificaciones y actitudes frente a situaciones violentas, irritabilidad moderada o severa, tener pares problema, pertenecer a una pandilla o grupo fuera de la ley, tener riesgo alto de adicción a SPAs o adicción a las mismas, permanecer en la calle en actividades no escolares, usar armas y presentar marcas corporales como tatuajes.

Por otra parte, se encontró que los participantes describieron como elementos protectores o de menor riesgo la escolaridad elevada, no haber repetido años escolares, vivir con los padres, la cohesión familiar adecuada, la ausencia de violencia intrafamiliar, una situación económica satisfactoria, estar muy satisfecho con la vida, no tener creencias y actitudes que justifiquen acciones violentas, tener una irritabilidad normal, no tener pares problema, no pertenecer a una pandilla o grupo fuera de la ley, no presentar riesgo alto de adicción a SPAs ni adicción a las mismas, no permanecer en la calle el mayor tiempo, no usar armas y no presentar marcas corporales.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Este estudio fue financiado parcialmente por la Universidad Nacional de Colombia.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional de Colombia que financió parcialmente este estudio, a los profesores Carlos Alberto Uribe y Javier Eslava Schmalbach, a Claudia Sarmiento Burgos, trabajadora social; a Lucero Leal, enfermera profesional y a Álvaro Pacheco, psicólogo. A las directivas y funcionarios de las instituciones participantes que permitieron que esta investigación se realizara: Escuela de Trabajo El Redentor, Hogar Femenino y la Institución Educativa Distrital Bravo Pérez en Bogotá.

Referencias

1. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002 [cited 2015 Jul 1];360(9339):1083–8. <http://doi.org/d6j273>.
2. De la Hoz-Bohórquez GA. Comportamiento del homicidio, Colombia, 2013. In: Forensis 2013: Datos para la vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Centro de Referencia Nacional sobre Violencia; 2013. p. 77-125.
3. Gómez-Restrepo C, Rodríguez N, De Romero LC, Pinilla C, López E, Díaz-Granados N, et al. Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona. Colombia 1973-1996.

- Rev Colomb Psiquiatr*. 2003 [cited 2015 Jul 1];32(3):223-36. Available from: <http://goo.gl/M6YvWt>.
4. Farrington DP, Loeber R. Epidemiology of juvenile violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2000;9(4):733-48.
5. Agnew R. Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*. 1992 [cited 2015 Jul 1];30(1):47-88. <http://doi.org/dzj574>.
6. Escobar-Córdoba F. [Risk to commit murder in Bogotan youths. Multi-method study]. Riesgo para cometer homicidio en jóvenes bogotanos. Estudio multimétodo. *Rev. Fac. Med.* 2009;57 Suppl 1:S15.
7. Kitzinger J. The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociol Health Illn*. 1994 [cited 2015 Jul 1];16(1):103-21. <http://doi.org/dchxt9>.
8. Powell RA, Single HM. Focus groups. *Int J Qual Health Care*. 1996 [cited 2015 Jul 1];8(5):499-504. <http://doi.org/fdbvjc>.
9. Goss JD, Leinbach TR. Focus groups as alternative research practice: experience with transmigrants in Indonesia. *Area*. 1996 [cited 2015 Jul 1];28(2):115-23. Available from: <http://goo.gl/3d1Hpo>.
10. Kitzinger J. Qualitative research: introducing focus groups. *BMJ*. 1995 [cited 2015 Jul 1];311(7000):299-302. <http://doi.org/ft96dg>.
11. Merton RK, Kendall PL. The focused interview. *Am J Sociol*. 1946 [cited 2015 Jul 1];51(6):541-57. <http://doi.org/d3bv2m>.
12. Maya JM, Torres Y, Murelle L, Rodríguez MA, Mejía R, Gaviria D, et al. Consumo de sustancias psicoactivas y otros factores asociados con delincuencia juvenil. Medellín: Editorial Marín-Vieco Ltda; 2000.
13. Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, 2000; 2003. p. 15–9.
14. Colombia. Ministerio de Salud. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; 1993.
15. Mejía JM. Ética en investigación biomédica y del comportamiento. *CES Med*. 2009 [cited 2015 Jul 1];15(2):9–20. Available from: <http://goo.gl/RbRcha>.
16. Arboleda-Flórez J. La investigación en sujetos humanos: poblaciones vulnerables. In: Lolas S F, Quezada S A, editors. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas. Santiago: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003. p. 129-42.
17. Rodway C, Norrington-Moore V, While D, Hunt IM, Flynn S, Swinson N, et al. A population-based study of juvenile perpetrators of homicide in England and Wales. *J Adolesc*. 2011 [cited 2015 Jul 1];34(1):19-28. <http://doi.org/bqd4ft>.
18. Cope LM, Ermer E, Gaudet LM, Steele VR, Eckhardt AL, Arbabshirani MR, et al. Abnormal brain structure in youth who commit homicide. *NeuroImage Clin*. 2014 [cited 2015 Jul 1];4:800-7. <http://doi.org/5wx>.
19. Gerard FJ, Jackson V, Chou S, Whitfield KC, Browne KD. An exploration of the current knowledge on young people who kill: A systematic review. *Aggress Violent Behav*. 2014 [cited 2015 Jul 1];19(5):559-71. <http://doi.org/5wz>.

20. **Domingues DF, Dessen MA.** Reorganização Familiar e Rede Social de Apoio Pós-homicídio Juvenil. *Psicol Teor E Pesqui.* 2013 [cited 2015 Jul 1];29(2):141-8. <http://doi.org/5w2>.
21. **De Andrade L, Nihei OK, Pelloso SM, de Carvalho MD.** Homicídios juvenis e informalidade em um município brasileiro da triplíce fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. *Rev Panam Saúde Pública.* 2012 [cited 2015 Jul 1];31(5):380-7. <http://doi.org/5w3>.
22. **Moreno C, Cendales R.** Mortalidad y años potenciales de vida perdidos por homicidios en Colombia, 1985-2006. *Rev Panam Salud Publica.* 2011 [cited 2015 Jul 1];30(4):342-53. Available from: <http://goo.gl/pfFjz0>.
23. **Douglas K, Bell CC.** Youth homicide prevention. *Psychiatr Clin North Am.* 2011 [cited 2015 Jul 1];34(1):205-16. <http://doi.org/d8fz4k>.

Anexo 1. Guía de discusión para los grupos focales.

A modo de introducción, ambientación y acercamiento hacia los jóvenes se inicia el diálogo con la siguiente pregunta:

1. ¿Esta sociedad le presta atención a los jóvenes?

Luego se continúa planteando las siguientes preguntas:

2. ¿Cuál es la opinión del joven, cómo afectan a la juventud la situación de violencia, los problemas con la justicia y el manejo de los medios?
3. ¿Cómo ven los jóvenes su situación de vida en Bogotá y qué opinan del ambiente en que se están desarrollando?
4. ¿Cuáles son los aspectos positivos y negativos de la situación actual en lo que tiene que ver con la conformación familiar, el ambiente del colegio y la relación con los amigos?
5. ¿Qué hechos llevan a un joven a tener comportamientos por fuera de la ley?

6. ¿Por qué los jóvenes en nuestra sociedad consumen alcohol y drogas y qué consecuencias trae su consumo para el futuro de la juventud?

7. ¿Qué hechos pueden prevenir el consumo de drogas en los jóvenes?

8. ¿Por qué algunos jóvenes en nuestra sociedad llegan a cometer homicidios y otros se vuelven sicarios?

9. ¿Qué situaciones o hechos evitarían que un joven se vuelva homicida?

10. ¿Por qué algunos jóvenes usan marcas en el cuerpo?

Finalmente, se deja un espacio para que los jóvenes expresen otras inquietudes sobre los aspectos tratados en esta guía de discusión.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49820>

Salud mental en tiempos de guerra, una reflexión sobre la relación conflicto armado-salud mental en la comunidad indígena Emberá en situación de desplazamiento forzado

Mental health in the time of war; a reflection about the relationship between the armed conflict and the mental health in the Emberá indigenous people under situation of forced displacement

Luisa Fernanda Ruiz-Eslava¹

Recibido: 20/03/2015 Aceptado: 21/04/2015

¹ Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.

Correspondencia: Luisa Fernanda Ruíz Eslava. Unidad Camilo Torres, Módulo 2, Of. 501 Carrera 50 No. 27-70. Universidad Nacional de Colombia. Teléfono: +57 3167443045. Bogotá, D.C., Colombia. Correo electrónico: lruizeslava@gmail.com.

| Resumen |

Antecedentes. La investigación buscó realizar un acercamiento a la relación conflicto armado-salud mental, tomando como marco de comprensión el punto de vista del pueblo Emberá, el sujeto como protagonista de la vida relacional-colectiva y el pensamiento complejo, tomando elementos de la medicina social de las posturas sistémicas-construccionistas, del pensamiento crítico y de la fundamentación hermenéutica interpretativa, nutrida con elementos de la epistemología decolonial.

Objetivo. Comprender la naturaleza de la relación conflicto armado-salud mental en el pueblo indígena Emberá en situación de desplazamiento forzado en la ciudad de Bogotá.

Materiales y métodos. Se utilizó un método cualitativo que emplea técnicas mixtas y está basado en el pensamiento complejo.

Resultados. Se comprendió el conflicto armado como un mecanismo que fuerza a la población indígena Emberá a desplazarse a escenarios desconocidos y violentos, los cuales afectan en conjunto el sentirse bien y el buen vivir, además de sus condiciones y calidad de vida.

Conclusiones. En la actualidad no existen intervenciones en “salud mental” culturalmente apropiadas y coherentes a las necesidades de la población indígena Emberá que puedan propiciar cambios estructurales positivos y significativos en

el sujeto y su comunidad. Ahora bien, si se quiere proteger, promover y restaurar la “salud mental” de los sujetos Emberá en situación de desplazamiento, lo pertinente y necesario es garantizar organización propia y acceso al territorio —y al ejercicio del poder allí— para que puedan trabajar y vivir en comunidad satisfaciendo a su modo las necesidades básicas.

Palabras clave: Salud mental; Guerra; Población indígena; Desplazamiento; Medicina social (DeCS).

Ruiz-Eslava LF. Salud mental en tiempos de guerra, una reflexión sobre la relación conflicto armado-salud mental en la comunidad indígena Emberá en situación de desplazamiento forzado. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):399-406. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49820>.

Summary

Background. This research aimed to make an approach to the relationship between armed conflict and mental health, considering the Embera people's point of view as a framework of understanding, the subject as a protagonist of relational-collective life and a complex thinking, by embracing elements of social medicine, systemic-constructionist perspectives, critical thinking, and interpretive hermeneutic foundation, nourished with elements of decolonial epistemology.

Objective. To understand the nature of the relationship between armed conflict and mental health in the Embera

indigenous communities that experience a situation of forced displacement in Bogotá.

Materials and methods. A qualitative method was used by implementing several combined techniques. The method is based on complex thinking.

Results. Armed conflict is regarded as a mechanism that forces the Embera indigenous population to move to unknown and violent scenarios that altogether affect their Good Being and Good Living, in addition to their living conditions and thus, their quality of life.

Conclusions. Currently there are no interventions in “mental health” that are culturally appropriated and consistent with the needs of the Embera indigenous population and that are able to foster structural changes, both positive and significant, in the subject and their community. Now, if the aim is to protect, promote and restore the “mental health” of the Embera people under displacement situation, what is relevant and necessary is to provide self-organization, access to the territory and their empowerment, so they could work and live in community, thus, satisfying their basic needs.

Keywords: Mental Health; War; Indigenous People; Displacement; Social Medicine (MeSH).

.....
Ruiz-Eslava LF. [Mental health in the time of war, a reflection about the relationship between the armed conflict and the mental health in the Emberá indigenous people under situation of forced displacement]. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(3):399-406. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfaemed.v63n3.49820>.

Introducción

Para la población indígena el concepto de salud hace referencia a la integralidad de la vida, donde la cosmovisión de cada pueblo, la armonía y el equilibrio son fundamentales. Al hablar de equilibrio se habla del bienestar físico, emocional y espiritual dando relevancia a la relación consigo mismo, la familia, la comunidad y la naturaleza; de esta manera, la salud se da en relación con los otros significativos, pero también en relación con el territorio-tierra y su cuidado, con el ambiente, la colectividad, la producción y la alimentación.

Para la población Emberá, la salud es vista como el resultado del equilibrio entre el individuo y el medio que lo rodea, así la salud se da como un proceso que involucra el bienestar colectivo donde las condiciones de vida, la cultura y la equidad son vitales.

En este sentido, se propone una comprensión de la salud mental que retorne al sujeto y su acontecer cotidiano, retomando las condiciones sociales, históricas, económicas y culturales; vislumbrando las relaciones, las conexiones y los acontecimientos; trascendiendo al individuo, a las explicaciones lineales, las rotulaciones y los diagnósticos; y fomentando las voces de los colectivos.

La salud es mucho más que la ausencia de la enfermedad, y la salud mental es mucho más que la ausencia de la locura. La salud debe ser abordada desde diversidad de matices donde estén inmersas las comunidades y sus dinámicas, los sujetos y sus historias. No se puede “intervenir” desconociendo la realidad social del otro.

El anterior planteamiento no implica negar los factores biológicos de los sujetos ni la enfermedad mental; intenta una mirada compleja de la salud mental donde las relaciones, interacciones y construcciones sociales de los sujetos estén presentes.

Por tanto, al hablarse de salud mental en tiempos de guerra se hace referencia a la realidad social actual que se vislumbra entre periodos, secuencias y contextos específicos de la vida cotidiana de los sujetos y sus comunidades, donde el conflicto armado converge como un mecanismo de dolor y destrucción que busca principalmente el dominio del ser, determinando de manera radical la realidad individual y social de una persona o una colectividad y su desarrollo en la vida.

El conflicto armado será comprendido como una forma de violencia política, entendida esta como “aquella ejercida como medio de lucha política social con el fin de mantener, modificar, substituir o destruir un modelo de Estado o de sociedad, o también, para destruir o reprimir a un grupo humano por su afinidad social, política, gremial, racial, ideológica o cultural, esté o no organizado. Esta violencia se expresa entonces en una sociedad como la colombiana, a través de violaciones de los derechos humanos, infracciones graves al derecho internacional humanitario, acciones bélicas y violencia política-social” (1).

En relación a lo anterior, es imperioso trascender la forma en que se comprende la relación conflicto armado-salud mental y cómo esta determina la vida de los sujetos y su comunidad; reconocer las inequidades que resultan del conflicto armado y cómo estas determinan la salud mental de los pueblos indígenas en situación de desplazamiento. Es necesario dar cuenta de las causas estructurales de las divergencias humanas y trascender la manera de comprender la relación salud-enfermedad.

Materiales y métodos

La investigación se desarrolla desde un método cualitativo que emplea técnicas mixtas; está basado en el pensamiento complejo; toma elementos de la medicina social, de las posturas sistémicas-construccionistas, del pensamiento crítico, y de la fundamentación hermenéutica interpretativa; está nutrido con elementos de la epistemología decolonial; y organizado a través de las siguientes fases:

Fase 1. Exploración Preliminar: fase de reconocimiento del sujeto de estudio, sus dinámicas, estructura y algunas narrativas alrededor de la salud mental. Para el desarrollo de esta fase se realizaron dos entrevistas en profundidad, una con un experto internacional y la segunda con un experto no indígena y un conversatorio con población Emberá.

Fase 2. Encuesta de pregunta abierta: orientada a dar respuesta al objetivo específico número 1, el cual pretende explorar significados de salud mental en el pueblo indígena Emberá en situación de desplazamiento forzado. Para el desarrollo de esta fase se llevó a cabo un cuestionario de preguntas abiertas, orientadas hacia las categorías de estudio contenidas en el objetivo citado; a partir de las respuestas obtenidas fueron analizados sentidos y significados.

Fase 3. Entrevistas en profundidad: se pretendió reconocer las narrativas de pueblos indígenas Emberá alrededor de algunos aspectos de la salud mental occidental, tales como pautas de crianza y problemáticas en salud mental como: alcoholismo, violencia intrafamiliar y suicidio, y su relación percibida con el conflicto armado. De la misma manera, se indagó sobre los posibles aspectos que se deben tener en cuenta para la planeación futura de intervenciones culturalmente apropiadas.

Fase 4. Grupo focal: se desarrolló un grupo focal conformado por expertos con el fin de conversar alrededor de los significados que ellos consideran que los Emberá tienen sobre su salud mental; sobre la relación existente entre algunos aspectos de la salud mental occidental, tales como pautas de crianza y problemáticas en salud mental como: alcoholismo, violencia intrafamiliar y suicidio; y sobre su relación percibida con el conflicto armado. De la misma manera, se indaga sobre los posibles aspectos que se deben tener en cuenta para la planeación futura de intervenciones culturalmente apropiadas.

Fase 5. Observación participante: da cuenta de las reflexiones sobre los pensamientos, emociones y percepciones de la investigadora. Esta fase se realizó a lo largo de todo el desarrollo del proyecto.

Población, muestra y categorías de análisis

La población de referencia fue el total de indígenas Emberá que vivieron en el alojamiento de la Secretaría Distrital de Integración Social entre noviembre de 2012 y noviembre de 2013, 2 sujetos alojados en los paga diarios del centro de Bogotá en el 2014 y 2 sujetos de la Fundación Social Crecer en el mismo año. De esta manera, el total de la población fue de 402 sujetos, 189 Emberá Chamí y 213 Emberá Katío.

Para la muestra se emplearon varios tipos de muestreo no probabilístico: uno por conveniencia —para la población indígena que participó en la encuesta— y dos estructurales —uno para la población indígena a la cual se le realizaron las entrevistas en profundidad y otro para los expertos, indígenas y no indígenas, que participaron en el grupo focal—.

Es importante mencionar que las preguntas trabajadas en las entrevistas en profundidad y en el grupo focal fueron las mismas con el fin de complementar los resultados obtenidos.

Estrategias para el análisis de la información

Para la información obtenida a partir de las encuestas, las entrevistas, el grupo focal y los diarios de campo se realizó un análisis narrativo llevado a cabo manualmente y apoyado en matrices que dieron cuenta de categorías deductivas e inductivas, complementado con un análisis paradigmático de narrativas auxiliado por el software NVivo.

Resultados

La encuesta de pregunta abierta tenía como objetivo reconocer las percepciones o significados de los pueblos indígenas Emberá alrededor de la salud mental. En los resultados de la encuesta de forma general, es decir tomando las narrativas de los 4 puntos presentes en el instrumento, y de acuerdo al conteo de frecuencias de palabras de los 65 sujetos intervenidos, se encuentra que el estado de bienestar y la manera de sentirse tranquilos o felices está íntimamente relacionado con: a) la familia, el territorio y el estar bien; b) el malestar o la dificultad en la vida que se expresan en las categorías de tristeza, trabajo y poder, significando la tristeza de no estar en el territorio y de no poder trabajar como lo hacían allí, y c) se encuentran narrativas alrededor del aburrimiento como elemento y emoción fundamental de la experiencia de la población, la cual está relacionada con la experiencia del pago diario y la tierra que, finalmente, involucra nuevamente al territorio, a la familia y a la comunidad. (Figura 1)

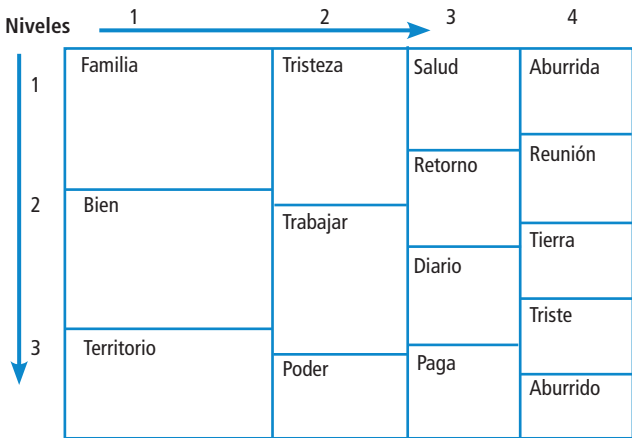


Figura 1. Marca ramificada general, narrativas significativas de las percepciones y significados sobre la categoría salud mental en pueblos indígenas Emberá. Fuente: Elaboración de la autora con base en información arrojada por el software NVivo.

Otras categorías emergentes están alrededor de la salud y el retorno: la salud como estado que se afecta por las condiciones de vida de la población en la ciudad y el retorno como posible solución a las dificultades existentes. Ver Figura 2 Marca de nube.



Figura 2. Marca de nube general, narrativas significativas de las percepciones y significados sobre la categoría salud mental en pueblos indígenas Emberá. Fuente: Elaboración de la autora con base en información arrojada por el software NVivo.

Entre los hallazgos del proceso de investigación, en relación a las consecuencias de ser víctima del conflicto armado, los sujetos intervenidos evocan el conflicto armado dentro del territorio, donde el miedo es la emoción más sentida, el allá está caracterizado por la guerra, el desplazamiento, el acá y la

ciudad. Los afectados, la familia, la comunidad, la población indígena en general. La necesidad la paz, la esperanza, para la mayoría, el retorno. Ver Figura 3 Mapa ramificado.

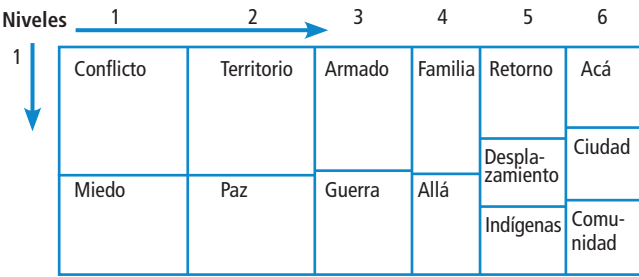


Figura 3. Mapa ramificado sobre las narrativas significativas de las percepciones y significados sobre la categoría tiempos de guerra en pueblos indígenas Emberá. Fuente: Elaboración de la autora con base en información arrojada por el software NVivo.

Como se vislumbra en la marca de nube (Figura 4), la guerra traza desde la parte superior al centro las categorías que emergieron de los discursos de los Emberá, los cuales están rodeados de miedo (los discursos), pero también de vida y del sentido del vivir, pero ¿el vivir en dónde, en el territorio o en la ciudad? Y es que para algunos la ciudad es un mundo de oportunidades, principalmente para las mujeres, quienes transforman su rol a mujeres que estudian y trabajan para conseguir su sustento, a diferencia de su territorio original donde dependen completamente del hombre.



Figura 4. Marca de nube sobre las narrativas significativas de las percepciones y significados sobre la categoría tiempos de guerra en pueblos indígenas Emberá. Fuente: Elaboración de la autora con base en información arrojada por el software NVivo.

Con relación al conflicto, los relatos no solo se refieren al conflicto en el territorio, también se refieren al peligro que apremia la vida en la ciudad. El desplazamiento trae consigo multiplicidad de violencias, entre ellas, la violencia que se vive en el territorio (amenazas, muertes, bombardeos, etc.) y la violencia de una ciudad desconocida (violencia urbana, choque cultural, problemáticas sociales y de salud), y en el medio, en los dos escenarios de vida, la pobreza. Así la pobreza es una condición de vida de la población que se refleja en la carencia o no acceso a las necesidades humanas básicas, como lo son vivienda, educación, salud, alimentación y trabajo, lo que afecta notoriamente la calidad de vida.

Con relación a los aspectos que se deben tener en cuenta para la planeación futura de intervenciones culturalmente apropiadas está que fueron trabajadas dentro las fases de exploración preliminar, las entrevistas en profundidad y principalmente el grupo focal con expertos, las narrativas que surgieron de allí, convocan al dialogo intercultural, como principal elemento de intervención.

Así, la palabra reunión surge como la categoría más utilizada dentro de los relatos. Reuniones sobre salud, las cuales convocan a la población alrededor de la cultura, el territorio y la cosmovisión, esto con el fin de aprender del enfoque y las necesidades de la comunidad Emberá y llegar a acuerdos desde lo diferencial. Ver Figura 5 Mapa ramificado y marca de nube.

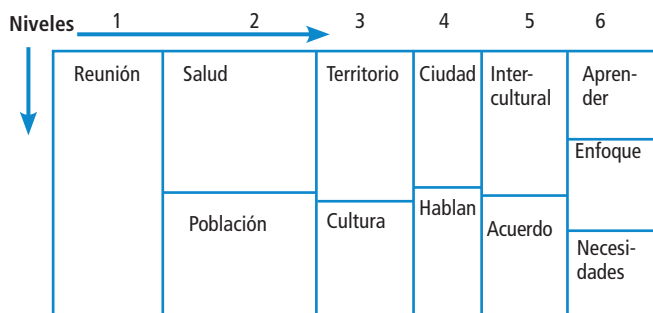


Figura 5. Mapa ramificado y marca de nube sobre las narrativas alrededor de las propuestas de intervención culturalmente apropiadas en pueblos indígenas Emberá. Fuente: Elaboración de la autora con base en información arrojada por el software NVivo.

De esta forma, las propuestas de intervención culturalmente apropiadas están relacionadas con un dialogo de salud intercultural; un adecuado y respetuoso intercambio de saberes en torno a la salud orientado hacia el mejor interés de la población; la implementación de proyectos de acuerdo a cosmovisiones, formas de vida y costumbres Emberá; el acompañamiento psicosocial desde un enfoque de la medicina tradicional; las intervenciones con enfoque diferencial operadas desde la legislación indígena; la propuesta de corresponsabilidad, donde quienes organicen la intervención como la población mantengan acuerdos de trabajo conjunto; el reconocimiento y fomento del poder innato existente en la comunidad y sus líderes, para construir y trabajar propuestas en

pro de su bienestar colectivo evitando continuar con posturas institucionales que perpetúen la subalternización del indígena y su sometimiento al asistencialismo de occidente; el desarrollo de estrategias que permitan fortalecer la identidad cultural, la educación tradicional, las redes de apoyo, los factores solidarios y la memoria colectiva; la generación de lazos de confianza con la población por medio de agentes de salud indígena que estén en equidad de condiciones respecto a los agentes de salud occidentales, sin que se les instrumentalice en el marco del saber y el hacer occidental; una atención oportuna de acuerdo a las necesidades de la comunidad; y la garantía de los derechos de los pueblos, principalmente a niños, niñas y adolescentes.

Discusión

El sentirse bien y el buen vivir como un estado fundamental de vida

Si quisiéramos encontrar una categoría propia de la población Emberá para hablar de lo que desde occidente denominamos salud mental esa sería sentirse bien en una conexión íntima con el buen vivir, se continúa pensando en un estado interno de bienestar que implica armonía y equilibrio con el contexto social. El nodo construido de estas dos categorías implica el todo.

De esta manera, sentirse bien y el buen vivir son elementos cruciales en la vida de la población indígena, son una construcción social donde está inmersa la familia, el colectivo, la cultura, el territorio y los acontecimientos diarios e históricos.

Así, sentirse bien y el buen vivir integran la armonía y el equilibrio entre el contexto social, los sujetos y los colectivos significativos, la vida cotidiana, el bienestar físico y mental, la emocionalidad y la espiritualidad. Estos elementos se entrelazan para dar tranquilidad y estabilidad.

Al mirar en profundidad todos los elementos expuesto con antelación, se vislumbran como componentes esenciales del sentirse bien y el buen vivir, el cubrimiento de las necesidades humanas básicas, con esto me refiero a: alimentación, educación, vivienda, salud, trabajo, territorio, entre otras. Esto en relación con el poder del ser, tener, hacer y estar y con las condiciones del entorno vital. Otro elemento esencial está relacionado con el buen trato y por ende con el respeto y compromiso frente al otro.

En este sentido, sentirse bien y el buen vivir, implican salud y vida, un estado espiritual colectivo de armonía y bienestar que convocan a vislumbrar la comprensión desde un pensamiento complejo no lineal, sino por el contrario dialógico, recursivo y hologramático (2).

Conflicto armado, desplazamiento y vida en Bogotá como factores de violencia, vulneración y malestar en la vida de la población Emberá

Con relación al conflicto, los relatos no solo se refieren al conflicto en el territorio, también se refieren al peligro que apremia la vida en la ciudad. El desplazamiento trae consigo multiplicidad de violencias, entre ellas, la violencia que se vive en el territorio: amenazas, muertes, bombardeos, etc. y la violencia de una ciudad desconocida: violencia urbana, choque cultural, problemáticas sociales y de salud.

El desplazamiento en pueblos indígenas es un impacto destructivo causante del deterioro en el tejido étnico y cultural,

dejando a los sujetos, sus familias y colectivos desprotegidos, temerosos y con gran incertidumbre al mañana. Esto conlleva a la inserción de las comunidades a entornos urbanos sometidos a condiciones de pobreza y discriminación, siendo más vulnerables a peligros como delincuencia, prostitución, mendicidad, violencia sexual y explotación. Por otra parte, el conflicto armado tiene como consecuencia el quebranto de los lazos de unión y de solidaridad de los colectivos indígenas, lo cual conlleva al deterioro de la identidad étnica.

Otro efecto del desplazamiento y de la vida en la ciudad es la afectación en el estado emocional de los sujetos, de esta forma la categoría aburrimiento es la forma narrativa que usa la población para expresar el malestar emocional, físico y la ausencia material en la que viven. De acuerdo a los resultados, el aburrimiento está relacionado con la tristeza y la desesperanza.

Finalmente, el Estado como responsable de proteger a la población y reparar daños, es el gran ausente. La población solo los convoca en sus relatos al referirse al retorno o la reubicación, manifestando temor en el incumplimiento de los acuerdos para la garantía de los derechos y la seguridad en el territorio.

Intervenciones culturalmente apropiadas

Hablar de intervenciones culturalmente apropiadas convoca a un diálogo intercultural, no solo de saberes entre culturas, sino además de un proceso de igualdad donde la diversidad hace parte. Así, se habla de un escenario donde el respeto por el otro y la pluralidad (país, persona, cultura, etc.) son una prioridad. De este modo, el diálogo intercultural supone una interacción recíproca donde las dos partes tienen un interés de comunicar y compartir formas distintas de vida.

La interculturalidad es realmente el mejor ámbito para construir sistemas democráticos de verdadera significación en el que exista la inclusión de la diferencia, donde se permita debatir y deliberar y donde las minorías no sólo sean un número o un conglomerado de personas que por ser diferentes son excluidas, sino al contrario sean tomadas en cuenta (3).

De esta forma, los diálogos interculturales, surgen de un momento de descontento con la propia cultura; deben seleccionar elementos que representen el círculo más amplio de reciprocidad, la versión que vaya más lejos en el reconocimiento del otro; no pueden ser establecidos unilateralmente, por el contrario cada comunidad debe decidir cómo y cuándo realizarlos; los asuntos a tratar deben ser acordados mutuamente y; este debe tener en cuenta que

ni el reconocimiento de la diferencia, ni el reconocimiento de la igualdad serán suficientes para fundar una política multicultural emancipadora (4).

El desarrollo del dialogo intercultural con estas características suena a utopía, es necesario hacer consciente sus implicaciones reales y actuar.

La salud pública en el marco de las poblaciones indígenas

Con relación a la salud pública, el proyecto de investigación propone un cambio de paradigma que esté abierto a las dinámicas sociales y que no se rija por el biologismo clásico causal y la salud puramente asistencialista. De esta forma, invita a nuevas comprensiones frente a los fenómenos sociales, frente a la relación salud-enfermedad y frente a la relación sujeto-objeto; alejándose de posturas tradicionales, como las expuestas por las políticas del Estado, la salud pública en general y las corrientes epidemiológicas clásicas en particular.

De esta manera, la salud pública debe intervenir la relación salud-enfermedad como componentes de una realidad que se desarrolla en el acontecer diario de los sujetos y que está enmarcada por unas características sociales, culturales e históricas. En este sentido, es necesario reconocer las subjetividades, es decir pensamientos y sentimientos que dan cuenta del sí mismo del sujeto y de su identidad, esta última construida por una cultura determinada que se desarrolla en espacios económicos, políticos y sociales establecidos, marcando así características propias.

En relación con la salud mental en población indígena Emberá en situación de desplazamiento, la salud pública debe incluir en su lectura: el rol crucial de lo social en la determinación de subjetividades e identidades, lo que hace que la salud mental siempre se vea en el contexto de relaciones sociales históricamente definidas; la comprensión de acción relacional y colectiva de los individuos; y la perspectiva de salud como un derecho de todos.

Las acciones en salud pública para la población deben ofrecer intervenciones que no hablen de salud mental, sino se refieran a sentirse bien y al buen vivir, donde las acciones sean culturalmente apropiadas incluyendo un dialogo de salud intercultural el cual reconozca, respete y tenga en cuenta la cosmovisión Emberá. Sobre la base de las consideraciones anteriores, es necesario implementar estrategias que permitan fortalecer la identidad cultural, la educación tradicional, las redes de apoyo, los factores solidarios y la memoria colectiva, de esta forma, lo pertinente es garantizar organización propia, acceso al territorio y al ejercicio del poder en este para que puedan trabajar y vivir en comunidad.

Conclusiones

La salud pública debe reconocer los siguientes pilares como elementos esenciales para el desarrollo de acciones culturalmente apropiadas; la violencia embiste directamente la vida y, por ser la vida el sentido de la salud pública, la violencia se convierte en un problema de salud sobre la vida y el bienestar del individuo y sus colectividades; es necesario comprender el conflicto armado como un mecanismo que fuerza a la población indígena Emberá a desplazarse a escenarios desconocidos y violentos, los cuales afectan en conjunto el sentirse bien y el buen vivir, además de sus condiciones y calidad de vida.

Históricamente se han impuesto unas jerarquías que modelan la manera de existir de los sujetos de acuerdo a la raza o la etnia a la que pertenecen; puntualmente, a la población indígena se les ha ubicado en un lugar de subordinación respecto a los “blancos”, siendo estos primeros sometidos a unos contextos de extrema pobreza que les generan peores condiciones para desarrollarse en la vida y para el acercamiento a un buen vivir.

La población Emberá ha sido víctima de una falta continua de garantía de derechos, especialmente en el tema de salud, incluyendo la salud mental. En este sentido, se presenta inequidad en el tipo de servicio en salud mental que se da a la población indígena desplazadas y finalmente los procesos sociales son determinantes en la vida de los sujetos. Es así como el capitalismo, las inequidades, los significados contruïdos socialmente, la atención y las prácticas cotidianas participan en la construcción de sentidos sobre la vida misma y por ende sobre la concepción de la salud.

Desde lo estructural, es imperioso realizar una lectura de necesidades desde el lugar donde la población Emberá pasa su vida cotidiana, teniendo en cuenta su cosmovisión; tener una propuesta intersectorial para dar respuesta a las necesidades de la población; ofrecer una atención oportuna de acuerdo a las necesidades de la comunidad y el pensamiento propio; construir un lugar de atención en salud que sea fundado desde la cosmovisión indígena; realizar seguimiento continuo en el territorio sobre las acciones realizadas; desarrollar estrategias alrededor de la promoción y la protección de la salud desde la perspectiva propia; garantizar un acompañamiento constante donde se vislumbre claramente la ruta de respuesta; mantener en el equipo de trabajo facilitadores interculturales, es decir una persona del pueblo Emberá que fortalezca las intervenciones desde sus capacidades en temas de salud y cultura indígena y personal de salud occidental con conocimientos en cultura indígena, quienes mediante su trabajo conjunto y coordinado, en equidad de condiciones, sirvan de catalizadores del intercambio de saberes; entre otros.

En la actualidad la población indígena Emberá no se siente bien y no vive bien, es víctima de dos tipos de violencia: la causada

por la guerra y la vivida en la ciudad, ambas rodeadas por la pobreza. El Estado es el mayor ausente y es quien debe contribuir al desarrollo de intervenciones culturalmente apropiadas.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por la autora.

Financiación

Ninguna declarada por la autora.

Agradecimientos

Agradecimientos a las personas pertenecientes a la población indígena Emberá que con sus narrativas participaron en el proceso.

Referencias

1. Banco de Datos del Centro de Investigación y Educación Popular-CINEP, Justicia & Paz, Bogotá. 2004. Revista Noche y Niebla (28). Citado Por: Villa William y Houghton Juan. Violencia política Contra los Pueblos Indígenas en Colombia 1974-2004. 2005. Disponible en: <http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/VIOLENCIA%20POLITICA.pdf>
2. **Morin E.** El Paradigma de complejidad. Tres principios. In: Introducción al pensamiento complejo. México: Editorial Gedisa; 2007. p. 85-110
3. **Camacho S.** Saberes y conocimientos de las 36 naciones del Estado plurinacional. La Paz: UMSA; 2010.
4. **De Souza Santos B.** Hacia una Concepción Multicultural de los Derechos Humanos. *El Otro Derecho*. 2002 [Cited 2014 Sept]; (28):78–81. Available from: <http://goo.gl/rtKrB6>.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.51027>

Violencia en el trabajo del sector público de la salud: una visión desde las personas trabajadoras. Bogotá, Colombia. 2011-2012

*Violence at work in the public health sector: a view from the working people. Bogotá, Colombia. 2011-2012*Jairo Ernesto Luna-García¹ • Zulma Urrego-Mendoza² • Mireya Gutiérrez-Robayo³ • Alejandro Martínez-Durán³

Recibido: 03/06/2015

Aceptado: 10/07/2015

¹ Escuela de Diseño Industrial, Facultad de Artes, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.² Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.³ Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.

Correspondencia: Jairo Ernesto Luna García. Escuela de Diseño Industrial, Facultad de Artes, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia. Carrera 30 No. 45-03. Tel: 3165000, ext: 10908. Bogotá, D.C., Colombia.
Correo electrónico: jelunag@unal.edu.co.

| Resumen |

Antecedentes. La violencia es un reconocido problema de salud pública que penetra en las diferentes esferas de la sociedad, incluyendo el mundo del trabajo en el sector de atención a la salud, lo que requiere de políticas y acciones para su control.

Objetivo. Identificar situaciones de violencia directa, estructural y cultural percibidas, en sus ámbitos laborales, por personas trabajadoras de los hospitales públicos y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Métodos. Estudio cualitativo, desde una perspectiva construccionista social, que se realizó a través de grupos focales y análisis narrativos de las correspondientes transcripciones.

Resultados. La violencia estructural en el sector público de la salud se ha incrementado, desde la reforma al sistema de salud conllevando incremento en la violencia directa, al verse involucradas las personas trabajadoras de salud en la negación del derecho a la salud y en procesos de competencia e individualización de la atención; respecto a la violencia cultural, la discriminación aparece como el elemento más relevante, repercutiendo en relaciones interpersonales negativas y en violación de derechos.

Conclusiones. Las reformas neoliberales al sistema de salud colombiano han generado una problemática crítica en torno a

las prácticas de la salud organizadas desde el sector público y a las condiciones de contratación del personal que allí labora. Se requiere un cambio en la orientación del sistema de salud, así como la garantía de condiciones de empleo digno y decente, junto con acciones para prevenir la violencia directa hacia las personas trabajadoras de las instituciones públicas de salud en Bogotá.

Palabras clave: Violencia laboral; Sector de atención de salud; Factores de riesgo.

Luna-García JE, Urrego-Mendoza Z, Gutiérrez-Robayo M, Martínez-Durán A. Violencia en el trabajo del sector público de la salud: una visión desde las personas trabajadoras. Bogotá, Colombia. 2011-2012. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):407-17. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.51027>.

Summary

Background. Violence is a recognized public health problem that affects different spheres of society, including work environment in the field of health care, which requires policies and actions for its control.

Objective. To identify situations of direct, structural and cultural violence perceived in the work environments of people working in public hospitals and the District Department of Health of Bogotá.

Materials and methods. A qualitative study from a social constructionist perspective, through focus groups and narrative analysis of the corresponding transcripts.

Results. Structural violence in the public health sector has increased since the health system reform, which has led to an increase in direct violence, getting health workers involved in the denial of the right to health and competition processes and individualization of care; with respect to cultural violence, discrimination appears as the most important element having a negative effect on interpersonal relationships and rights violations.

Conclusions. The Colombian health system neoliberal reforms have caused a critical issue around health practices organized in the public sector and the employment conditions of the staff who work there. A change in the orientation of the health system is required, as well as ensuring dignified and decent conditions of employment, with direct action to prevent violence against the people working in public health institutions in Bogotá.

Keywords: Workplace Violence; Health Care Sector; Risk factors.

.....
Luna-García JE, Urrego-Mendoza Z, Gutiérrez-Robayo M, Martínez-Durán A. [Violence at work in the public health sector: a view from the working people. Bogotá, Colombia 2011-2012]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):407-17. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.51027>.

Antecedentes

En el mundo, cada año “...más de 1.6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia auto infligida, interpersonal o colectiva” (1). Las violencias, expresadas en todos los ámbitos de la vida, constituyen causas principales de muerte para la población internacional de 15 a 44 años. En el ámbito laboral, la violencia física o psicológica constituye un problema mundial (2).

La violencia en el lugar de trabajo comprende, según la Organización Internacional del Trabajo, et al:

“Toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma. La violencia interna en el lugar de trabajo es la que tiene lugar entre los trabajadores, incluidos directores y supervisores. La violencia externa es la que tiene lugar entre trabajadores (y

directores y supervisores) y toda otra persona presente en el lugar de trabajo” (3, p. 11).

También, según la Organización Internacional del Trabajo, esta violencia laboral incluye

“...incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo — incluidos los viajes de ida y vuelta a él— que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud. Si bien siempre se ha reconocido la existencia de violencia física personal en el lugar de trabajo, la existencia de la violencia psicológica se ha subestimado durante largo tiempo y solo ahora recibe la debida atención... la violencia psicológica consiste a menudo en actos repetidos, indeseados, no aceptados, impuestos y no correspondidos, que pueden tener para la víctima un efecto devastador” (2, p. 8).

Según la OIT, la violencia también posee una dimensión estructural, en este caso derivada de los impactos que ocasionan políticas que afectan los derechos sociales y laborales, repercutiendo en el mundo del trabajo. En el sector salud, las reformas bajo la orientación de las políticas neoliberales han incrementado la tensión en el trabajo, han ocasionado inestabilidad laboral y ha repercutido negativamente en las relaciones interpersonales.

“La violencia en el lugar de trabajo no es un problema individual ni aislado, sino un problema estructural y estratégico que tiene sus raíces en factores sociales, económicos, Organizacionales y culturales.” (2, p. 14).

El autor Johan Galtung coincide al proponer una clasificación de las violencias en la que distingue tres categorías: violencia directa, violencia estructural, y violencia cultural (4).

La violencia directa es visible, puede ser física, psicológica y/o verbal, se manifiesta en forma de conductas; es la que realiza un emisor o actor intencionado, y quien la sufre es un ser vivo dañado o herido física o mentalmente.

La violencia estructural, originada por la injusticia y la desigualdad como consecuencia de la propia estructura social, emerge desde todo el conjunto de redes de relaciones que construyen la matriz de cada sociedad, convertidas en violentas al no permitir la satisfacción de las necesidades de algunos grupos humanos en beneficio de otros; el concepto de violencia estructural es aplicable en aquellas situaciones en las que se produce un daño en la satisfacción de las necesidades humanas básicas (supervivencia, bienestar, identidad o libertad). La violencia estructural sería un tipo de violencia indirecta, es decir, las acciones que provocan el hambre en el mundo, por ejemplo,

no están diseñadas y realizadas directamente con ese fin, sino que son derivaciones indirectas de la política económica capitalista y del injusto reparto de la riqueza.

La violencia cultural se define como simbólica, expresada mediante infinidad de medios (simbolismos, religión, ideología, lenguaje, arte, ciencia, leyes, medios de comunicación, educación, etc.), cumpliendo una función de legitimar la violencia directa y estructural, así como de inhibir o reprimir la respuesta de quienes la sufren, ofreciendo justificaciones para que los seres humanos, a diferencia del resto de especies, se destruyan mutuamente e incluso reciban recompensas por hacerlo, por ejemplo, cuando son violentos en defensa de la fe, del Estado, o de la religión (4).

Este estudio sobre la violencia en el trabajo se enmarcó en las categorías clasificatorias de la violencia definidas por Johan Galtung (4); su propósito fue identificar situaciones de violencia directa, estructural y cultural percibidas en sus ámbitos laborales por personas trabajadoras de los hospitales públicos y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Materiales y métodos

Se empleó un enfoque metodológico cualitativo, basado en la técnica de los grupos focales. El estudio se desarrolló a través de cuatro etapas: preparación de la sesión de grupos focales, selección de la muestra estructural, realización de los grupos focales y procesamiento y análisis de la información.

En la primera etapa se realizaron cuatro encuentros de expertos de los campos de psicología, salud laboral y violencia para la definición de temas, diseño de la guía y trazado de perfiles de las personas trabajadoras de salud con quienes se explorarían significados y comprensiones sobre el problema de estudio.

Los temas generales acordados para abordar la violencia laboral en tales grupos fueron: gestión humana, doble jornada, participación en el trabajo, formas de contratación y vivencias de violencia en el trabajo. Para cada tema se plantearon preguntas guía, orientadas a obtener flexiblemente información basada en la experiencia de las personas convocadas sobre los temas generales planteados.

Respecto al perfil de las personas participantes se planificó un muestreo estructural según el trabajo en diferentes áreas (administrativas, operativas y asistencial); de acuerdo con formas de vinculación laboral (planta y otras modalidades de contratación); así como tomando en cuenta el reconocimiento de liderazgo en el tema dentro del sitio de trabajo (líderes, no

líderes). Algunos de estos perfiles se lograron identificar en procesos previos de conocimiento de los sitios de estudio por miembros del equipo de trabajo. En los casos donde el equipo de investigación que realizó el trabajo de campo no logró identificar un determinado perfil esperado según el muestreo estructural, se recurrió al contacto con las áreas de Talento Humano y Salud Ocupacional para que, por referencia, el mismo hospital seleccionara las personas correspondientes.

Sobre esa base, se gestionó que cada hospital y la Secretaría Distrital de Salud (SDS) facilitaran la participación de dos personas en cada uno de los 6 grupos focales que se definieron teniendo en cuenta los siguientes criterios de perfil: 1. líderes trabajadores, 2. trabajadores de salud pública, 3. trabajadores de diferentes áreas (grupo mixto), 4. trabajadores del área directiva, 5. trabajadores del área asistencial y 6. trabajadores del área administrativa. Finalmente participaron un total de 44 personas trabajadoras en los seis grupos focales efectuados, en cada uno de los cuales se realizó grabación de audio y toma de notas de observación.

Luego de la transcripción de los audios línea a línea, complementada con las notas tomadas *in situ* por miembros del equipo de investigación, se procedió a elaborar matrices de análisis con base en los ejes temáticos y preguntas previamente diseñadas, a partir de las cuales se efectuó una reconstrucción narrativa, basada en la identificación de categorías emergentes y categorías prediseñadas en torno a la violencia laboral, cuyos resultados se presentan a continuación, entremezclando las voces del equipo de investigación con las de las personas trabajadoras participantes en los grupos.

Resultados

Se identificaron, hacia las personas trabajadoras en el sector público de la salud en Bogotá, las tres diferentes formas de violencia que propone Johan Galtung (4), configuradas en el marco de su ámbito laboral: violencia estructural, violencia directa y violencia cultural.

Violencia estructural

Las personas trabajadoras participantes expresaron cómo la estructura actual del sistema de salud colombiano —lograda con la implementación de la Ley 100 de 1993 que implicó la reestructuración de hospitales y el ingreso de las empresas promotoras de salud (EPS) como intermediarias, junto con el modelo de flexibilización laboral— ha generado un impacto negativo en sus formas de contratación y condiciones de trabajo; de igual manera algunos factores políticos relacionados con las campañas de elección de representantes a instancias de

gobierno y cuerpos legislativos, así como el ingreso de nuevos gerentes a los hospitales, producen considerables alteraciones en la estabilidad laboral de las personas trabajadoras de la salud, violando el derecho al trabajo digno.

Las diversas formas de intermediación laboral, que se vienen empleando desde la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, fueron identificadas de manera reiterada a lo largo de los grupos focales como formas de violencia estructural prevalentes hacia el recurso humano en salud, que ve deteriorados sus modos de vida a costa del beneficio de terceras partes, a la par con el simultáneo deterioro en las condiciones de atención sanitaria brindadas a las personas usuarias de servicios de salud. En palabras manifestadas durante los grupos focales:

“Además de las EPS que nos han afectado mucho, están las temporales que cubren a la gran mayoría de trabajadores del sector de la salud”

“Las EPS vieron ahí la mina de plata, no nos digamos mentiras. La EPS toma la administración del dinero de los trabajadores”

“Las EPS entonces contratan las IPS, para no tener pérdidas, y la diferencia va a parar al bolsillo de la EPS. Por eso tienen equipos de fútbol, hoteles...”

“Los trabajadores de la salud y los usuarios son la gallina de los huevos de oro para las EPS, ni siquiera para las IPS que son las que están atendiendo a los pacientes...”

Desde las reformas que ha tenido el mundo del trabajo en el sector salud colombiano, especialmente la aplicación del modelo de flexibilización laboral y sus nuevas formas de contratación de trabajadores, se ha generado una pérdida de la calidad en el empleo; el contrato de prestación de servicios y las intermediaciones por empresas de servicios temporales (EST) no representan estabilidad ni continuidad en el trabajo.

En la primera forma de contratación no existen prestaciones sociales, tales como las cesantías, no hay vacaciones, no hay auxilio de transporte, no hay afiliación a caja de compensación, la seguridad social se debe pagar al 100% por parte del trabajador, no se vela por la protección en riesgos profesionales, tampoco los programas de bienestar y salud ocupacional cubren a los contratistas siempre, y las múltiples EST que pueden confluir en un mismo espacio laboral a través de sus trabajadores ofrecen a estos diferentes programas, lo cual no lleva a la equidad en el bienestar de las personas trabajadoras.

En general, el subgrupo de personas trabajadoras de la salud vinculadas mediante contratos de prestación de servicios fueron los identificados como más expuestos a condiciones de vulneración que generan malestar objetivo y sufrimiento emocional, situación evidenciada tanto en estas personas como en sus colegas de trabajo vinculados mediante otras modalidades dentro del mismo contexto laboral, tal como queda en evidencia a través de múltiples relatos sobre este tópico emergidos en los diferentes grupos focales:

“Dentro del [Área de] talento humano no están los contratistas, se excluyen, están en el área de jurídica, y por allá en contratación y siendo la población más amplia y más grande que hay, entonces esos pobres no son de aquí, las normas y las leyes se relacionan con trabajadores de carrera y planta”.

“La mano de obra de los contratistas es la más económica”, “Siempre los contratistas ganamos muchos menos”. “Una auxiliar de enfermería de contrato no alcanza a ganar un millón y de ahí tiene que pagar la seguridad social, le descuentan la rete fuente y una auxiliar de planta gana millón trescientos y pico y fuera de eso se le paga toda su seguridad social, los recargos, la diferencia es ¡impresionante!”.

“Se maneja muchísima recarga sobre los contratistas, yo estoy manejando nueve procesos y me pagan nada. Me enteré que pagan cuatro personas para que hagan el trabajo que yo estoy haciendo”. “La gente de contrato es muy comprometida y de hecho son los que hablan, los que suplen las necesidades de la gente de planta,... son los que hacen los festivos, los nocturnos, pues precisamente para evitar ese tipo de recargos [es] donde también a veces se abusa del contratista...”

“Te hacen un contrato de 2 meses, de 15 días [varios dicen] ¡de 15 días!! ... ¿será que me lo van a renovar? ¿Será que no me lo van a renovar?...”

“Tú eres contratado para una actividad, yo no sé cómo la vas a sacar, si tienes que venir el fin de semana, estar toda la noche, eso a mí no me interesa, para mí eso es una explotación todo el tiempo”

“El contratista para recibir 5 días de descanso, tiene que trabajarlos y son 5 maravillosos días sin plata”. “Yo llevo diez años sin vacaciones. (Médico)”

“La prestación de servicios tampoco puede sufrir para poder que el hospital siga creciendo, siga siendo productivo”.

La figura de la contratación a través de empresas de servicios temporales tampoco constituye una panacea para las personas trabajadoras; pese a que otorga un cierto estatus

de mayor estabilidad respecto a las personas enganchadas directamente por prestación de servicios, las vinculaciones como trabajador dependiente de empresas de servicios temporales que someten a las personas a múltiples formas de vulneración de sus derechos, y finalmente, a la precariedad:

“Hay gente dentro de la Secretaría de Salud, y de los hospitales, que tiene contrataciones de temporales, cada tres meses, durante más de 15 años. ¡Por Dios, cómo van a decir que una persona es temporal si lleva trabajando 15 años en una entidad!, ¡eso es muy triste!”

“No hay control hacia esas temporales, la gente se enferma y llegan a que la atiendan, y no han pagado la EPS, entonces la gente paga de su bolsillo las atenciones y no solo eso, [a] mi auxiliar un día le dio varicela y llegó a trabajar; la médica la revisó y le dijo: ¡No! usted tiene varicela, vuélase para su EPS; la incapacitaron 15 días, y pues le descontaron del salario los 15 días, entonces dice uno, ¡Por Dios!, ¿Qué están haciendo?”

Las personas trabajadoras de planta tampoco resultan inmunes a los efectos psicosociales negativos de la flexibilización laboral en el mundo del trabajo, pues su convivencia dentro de los mismos espacios laborales con personas colegas sometidas a los rigores de las contrataciones de prestación de servicios, o las empresas temporales, también afectan su bienestar en el trabajo:

“En este momento el aspecto humano está supremamente caído, las personas que somos de planta tratamos de mantenernos al margen; pero la gente anda muy desmotivada así, hay un mes en el que le pagan oportunamente y en el otro no, las personas de contrato mucho peor porque las personas de contrato no tienen derecho a decir absolutamente nada y a ellos se les entra a pisotear de la peor forma porque no tienen derecho sino a firmar su contrato y a cumplir con un horario y a cumplir sus funciones y a ellos pues peor la situación de pago... también es pésima, deberles uno, dos y hasta tres meses, todo totalmente salido de contexto, absolutamente nada que ver con una empresa, porque todo es manejo político”.

Además, estas condiciones derivadas de la forma de contratación, junto con la inestabilidad laboral, influyen negativamente sobre otras posibilidades de mejorar la calidad de vida, por ejemplo, pone barreras para préstamos y puede afectar la continuidad de las cotizaciones en el sistema de seguridad social postergando la posibilidad de una pensión, además de facilitar que las personas queden por temporadas sin atención médica. Todas las implicaciones del modelo de flexibilización en el sector salud enunciadas, se convierten en

actos de violencia para las personas trabajadoras, que afectan considerablemente la calidad de vida propia y de sus familias.

“La flexibilidad laboral me parece terrible, porque el hecho de que se contrate una persona para asumir los recargos nocturnos o las horas extras de un personal de planta, es terrible”

La retribución económica incierta es otro de los aspectos ligados a la flexibilización y precarización del trabajo en salud dentro de las entidades públicas del Distrito Capital de Bogotá que se identificaron como vulneraciones prevalentes a los derechos de las personas trabajadoras participantes; pagos con periodicidad incierta, montos que no alcanzan para el sustento propio ni familiar y que no se corresponden con la experticia, la presión y responsabilidad de la tarea desempeñada, y que fueron mencionados con gran frecuencia:

“Los hospitales públicos todos están por temporales y a un médico por ocho horas de trabajo, viendo un paciente cada 20 minutos, le estén pagando por tiempo completo solo 800.000 pesos antes de retención”

“Es increíble ver médicos que trabajan de 6 a 12 en una entidad de 3 a 10 en otra y se turnean por las noches para mantener su familia, eso es realmente triste”.

“Desafortunadamente los pagos no se dan a tiempo”... “Antes uno no se preocupaba porque le llegara o no le llegara el sueldo, ahora la preocupación es de todos los días y es caldo de cultivo para todas las organizaciones sindicales, el no obtener el pago, porque ellos piensan que las directivas de los hospitales son los que no quieren pagarla, o que no se hace la gestión de cobro o de ir a corregir la situación con la Secretaría de salud”.

“El hecho de no pagar el salario, eso ya de entrada es violento, va en contra de una política de equidad... ¡Ah, y como no vino a trabajar porque no tenía para el bus entonces mañana le clavo 3 fines de semana!, ¡eso es violencia!”. “Que los pagos no se den a tiempo... que pasen varios meses sin pago.... que la gente se quede sin contrato y le toque seguir trabajando sin saber si le renuevan o no, y sin pago, eso es violencia”.

Estas irregularidades en el pago hacia las personas trabajadoras se dan especialmente para quienes están vinculados mediante orden de prestación de servicios, pero también afectan a quienes trabajan a través de servicios temporales, y a las personas de planta, con frecuencias desiguales en dichas irregularidades entre los distintos hospitales del distrito; este hecho es percibido por las personas participantes como uno de los puntos más negativos en las condiciones de empleo, junto

con los montos de la remuneración y las implicaciones del tipo de contratación; por ejemplo, en las órdenes de prestación de servicios no hay prestaciones sociales que permitan tener mejores condiciones de vida en el largo plazo, profundizando aún más la precariedad inducida en la calidad de vida de las personas afectadas por irregularidades frecuentes en los pagos mensuales.

Las personas trabajadoras identifican un hito a partir del cual sus condiciones de trabajo empezaron a desmejorar paulatinamente: la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 en el territorio colombiano, ley mediante la cual se introdujeron al sector salud los lineamientos de la economía de mercado para la prestación de servicios de salud en el campo de la llamada competencia regulada:

“La ley 100... que le dio una cobertura espectacular a la población, ¿pero a costa de quién?: de los profesionales. Porque se metieron unos intermediarios entre profesional y usuarios, que son los que se están enriqueciendo, las EPS, ellos contratan como quieren, y tristemente en ese juego cayó hasta el Estado”.

El deterioro de las condiciones de trabajo y empleo originado en el cambio de modelo en el sistema de salud, desde la ley 100, y la transformación de los hospitales a Empresa Social del Estado con la condición de ser auto sostenibles cambian la misión de las organizaciones de salud, pidiéndoles que su principal oficio sea la facturación de servicios, dejando en segundo plano el bienestar de los pacientes y de quienes les atienden; también se encontró en los grupos focales una relación entre dicho deterioro y las frecuentes reestructuraciones sufridas por los hospitales públicos para convertirlos en empresas sociales del estado cada vez más rentables; cada proceso de reestructuración se convierte en fuente de intenso sufrimiento y malestar para las personas trabajadoras del sector:

“Después vino la reestructuración, lamentablemente iban a acabar con todo, el gran porcentaje era quitar el 70% del personal de planta, sobretodo, así fuera asistencial quitar todo lo de servicios básicos y nombrar gente [por prestación de servicios], porque había que ayudarlo al país, ayudarlo a la Secretaría de salud, había que ayudarlo a todos porque se iba a quebrar el país, el distrito no tenía plata, y todo tenía que ser a expensas del pueblo, [de] los trabajadores, y enriquecerse unos pocos que eran los que estaban de gerencia de turno”.

“En el momento que haya reestructuración, en el momento en el que haya fusión, en el momento en que hayan las reestructuraciones que se piensan hacer, otra vez se van a

hacer, sin contemplaciones, sin dolor, sin nada, y la masacre laboral va a ser la misma y esas condiciones también afectan, no crean que porque uno es provisional y es de planta, no se acuesta todos los días pensando que si mañana todavía tendré empleo, porque ya llegó el que va a ocupar mi cargo, porque ya salió la lista de elegibles o porque ya se cayó el acto legislativo y ya todos estamos por fuera. Entonces eso crea una situación de estrés que se manifiesta en el desarrollo laboral de las personas, se manifiesta en trastornos, en trastornos de la salud física, empiezas a notar la gente sin ánimo, irritable, cualquier cosa que murmuran en el pasillo, que el acto legislativo... ¡para uno es la catástrofe!, ya uno va a los servicios y la gente no dice: buenos días ¿cómo estás?, ¡No!, Ya ni te miran, ni siquiera te contestan el saludo, las relaciones interpersonales totalmente rotas, porque tú estás luchando por mi puesto y yo por el tuyo y ya no somos compañeros, mucho menos amigos, eso es una situación bien complicada y en nuestro hospital, yo no sé si en todos, pero en mi hospital, en mi institución es muy preocupante porque uno ve a la gente en la oficina de talento humano y lo primero que preguntan es: ¿ya salió el acto legislativo?, ¿Si nos vamos?, ¿Si nos quedamos?, ¿Si no sé qué?... Y los tienen mamados preguntando hasta cuándo tienen trabajo, entonces eso afecta, eso afecta el clima laboral, afecta la salud mental y la salud física de las personas... ahora el ausentismo por incapacidad médica está disparado, a la gente le duele la cabeza, le duele el estómago y todo es derivado de esto, del estrés”.

El afán de auto sostenibilidad ha abocado a las personas trabajadoras de la salud a tener que cumplir no solo con las labores propias de sus perfiles profesionales, sino también con otras para las que no han sido formados y que compiten con la adecuada atención de sus pacientes, pero sin las cuales difícilmente lograrían subsistir en el marco de nuevo sistema:

“Ahora tenemos que dejar de lado al paciente, para buscar recursos, estar cobrando, especializarse en el cobro de cartera, especializándose en saber facturar, especializándose en controlar los recargos a uno y a otra persona para que no los haga y remplazar esos recargos con uno u otro contratista”

El cambio de estructura en el sistema de salud, también determina un cambio en la estructura orgánica de cada hospital y de la SDS, así se generan roles diferentes, incluso modificando las acciones de áreas como talento humano, que pierden autoridad en el manejo del personal y se convierten en ejecutores de lo que determine la gerencia sin respetar los procesos de gestión humana como por ejemplo, el proceso de selección de personal:

“Tú como jefe de personal te estancas, y se es ejecutor, no más... ¡terrible!”

“Somos ejecutores, poder de decisión en sí, no tenemos, y nosotros podemos tener un buen proceso de selección, pero hay políticas y cosas por encima de nosotros, que inciden... Somos ejecutores de todo lo que decide el gerente o el superior”.

“En la estructura organizacional entonces están el gerente y las dos subgerencias, pero de ahí para abajo, no hay nada!”

Las áreas financiera y contable se posicionan mejor por ser el punto central en la auto-sostenibilidad, y de esta manera la empresa se va alejando de la visión de bienestar y protección de sus trabajadores desempoderando a las áreas de talento humano y salud ocupacional. Así mismo, las áreas asistenciales han ido perdiendo preponderancia en la estructura general de las entidades de salud del sector público de la ciudad de Bogotá. Estos cambios, en su conjunto, han llevado a la disminución del valor del trabajador como ser humano, y le predisponen a ser víctimas de la violencia directa.

Pero estos cambios en la estructura del modelo de organización del sector salud en Colombia no son percibidos por las personas trabajadoras como aislados de otros aspectos negativos ligados con la cultura política prevalente en el país; clientelismo, compra de votos, tráfico de influencias, corrupción, y desvío de los dineros de la salud hacia el engranaje de la maquinaria política fueron mencionados en el transcurso de los grupos focales:

“Me hierva la sangre, que la gente por sus méritos no pueda acceder a tener un puesto digno sino que tenga que partir de mítines políticos y en hacerle buena cara y firmar listas de apoyo a una persona política para poder tener un empleo con las condiciones de temporalidad que están dando en este país”. “No hay derecho a que a una pobre niña que es auxiliar, mamá cabeza de hogar, madre soltera, lleguen personajes a decirles que si quiere el puesto me tiene que asegurar su voto”

“Los hospitales públicos de Bogotá tienen nombre propio, tienen dueños... hay un dueño.... él es el dueño del hospital, él quita y pone a quién quiere en el hospital, de subgerencias hacia abajo, porque el gerente es potestativo de la alcaldía”. “La parte administrativa es la que más tiene que [deber] favores políticos, entonces esta gente está callada porque está ahí el político que está interesado en esto, y que es el dueño de la temporal...”

“Las entidades estatales, las ha arruinado la política, ésta entró en la salud, y la salud se dañó”. “Cuando se metió la política en el cierre del seguro social se vieron afectados once millones de afiliados”.

“Los políticos de este país no dan puntada sin dedal y estoy segura que están sacando plata del salario de la gente que se mata por sacar adelante la salud de este país”. “El que tiene la oportunidad machetea, saca lo suyo, y se va”. “Entonces, entre los políticos y las EPS tienen completamente arrinconados a los trabajadores de la salud”. “Todo ahora es venta de servicios, para el favor para un particular o un político”.

Las condiciones de desempleo y subempleo que afectan de manera cada vez más extendida a las personas colombianas terminan generando que personas con perfiles distintos al de las profesiones sanitarias, en ocasiones con sobre calificación, soliciten y acepten empleos en los hospitales del distrito, sin estar probablemente bien preparados para las tareas que se ven obligados por necesidad a asumir:

“[Conozco el caso de...] Una persona que...es publicista, ¡y fue conductor del Senado, y aplica ahora para auxiliar de servicios generales [en un hospital de la red pública de Bogotá], y dice: yo estoy dispuesto a trabajar!”

La violencia social, sostenida también en fenómenos de desigualdad y exclusión propios de la violencia estructural, genera una carga emocional adicional en las personas trabajadoras de la salud, quienes tienen que lidiar cotidianamente con los efectos de diversas formas de violencia directa que afectan a sus pacientes, siendo la tarea sanitaria de atender víctimas de violencia altamente exigente y generadora de estrés psicosocial importante para el personal de salud:

“Nunca había visto apuñalada a una materna, tuve que manejarlo ahora, además de niños que son golpeados hasta tener que trasladarlos [hacia los servicios de urgencias, por la magnitud de las lesiones que sufren]...”

“Hay cualquier cantidad de gentes que llegan chuzadas, y llegan 3 o 4 pacientes más a tumbar la puerta [del servicio de salud, detrás del herido, en muchos casos trasladando la violencia que originó la lesión del paciente hacia el personal sanitario que le está atendiendo]...”

Este último testimonio recogido en uno de los grupos focales adelantados nos permite conectar el tema de la violencia estructural con el de muchas formas de violencia directa, sostenidas en la primera, que afectan a las personas trabajadoras de la salud en virtud de su trabajo.

Violencia directa

La violencia directa en el trabajo puede presentarse en sus modalidades de violencia física, psicológica o verbal, y sexual.

En el marco de las conversaciones sostenidas en los grupos focales que se reseñan, estuvo representada principalmente a través de sus modalidades física y psicológica, lo cual de ninguna manera implica la inexistencia de violencia sexual en el marco de las relaciones de trabajo instauradas dentro de los hospitales de la red pública del Distrito Capital.

Por su carácter ligado al tabú del sexo —y por la estigmatización frecuente que sufren en el marco de la sociedad colombiana, aún hoy en día, las víctimas de todas las formas de violencia sexual— es probable que el tema de la violencia sexual en el marco del trabajo dentro de los hospitales públicos de Bogotá requiriera, para haber resultado suficientemente evidenciado, de un abordaje metodológico más específico y sensible a los asuntos de género que el planteado de manera general para el estudio que nos ocupa ahora:

“Aquí hay problemas que no se visibilizan, hay problemas de acoso sexual... hay incluso problemas de alcoholismo asociados a eso y de drogadicción, en las mismas horas de trabajo, de todo lo que ustedes quieran, y hay que visibilizarlos...”. “También hay temas de violencia intrafamiliar de compañeros...”

Entre las formas de violencia directa que si resultaron evidenciadas en los grupos focales, la violencia física apareció afectando de manera especial al personal asistencial, especialmente en áreas de urgencias y de atención al usuario. Los profesionales son agredidos con golpes y empujones por parte de pacientes y familiares de los mismos, incluso se han presentado casos de amenazas de muerte y golpizas graves a personal médico:

“Aquí los pacientes y familias de ellos han amenazado y agredido a médicos, auxiliares, enfermeras”

La violencia psicológica se ha manifestado de diversas maneras: maltrato verbal con palabras fuertes y tonos altos, en la disminución de las posibilidades de expresión y participación, se han conocido casos de personas que expresan la inconformidad con sus condiciones laborales y se les ha suspendido o no renovado el contrato, en el trato discriminatorio por ser de contrato, temporal, provisional o de planta, por ejemplo en la falta de equidad respecto a programas y beneficios laborales, en la falta de control de las condiciones desfavorables de trabajo desde los programas de salud ocupacional, y en la poca inversión en las mejoras físicas y ergonómicas de los espacios laborales, en la deficiencia de la gestión humana manifiesta en la percepción de falta de apoyo de jefes y superiores, en el manejo limitado de los incentivos, en la inseguridad sobre la permanencia y en el inadecuado manejo de las relaciones internas de trabajo.

Las personas participantes identificaron una serie de condiciones de trabajo inadecuadas, que al serles impuestas cotidianamente en el transcurso del desempeño de sus labores terminan por convertirse en fuentes permanentes de violencia psicológica en su contra:

“Por la exigencia y los horarios extensivos, dobles jornadas, fines de semana también, podrían existir enfermedades de tipo psicosomático, por el estrés, por la depresión también... y es muy posible que suceda esto en cuanto a la atención de las personas”. “El trabajo es bastante pesado, absorbente, con mucha información”

“Impresionante el hacinamiento, no hay donde más colocar... se perdió una cosa que se llama calidad de vida, antes salud ocupacional estaba muy pendiente del ruido, del desorden, de la contaminación visual, entonces con tantísimas personas, entonces eso se perdió, entonces tu llegas, ingresas y ya estas estresado uno escucha vallenato, el otro escucha aquello, el otro grita, el otro juy es impresionante!”

Las personas que comparten el mismo contexto de trabajo, tanto en posiciones de mando como de subordinación, —estando sometidas con frecuencia al hacinamiento, presión de trabajo excesiva, y condiciones inadecuadas para desarrollarlo, en el marco de violencia estructural ya descrito en un apartado anterior— terminan facilitando el ejercicio de la violencia verbal en el trabajo:

“Un personaje que se presentó a los trabajadores con sudadera roja con raya blanca [dijo]: yo me llamo fulano de tal, y aquí la cosa va a cambiar; ustedes producen porque producen, porque el que no produzca se va, puede ser de carrera o de lo que sea, o de lo que se le dé la gana pero se van...”

Aunque la función primordial de los sindicatos estaría orientada a proteger y defender las mejores condiciones de vida y trabajo para las personas trabajadoras de la salud, el contexto estructural en que actualmente se desempeñan este tipo de tareas hace que los sindicalistas sean percibidos en ocasiones por sus colegas de trabajo como una fuente adicional de estrés psicológico:

“El sindicato está para proteger y defender los intereses de toda la comunidad trabajadora, no de unos poquitos, no solo los que están afilados a mi grupo, y en el hospital de nosotros pasa mucho que los sindicatos se dedican a perseguir a los compañeros, entonces pasan miles de derechos de petición, miles de documentos solicitando: dígame porque este está ubicado en tal sitio, porque este no está haciendo la labor que le toca, si este está contratado para una labor asistencial porque está haciendo una labor administrativa, y esa es la

vida de muchos sindicatos en un hospital, estoy hablando por mi hospital, entonces [es ahí] cuando uno se siente agredido y se siente acosado”

“Yo me siento perseguida por los sindicatos de allá, cada que quieren van a mi oficina, y me insultan y me gritan, y me piden informes, y me dicen cualquier cantidad de cosas, y hasta a la agresión verbal han llegado en mi oficina, pero yo no puedo hacer nada, y nadie en el hospital puede hacer nada contra ellos, no, porque están en nombre de su sindicato, y el sindicato les avala todo lo que digan, porque es el sindicato, y eso enferma, eso predispone, eso produce afectaciones psicológicas, mentales, y fisiológicas”

La carencia de personal suficiente para desarrollar las tareas necesarias, en especial dentro del área asistencial y junto con la inestabilidad laboral a que se ven sometidas las personas trabajadoras, se convierte en una continua fuente de sufrimiento psicológico que les afecta:

“En el área asistencial se sienten mucho las ausencias de talento humano”, “en la parte asistencial que se requiere más personal y donde los contratistas tienen que suplir las necesidades de planta deberían contratar más personal”

“Ahora con el cambio de los gerentes, el de planta está tranquilo, los de contrato estamos en riesgo, porque llega el nuevo y todo el mundo se va o van cambiándolo poco a poco... eso es un riesgo psicosocial de estrés en donde toca tener, como decía la compañera, muchas habilidades, muchas capacidades para poder mantenerte en tu puesto y aunque las tenga, si no tiene la palanca, si no es de la rosca [sic], te vas, así de sencillo”

Por otra parte, el temor constante de perder el trabajo hace que las personas trabajadoras prefieran abstenerse de ejercer los pocos mecanismos de participación de que disponen, miedo de verse afectados por represalias, sentimiento acrecentado ante la conciencia que tienen sobre su carácter eminentemente reemplazable:

“Empieza a fructificar la política del miedo, del terror, detrás de uno hay cincuenta más y... ¡ahí está el ejército de reserva del proletariado!...”

“La gente está muy limitada a escribir porque tienen miedo, han pasado muchas cosas en el hospital... [Refiriéndose a los buzones de opinión]”

“A pesar de que se diga que es anónimo, se piensa que se va a saber quién fue, entonces las personas se niegan a expresar, a que se conozcan ciertos aspectos sobre su trabajo”

“A la gente le da mucho miedo, toda la gente le da pánico decir algo, porque es un puesto lo que está en riesgo”

“Hace 4 años no tengo vacaciones, pero mejor yo no digo nada, porque me pueden sacar; y yo ayudo a mantener la familia... además soy vieja, y no podría encontrar trabajo”

También se evidenció el sufrimiento psicológico en las personas trabajadoras como consecuencia de deficiencias en las posibilidades de ejercer la gestión del recurso humano en el marco estructural de la salud imperante en los hospitales públicos del Distrito Capital por falta de incentivos:

“Gestión humana es como la cenicienta, los rubros que se manejan, son de verdad escasos para todo lo que hay que hacer...”. “El dinero para incentivos realmente no es suficiente, porque hasta la ley nos limita y entonces se piensa sólo en personas de carrera”.

“Falta respaldo y apoyo de los jefes y superiores”.

Las consecuencias de los eventos enunciados se pueden representar principalmente en la falta de identidad con el trabajo y compromiso con la empresa, además de la disminución en la motivación y en la aparición de alteraciones físicas y emocionales que pueden afectar la salud de las personas trabajadoras.

Violencia cultural

Las personas participantes en los grupos focales identificaron este tipo de violencia en la discriminación por la forma de contratación que padecen; el personal de contrato ha expresado ser menos valorado, tener menor reconocimiento y sufrir mayor exigencia respecto a cantidad de trabajo y cumplimiento de horario. Además la forma de contratación marca grandes diferencias en los beneficios laborales que puede tener una persona trabajadora de la salud y su familia.

La discriminación, como expresión principal de violencia cultural evidenciada, que parece recaer fundamentalmente en las personas en virtud de su modo de vinculación al trabajo, se manifestó en relatos como el siguiente:

“La diferencia entre planta y contrato, por ejemplo los de contrato entramos a las siete, los de planta entran a las ocho, ocho y media, van a tomar tinto y uno desde las siete ya tiene que estar trabajando, ¿sí?, entonces si se ve la diferencia de planta a contrato...”

No obstante, también se pudieron evidenciar conductas de discriminación hacia las personas trabajadoras en virtud de su

ubicación dentro de los equipos asistenciales o administrativos, entre quienes están en las áreas de salud pública y quienes realizan otras tareas, entre personas profesionales y no profesionales, en virtud de la pertenencia o no a los sindicatos de la institución, y entre quienes son hombres o mujeres.

Todas estas formas de discriminación reproducen aquellas que son prevalentes en la sociedad colombiana, y se ven trasladadas a las relaciones de trabajo, sosteniendo y facilitando los ejercicios de violencia directa y estructural hacia aquellas personas que, en el marco de la sociedad en general, han sido puestas en situación de menor posibilidad para el ejercicio del poder y, por ende, afrontan mayor vulnerabilidad.

Discusión

Los relatos obtenidos de trabajadores de hospitales públicos del Distrito Capital han retratado de manera clara el fenómeno del *ciclo de la violencia* descrito por Galtung (4), evidenciando su encadenamiento de nivel a nivel, desde la estructura con políticas laborales y nuevos esquemas de forma de contratación adversos que recaen en las condiciones de trabajo y empleo de las personas trabajadoras, fomentando diversas formas de violencia directa, sostenidas a su vez en aspectos culturales interconectados, de nuevo, con la estructura social manifestada en la organización actual del sector salud colombiano, tal y como ha sido analizado por Franco (5).

Las múltiples formas de violencia estructural descritas terminaron determinando ejercicios de violencia directa, física y psicológica que afectan negativamente las condiciones de vida y de salud de las personas trabajadoras sanitarias, siendo un elemento que confirma la necesidad de superar los mitos de la ausencia de la violencia en el trabajo (6).

Adicionalmente, la frecuente exposición a violencia psicológica termina afectando los estados emocionales de las personas y puede llegar a alterar la calidad de su trabajo, y por ende la atención a otros; así, la violencia recibida por las personas trabajadoras en sus contextos laborales puede terminar recayendo sobre sus pacientes y las demás personas usuarias de los servicios de salud, incluso poniendo en riesgo el estado de salud y la vida de tales pacientes, sin que se evidencie un reconocimiento local claro del tema de acoso laboral inmerso en lo descrito, cuya importancia para el sector salud ha sido puesta en evidencia en el ámbito internacional, así como en Colombia (7,8,9,10,11,12).

Y en sentido contrario, las diversas violencias que tienen lugar en el marco de la sociedad colombiana en general y que afectan a las y los usuarios de los servicios de salud, terminan a la vez sobrecargando emocionalmente a trabajadoras y

trabajadores de la salud, incrementando aún más el estrés psicosocial al que ya están sometidos cotidianamente desde otras vertientes.

Para finalizar, llamó la atención la pobre capacidad propositiva de las personas participantes en cuanto a posibles estrategias que les permitieran contrarrestar y solucionar su situación de exposición constante a diversas formas de violencia en el sitio de trabajo.

Conclusiones

Indudablemente, aunque se intente diferenciar los tipos de violencia en los hechos descritos por quienes participaron en los grupos focales, todas se encuentran estrechamente entrelazadas: la violencia estructural, desde las reformas dadas en el sector salud termina convirtiéndose en violencia directa, especialmente de forma psicológica, ya que estas medidas recaen sobre las condiciones de trabajo y empleo de cada trabajador; y por otro lado, al implantarse tales condiciones en el contexto, casi de forma naturalizada, se convierte en violencia cultural, aceptada y normalizada.

La ausencia de identificación de posibles estrategias de resistencia y defensa ante la violencia en el trabajo, por parte de las personas trabajadoras de la salud en el marco del Distrito Capital de Bogotá, pone en evidencia el largo camino por recorrer para hacerles partícipes de procesos de movilización por un trabajo digno y de búsqueda de caminos que conduzcan a una transformación del sistema de salud colombiano, en beneficio de todas las personas afectadas negativamente por su situación actual.

Conflicto de intereses

Los autores certificamos que no tenemos conflicto de interés en la realización de este artículo, el cual recoge de manera autónoma los resultados del proceso de investigación realizado.

Financiación

Proyecto de investigación cofinanciado por la Secretaría Distrital de Salud y la Universidad Nacional de Colombia, aprobado mediante Resolución 231 de 2010 del Consejo de Facultad de Artes y realizado mediante el Convenio Especial 1247 de 2011 entre el Fondo Financiero Distrital y la Facultad de Artes de la Universidad Nacional de Colombia.

Agradecimientos

A las directivas, trabajadores y trabajadoras de los hospitales del Sur, Engativá, La Victoria, Meissen, Nazareth,

Pablo VI, Santa Clara, Suba, Tunal, Tunjuelito, Usme y a la Secretaría Distrital de Salud. Un reconocimiento especial a la participación de los profesionales de la SDS Stella Vargas, Rubén Caballero y Jhon Benavides; a los profesores Camilo Pulido, Luz Mery Carvajal, Claudia García, Carmen Pico, Luz Dary Naranjo y Luis Alberto Lesmes; y a los estudiantes, Linda Acosta, Patricia Abella, Lindy Pinzón, Alejandra Andrade, Lina María Alarcón, Diana Castellón, Laura Castro, Ángela Susana Piñeros.

Referencias

1. **Krug E, Mercy J, Dahlberg L, Zwi A.** The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360(9339): 1083-1088. <http://doi.org/d6j273>.
2. Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud, Internacional de Servicios Públicos. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: OIT, CIE, OMS, ISP; 2002.
3. Organización Internacional del Trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla. Ginebra: OIT; 2003. [Cited 2011 Mar 12]. Available from: <http://goo.gl/31WB9h>.
4. **Galtung, J.** Cultural violence. *J Peace Res*. 1990;27(3):291-305. <http://doi.org/cdq2q4>.
5. **Franco-Agudelo S.** Violencia y salud en Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 1997;1(2):93-103. <http://doi.org/c4rtw2>.
6. **Porto-Serantes N, Araña-Suárez M.** Mitos en violencia laboral. *Revista Universitaria de Ciencias del Trabajo*. 2005;6:345-357.
7. **Palucci-Marziale M.** La violencia en el sector salud. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004;12(2):151-152.
8. Consejo Internacional de Enfermeras. Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo. Ginebra: CIE; 2007.
9. **Domínguez L, Mijana, J.** Violencia laboral. Una visión desde enfermería. Buenos Aires: El Uapiti; 2008.
10. International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International. Workplace violence in the health sector. Ginebra: ILO, ICN, WHO, PSI; 2002.
11. **Andrade-Jaramillo V; Gómez I.** Salud laboral. Investigaciones realizadas en Colombia. *Pensamiento Psicológico*. 2008;4(10):9-25
12. **Mayorca-Yancán I, Lucena-García S, Cortés-Martínez M, Lucerna-Méndez M.** Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía: ¿Por qué hay agresiones no registradas?. *Med Segur Trab*. 2013;59(231):235-258. <http://doi.org/56q>.



SIN TÍTULO

AUTOR: MAYA CORREDOR

PROYECTO: DISPARÁNDO CAMARAS EN CAZUCA

LUGAR: LA ISLA, ALTOS DE CAZUCÁ, COLOMBIA

AÑO: 2009

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.44205>

Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013

Suicide risk and associated factors in adolescents of three schools of Manizales city (Colombia), 2013

Diana Carolina Aguirre-Flórez¹ • José Jaime Cataño-Castrillón² • Sandra Constanza Cañón² • Daniel Felipe Marín-Sánchez¹ • Julieth Tatiana Rodríguez-Pabón¹ • Luz Ángela Rosero-Pantoja¹ • Laura Patricia Valenzuela-Díaz¹ • Jennifer Vélez-Restrepo¹

Recibido: 30/06/2014 Aceptado: 24/03/2015

¹ Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Manizales. Manizales, Colombia.

² Grupo de Investigación Médica, Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Manizales. Manizales, Colombia.

Correspondencia: José Jaime Castaño-Castrillón. Carrera 9 No. 19-03, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Manizales. Manizales, Caldas. Tel: +57 6 8841450. Correo electrónico: cim@umanizales.edu.co

| Resumen |

Antecedentes. El suicidio se encuentra entre las cinco principales causas de muerte en adolescentes de 15 a 19 años a nivel mundial, se ha convertido en un problema de salud pública en la sociedad actual y en Colombia.

Objetivo. Esta investigación pretende determinar el riesgo suicida según la escala de Plutchik y sus factores asociados en estudiantes de bachillerato de tres colegios de Manizales, Colombia.

Materiales y métodos. Estudio de corte transversal en una población de 322 adolescentes de estratos II y III, que cursaban los grados de octavo a once de bachillerato en tres colegios de la ciudad de Manizales. Se aplicó el cuestionario de Plutchik para riesgo suicida y otros cuestionarios para factores asociados.

Resultados. El 16.5% de los estudiantes presentó riesgo suicida; el acoso entre pares manifestó un índice de intensidad entre alta y muy alta de 58.1%; el 38.5% de la población tuvo buena funcionalidad familiar; el 18% presentó depresión; la baja autoestima se encontró en 19.6%; el 11.8% evidenció dependencia alcohólica; el 23.3% mostró trastorno de conducta alimentaria, y el consumo de sustancias psicoactivas y cigarrillo fue de 31.4% y 13.4%, respectivamente. Los siguientes factores asociados presentaron relación significativa con riesgo suicida: funcionalidad familiar ($p=0.000$), depresión

($p=0.000$), dependencia alcohólica ($p=0.001$), autoestima ($p=0.000$), trastornos de conducta alimentaria ($p=0.000$), acoso escolar ($p=0.000$), consumo de cigarrillo ($p=0.000$) y consumo de sustancias psicoactivas ($p=0.001$).

Conclusiones. Se encontró un nivel de riesgo suicida según Plutchik superior al de otras poblaciones similares. Sobresalieron la depresión y la disfuncionalidad familiar como factores asociados. Un hallazgo muy importante fue que el acoso entre pares aumenta en gran proporción el riesgo suicida. No se encontró ninguna relación entre riesgo suicida y estrato social.

Palabras clave: Factores de riesgo; Estudiantes; Suicidio; Acoso escolar; Depresión (DeCS).

.....
Aguirre-Flórez DC, Cataño-Castrillón JJ, Cañón SC, Marín-Sánchez DF, Rodríguez-Pabón JT, et al. Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):419-29. Spainsh. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.44205>.

Summary

Background. Suicide is among the five leading causes of death in adolescents between 15 and 19 years old worldwide.

It has become a public health problem in today's society and in Colombia.

Objective. This research aims to determine the suicide risk factor according to Plutchik scale and its associated factors in students from eighth to eleventh grade of high school in three schools of Manizales, Colombia.

Materials and methods. Cross-sectional study with a population of 322 students in stratum II and III from three schools of Manizales city who were in eighth-eleventh grades of high school. Plutchik questionnaire was applied to determine suicide risk and other questionnaires were applied for associated factors.

Results. 16.5% of the students manifested suicidal risk according to Plutchik scale. Bullying showed an intensity index between high and very high of 58.1%; 38.5% of the population studied has a good family functioning; 18% presented depression; low self-esteem was observed in 19.6%; 11.8% evidenced alcohol dependence; 23.3% showed eating disorders, and the use of psychoactive substances and cigarette was 31.4% and 13.4%, respectively. The following associated factors showed a meaningful connection with suicidal risk: family functionality ($p=0.000$), depression ($p=0.000$), alcohol dependence ($p=0.001$), self-esteem ($p=0.000$), eating disorders ($p=0.000$), bullying ($p=0.000$), cigarette smoking ($p=0.000$) and psychoactive substance use ($p=0.001$).

Conclusions. The study showed a level of suicidal risk according to Plutchik superior to that of other similar populations. The most outstanding associated factors were depression and family dysfunction. An important finding was that bullying greatly increases suicide risk. No significant relationship between suicide risk and social stratum was found.

Keywords: Risk factors; Students; Suicide; Bullying; Depression (MeSH).

.....
 Aguirre-Flórez DC, Cataño-Castrillón JJ, Cañón SC, Marín-Sánchez DF, Rodríguez-Pabón JT, *et al.* [Suicide risk and associated factors in adolescents of three schools of Manizales city (Colombia), 2013]. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(3):419-29. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.44205>.

Antecedentes

El suicidio se encuentra entre las cinco principales causas de muerte en los adolescentes de 15 a 19 años a nivel mundial (1) y se ha convertido en un problema de salud pública en la sociedad actual.

En Colombia, 160 menores de edad murieron por suicidio en el 2003, 86% eran mujeres. El 25% de las 64 mujeres que se suicidaron en Bogotá en el mismo año eran menores de edad, 50 % de las cuales tenía de 16 a 17 años (1).

Según lo reportado por Pérez *et al.* (2) en su investigación realizada entre 2003 y 2005, durante los últimos años, el grupo poblacional de 16 a 30 años de edad ha ocupado el primer lugar en frecuencia de suicidios en Bogotá, Colombia.

Diferentes variables se describen como factores asociados con riesgo suicida (RS) y algunas son mencionadas en la literatura mundial como: adolescencia (2-4), género femenino, depresión, experiencias de abuso físico con alto grado de exposición a violencia, disfunción familiar (5-6), pérdida temprana o separación de figuras parentales, bajo logro escolar, fracaso o deserción académica, e historia de patología psiquiátrica (7-10).

Al respecto, Pérez *et al.* (11), en un estudio realizado en México en el 2010, encontraron entre los factores asociados a suicidio: ser mujer, haber tenido relaciones sexuales y presentar ideación y/o intento de suicidio. De igual manera, presentar sintomatología depresiva aumenta en 51% la posibilidad de hacerse daño. Los(as) estudiantes que consumen alcohol tienen una posibilidad 31% mayor de intentar suicidarse que los(as) que no consumen. El consumo de tabaco estuvo fuertemente asociado al intento suicida en este estudio.

Asimismo, en un estudio en España, realizado por Salvo *et al.* (12) se encontró que el 51.2% de los adolescentes con RS era de género femenino. Entre otros factores de riesgo, Aseltine *et al.* (13) estudiaron el consumo de alcohol como factor de RS en jóvenes de escuelas públicas de todo Estados Unidos y encontraron una asociación entre ambos.

En relación con lo anterior, el estudio realizado por Fuentes *et al.* (14) en 2009, con estudiantes de sexto a once grados de colegios de la ciudad de Manizales, Colombia, hallaron presencia de RS de 12.8%, y entre los factores asociados a este riesgo se encontró la disfuncionalidad familiar, depresión, ansiedad, consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco.

En otro estudio en Manizales realizado por Castaño *et al.* (15) en el año 2013 en centros de rehabilitación para consumidores de sustancias psicoactivas, se encontró un RS de 57%, además de factores asociados como dependencia alcohólica, disfuncionalidad familiar, depresión, ansiedad y baja autoestima. Así mismo, en una revisión de temas realizada por Cañón (5) se mencionan algunos factores de

riesgo entre los que se destacan la depresión y la disfunción familiar. Cuando hay mayor grado de disfunción, mayor es el RS.

En el municipio de Palestina, Caldas, Colombia, en 2012, Álvarez *et al.* (16) encontraron un 11.8% de RS en una población de una institución educativa. Además, se observaron factores asociados como: el consumo de sustancias psicoactivas, dependencia alcohólica, disfuncionalidad familiar, antecedente familiar de suicidio, maltrato intrafamiliar y género femenino. En particular, en esta investigación se analizó el riesgo de violencia mediante el cuestionario de Plutchik y se encontró asociado al RS.

Igualmente, el RS fue analizado en dos estudios en universidades de Manizales, Colombia. El primero fue en la Universidad Nacional realizado por Alzate *et al.* (17), donde se halló un RS de 6.7% y factores asociados como la depresión, funcionalidad familiar, género femenino, género musical preferido y actividad deportiva realizada. El segundo estudio, realizado por Cañón *et al.* (18) en la Universidad de Manizales, encontró un RS de 13.5% y factores asociados iguales a los mencionados anteriormente.

Otro estudio realizado en Bogotá, Colombia, en 2012 por Pérez *et al.* (19), con estudiantes de octavo grado de tres colegios, tuvo como objetivo determinar la probabilidad de riesgo suicida y/o enfermedad mental y factores asociados en esta población. En 47.6% de la población se encontraron RS y/o enfermedad mental asociados a factores como depresión, disfuncionalidad familiar y baja autoestima.

Un aspecto que ha cobrado importancia en colegios de educación secundaria es la práctica de violencia intraescolar conocida como *acoso o intimidación (bullying)*. Dado que esta práctica compromete la autoestima de las víctimas y esto, a su vez, puede aumentar el RS, el acoso se ha relacionado con esta problemática muy recientemente (20).

Brunstein *et al.* (21) realizaron una investigación sobre el acoso escolar y el suicidio en adolescentes, y encontraron una mayor prevalencia de RS por parte de las víctimas de conductas intimidatorias en comparación con aquellos que no sufren ningún tipo de intimidación. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como la bulimia y la anorexia también hacen parte de los factores de riesgo relacionados con RS (22-23).

Todos los factores de riesgo mencionados anteriormente propician el RS, que puede desencadenar más adelante un intento suicida definido como un acto de resultado no fatal. En este acto, un individuo inicia deliberadamente un

comportamiento no habitual que, sin la intervención de los demás, le causa daño (24).

Teniendo en cuenta la alta prevalencia de suicidios e intentos de suicidio en la población escolar colombiana, esta investigación busca determinar el RS —de acuerdo con la escala de riesgo suicida de Plutchik— en estudiantes de estratos sociales II y III, miembros de tres colegios de la ciudad de Manizales (Caldas, Colombia), y determinar algunos factores asociados a ese RS, incluyendo como factor de estudio el acoso entre pares (*bullying*).

Materiales y métodos

Este es un estudio de corte transversal analítico, realizado en una población de 322 estudiantes de tres colegios de Manizales (Colombia), que cursaban los grados octavo a once de secundaria.

Teniendo en cuenta un valor esperado de factor de riesgo suicida (FR) según Plutchik de 12.8% (11), una significancia de 5% y un nivel de confianza del 95%, la muestra tomada de los colegios fue la siguiente.

Colegio 1: población: 340, muestra: 140.

Colegio 2: población: 182, muestra: 88.

Colegio 3: población: 209, muestra: 94.

Es decir, el total de la población fue de 731 estudiantes (360 mujeres, 371 hombres), y la muestra de 311 estudiantes. Esta se escogió mediante un muestreo probabilístico estratificado por género y grado escolar.

Las variables analizadas en este estudio fueron: edad (años), género (masculino, femenino), estrato social de vivienda (1-6), consumo de drogas (sí, no), tipo de drogas que consume (marihuana, cocaína, popper, bazuco, éxtasis, otra), frecuencia de consumo de droga por mes, pérdida de años escolares (sí, no), cantidad de años escolares perdidos, cantidad de materias reprobadas el año anterior, tipo de familia (familia nuclear, monoparental, extensa), raza (mestizo, afrodescendiente), evento traumático (muerte de un familiar cercano, desplazamiento del hogar, muerte de mascota, otros), consumo de cigarrillo (sí, no), frecuencia de consumo de cigarrillo por semana, pareja en estado de embarazo (sí, no), consumo de alcohol (sí, no), y frecuencia de consumo de alcohol por mes.

Asimismo, se emplearon las siguientes escalas:

Escala de riesgo suicida de Plutchik.

Consta de 15 preguntas con formato de respuesta de *Sí* o *No*, con una consistencia interna de $\alpha = 0.9$, fiabilidad test-retest de 0.89, sensibilidad y especificidad de 88% para un punto de corte en 6. La puntuación de la escala oscila entre 0 y 15, cada respuesta afirmativa suma un punto. Este cuestionario ha sido validado en población española (25).

APGAR familiar

Es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, útil en la identificación de familias en riesgo. La versión validada en Colombia presentó una α de Cronbach de 0.793. Está compuesto por un solo factor que explica el 55.6% de la varianza (26).

Escala de autoestima de Rosenberg

La Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) es una de las escalas de autoestima más utilizada en el mundo, por lo que ha sido traducida a múltiples idiomas. Ha sido validada en Chile en adultos jóvenes y mayores. Presentó una α de Cronbach de 0.754. Tuvo una correlación de 0.455 y presentó dos factores (27).

Cuestionario Scoff

Es un cuestionario breve para medir trastornos de la conducta alimentaria. En Colombia se ha validado en diversas poblaciones (28-30). Rueda *et al.* (28) validaron este cuestionario en adolescentes escolarizados y encontraron sensibilidad del 81.9%, especificidad del 78.7%, alfa de Cronbach de 0.436 y kappa media de Cohen de 0.554.

Cuestionario Cage

Cuestionario breve empleado para medir dependencia alcohólica (31-33). En su estudio de validación para Colombia, estas investigaciones dan los siguientes parámetros: sensibilidad de 66.7%, especificidad de 86%, kappa media de Cohen de 0.49 y área bajo la curva ROC de 0.805.

Escala de Cisneros

Mide acoso escolar a partir de los siguientes parámetros: índice global (1-1,5; 1,5-2; 2-2,5), índice estratégico (0-5; 6-10; 11-15; 16-20), índice de intensidad (ausencia de acoso, acoso a veces, acoso alto, maltrato). Esta escala fue validada en Colombia en estudiantes de educación básica y media (34).

Escala de Birlson

Ampliamente usada para medir depresión en adolescentes. Fue validada por De la Peña *et al.* (35) en adolescentes mexicanos, y en una población de adolescentes peruanos por Vivar *et al.* (36). Vásquez *et al.* (37) demostraron con una población de adolescentes mexicanos que esta escala puede orientar el diagnóstico de depresión en individuos de esta edad. En la validación mexicana, la escala mostró sensibilidad de 87%, especificidad de 74%, α de Cronbach de 0.85, y con un solo factor explicó el 28.8% de la varianza.

En relación con los procedimientos estadísticos empleados, las variables medidas en escala nominal se describieron mediante tablas de frecuencia, las variables medidas en escala numérica se describieron mediante una medida de tendencia central —el promedio— y de dispersión —la desviación estándar—. La relación entre variables medidas en escala nominal se probó mediante la prueba de χ^2 . La relación entre variables medidas en escala nominal y variables medidas en escala numérica se probó mediante prueba t (el programa empleado —el SPSS— presenta dos probabilidades, una que se aplica para el caso en que la muestra presente distribución normal, y otra para el caso en que no. Adicionalmente, realiza una prueba de normalidad y muestra los resultados. Así, la probabilidad mostrada en las tablas es la que corresponde a cada caso).

Todos los análisis de inferencia estadística se efectuaron con un nivel de significancia $\alpha=0.05$. La base de datos se elaboró usando el programa Excel 2010 (Microsoft Corp.), y se analizó mediante los programas IBM SPSS 20 (IBM Corp.) y EpiInfo 3.5.4 (*Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)).

En esta investigación se respetaron todas las normas éticas de ley vigentes en Colombia para proyectos en Ciencias de la Salud. No se recolectó ninguna información que permitiera la identificación de los participantes y el proyecto fue enviado previamente a los colegios para comentarios y aprobación.

Resultados

En el estudio participaron 322 estudiantes, en su mayoría (43.5%) del colegio n.º 1. El mayor porcentaje, un 28.6% (lc95%:23.8%-33.9%), estudiaba en noveno grado. La proporción de género incluida en el estudio fue la misma, con una edad promedio de 15.28 años, y un 96.3% (lc95%:93.4%-98%) de estudiantes de raza mestiza. El estrato social predominante fue el estrato II con un 38.8% (lc95%:35.5%-44.4%). El tipo de familia nuclear fue el más frecuente con un

49.7% (lc95%:44.1%-55.3%), y el 87.6% (lc95%:83.5%-91%) de los participantes tenía hermanos.

Se observó que el 80.1% (lc95%:75.3%-84.3%) de los participantes tuvo al menos un evento estresante en su vida, siendo este para el 82.1% (lc95%:76.9%-86.6%) la muerte de un familiar cercano. Se encontró consumo de sustancias psicoactivas en el 31.1% (lc95%:26.1%-36.5%), con un consumo promedio de 2.12 veces en la semana. La sustancia individual más consumida fue la marihuana en un 90% (lc95%:82.4%-95.1%) de los que consumían sustancias. El consumo de cigarrillo se presentó en un 13.4% (lc95%:10%-17.8%), con un consumo semanal promedio de 20.93 cigarrillos. Se encontró una frecuencia de consumo de alcohol del 64.6% (lc95%:59.1%-69.8%), con un promedio de consumo de 2.12 veces al mes. El 69.3% (lc95%:63.9%-74.3%) de los estudiantes había perdido por lo menos una materia el año anterior, con un promedio de 5.13 materias perdidas y un promedio de años perdidos de 1.59. La proporción de participantes con hijos fue del 4% (lc95%:2.3%-7%), con un promedio de 1.5 hijos por cada uno. Entre la población femenina y masculina con pareja embarazada la proporción de embarazos fue del 4.3% (lc95%:2.5%-7.4%).

La Tabla 1 muestra el resultado de todos los cuestionarios aplicados a esta población. Según el cuestionario de Cage, la proporción de consumidores no dependientes fue de un 27.3% (lc95%:22.6%-32.6%); el cuestionario presentó una α de Cronbach de 0.428. La escala de Birleson arrojó una proporción de 18% (lc25%:14.1%-22.7%) de casos de depresión; la escala presentó una α de Cronbach de 0.756. El cuestionario APGAR señaló un 38.5% (lc95%:33.2%-44.1%) de buena funcionalidad familiar; el cuestionario presentó una α de Cronbach de 0.855. La escala de riesgo suicida de Plutchik indicó un 16.5% (lc95%:12.7%-21.1%) de RS positivo y manifestó una α de Cronbach de 0.788. La escala de autoestima de Rosenberg mostró un 19.6% (lc95%:15%-24.4%) de autoestima baja, y una α de Cronbach de 0.688.

El cuestionario de Scoff reveló un 23.3% (lc95%:18.9%-28.4%) de riesgo para la presencia de trastornos de conducta alimentaria, con una α de Cronbach de 0.423. La escala de Cisneros mostró un nivel de índice global de 5% (lc95%:3%-8.1%) en el rango 2-2.5; no hubo casos en el rango 2.5-3 (cabe anotar que los rangos no están superpuestos, lo que se indica es una mera nomenclatura). El índice estratégico mostró un 4% (lc95%:2.3%-7%) en el rango de 16-20. El índice de intensidad presenta un rango de acoso muy alto de 28.9% (lc95%:24.1%-34.2%) y acoso alto de 29.2% (24.3%-34.5%).

Tabla 1. Frecuencias y promedios de dependencia al alcohol, depresión, funcionalidad familiar, autoestima, trastornos alimentarios, acoso escolar y riesgo suicida en estudiantes de tres colegios de la ciudad de Manizales.

| Variable | Nivel | N | % |
|---|------------------------|-----|------|
| Factor de riesgo para suicidio según Escala de Riesgo Suicida de Plutchik | No | 269 | 83.5 |
| | Sí | 53 | 16.5 |
| Alcoholismo según Cuestionario de Cage | No consumo | 114 | 35.4 |
| | No dependencia | 88 | 27.3 |
| | Indicio de problema | 82 | 25.5 |
| | Dependencia alcohólica | 38 | 11.8 |
| Depresión según Escala de Depresión Birleson. | No | 264 | 82 |
| | Sí | 58 | 18 |
| Funcionalidad familiar según Escala APGAR Familiar | Buena función familiar | 124 | 38.5 |
| | Disfunción leve | 97 | 30.1 |
| | Disfunción moderado | 58 | 18 |
| | Disfunción severa | 43 | 13.4 |
| Autoestima según Escala de Autoestima de Rosenberg | Normal | 226 | 70.2 |
| | Baja | 63 | 19.6 |
| | Alta | 33 | 10.2 |
| Trastornos de la conducta alimentaria según Cuestionario de Scoff | Negativo | 247 | 76.7 |
| | Positivo | 75 | 23.3 |
| Acoso (<i>bullying</i>) según Cuestionario de Cisneros - Índice global | 1-1.5 | 230 | 71.4 |
| | 1.5-2 | 76 | 23.6 |
| | 2-2.5 | 16 | 5 |
| Cuestionario de Cisneros - Índice estratégico | 0-5 | 176 | 54.7 |
| | 6-10 | 89 | 27.6 |
| | 11-15 | 44 | 13.7 |
| | 16-20 | 13 | 4 |
| Cuestionario de Cisneros - Índice de intensidad | Acoso alto | 94 | 29.2 |
| | Acoso a veces | 93 | 28.9 |
| | Acoso muy alto | 93 | 28.9 |
| | Ausencia de acoso | 42 | 13 |

La Figura 1 es un diagrama de caja de este índice en donde se aprecia una situación *sui generis* de acoso masivo. En este índice los casos por fuera de la curva son 4 y representan total ausencia de acoso. La α de Cronbach de la Escala Cisneros fue de 0.853.

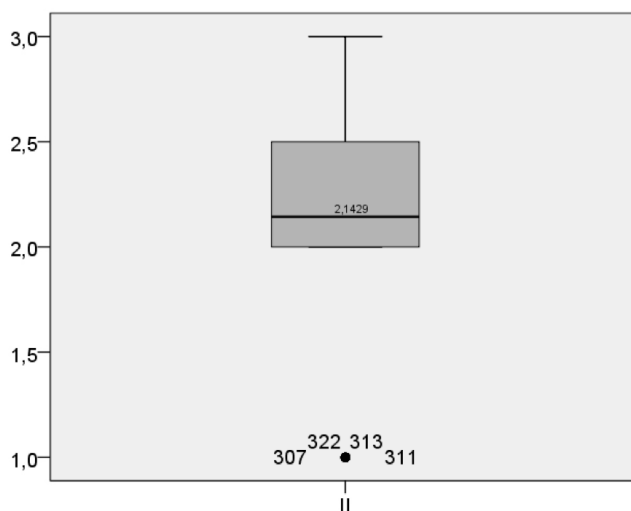


Figura 1. Diagrama de caja del índice de intensidad de la escala Cisneros en población de tres colegios de la ciudad de Manizales.

Relaciones entre variables

Empleando el procedimiento χ^2 se exploró la relación entre la variable central del estudio, RS, según el cuestionario de Plutchik, y las variables medidas en escala nominal

cuantificadas en la población, que podían representar factores relacionados con este RS. La Tabla 2 muestra las relaciones significativas encontradas.

Tabla 2. Relaciones significativas entre factores asociados y RS en colegios de la ciudad de Manizales.

| Variable | RS | | | | |
|---|------------------------|--------------|-------------|-------|------------------------------|
| | | No | Sí | RP | p |
| Consumo de cigarrillo | No | 242 87.4% | 35 12.6% | 1 | 0.000 Lc95% 2.47-10.5 |
| | Sí | 25 58.1% | 18 41.9 | 4.98 | |
| Consumo de sustancias psicoactivas | No | 196 88.3% | 26 11.7% | 1 | 0.001 lc95% 1.53-5.1 |
| | Sí | 73 73% | 27 27% | 2.79 | |
| Funcionalidad familiar según Escala APGAR | Buena función familiar | 117 94.4% | 7 5.6% | 1 | 0.000 |
| | Disfunción leve | 86 88.7% | 11 11.3% | 2.17 | |
| | Disfunción moderada | 44 75.9% | 14 24.1% | 5.33 | |
| | Disfunción severa | 22 51.2% | 21 48.8% | 15.83 | |
| Depresión según Escala de Birleson | Sin depresión | 240 90.9% | 24 9.1% | 1 | 0.000 Lc95% 5.15-19.43 |
| | Con depresión | 29 50.0% | 29 50% | 10 | |

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------|-------------|-------|-----------------------------|
| Dependencia al consumo de alcohol según Escala Cage | Dependencia al alcohol | 24 63.2% | 14 36.8% | 1 | 0.001 |
| | Indicio de problemas con el alcohol | 73 89.0% | 9 11% | 2 | |
| | No consume alcohol | 101 88.6% | 13 11.4% | 2.17 | |
| | No dependencia al alcohol | 71 80.7% | 17 19.3% | 4 | |
| Autoestima según Escala de Autoestima de Rosenberg | Alta | 30 90.9% | 3 9.1% | 1 | 0.000 |
| | Baja | 36 57.1% | 27 42.9% | 7.5 | |
| | Normal | 203 89.8% | 23 10.2% | 1.1 | |
| Trastornos de la conducta alimentaria según Cuestionario SCOFF | Negativo | 222 89.9% | 25 10.1% | 1 | 0.000 Lc95% 2.83-9.89 |
| | Positivo | 47 62.7% | 28 37.3% | 5.3 | |
| Acoso (<i>bullying</i>) según Escala de Cisneros - Índice global | 1-1.5 | 206 89.6% | 24 10.4% | 1 | 0.000 |
| | 1.5-2 | 57 75% | 19 25% | 2.75 | |
| | 2-2.5 | 6 37.5 | 10 62.5 | 13.89 | |
| Acoso según Escala de Cisneros - Índice estratégico | 0-5 | 162 92% | 14 8% | 3.48 | 0.000 |
| | 11-15 | 30 68.2% | 14 31.8% | 1.88 | |
| | 16-20 | 6 46.2% | 7 53.8% | 4.64 | |
| | 6-10 | 71 79.8% | 18 20.2% | 1 | |
| Acoso según Escala de Cisneros - Índice de intensidad | Acoso alto | 77 81.9% | 17 18.1% | 2.44 | 0.000 |
| | Acoso a veces | 85 91.4% | 8 8.6% | 1 | |
| | Acoso muy alto | 65 69.9% | 28 30.1% | 4.78 | |
| | Ausencia de situaciones de acoso | 42 100% | 0 0% | | |

En la Tabla 2 se observa la relación significativa entre RS según Plutchik y todos los índices de acoso del cuestionario Cisneros. En particular, la Figura 2 muestra la dependencia con el nivel de Índice de Intensidad. Allí se observa que la frecuencia más alta de RS la tienen los estudiantes con acoso muy alto (30.1%); proporción que disminuye hasta

0% en los estudiantes que presentan ausencia de acoso. Esta circunstancia hace que, si se comparan los otros grupos, la razón de prevalencia con este último sea infinita.

También se evidencia una relación entre RS según Plutchik y la funcionalidad familiar. Cuando los estudiantes presentan

una buena funcionalidad familiar, el RS positivo es de 5.6%; en contraste, cuando hay disfunción familiar severa, el RS aumenta a 48.8%, lo que equivale a un índice de prevalencia de 15.83.

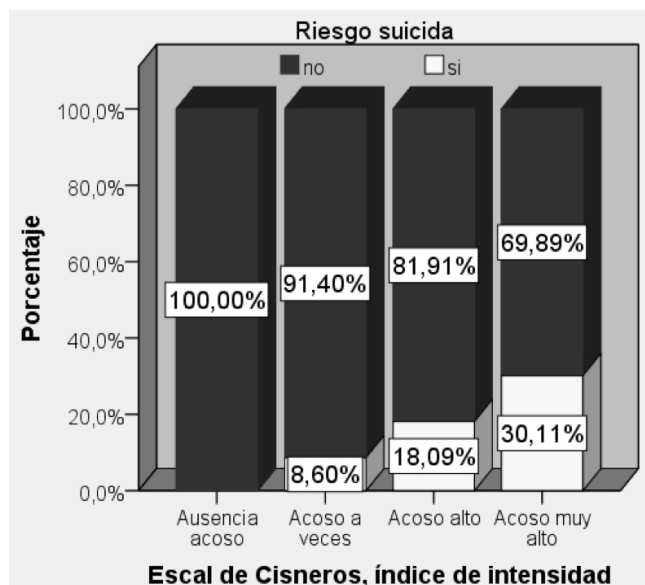


Figura 2. Relación entre el RS según cuestionario de Plutchik y el Índice de Intensidad de Acoso de Cisneros en una muestra de adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales, Colombia, 2013.

Discusión y conclusiones

En el presente estudio se encontró un factor de riesgo suicida según cuestionario de Plutchik de 16.5%. Además, se hallaron los siguientes factores asociados, presentados en orden de su razón de prevalencia (RP): el acoso o intimidación escolar (*bullying*), la disfuncionalidad familiar, la baja autoestima, la depresión, los trastornos de la conducta alimentaria, el consumo de cigarrillo, la dependencia alcohólica y el consumo sustancias psicoactivas.

El porcentaje de RS según Plutchik encontrado en esta población (16.5%) fue mayor en comparación con los encontrados por otros estudios en poblaciones análogas. Por ejemplo, la investigación realizada por Fuentes *et al.* (14) en colegios de Manizales en el año 2009 arrojó un RS según Plutchik de 12.8%. En otro estudio realizado por Álvarez *et al.* (16) en una institución educativa del municipio de Palestina (Caldas, Colombia) se encontró un RS según Plutchik de 11.8%. Otros dos estudios que midieron la misma variable, uno en la Universidad Nacional con sede en Manizales por Alzate *et al.* (17) y otro en la Universidad de Manizales por Cañón *et al.* (18) dieron como resultado un riesgo suicida según Plutchik de 6.7% y 13.5%, respectivamente.

La relevancia del acoso escolar como factor asociado a riesgo suicida fue un hallazgo destacado. Los estudiantes que presentaban acosos de intensidad muy alta, según el índice de intensidad de la escala de Cisneros, tenían una proporción de RS según Plutchik de 30.1%. Por el contrario, los que presentaban ausencia de situaciones de acoso, manifestaban una proporción de RS del 0%. Este resultado es similar al encontrado en un estudio realizado en Grecia por Skapinakis *et al.* (38) en el 2011, donde se tomó una muestra de 5614 estudiantes de colegio de 16-18 años y se relacionó el acoso escolar con la ideación suicida, encontrando mayor ideación suicida en los estudiantes que eran más acosados. En otro estudio realizado en Estados Unidos por Brunstein *et al.* (39) en el 2012 con 2342 estudiantes de una edad promedio de 14.8 años, también se encontró una relación significativa entre el acoso escolar y el riesgo suicida.

Asimismo, este estudio concluyó que la depresión tiene un papel muy importante; pues se encontró razón de prevalencia 10 a 1 en cuanto a presencia de RS según escala de Plutchik entre estudiantes con y sin depresión. De igual manera, un estudio realizado en México por Pérez *et al.* (11) con una población de 12424 adolescentes de escuelas públicas en 2007, halló un mayor RS en los adolescentes deprimidos.

Con referencia a la funcionalidad familiar, los estudiantes cuya familia presentaba una disfunción severa mostraron una razón de prevalencia de 15.83 en cuanto a presencia de RS según escala de Plutchik; lo que está en contraste con los estudiantes cuya familia presenta buena funcionalidad familiar. Así pues, se puede afirmar que existe relación estadísticamente significativa entre la disfuncionalidad familiar y la presencia de RS según escala de Plutchik. Este resultado coincide con el hallado por la investigación de Angelé *et al.* (40) en el 2013, que buscaba la relación entre la función familiar y el intento suicida en 36757 adolescentes de Francia de 17 años de edad. Los investigadores franceses encontraron que la disfunción familiar y la depresión eran las principales causas de riesgo suicida.

En la presente investigación, la presencia de baja autoestima señaló una razón de prevalencia de 7.5 en relación con la presencia de RS, resultado similar al obtenido en la investigación de Angelé *et al.* (40). El trastorno de la conducta alimentaria también presentó una relación significativa con el RS según escala de Plutchik mostrando una RP de 5.3. Este es un hallazgo muy importante porque no se tienen antecedentes de estos resultados en la ciudad de Manizales y existen muy pocos a nivel internacional.

El consumo de cigarrillo ($p=0.001$), de sustancias psicoactivas ($p=0.000$) y la dependencia alcohólica ($p=0.001$)

tuvieron una relación significativa con RS según Plutchik. Este resultado concuerda con los antecedentes a nivel mundial (1,41,42) y con investigaciones a nivel regional, como la realizada por Álvarez *et al.* (16) en el municipio de Palestina (Caldas, Colombia), donde se encontró una relación significativa entre el factor de riesgo suicida según Plutchik y el consumo de sustancias psicoactivas ($p=0.000$). En este caso, el consumo de sustancias fue del 15.6%, menor que el 31.5% encontrado en el presente estudio y además, se encontró una relación entre RS y dependencia alcohólica ($p=0.002$) similar a la encontrada en el presente estudio.

Además de los mencionados, se encontró un estudio similar con un análisis de datos poblacionales realizado en Bogotá (Colombia) por Pérez *et al.* (19). La investigación se llevó a cabo con estudiantes de octavo grado de tres colegios y el objetivo fue determinar la probabilidad de riesgo suicida y/o enfermedad mental y factores asociados en esta población. En total, participaron 309 estudiantes, se utilizaron escalas como el APGAR Familiar y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados obtenidos de ese estudio muestran RS y/o enfermedad mental de 47.6%. Este resultado es mucho mayor que el 16.5% de la presente investigación, pero debe tenerse en cuenta que en esta se mide una sola variable, el RS. Además, se encontraron otros resultados asociados con el incremento de RS que a continuación se comparan con los de este estudio: baja autoestima de 9.2% frente a 19.6% del presente estudio, disfuncionalidad familiar de 14.6% frente a 13.4% y depresión de 11% frente a 18%. Así, se observa un mayor grado de baja autoestima y depresión en el presente estudio.

En un estudio realizado en Manizales en 2012, Castaño *et al.* (15) usaron la escala de riesgo suicida de Plutchik, la escala de APGAR para el funcionamiento familiar, el cuestionario de dependencia alcohólica de Cage y la escala de Rosenberg para autoestima, y encontraron una disfuncionalidad familiar severa en 12.7% de la población, resultado menor que el 13.4% del presente estudio. Hallaron, además, dependencia alcohólica en 44.1% de la población; resultado que es mucho mayor que el de este estudio (11.8%) pero en concordancia con la población estudiada (personas en rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas). Los autores también encontraron depresión de 11.8% (frente a 18% del estudio actual). Finalmente, observaron una baja autoestima de 45.2% (frente a 19.6% de esta investigación). Todos estos resultados fueron asociados con un aumento en el RS.

Este estudio no descubrió relación significativa entre género y RS ($p=0.5$), resultado similar al encontrado en una investigación realizada por Salvo *et al.* (12) en España, donde se halló que el 51.2% de los adolescentes con riesgo suicida eran de género femenino. Por su parte, en un estudio realizado

en la Universidad Nacional, sede Manizales, Alzate *et al.* (17) observaron una asociación entre RS según Plutchik y género ($p=0.003$). Así, mientras las mujeres tenían un riesgo suicida de 12.6%, los hombres solo del 3.1%. En esta investigación se halló RS en 18% de las mujeres y en 14.9% de los hombres; un porcentaje mayor en las mujeres, aunque no de forma significativa.

Tampoco se encontró asociación entre RS y las variables de edad, antecedente de evento traumático, número de hijos, tipo de familia, rendimiento escolar y estrato social. Sin embargo, es importante señalar que en el estudio de Fuentes *et al.* (11), que observó un RS según Plutchik de 12.8%, un 62.8% de la población residía en viviendas de estratos sociales III y IV. Esta difiere de la población del presente estudio, un 77% de la cual habitaba viviendas de estratos sociales II-III. Por otro lado, un factor podría causar la diferencia de RS según Plutchik es que la población de esta investigación presenta un 31.1% de consumo de drogas, frente al 8% de la población del trabajo de Fuentes *et al.* (11). En otro estudio similar realizado en Palestina por Álvarez *et al.* (16), un 90.6% de los estratos socioeconómicos fueron I y II con un RS de 11.8%. Si se comparan estos valores con los del estudio actual, donde un 77% de la población reside en viviendas de estratos sociales II y III con un RS de 16.5%, no se nota una tendencia clara sobre la influencia del estrato socioeconómico en los resultados diferentes de la proporción de RS.

El RS según Plutchik obtenido en el presente estudio es muy alto (con prevalencia del 16.5%) cuando se compara con otros obtenidos en poblaciones similares. Una posible explicación a esto es el alto nivel de violencia entre pares —*matoneo* o *bullying*— detectado en el presente estudio. La escala de intensidad del cuestionario de acoso de Cisneros muestra un 28.9% en acoso muy alto, 29.2% en acoso alto, y solo el 13% en ausencia de acoso. Este acoso resultó relacionado significativamente con RS según escala de Plutchik (Figuras 1 y 2). Los estudiantes con ausencia de acoso mostraron un 0% de RS, lo que señala al *matoneo* prácticamente como la mayor fuente de riesgo suicida en esta población. Diferentes estudios han mostrado el acoso entre pares como un problema grave en colegios de secundaria colombianos. En un estudio reciente efectuado en colegios de secundaria del municipio de Pácora (Caldas, Colombia), usando el mismo cuestionario, Arias *et al.* (43) encontraron un índice de intensidad de acoso alto y muy alto de 30.5% y de acoso ausente solo de 13.3%, además de una muy alta proporción de intento suicida (13.3%). También en este estudio el acoso entre pares fue el mayor factor relacionado con el intento suicida (RP=18.52).

Puesto que, en efecto, el RS puede traducirse en intentos de suicidio, ¿qué se puede hacer con este grave problema en

los colegios colombianos? Sin duda, se necesita una urgente intervención por parte de las autoridades competentes, aunque el grave problema es la situación de violencia endémica en que está sumergida la sociedad colombiana. Es evidente que la violencia generalizada que se vive en Colombia, expuesta continuamente por los medios de comunicación y vivida en la experiencia cotidiana, termina por influir en las mentes en formación de los adolescentes colombianos.

Las limitaciones encontradas en el estudio contemplan la poca población, que no toma colegios privados, y la veracidad con que los participantes contestaban las preguntas de los cuestionarios.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiamiento

Este trabajo contó con el apoyo financiero de la Universidad de Manizales.

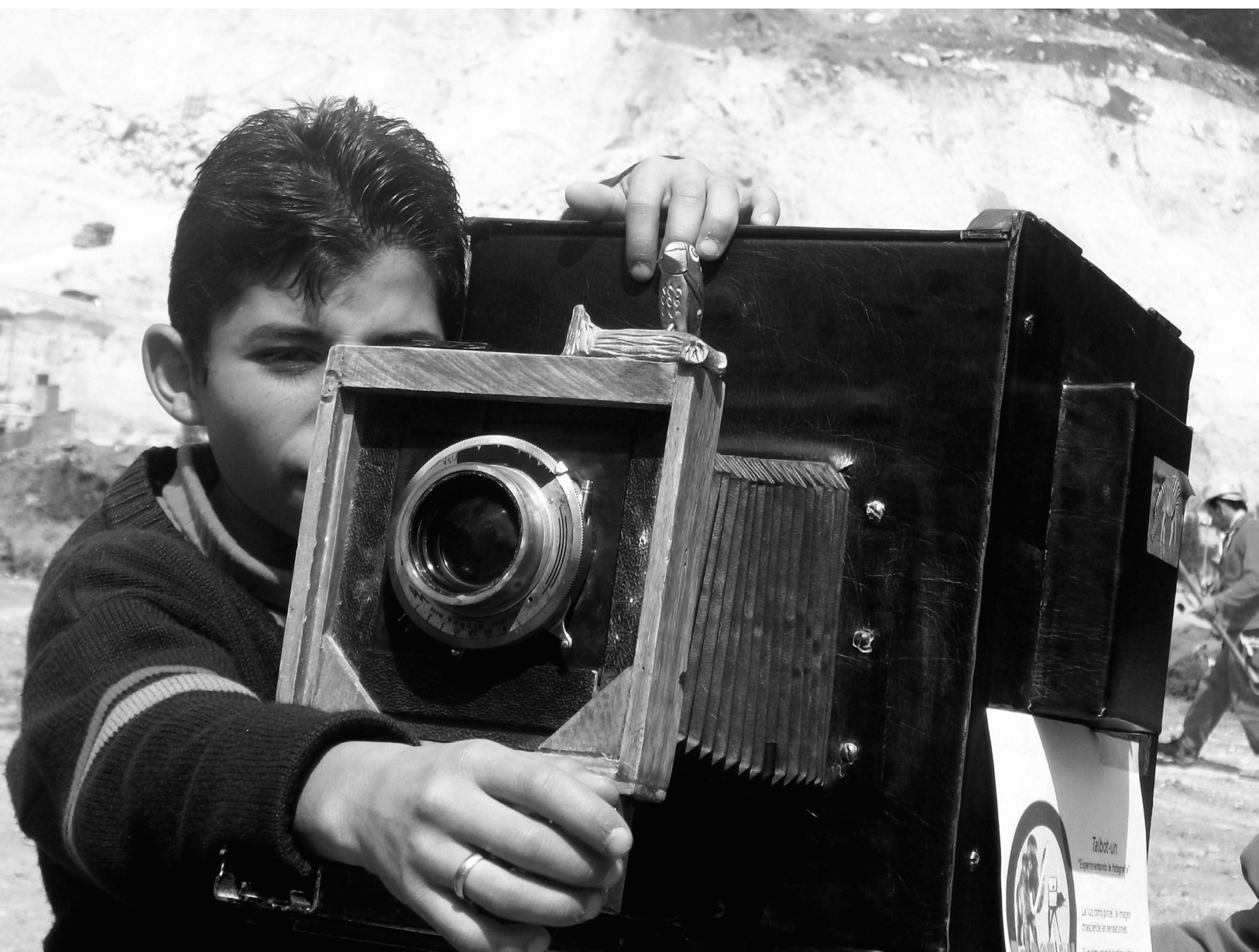
Agradecimientos

A los colegios participantes, a la Universidad de Manizales.

Referencias

1. Bohórquez M, Espinosa J, López L, Pareja L, Sánchez A, Gonzalez J, *et al.* Suicidio y niñez. Factores relacionados con el suicidio en mujeres menores de 18 años en Bogotá durante el año 2003. En: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2004. Bogotá: Imprenta Nacional; 2004. p. 185-226.
2. Pérez-Olmos I, Rodríguez-Sandoval E, Dussán-Buitrago M, Ayala-Aguilera J. Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2007;9(2):230-40. <http://doi.org/bjnm8>.
3. Cross D, Westen D, Bradley B. Personality subtypes of adolescents who attempt suicide. *J Nerv Ment Dis*. 2011;199(10):750-6. <http://doi.org/crmtjx>.
4. Amézquita ME, González RE, Zuluaga D. Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8°, 9°, 10° y 11° grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. *Hacia promoc. Salud*. 2008;13(1):143-153. Available from: <http://goo.gl/rwv8R>.
5. Cañón SC. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Arch Med (Manizales)*. 2011;11(1):62-7. Available from: <http://goo.gl/3hjcf3>.
6. Nruham L, Holen A, Sund AM. Associations between attempted sui-cide, violent life events, depressive symptoms, and resilience in adolescents and young adults. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(2):131-6. <http://doi.org/d7fdh8>.
7. Leyva R, Hernández A, Nava G, López V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007;45(3):225-32. Available from: <http://goo.gl/QRNNhR>.
8. Andrade P, Palacios JR. Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo*. 2007;7:5-16. Available from: <http://goo.gl/h7yatW>.
9. Joe S, Baser RS, Neighbors HW, Caldwell CH, Jackson J. 12-month and lifetime prevalence of suicide attempts among black adolescents in the national survey of American life. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(3):271-82. <http://doi.org/b7bj7b>.
10. Lofthouse N, Yager J. Nonsuicidal self-injury and suicide risk among adolescents. *Curr Opin Pediatr*. 2009;21(5):641-5. <http://doi.org/cwqnm>.
11. Pérez B, Rivera L, Atienzo E, De Castro F, Leyva A, Chávez R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la república mexicana. *Salud Publica Mex*. 2010;52(4):324-33. Available from: <http://goo.gl/hcN7VV>.
12. Salvo L, Melipillan R. Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2008;46(2):115-23. <http://doi.org/fsx4pz>.
13. Aseltine RH, Schilling EA, James A, Glanovsky JL, Jacobs D. Age variability in the association between heavy episodic drinking and adolescent suicide attempts: findings from a large-scale, school-based screening program. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(3):262-70. <http://doi.org/cs3zjh>.
14. Fuentes M, González A, Castaño J, Hurtado C, Ocampo P, Páez M, *et al.* Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). *Arch Med (Manizales)*. 2009;9(2):110-22. Available from: <http://goo.gl/HFIEe4>.
15. Castaño J, Cañón S, Aristizábal C, Castaño L, García K, *et al.* Riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales. *Arch Med (Manizales)*. 2013;13(1):11-23. Available from: <http://goo.gl/NqYAYF>.
16. Álvarez J, Cañón S, Castaño J, Bernier L, Cataño A, *et al.* Factor de riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de Palestina-Caldas. *Arch Med (Manizales)*. 2013;13(2):127-41. Available from: <http://goo.gl/eMBQKK>.
17. Alzate LJ, Betancur M, Castaño JJ, Cañón SC, Castellanos PL, Guerrero J, *et al.* Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia sede Manizales (Colombia), 2011. Manizales: Centro de Investigaciones, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Manizales. 2012 Available from: <http://goo.gl/oXACvH>.
18. Cañón S, Castaño J, Atehortúa B, Botero P, García L., Rodríguez L, *et al.* Factor de riesgo para suicidio según dos cuestionarios y factores asociados en población estudiantil de la Universidad de Manizales (Colombia), 2011. *Psicología desde el Caribe* 2011;29(3):632-64. Available from: <http://goo.gl/6p9Wz9>.
19. Pérez I, Téllez D, Vélez A, Ibáñez M. Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2012;41(1):26-47. <http://doi.org/f2s3mx>.

20. Brunstein-Klomek A, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(3):254-61. <http://doi.org/ckhqdk>.
21. Brunstein-Klomek A, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld I, Gould M. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(1):40-9. <http://doi.org/d2dvnv>.
22. Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Preti A. Eating disorders and suicide risk factors in adolescents: an Italian community-based study. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191(7):437-43. <http://doi.org/d33gbx>.
23. Sanchez J, Musitu G, Villareal M, Martínez B. Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Psy Intervention*. 2010;19(3):279-87. <http://doi.org/bmk76m>.
24. Shaw D, Fernandes JR, Rao C. Suicide in children and adolescents: a 10-year retrospective review. *Am J Forensic Med Pathol*. 2005;26(4):309-15. <http://doi.org/chbzm4>.
25. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, et al. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol*. 1998;61(2):143-52.
26. Forero LM, Avendaño MC, Duarte ZJ, Campo A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2008;35(1):23-9. Available from: <http://goo.gl/a8mZb4>.
27. Rojas-Barahona CA, Zegers B, Förster CE. La escala de autoestima de Rosenberg: validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Med Chile*. 2009;137(6):791-800. <http://doi.org/bjswt3>.
28. Rueda GE, Díaz LA, Ortiz D, Pinzón C, Rodríguez J, Afanador L. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Aten Primaria*. 2005;35(2):89-94. <http://doi.org/cjw4pw>.
29. Rueda GE, Díaz LA, Campo A, Barros JA, Avila GC, Oróstegui LT, et al. Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. *Biomédica*. 2005;25(2):196-202. <http://doi.org/43s>.
30. Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, Martínez-Mantilla JA, Amaya-Naranjo W, Campillo HA. Consistencia interna y análisis factorial del cuestionario SCOFF para tamizaje de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes estudiantes: una comparación por género. *Univ Psychol*. 2006;5(2):295-304. Available from: <http://goo.gl/uPHBDF>.
31. Ewing J. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*. 1984;252(14):1905-7. <http://doi.org/ff9cgd>.
32. Rodríguez-Martos A, Navarro R, Vecino C, Pérez, R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*. 1986;11(4):132-9.
33. Campo-Arias A, Barros-Bermúdez JA, Rueda-Jaimes GE. Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol: resultados de tres análisis. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2009;38(2):294-303. Available from: <http://goo.gl/e9e2z4>.
34. Cepeda-Cuervo E, Pacheco-Durán P, García-Barco L, Piraquive-Peña C. Acoso escolar a estudiantes de educación básica y media. *Salud Pública (Bogotá)*. 2008;10(4):517-28. <http://doi.org/fc9wpm>.
35. De la Peña F, Lara MC, Cortés J, Nicolini H, Páez F, Almeida L. Traducción al español de la escala de Birlson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Ment*. 1996;19 Suppl 3:17-23. Available from: <http://goo.gl/jR3sVO>.
36. Vivar R, Pacheco Z, Adrianzen C, Macciotta B, Marchena C. Validación de la escala de Birlson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos. *Rev Peru Pediatr*. 2005;58(3):24-30. Available from: <http://goo.gl/0nfdTs>.
37. Vázquez-Pizaña E, Fonseca-Chon I, Padilla-Villareal JR, Pérez-Hernández ML, Gómez-Rivera N. Diagnóstico de depresión con la escala de Birlson en adolescentes con intento de suicidio y sanos. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*. 2005;22(2):107-18. Available from: <http://goo.gl/UkChXQ>.
38. Skapinakis P, Bellos S, Gkatsa T, Magklara K, Lewis G, Araya R, et al. The association between bullying and early stages of suicidal ideation in late adolescents in Greece. *BMC Psychiatry*. 2011;11:22. <http://doi.org/dhm2b6>.
39. Klomek-Brunstein A, Kleinman M, Altschuler E, Marrocco F, Amakawa L, Gould MS. Suicidal adolescents' experiences with bullying perpetration and victimization during high school as risk factors for later depression and suicidality. *J Adolesc Health*. 2013; 53 Suppl 1:S37-42. <http://doi.org/43v>.
40. Consoli A, Peyre H, Speranza M, Hassler C, Falissard B, Touchette E, et al. Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013;7(1):8. <http://doi.org/43w>.
41. Hallfors D, Waller MW, Ford CA, Halpern CT, Brodish PH, Iritani B. Adolescent depression and suicide risk: association with sex and drug behavior. *Am J Prev Med*. 2004;27(3):224-31. <http://doi.org/dvq65b>.
42. Wang J, Deng XJ, Wang JJ, Wang XW, Xu L. Substance use, sexual behaviours, and suicidal ideation and attempts among adolescents: findings from the 2004 Guangzhou Youth Risk Behaviour Survey. *Public Health*. 2009;123(2):116-21. <http://doi.org/d6j4zm>.
43. Arias-Marín YA, Cañón-Buitrago SC, Castaño-Castrillón JJ, García-García KJ, Ovalles-Vergara AM, Rengifo-Hurtado VM, et al. Frecuencia de intento de suicidio, y factores asociados, en jóvenes estudiantes de dos centros educativos del municipio de Pácora (Caldas, Colombia), 2013. Manizales: Centro de Investigaciones, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Manizales; 2014.



TÍTULO: CHUCHO Y LA FOTOAGUITA

AUTORA: DARILYN TOVAR - 14 AÑOS

PROYECTO: DISPARÁNDO CÁMARAS EN CAZUCA

LUGAR: EL PROGRESO, ALTOS DE CAZUCÁ, COLOMBIA

AÑO: 2008

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43798>

Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2000-2010

*Characterization of suicide in Antioquia, Colombia adolescents. 2000-2010*Óscar Adolfo Medina-Pérez¹ • Ángel Saúl Díaz-Téllez¹ • Andrés José Rozo-David²

Recibido: 30/05/2014 Aceptado: 08/08/2014

¹ Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD). Bogotá, D.C., Colombia.² Investigador independiente. Bogotá, D.C., Colombia.

Correspondencia: Oscar Adolfo Medina-Pérez. Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades, Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD. Carrera 45 N° 55-19. Medellín, Colombia. Tel: +57 1 3443700.
Correo electrónico: oscar.medina@unad.edu.co

| Resumen |

Introducción. Las tasas de suicidio han aumentado en los últimos años, como lo indican distintas fuentes; entre ellas, la Organización Mundial de la Salud (OMS). Al respecto, se requiere conocimiento preciso de sus características para hacer más efectivos los esfuerzos de intervención. Por ello, el objetivo del presente trabajo fue caracterizar el suicidio en adolescentes antioqueños, en el periodo comprendido entre el año 2000 y 2010.

Materiales y métodos. Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva y transversal. La información de los suicidios se obtuvo de los certificados de defunción registrados ante el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); de ellos, se analizaron variables de *persona*, *tiempo* y *lugar*. Se calcularon medidas descriptivas y tasas.

Resultados. Se registraron 693 suicidios en los 11 años estudiados. De ellos, el 63.2% fueron hombres; 83% tenían edades superiores a los catorce años; 80.1% eran solteros; 42.1% eligió el ahorcamiento. El promedio de edad se ubicó en 16.5 años (DE 2.16). La mayor proporción de suicidios ocurrió en los meses de julio, con 10.7%; por años fue 2005 con 11.1%. La tasa del periodo se ubicó en 5.7 por cada cien mil adolescentes (7.1 en hombres y 4.3 en mujeres). El riesgo más alto estuvo en los municipios del Nordeste, que registraron una tasa de 8,8 por cada cien mil adolescentes.

Conclusiones. El estudio pone de manifiesto que el suicidio en adolescentes es un grave problema de salud pública en Antioquia y revela sus principales características, lo que contribuye a la creación de programas de prevención.

Palabras clave: Adolescentes, Colombia, Mortalidad, Suicidio (DeCS).

Medina-Pérez ÓA, Díaz-Téllez ÁS, Rozo-David AJ. Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia. 2000-2010. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):431-8. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43798>.

Summary

Introduction. Suicide rates have increased in recent years, as indicated by various sources, including the World Health Organization (WHO), in regard with it, it is required precise knowledge of the characteristics in order to make more effective the intervention efforts. Therefore, the objective of this study was to characterize suicide in adolescents from Antioquia, in the period 2000-2010.

Methods. A quantitative, descriptive and transversal study was conducted. Suicides information was obtained from death certificates registered with the National Administrative

Department of Statistics (DANE); person, time and place variables were analyzed. Descriptive measures and rates were calculated.

Results. 693 suicides were recorded in the eleven years studied. Of these, 63.2% were men; 83% were over the age fourteen; 80.1% were single; 42.1% chose hanging. The average age was placed at 16.5 years (SD 2.16). The highest proportion of suicides occurred in the months of July, with 10.7%; 2005 was the year with the highest proportion of suicides with 11.1%. The rate for the period was 5.7 per hundred thousand adolescents (7.1 in men and 4.3 in women). The highest risk was in the municipalities in the Northeast, which recorded a rate of 8.8 per hundred thousand teenagers.

Conclusions. The study shows that teen suicide is a serious public health problem in Antioquia and reveals its main features, contributing to the creation of prevention programs.

Keywords: Adolescents, Colombia, Mortality, Suicide.

Medina-Pérez ÓA, Díaz-Téllez ÁS, Rozo-David AJ. [Characterization of suicide in Antioquia, Colombia adolescents. 2000-2010]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):431-8. Spainsh. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43798>.

Introducción

El suicidio es una problemática compleja. Dado su impacto en las sociedades, ha sido necesario estudiarlo e intervenirlo, desde diferentes disciplinas y corrientes teóricas (1). En estudios adelantados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que en el año 2000 se suicidaron un millón de personas, y se pronostica que para 2020 se registrarán más de millón y medio de casos en todo el mundo (2,3). En varios países desarrollados, se ha convertido en la segunda o tercera causa de decesos en adolescentes y adultos jóvenes; también es una de las primeras diez causas de muerte en el ámbito mundial (4-6). Los factores que pueden explicar el suicidio en adolescentes son múltiples. Uno de ellos constituye el intento previo, considerado el principal predictor de suicidio (5,7,8); se estima que, una se realiza, las probabilidades de volverlo a hacer o de cometer un suicidio consumado aumentan hasta en sesenta veces (9,10). Debe recordarse que en Colombia las mayores frecuencias de intentos de suicidios se presentan en adolescentes (6). De hecho, en el último Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia, se encontró que el 4.4% de esta población lo había intentado una vez (1.58 hombres y 7.19 mujeres) (11).

Otro aspecto que puede coadyuvar a que se presente una conducta suicida en adolescentes son las decepciones amorosas y las dificultades en las relaciones familiares (8,12). Otro factor relevante es el nivel socioeconómico, que resulta estar muy asociado con esta problemática; en efecto, se sostiene que la precariedad económica y la pobreza son condiciones que tienen efectos en el aumento de los niveles de ansiedad, detonante potencial del suicidio (13). En la misma línea, también se ha visto una asociación entre este y los bajos niveles de escolaridad (14).

Diversos estudios han señalado que el suicidio entre adolescentes ha aumentado de manera importante en los últimos sesenta años (15). Solo en Estados Unidos, la tasa se cuadruplicó en el periodo entre 1957 y 1987 (16). También se ha señalado que en otras partes del mundo ha ocurrido lo mismo; los países latinoamericanos no son la excepción (17,18). En el caso de Colombia, en el periodo comprendido entre 1989 y 2002, las tasas masculinas de adolescentes se triplicaron (pasaron de 2 a 6.3), y las femeninas se cuadruplicaron (de 1.5 a 6.2) (2).

Este importante aumento en las tasas de Colombia es motivo de preocupación para las autoridades sanitarias, ya que, entre otras razones, se trata de una franja etaria muy importante en términos de relevo generacional. Por esa razón, en el presente trabajo se examina la manera como se ha comportado el suicidio en adolescentes del departamento de Antioquia, en el periodo 2000-2010. Se espera que el mismo sirva de referente a futuras investigaciones y programas de intervención sobre tan grave problema de salud.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación cuantitativa, observacional y descriptiva en jóvenes entre los diez y diecinueve años de edad —adolescentes— residentes en el departamento de Antioquia, que fallecieron por suicidio entre los años 2000 y 2010. La información fue obtenida de fuente secundaria, procedente de los certificados de defunción del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Se adquirió una base de datos, en la que se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, escolaridad, área de residencia y de defunción, lugar, mecanismo, año, mes y día de la semana en que tuvo lugar la muerte. Por último, se calculó la tasa de mortalidad por sexo, grupo de edad y subregión. Para lograr este último análisis, se procedió a agrupar los 125 municipios que conforman el departamento según las ocho subregiones en que administrativamente está dividida Antioquia: *Bajo Cauca*: Cáceres, Caucasia, El Bagre, Nechí, Tarazá y Zaragoza. *Magdalena Medio*: Caracolí, Maceo, Puerto Berrio, Puerto

Nare, Puerto Triunfo y Yondó. *Nordeste*: Amalfí, Anorí, Cisneros, Remedios, San Roque, Santo Domingo, Segovia, Vegachí, Yalí y Yolombó. *Norte*: Angostura, Belmira, Briceño, Campamento, Carolina del Príncipe, Don Matías, Entreríos, Gómez Plata, Guadalupe, Ituango, San Andrés de Cuerquia, San José de la Montaña, San Pedro de los Milagros, Santa Rosa de Osos, Toledo, Valdivia y Yarumal. *Occidente*: Abiquí, Antioquia, Anzá, Armenia, Buriticá, Caicedo, Cañasgordas, Dabeiba, Ebéjico, Frontino, Giraldo, Heliconia, Liborina, Olaya, Peque, Sabanalarga, San Jerónimo, Sopetrán, Uramita. *Oriente*: Abejorral, Alejandría, Argelia, Carmen de Viboral, Cocorná, Concepción, Granada, Guarne, Guatapé, La Ceja, La Unión, Marinilla, Nariño, El Peñol, El Retiro, El Santuario, Rionegro, San Carlos, San Francisco, San Luis, San Rafael, San Vicente y Sonsón. *Suroeste*: Amagá, Andes, Angelópolis, Betania, Bolívar, Betulia, Caramanta, Concordia, Fredonia, Hispania, Jardín, Jericó, La Pintada, Montebello, Pueblorrico, Salgar, Santa Bárbara, Támesis, Tarso, Titiribí, Urrao, Valparaíso y Venecia. *Urabá*: Apartadó, Arboletes, Carepa, Chigorodó, Murindó, Mutatá, Necoclí, San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá, Turbo, Vigía del Fuerte. *Valle de Aburrá*: Barbosa, Bello, Caldas, Copacabana, Envigado, Girardota, Itagüí, Medellín y Sabaneta.

La información fue ordenada, tabulada y analizada según la naturaleza de las variables; para el caso de las cualitativas se calcularon medidas de frecuencia relativa; para las cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central, dispersión y posición. Las tasas se realizaron gracias a las proyecciones poblacionales del DANE (19). Estos análisis se hicieron con el programa Excel 2013. Para establecer si había diferencias estadísticamente significativas, se utilizó una prueba de proporciones para muestras independientes. Su cálculo se realizó en el programa Epidat 3.1.

Resultados

Comportamiento de las defunciones por suicidio

Se encontró que 693 adolescentes se suicidaron en el periodo 2000-2010 en el departamento de Antioquia, Colombia. En los datos procesados sobresalieron: los hombres, con un 63.2% de los casos; las edades comprendidas entre los quince y diecinueve años, con 83%; los solteros, con el 80.1%, y quienes tenían estudios secundarios, con el 31.9%. En cuanto al mecanismo empleado, se encontró que el medio más utilizado fue el ahorcamiento, con un 42.1% de los casos, seguido del 27.9% por envenenamiento. Al discriminar, según el sexo, se encontraron diferencias significativas ($p < 0,000$) en el caso del ahorcamiento, arma de fuego y medicamentos, como se puede apreciar en la tabla 1.

Tabla 1. Comportamiento del suicidio consumado por jóvenes entre el 2000-2010 en Antioquia.

| | Total | | Hombres | | Mujeres | | Valor |
|--------------------------------|-------|------|---------|------|---------|------|--------|
| | n | % | n | % | n | % | P |
| Mecanismo de muerte | | | | | | | |
| Ahorcamiento y sofocación | 292 | 42.1 | 214 | 48.9 | 78 | 30.6 | 0.0000 |
| Arma blanca | 4 | 0.6 | 4 | 0.9 | - | 0.0 | 0.3122 |
| Arma de fuego y explosivos | 156 | 22.5 | 127 | 29.0 | 29 | 11.4 | 0.0000 |
| Gases y vapores | 1 | 0.1 | - | 0.0 | 1 | 0.4 | 0.7841 |
| Medicamentos, venenos, disolv, | 206 | 29.7 | 72 | 16.4 | 134 | 52.6 | 0.0000 |
| Otros medios | 8 | 1.2 | 3 | 0.7 | 5 | 2.0 | 0.2511 |
| Salto al vacío | 21 | 3.0 | 14 | 3.2 | 7 | 2.8 | 0.9168 |
| Sumersión | 2 | 0.3 | 1 | 0.2 | 1 | 0.4 | 0.7290 |
| Sin Información | 3 | 0.4 | 3 | 0.7 | - | 0.0 | 0.4687 |
| Escolaridad | | | | | | | |
| Primaria | 103 | 14.9 | 68 | 15.5 | 35 | 13.7 | 0.5950 |
| Secundaria | 221 | 31.9 | 125 | 28.5 | 96 | 37.6 | 0.0165 |
| Sin Escolaridad | 15 | 2.2 | 12 | 2.7 | 3 | 1.2 | 0.2743 |
| Sin información | 336 | 48.5 | 218 | 49.8 | 118 | 46.3 | 0.4182 |
| Tec, Tecnóloga o Universitaria | 18 | 2.6 | 15 | 3.4 | 3 | 1.2 | 0.1219 |
| Comportamiento de Edad | | | | | | | |
| 10 | 8 | 1.2 | 6 | 1.4 | 2 | 0.8 | 0.7435 |
| 11 | 11 | 1.6 | 9 | 2.1 | 2 | 0.8 | 0.3294 |
| 12 | 22 | 3.2 | 13 | 3.0 | 9 | 3.5 | 0.8557 |
| 13 | 31 | 4.5 | 14 | 3.2 | 17 | 6.7 | 0.0527 |
| 14 | 46 | 6.6 | 25 | 5.7 | 21 | 8.2 | 0.2582 |
| 15 | 75 | 10.8 | 33 | 7.5 | 42 | 16.5 | 0.0004 |
| 16 | 100 | 14.4 | 50 | 11.4 | 50 | 19.6 | 0.0044 |
| 17 | 116 | 16.7 | 75 | 17.1 | 41 | 16.1 | 0.8027 |
| 18 | 136 | 19.6 | 96 | 21.9 | 40 | 15.7 | 0.0584 |
| 19 | 148 | 21.4 | 117 | 26.7 | 31 | 12.2 | 0.0000 |
| Estado Civil | | | | | | | |
| Algún tipo de unión | 51 | 7.4 | 16 | 3.7 | 35 | 13.7 | 0.0000 |
| Separado | 1 | 0.1 | - | - | 1 | 0.4 | 0.7841 |
| Soltero | 555 | 80.1 | 366 | 83.6 | 189 | 74.1 | 0.0037 |
| Sin información | 86 | 12.4 | 56 | 12.8 | 30 | 11.8 | 0.7844 |

Fuente: Registro de defunción por suicidio, DANE

Al analizar la edad, se encontró una relación directamente proporcional entre esta y el número de decesos: desde 8 suicidas con 10 años, hasta 148 que tenían 19 años. Al discriminar por sexo, se encontró que solo en los hombres se registró la relación descrita antes, pues en mujeres la tendencia es ascendente hasta los 16 años (Tabla 1).

Lo anterior explica las diferencias halladas en el análisis descriptivo de la edad, toda vez que se encontró un promedio de 16.5 años (16.8 hombres, 16.1 mujeres); la edad que más se repitió fue 19 años (19 hombres, 16 mujeres); el 50% de los adolescentes que cometieron suicidio tenían 17 años o menos (17 hombres, 16 mujeres) y la desviación estándar fue de 2.16 años (2.2 hombres, 2 mujeres).

Características temporales de los eventos

Frente al análisis del comportamiento del suicidio según los años, meses y días de la semana, se encontraron diferencias importantes, y así, a nivel de años, se halló que la proporción de suicidios osciló entre el 7.1% de 2008 y el 11.1% de 2005. Al examinar los meses, se identificó que julio ocupó el primer lugar con 10.7% de los casos, seguido de diciembre y enero con 9.8% cada uno, y junio con 9.4%. En menor proporción estuvo abril con 6.1% y septiembre con 5.6%. En cuanto al día de la semana, se evidenció que el domingo estuvo en el primer lugar con 17.6%, seguido de lunes con 15.4%; el de menor proporción fue el día sábado con el 12.6% de los casos.

Características espaciales

Por subregiones, se destaca que en el Valle de Aburrá se presentaron más de la mitad de los casos registrados, con un 51,7% (358 decesos), seguido por Suroeste, con el 11%. En los municipios que conforman la región del Magdalena Medio, se identificó el menor número de suicidios, con un porcentaje de 2,3. Se encontró también que el 73% de los adolescentes que cometieron suicidio vivían en zona urbana, y que el 83% culminaron con sus vidas en el área municipal.

En cuanto al lugar de defunción, la residencia con un 46.9%, seguida del hospital, clínica o puesto de salud con un 32.6%; el de menor proporción fue en el lugar de trabajo, con un 2.5% de los casos. Al discriminar por sexo se hallaron diferencias importantes, como fue el hecho de que por cada hombre que murió en una institución hospitalaria, fallecieron 2 mujeres (22.4% frente al 50.2%). Estas diferencias son significativas desde lo estadístico, como bien se puede corroborar en la tabla 2.

Tabla 2. Características espaciales, suicidio consumado por jóvenes entre el 2000–2010 en el departamento de Antioquia.

| | Total | | Hombres | | Mujeres | | Valor |
|---------------------------|-------|------|---------|------|---------|------|--------|
| | n | % | n | % | n | % | P |
| Subregiones | | | | | | | |
| Bajo cauca | 21 | 3.0 | 10 | 2.3 | 11 | 4.3 | 0.2026 |
| Magdalena Medio | 16 | 2.3 | 11 | 2.5 | 5 | 2.0 | 0.839 |
| Nordeste | 32 | 4.6 | 18 | 4.1 | 14 | 5.5 | 0.5173 |
| Norte | 45 | 6.5 | 25 | 5.7 | 20 | 7.8 | 0.3471 |
| Occidente | 40 | 5.8 | 16 | 3.7 | 24 | 9.4 | 0.003 |
| Oriente | 67 | 9.7 | 40 | 9.1 | 27 | 10.6 | 0.6226 |
| Suroeste | 76 | 11.0 | 50 | 11.4 | 26 | 10.2 | 0.7818 |
| Urabá | 30 | 4.3 | 19 | 4.3 | 11 | 4.3 | 0.8584 |
| Valle de Aburrá | 358 | 51.7 | 246 | 56.2 | 112 | 43.9 | 0.0024 |
| Sin información | 8 | 1.2 | 3 | 0.7 | 5 | 2.0 | 0.2026 |
| Área de Residencia | | | | | | | |
| Cabecera municipal | 506 | 73.0 | 325 | 74.2 | 181 | 71.0 | 0.4052 |
| Zona rural | 155 | 22.4 | 93 | 21.2 | 62 | 24.3 | 0.3986 |
| Sin información | 32 | 4.6 | 20 | 4.6 | 12 | 4.7 | 0.9178 |
| Área de Defunción | | | | | | | |
| Cabecera municipal | 575 | 83.0 | 349 | 79.7 | 226 | 88.6 | 0.0035 |
| Zona rural | 110 | 15.9 | 83 | 18.9 | 27 | 10.6 | 0.0052 |
| Sin información | 8 | 1.2 | 6 | 1.4 | 2 | 0.8 | 0.7435 |
| Lugar de Defunción | | | | | | | |
| Casa | 325 | 46.9 | 230 | 52.5 | 95 | 37.3 | 0.0001 |
| Hospital o clínica | 226 | 32.6 | 98 | 22.4 | 128 | 50.2 | 0.0000 |
| Lugar de trabajo | 17 | 2.5 | 16 | 3.7 | 1 | 0.4 | 0.0155 |
| Vía pública | 53 | 7.6 | 39 | 8.9 | 14 | 5.5 | 0.1382 |
| Otro | 58 | 8.4 | 48 | 11.0 | 10 | 3.9 | 0.002 |
| Sin información | 14 | 2.0 | 7 | 1.6 | 7 | 2.7 | 0.4503 |

Fuente: Registro de defunción por suicidio, DANE

Comportamiento de la mortalidad

Frente a los resultados obtenidos en cuanto a las tasas de suicidio, se encontró que, en promedio, esta se ubicó en 5.7 por cada 100000 adolescentes en el periodo estudiado, y, al diferenciar por sexo, se identificó un mayor riesgo en los hombres: 7.1 frente al 4.3 registrado por las mujeres. Esto indica que por cada diez suicidios en mujeres, se presentan diecisiete en hombres (Figura 1).

Por grupos de edad, se encontró una tasa de 1.9 suicidios por cada 100000 adolescentes en el grupo de 10 a 14 años, y de 9.7 en el de 15 a 19. Al hacer la revisión por año, se notó que la tasa fluctúa entre el 4.3 suicidios por cada 100000 adolescentes del año 2008 y los 7.1 de 2002 (Tabla 3).

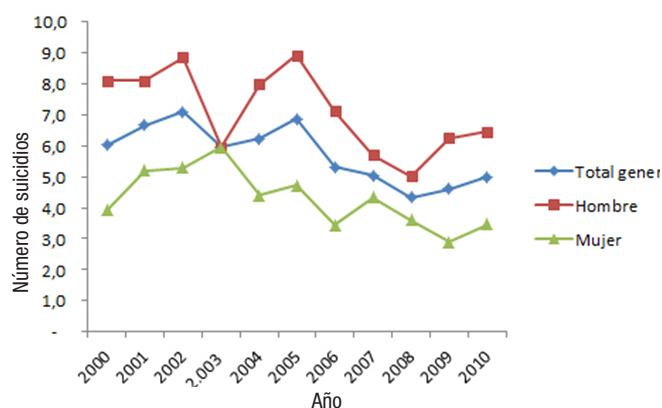


Figura 1. Distribución de las tasas de suicidios discriminados por año y sexo (tasa por cien mil habitantes). Antioquia, 2000-2010
Fuente: Registro de defunción por suicidio, DANE.

Tabla 3. Distribución de las tasas de suicidio por año y grupo etario (tasa por cien mil habitantes). Antioquia, 2000-2010

| Grupos de edad | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | Total |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 10-14 | 1.8 | 1.4 | 2.1 | 2.1 | 1.6 | 2.3 | 1.9 | 2.3 | 1.8 | 2.9 | 0.7 | 1.9 |
| 15-19 | 10.7 | 12.5 | 12.5 | 10.1 | 11.2 | 11.7 | 8.8 | 7.8 | 6.8 | 6.3 | 9.0 | 9.7 |
| Tasa general | 6.0 | 6.7 | 7.1 | 6.0 | 6.2 | 6.9 | 5.3 | 5.0 | 4.3 | 4.6 | 5.0 | 5.7 |

Fuente: Registro de defunción por suicidio, DANE

Al revisar el comportamiento de las tasas en las distintas subregiones, se pudo determinar que el riesgo más alto se ubicó en el Nordeste, donde se registró una tasa de 8.8 por cada 100000 adolescentes; en contraste, el más bajo estuvo en Urabá, con 2.2. Cabe resaltar que en todos los municipios la tasa de suicidio masculina fue superior a la femenina, a excepción de los de Occidente, donde por cada diez suicidios en mujeres, apenas se registran seis en hombres (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de las tasas de suicidio en adolescentes, según la por subregión y sexo (tasa por 100.000 habitantes). Antioquia, 2000-2010.

| Subregión | Hombres | Mujeres | Total |
|-----------------|---------|---------|-------|
| Bajo Cauca | 3.3 | 3.6 | 3.5 |
| Magdalena Medio | 9.2 | 4.4 | 6.9 |
| Nordeste | 9.6 | 8.0 | 8.8 |
| Norte | 8.2 | 6.9 | 7.6 |
| Occidente | 6.1 | 10.0 | 8.0 |
| Oriente | 6.3 | 4.5 | 5.4 |
| Suroeste | 11.0 | 6.1 | 8.6 |
| Urabá | 2.8 | 1.6 | 2.2 |
| Valle de Aburrá | 7.7 | 3.6 | 5.7 |
| Promedio | 7.1 | 4.3 | 5.7 |

Fuente: Registro de defunción por suicidio, DANE

Discusión

Al caracterizar el suicidio de adolescentes antioqueños, en el periodo 2000-2010, se observó que las tasas de suicidio fluctuaron: se registraron un promedio de 5.7 suicidios por cada 100000 adolescentes en los 11 años que comprendió el presente estudio, tasa superior al 5.2, que se registró en el mismo periodo en los adolescentes de Colombia (20). Esto pone de manifiesto la necesidad de realizar estudios de este tipo, que ayuden a conocer más acerca del fenómeno y demuestren que es necesario realizar más investigaciones.

Fue notorio que las tasas varían de manera importante, de acuerdo al grupo de edad: se encontró que por cada suicidio de un adolescente entre los 10 y 14 años, hay 5 entre aquellos que tienen 15-19 años. Esto es similar a lo registrado en otros estudios, tanto nacionales como departamentales (21) y puede ser explicado por el hecho de que a partir de los 16 años hay mayor exposición a factores de riesgo como el consumo de sustancias psicoactivas (22).

Se encontró también mayor prevalencia de suicidios en hombres, hecho que puede estar asociado a que ellos utilizan medios más letales (23-25), como también a la existencia de patrones culturales que promueven en ellos la inexpresividad de las emociones y sentimientos (24,26). También es posible que la facilidad que tienen las mujeres para pedir ayuda sea

un importante factor protector (27). Llama la atención que las cifras masculinas sean directamente proporcionales a la edad, es decir, a mayor edad, mayores son los registros de suicidio.

Se destaca que el método más empleado por los hombres fue el ahorcamiento, hecho similar a lo hallado en otros estudios. En mujeres, en cambio, el más utilizado fue el envenenamiento, lo que puede sugerir que, en múltiples casos, se trató de una forma indirecta de pedir ayuda (12,28); esto, a su vez, podría explicar por qué más del 50% de las adolescentes murieron en un centro hospitalario.

En cuanto al estado civil, se encontró que la proporción más alta (80.1%) se presentó entre solteros. Esto es similar a lo hallado en otras partes de Colombia. Algunas investigaciones señalan que el estar casado o tener algún tipo de unión conyugal puede reducir en un 50% el riesgo de cometer suicidio (29), y que convivir con padres, hermanos y en pareja genera protección, pues hay más apoyo para solucionar los problemas cotidianos (30).

Llamó la atención las diferencias por sexo entre los que tienen algún tipo de unión marital: por cada hombre que tenía algún tipo de unión y que se suicidó, había cuatro mujeres con igual condición. Esto puede deberse a que en las mujeres hay mayores presiones sociales y emocionales al momento de afrontar una relación (31); ya se ha establecido que dicha presión es factor de riesgo frente al suicidio porque puede generar inseguridad, angustia y altos niveles de ansiedad (15,32).

Se encontró también que la mayor proporción de suicidios se registraron los domingos, lo cual es similar a lo hallado en otros estudios llevados a cabo en distintas regiones de Colombia (33,34); puede explicarse porque en dicho día hay cese de las actividades ocupacionales habituales (1).

Los meses que presentaron altas proporciones de suicidios fueron julio, diciembre, enero y junio. Cabe resaltar que dichos meses coinciden con las vacaciones de las instituciones educativas del departamento, situación que puede generar mayor tiempo libre y ocio; hechos que están asociados con el incremento del suicidio en adolescentes (35).

Conclusiones y recomendaciones

Se concluye que en Antioquia, en el periodo 2000-2010 la tasa de suicidios en población adolescente se ubicó en 5.7 muertes por cada 100000 adolescentes. Se encontraron también claras diferencias según el sexo: se presentaron mayores tasas en hombres; según el mecanismo: se notó que ellos prefirieron el ahorcamiento y ellas la ingesta de medicamentos y venenos.

Se concluye también que más del 50% de las mujeres falleció en un centro hospitalario, y que los meses de mayores prevalencias fueron diciembre, enero, junio y julio.

Se recomienda a las autoridades de salud que continúen con los programas de detección temprana, como también la atención adecuada a los adolescentes que realicen alguna conducta que haga parte del espectro suicida.

Es importante involucrar de manera más activa al sector educativo, pues este es un espacio de interacción de los adolescentes en donde se puede establecer, a partir de la convivencia y de la interacción con sus pares, estrategias de afrontamiento que les permitan resolver situaciones en la vida, de modo que disminuyan los factores de riesgo asociados al suicidio.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiamiento

Ninguno declarado por los autores.

Agradecimientos

Es importante agradecer y señalar la importancia de los datos que fueron obtenidos a partir del Departamento Administrativo de Estadística (DANE), toda vez que esa información fue un insumo valioso para la presente investigación. Además de esto, las condiciones y espacios que se dieron en la Universidad Nacional Abierta y a Distancia para culminar este proceso.

Referencias

1. **Medina O, Cardona D, Rátiva O.** Caracterización del suicidio en Armenia, Colombia, 2004-2008. *Orbis* [Internet]. 2010 [cited 2015 jan 26];15(5):76-102. Spanish. Available from: <http://goo.gl/b2w9Sd>.
2. **Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A.** Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. *Pan Am J Public Health* [Internet]. 2007 [cited 2015 jan 26];22(4):231-8. Spanish. Available from: <http://goo.gl/KE0yda>.
3. **Muñoz-Morales J, Gutiérrez-Martínez M.** Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2010 [cited 2015 jan 26];39(2):291-312. Spanish. Available from: <http://goo.gl/mtlWFh>.
4. **Castro-Rueda VA, Martínez-Villalba AMR, Camacho PA, Rueda-Jaimes GE.** Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2010 [cited 2015 jan 26];39(4):705-15. Spanish. Available from: <http://goo.gl/0sUuJ9>.

5. **Leal C, Macedo E, Lima L.** Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saude Pública* [Internet]. 2013 [cited 2015 jan 26];29(1):175-87. Internet. Portuguese. Available from: <http://goo.gl/zBOmN0>.
6. **Gómez-Restrepo C, Rodríguez-Malagón N, Bohórquez PA, Diazgranados N, Ospina-García M, Fernández C.** Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2002 [cited 2015 jan 26];31(4):271-86. Spanish. Available from: <http://goo.gl/CTltPE>.
7. **Schmitt R, Lang MG, Colombo T.** Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul* [Internet]. 2008 [cited 2015 jan 26];30(2):115-23. Portuguese. Available from: <http://goo.gl/599QHH>.
8. **Marín-León L, Barros MBA.** Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saude Pública* [Internet]. 2003 [cited 2015 jan 26];37(3):357-63. Portuguese. Available from: <http://goo.gl/dn9Xno>.
9. **Christiansen E, Jensen BF.** Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2007 [cited 2015 jan 26];41(3):257-65. doi: <http://doi.org/bn2w93>.
10. **Karasuouli E, Owens D, Abbott R, Hurst K, Dennis M.** All-cause mortality after non-fatal self-poisoning: a cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2011 [cited 2015 jan 26];46(6):455-62. doi: <http://doi.org/fps9d5>.
11. República de Colombia. Estudio Nacional de Salud Mental - Colombia 2003 [Internet]. Cali: Ministerio de la Protección Social, Fundación FES. editor; 2005. Available from: <http://goo.gl/11OOuj>.
12. **De Souza L, Vasconcelos M, Jucá A, Gama S, Guimarães J.** ["Broken hearted teenagers": adolescents that had gone through suicide attempt]. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2009 [cited 2015 jan 26];14(5):1825-34. Portuguese. doi: <http://doi.org/b5pf44>.
13. **Nazareth S, Gomes C, Müller N, Faria X, Carvalho A De, Werner J.** Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Pública* [Internet]. 2004 [cited 2014 jan 26];38(6):804-10. Portuguese. Available from: <http://goo.gl/v1CmIG>.
14. **Xavier N, Gomes C, Nazareth S, Alves L, Werner J.** Suicide rates in the State of Rio Grande do Sul, Brazil: association with socioeconomic, cultural, and agricultural factors. *Cad Saude Pública* [Internet]. 2006 [cited 2015 jan 26];22(12):2611-21. Available from: <http://goo.gl/BkUTgg>.
15. **Rueda-Jaimes G, Martínez-Villalba A, Castro-Rueda V, Camacho P.** Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2010 [cited 2015 jan 26];39(4):683-92. Spanish. doi: <http://doi.org/f2s3sq>.
16. **Larraguibel M, González P, Martínez V, Valenzuela R.** Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatría* [Internet]. 2000 [cited 2015 jan 26];71(3):183-91. Spanish. doi: <http://doi.org/cnvtd6>.
17. **Casullo M, Bonaldi P, Fernández M.** Comportamientos suicidas en la adolescencia: morir antes de la muerte. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
18. **Yunes J.** Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafío para la región de las Américas. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 1999 [cited 105 jan 26];2(3):102-71. Spanish. doi: <http://doi.org/b9nj6j>.
19. República de Colombia. Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020 [Internet]. Bogotá D. C.: Departamento Nacional de Estadística (DANE); 2010. Available from: <http://goo.gl/y9vry3>.
20. **Cardona D.** Comportamiento del suicidio en Colombia, 2000-2010. Suicidio en Colombia. 2013.
21. **Medina-Pérez Ó, Londoño A, Orozco C.** Caracterización del suicidio en adolescentes del Quindío, Colombia (1989-2008). *Univ Médica*. 2012;53(3):249-59. Available from: <http://goo.gl/p4T6A2>.
22. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Situación de salud mental del adolescente. *Estudio Nacional de Salud Mental* [Internet]. Torres de Galvis Y, editor. Medellín; 2010. Available from: <http://d2bfnlaku8y36.cloudfront.net/psicopediahoy/saludmentaladolescentecolombia.pdf>
23. **Fuentes-Lerecha MM, González-Arias AF, Castaño-Castrillón JJ, Hurtado-Arias CF, Ocampo-Campoalegre PA, Páez-Cala ML, et al.** Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). 2007-2008. *Arch Med* [Internet]. 2009;9(2):110-22. Spanish. Available from: <http://goo.gl/sy3e57>.
24. **Sánchez-Pedraza R, Tejada-Neira PA, Guzmán-Sabogal Y.** Muertes violentas intencionalmente producidas en Bogotá, 1997-2005: diferencias según el sexo. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2008 [cited 2015 jan 26];37(3):316-29. Spanish. Available from: <http://goo.gl/uAdIUw>.
25. **Sánchez L.** Neurobiología del suicidio, estrés y conductas suicidas. Estrés y salud: Investigación básica y aplicada. México D. F.: Manual Moderno; 2012.
26. **González-Forteza C, Ramos-Lira L, Caballero-Gutiérrez MÁ, Wagner-Echeagarray FA.** Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema* [Internet]. 2003;15(4):524-32. Spanish. Available from: <http://goo.gl/XxATTR>.
27. **Tuesca R, Navarro E.** Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte* [Internet]. 2003 [cited 2015 jan 26];(17):19-28. Spanish. Available from: <http://goo.gl/O3J6yB>.
28. **Manrique RD, Ocha FL, Fernández LM, Escamilla R, Vélez E.** Comportamiento del suicidio en Antioquia 1998-2000. *Rev CES Med* [Internet]. 2002 [cited 2015 jan 26];16(3):7-17. Spanish. Available from: <http://goo.gl/8ukt4Y>.
29. **Gaxiola-Robles R, Kurt O, Bitzer-Quintero, García-González A, Celis de la Rosa A.** El estado civil y el suicidio en Baja California Sur. *Rev Médica del Inst Mex del Seguro Soc*. 2009 [cited 2015 jan 26];47(4):383-6. Spanish. Available from: <http://goo.gl/rRaXZt>.
30. **Muñoz J, Pinto V, Callata H, Napa N, Perales A.** Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2006 [cited 2015 jan 26];23(4):239-46. Spanish. Available from: <http://goo.gl/R2kFgW>.

31. **Lagarde M.** La edad más densa de vida de las mujeres. e-mujeres.net [Internet]. [date unknown] [cited 2015 jan 26];1-6. Spanish. Available from: <http://goo.gl/jxZw5u>.
32. **Peña-Galbán L, Casas-Rodríguez L, Padilla de la Cruz M, Gómez-Arencia T, Gallardo-Álvarez M.** Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Rev Cuba Med Mil* [Internet]. 2002 [cited 2015 jan 26];31(3):182-7. Spanish. Available from: <http://goo.gl/MIZGBc>.
33. **Rodríguez-Escobar J, Medina-Pérez O, Cardona-Duque D.** Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, 2005-2010. *Rev Fac Med* [Internet]. 2013;61(1):9-16. Spanish. Available from: <http://goo.gl/aFQHsg>.
34. **Peña M del P, Ortiz Y, Gutiérrez MI.** El suicidio en Nariño: una mirada desde los observatorios del delito en cinco municipios del Departamento. *Pensam Psicológico*. 2009;6(13):97-108. Available from: <http://goo.gl/PZ24on>.
35. **González-Forteza C, Mariño M del C, Mondragón L, Medina-Mora ME.** Intento suicida y uso del tiempo libre en adolescentes mexicanos. *Psicol Conductual* [Internet]. 2000 [cited 2014 jan 26];8:147-52. Spanish. Available from: <http://goo.gl/ONKwPu>.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.50860>

Association of depression and stress in acute myocardial infarction: a case-control study

*La relación de la depresión y el estrés con el infarto del miocardio: un estudio de casos y controles*Patricia RM Goldfeld¹ • Luciana S. Soares² • Waldomiro C. Manfro³

Recibido: 27/05/2015 Aceptado: 25/06/2015

¹ Department of Cardiology, Medical School, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil.² Scholarship of Scientific Initiation, Department of Cardiology, Medical School, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil.³ Department of Cardiology. Medical School, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brazil.Correspondence: Patricia Goldfeld. 1114 Pedro Chaves Barcelos, St. Apartment 502, 90450010. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. Telephone: 005551 33305580, 005551 81387728, e-mail: pgoldfeld21@gmail.com.

| Summary |

Background. Psychosocial factors have been reported to be independently associated with coronary artery disease (CAD). However the stress variable is still sub detailed and there are few studies that used coronary angiography (CA) to assess CAD.

Objectives. To compare levels of depression, stress and stressful life events in three groups of individuals: post-MI (Myocardial Infarction) patients; patients presenting symptoms and no previous MI who underwent cardiac catheterization and had non-significant obstructive CAD and individuals with no symptoms of cardiac disease or others diseases.

Methods. We conducted a case-control study, with two cases groups and one control group. The study included 105 patients with recent Myocardial Infarction (MI group), 101 patients with cardiac symptoms and normal CA (CS group), and 100 patients without symptoms of disease (NS group). Multivariate logistic regression was used to assess stress and vital events with an Odds Ratio of 95% confidence interval (CI), controlling for age, sex, education level, income, social support group, Body Mass Index (BMI), sedentary lifestyle and family history of MI or sudden death.

Results. MI patients group showed depression with an OR=4.47(95% CI, 2.36 to 8.46, $p<.001$), and stress OR=5.37(95% CI, 2.94–9.78, $p<.001$) whereas CS group showed depression: OR=6.95(95% CI, 3.64–13.28, $p<.001$) and stress: OR=9.18 (95% CI, 4.73–17.82, $p<.001$) compared to patients without symptoms. After adjusting the groups for the following risk factors: age,

sex, education, income, social support, obesity, sedentary lifestyle, family history of MI or sudden death, the OR showed the following variation: in the MI group, depression OR=2.51 (95% CI, 1.05 to 5.98, $p=.038$), stress, OR=8.76(95% CI, 3.48 to 22.01, $p<.001$), while the CS group showed: depression OR=3.25(95% CI, 1.40–7.55, $p<.01$) and stress OR=12.24 (95% CI, 4.81–31.14, $p<.001$). The raised effect of variable stress after adjustment was promoted by age, sex and physical inactivity variables, and did not affect the significance level ($p<.001$).

Conclusions. This study has demonstrated that subjects with cardiac symptoms without overt CAD show similar depression and/or stress levels than post-MI patients, and that post-MI patients and CS patients experience more stress and depression than control patients, even when they adjusted in terms of age, sex, education level, family income, social support, obesity, sedentary lifestyle and family history of MI and / or sudden death.

Keywords: Depression; Stress; Infarction; Cardiovascular Disease; Risk factors; Epidemiology. (MeSH)

Goldfeld P, Soares L, Manfro W. Association of depression and stress in acute myocardial infarction: a case-control study. Rev. Fac. Med. 2015;63(3): 439-48. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.50860>.

Resumen

Antecedentes. Factores psicosociales han demostrado asociación independiente con la enfermedad arterial coronaria

(EAC); sin embargo, la variable estrés sigue siendo sub detallada y hay pocos estudios que utilizaron la angiografía coronaria (CA) para evaluar EAC.

Objetivos. Comparar los niveles de depresión, el estrés y los acontecimientos vitales estresantes en tres grupos de personas: en pacientes post-IM (infarto de miocardio), en pacientes que presentan síntomas cardíacos y cateterismo cardíaco normal y en individuos sin síntomas de enfermedades cardíacas.

Métodos. Se realizó un estudio de casos y controles —dos grupos de casos y un grupo control—. El estudio incluyó a 105 pacientes con infarto de miocardio reciente (grupo MI), 101 pacientes con síntomas cardíacos y CA normal (grupo CS), y 100 pacientes sin síntomas de la enfermedad (grupo NS). Se utilizó multivariante de regresión logística para evaluar el estrés y los acontecimientos vitales con una odds ratio de intervalo de confianza del 95% (IC), controlando por edad, sexo, nivel educativo, ingresos, grupo de apoyo social, el índice de masa corporal (IMC), el sedentarismo y los antecedentes familiares de infarto de miocardio o muerte súbita.

Resultados. Los pacientes del grupo MI mostraron depresión con una OR=4.47 (IC del 95%, 02:36-08:46, $p<0.001$), y el estrés OR=5.37 (IC 95%, 2.94-9.78; $p<0.001$) mientras que el grupo CS mostró depresión OR=6.95 (95% CI, 3.64 a 13.28, $p<0.001$) y el estrés OR=9.18 (95% CI, 4.73 a 17.82, $p<0.001$) en comparación con los pacientes sin síntomas. Después de ajustar por factores de riesgo: edad, sexo, educación, ingresos, apoyo social, obesidad, sedentarismo, antecedentes familiares de infarto de miocardio o muerte súbita, el OR mostró la siguiente variación: en el grupo de MI, depresión OR=2.51 (IC del 95%, 1.05 a 5.98, $p=0.038$), el estrés, OR=8.76 (IC del 95%, 3.48–22.01, $p<0.001$), y CS grupo, depresión OR=3.25 (95% CI, 1.40 a 7.55, $p<0.01$) y el estrés OR=12.24 (95%, IC, 4.81 a 31.14, $p<0.001$). El efecto de elevación de la variable estrés después del ajuste fue promovida por las variables de edad, sexo e inactividad física, y no afectó el nivel de significación ($p<0.001$).

Conclusiones. Este estudio ha demostrado que los sujetos con síntomas cardíacos sin EAC presentan similares niveles de depresión y / o estrés a los de los pacientes post-IM. También se demostró que los pacientes post-IM y los pacientes CS tienen más estrés y depresión que los controles, incluso cuando se ajustan por edad, sexo, nivel de educación, ingreso familiar, apoyo social, obesidad, sedentarismo y antecedentes familiares de infarto de miocardio y / o muerte súbita.

Palabras clave: Depresión; Infarto del miocardio; Factores de riesgo; Epidemiología (Desc).

Goldfeld P, Soares L, Manfroí W. [La relación de la depresión y el estrés con el infarto del miocardio: un estudio de casos y controles]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):439-48. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.50860>.

Introduction

Heart disease (1,2) and depression (3) affect a significant number of individuals worldwide annually and the effective treatment of these patients has an important public health impact.

Studies have estimated that 20 to 45% of post-MI patients have some symptoms of depression (4). Acute depressive reactions have also been implicated as triggers of acute coronary syndromes (5). The presence of depression in patients with pre-existing cardiovascular disease is a risk factor for recurrence of cardiovascular events and death (6-8).

The relationship between depression and cardiovascular disease is complex and bidirectional (9) and as well as depression may influence CAD, chronic diseases can also lead to depressive symptoms. Even sub threshold depressive symptoms that do not meet the criteria for a diagnosis of major depressive disorders are risk factors for the development of CHD events in healthy patients (10). On the other hand, chest pain is a common symptom in cardiology emergency rooms and after a diagnostic evaluation (11) only 15-25% of these patients have been diagnosed an acute coronary artery syndrome.

The stress variable shares some psycho-physiological (12) pathways with depression, and may be implicated in the relationship between depression and CAD. The naturalistic studies on natural disasters (stressful life events) are evidence that significant stress levels can precipitate acute cardiovascular events, but studies have also shown chronic stress associated with CAD.

Scientific literature presents several studies using standardized instruments in search of the variable stress, however research with large samples does not allow studies using instruments with qualitative design, more suitable in studies with smaller samples. The same goes for expensive and invasive tests such as cardio angiography.

The present study aimed to compare symptoms of depression, stress and vital events in recent MI subjects with subjects who have cardiovascular symptoms, but without overt coronary artery disease, and with another group of subjects without symptoms of disease.

Methods

This study was approved by the Ethics Committee of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal

do Rio Grande do Sul, Brazil, and consisted of a case-control study with two groups of incident cases and a control group. All the subjects completed an informed consent form. Data collection was performed in a protected environment by people trained to implement the specific research protocol.

Study subjects

Study participants were recruited via consecutive sampling in the Cardiovascular Catheterization Laboratory. The MI (13) cases and those with symptoms but no previous MI were selected among patients undergoing cardiac catheterization, the control group consisted of individuals without symptoms of any disease and was obtained through family and friends of patients undergoing cardiac catheterization, in the same service (the assessor blind to the factor under study). In order to be chosen, MI cases were eligible if they had had in the past month history of anginal symptoms, ECG changes or enzymes elevation indicative of MI. Five individuals in the control group and two cases refused to participate in the study while eighteen were excluded after data collection, due to their exclusion criteria.

Procedures

Inclusion criteria. In the MI group were included individuals with clinical, laboratory and/or electrocardiographic MI reported within 30 days of collection. In the group with cardiac symptoms, individuals presenting symptoms and no previous MI, who underwent cardiac catheterization (14) and had non significant obstructive CAD were included. Control group included those with no symptoms of cardiac disease or other diseases.

Exclusion criteria. In the MI group and in the CS group, patients with valvular heart disease, cardiac shock, cardiomyopathy (including Takotsubo (15)), angina, coronary artery bypass grafting in the last ninety days, stroke and severe infection in the last 180 days were excluded. In the control group (NS), patients with diseases of any kind were excluded.

Instruments. Structured questionnaires were administered by trained staff in the same way in all three groups. Personal data such as sex, age, race, origin, marital status, financial, education, professional status, degree of social contact, medical history, tobacco and alcohol use, information on menopausal status in women, level of physical activity, family history of cardiovascular disease, diabetes mellitus, hypertension, dyslipidemia and sudden death were asked.

We collected measures of height and weight, waist circumference (measured at the midpoint between the iliac

crest and last rib), body-mass index, arterial blood pressure, ECG and results of coronary angiography were also obtained. Those individuals who showed a degree of stenosis equal or less than 50% at visual (14) analysis on angiography were considered free of CAD.

To assess depression symptoms we used the Beck Depression Inventory (BDI) (16). This self-assessment scale with 21 items is one of the most widely used, both in research and in clinical practice, it has been translated into several languages and validated (17) in the country of research. For this survey, 12 was considered the cutoff for mild depression as validation.

Stress was assessed by the Lipp Inventory of Stress Symptoms for adults (ISSL) (18), a qualitative-quantitative scale, with a four phases model, based on the three phases Selye's model, and that comprehends the stages of alarm, resistance, near-exhaustion and exhaustion. It also evaluates the predominance of somatic and / or psychological domain.

To evaluate the stress caused by external events in the last year, the Social Readjustment Rating Scale (SRRS) (19), one of the most used to measure life events, was chosen.

Sample calculation was performed to detect a difference of 4% between groups, resulting in 100 subjects per group according to a power of 90%.

Statistical analysis

Variable frequency tables were compiled with number and percentage for categorical variables. Mean and standard deviation were calculated for continuous variables and compared by t-test for the presence or absence of depression, or ANOVA for the three groups (control cases). For categorical variables, chi-square or Fisher's test was used. For the significant variables ($p < .05$) in relation to outcome groups, multinomial logistic regression unadjusted calculation was performed, followed by multivariate analysis, including the variables: age, sex, education level, monthly income, BMI, physical inactivity, family history of MI / sudden death, depression and stress.

Results

Baseline and demographic characteristics of three groups are summarized in Table 1. In the MI group, all individuals reported only one MI previous history, 53 were treated with coronary angioplasty with stent implantation and only one subject had been submitted to two previous angioplasties.

Table 1. Population characteristics and risk factors.

| Variables | | MI group(105) | CS group(101) | NS group(100) | P |
|--|-----------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------|
| Sex (masc) | | 65 _a (61.9) | 38 _b (37.6) | 34 _b (34) | <.001 |
| Age | | 60.63±10.56 | 57.58±10.67 | 49.15±9.49 | <.001 [†] |
| Level of Education | Incomplete Elementary | 43 _c (41.0) | 66 _d (65.3) | 28 _c (28.0) | <.001 |
| | Elementary and above | 62 _e (59.0) | 35 _f (34.7) | 72 _e (72.0) | |
| Race | White | 90 (85.7) | 82 (81.2) | 87 (87.0) | .485 |
| | Black/mixed race | 15 (14.3) | 19 (18.8) | 13 (13.0) | |
| Marital Status | Married | 66 (62.9) | 66 (65.3) | 79 (79.0) | .028 |
| | Single/Div./Widow | 39 (37.1) | 35 (34.7) | 21 (21.0) | |
| Professional State | Active | 46 _g (43.8) | 31 _g (30.7) | 80 _h (80.0) | <.001 |
| | Inactive | 59 _i (56.2) | 70 _i (69.3) | 20 _j (20.0) | |
| Monthly family Income (according to the minimum wage) | Up to 1 | 9 _k (8.8) | 14 _k (14.7) | 1 _l (1.0) | <.001 |
| | From 1.1 to 3 | 36 _m (35.3) | 49 _n (51.6) | 34 _m (34.3) | |
| | From 3.1 to 5 | 30 _{o,p} (29.4) | 19 _o (20.0) | 34 _p (34.3) | |
| | >5 | 27 _q (26.5) | 13 _r (13.7) | 30 _q (30.3) | |
| Residential Accompaniment | Lives alone | 16 (15.2) | 14 (13.9) | 7 (7.0) | .161 |
| | With one person | 32 (30.5) | 28 (27.7) | 23 (23.0) | |
| | With more than one | 57 (54.3) | 59 (58.4) | 70 (70.0) | |
| Low social support | | 76 _s (72.4) | 69 _{s,t} (68.3) | 56 _t (56.0) | .038 |
| BMI | | 26.65±4.16 | 28.35±5.66 | 25.94±3.36 | .001 |
| Hypercholesterolemia | | 40 (38.1) | 33 (32.7) | 0 (0) | |
| Hypertension | | 73 (69.5) | 76 (75.2) | 0 (0) | |
| Diabetes Mellitus | | 29 (27.6) | 16 (15.8) | 0 (0) | |
| Sedentary lifestyle | | 89 _u (84.8) | 76 _u (75.2) | 57 _v (57.0) | <.001 |
| Current Smoker | | 32 (47.1) | 15 (26.8) | 23 (45.1) | .049 |
| Former Smoker | | 68 (64.8) | 56 (55.4) | 51 (51.0) | .121 |
| Alcoholism | | 15 (14.4) | 8 (7.9) | 9 (9.0) | .266 |
| Family history of MI | | 45 (46.4) | 31 (33.0) | 33 (33.0) | .090 |
| Family history of sudden death | | 41 _w (40.6) | 22 _x (22.2) | 22 _x (22.2) | .004 |
| Family history of angina | | 51 (53.7) | 54 (58.1) | 47 (50.0) | .542 |

MI group: patients with previous myocardial infarction; CS group: patients with cardiac symptoms and normal coronary angiography; NS: control group. Categorical variables: Number/Percentage; continuous variables: Mean±SD, variables in rows and groups in columns. Equal letters in lines: No significant differences among groups; Different letters in lines: Significant differences between groups. † ANOVA between groups with Turkey adjustments; All other comparisons=Chi-square test.

Table 2 shows the groups distribution according to precordial pain. In the MI group, 57.2% had chest pain, 54.5% of these had chest pain as their only symptom, and 36.2% were asymptomatic.

The others reported fatigue, dyspnea and/or palpitations associated. In the CS group, 80% of patients showed chest pain, and 55% of these had chest pain as their only symptom.

Table 2. Precordial pain results in the three groups

| Precordial Pain | MI group(105) | CS group(101) | NS group(100) | P |
|-----------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------|
| Yes | 60 _a (42.6) | 81 _b (57.4) | 0 _c (0) | <.001 |
| No | 45 _d (69.2) | 20 _e (30.8) | 100 _f (100) | |

MI group: patients with previous myocardial infarction; CS group: patients with cardiac symptoms and normal coronary angiography; NS: control group. Different letters in lines: Significant differences among groups. Chi-square test.

Table 3 shows the distribution of subjects according to depression (BDI), stress (ISSL) and Vital Events (SRRS) levels in the three groups.

Table 3. Depression, Stress and Vital Events results in the three groups

| Variables | MI group(105) | CS group(101) | NS group(100) | P |
|---------------------|------------------------|------------------------|----------------------|--------------------|
| Depression (BDI) | 12.46±8.43 | 14.83±9.59 | 6.84±7.18 | <.001 [†] |
| Stress (ISSL) | 78 _c (74.3) | 84 _c (83.2) | 35 _d (35) | <.001 |
| Vital Events (SRRS) | 204.80±121.71 | 212.31±102.92 | 201.73±94.96 | .766 [†] |

MI group: patients with previous myocardial infarction; CS group: patients with cardiac symptoms and normal coronary angiography; NS: control group. Equal letters in lines: No significant differences among groups; Different letters in lines: Significant differences among groups. [†] ANOVA between groups with Turkey adjustments; Chi-square test. BDI=Beck Depression Inventory, ISSL=Lipp Inventory of Stress Symptoms for adults, SRRS=Social Readjustment Rating Scale.

Figure 1 describes the distribution of BDI depression levels according to the three groups.

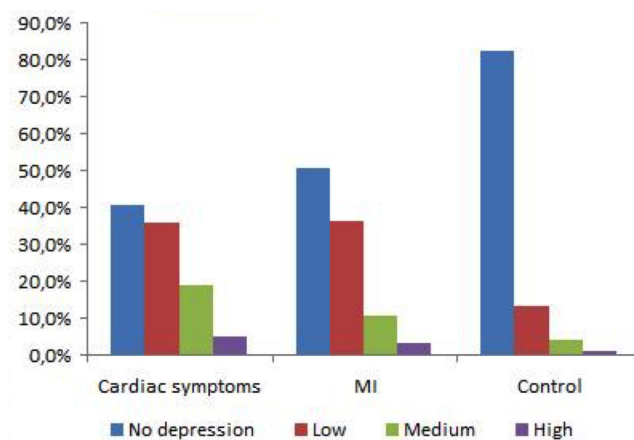


Figure 1. Bar graph with levels of depression (BDI) between groups. No depression=BDI levels from zero to 11; Low=from 12 to 19; Medium=from 20 to 35 and High=from 36 to 63.

The main results of the ISSL, on the characteristics of the three groups compared to the stress phases, can be found in Table 4.

Table 4. Levels of stress between groups.

| | MI (n=105) | With Symptoms(n=101) | Controls(n=100) | Total | P |
|-----------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------|-------|
| | | | | | <.001 |
| No stress | 27 _a (25.7) | 17 _a (16.8) | 65 _b (65.0) | 109(35.6) | |
| Alert | 4 _c (3.8) | 6 _c (5.9) | 0 _d | 10(3.3) | |
| Resist | 55 _e (52.4) | 57 _e (56.4) | 33 _f (33.0) | 145(47.4) | |
| Near-exhaustion | 14 _g (13.3) | 18 _g (17.8) | 2 _h (2.0) | 34(11.1) | |
| Exhaustion | 5 _i (4.8) | 3 _i (3.0) | 0 _j | 8(2.6) | |

Number and percentage; Chi-square test. Equal letters in lines: No significant differences among groups; Different letters in lines: Significant differences among groups.

The results related to the prevalence of somatic and/or psychological fields in the three groups are shown in Table 5.

Table 5. Prevalence of somatic and/or psychological fields.

| | MI (n=105) | With Symptoms(n=101) | Controls(n=100) | Total | P |
|---------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------|-------|
| | | | | | <.001 |
| No stress | 27 _a (25.7) | 17 _a (16.8) | 65 _b (65.0) | 109(35.6) | |
| Physical | 14 _c (13.3) | 28 _d (27.7) | 4 _e (4.0) | 46(15.0) | |
| Psychological | 61 _f (58.1) | 52 _f (51.5) | 31 _g (31.0) | 144(47.1) | |
| Both | 3 _{h,i} (2.9) | 4 _h (4.0) | 0 _i | 7(2.3) | |

Number and percentage; Chi-square test. Equal letters in lines: No significant differences among groups; Different letters in lines: Significant Differences among groups.

The SRRS showed no differences between groups in the relationship of vital events. Figure 2 shows bar graphs of vital events total frequency (SRRS) in the three groups of subjects.

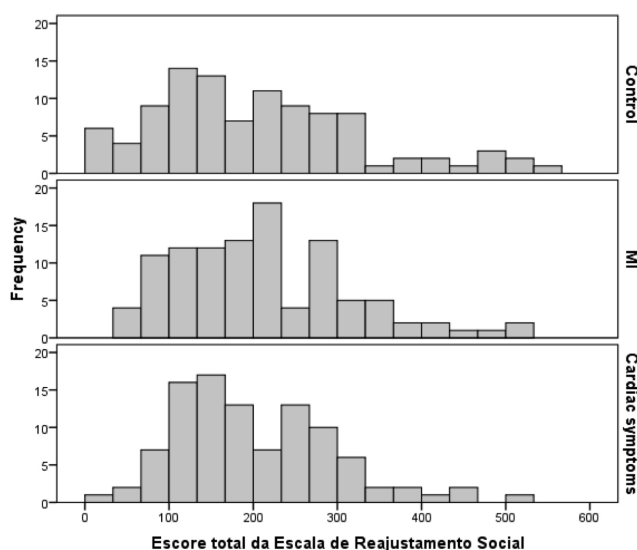


Figure 2. Bar graph with frequency of Vital Events (SRRS) for the three groups of subjects.

Table 6 shows the Multinomial Logistic Regression unadjusted and adjusted results.

Table 6. Multinomial Logistic Regression unadjusted and adjusted.

| Risk Factor | Group | OR (95% IC) | P | OR ad(95% IC) | P |
|---------------------------------|-------|--------------------|-------|-------------------|-------|
| Age | A | 2.22 (1.19-4.15) | .012 | 1.35(1.09-1.19) | <.001 |
| | B | 2.00(1.60-3.75) | .032 | 1.09(1.05-1.14) | <.001 |
| Sex | A | 3.15 (1.78-5.59) | <.001 | 7.51(3.14-17.95) | <.001 |
| | B | 1.17(.66-2.09) | .592 | 3.48(1.45-8.39) | <.01 |
| Elementary education Incomplete | A | 1.78(.99-3.20) | .052 | .67(.27-1.62) | .369 |
| | B | 4.85(2.66-8.82) | <.001 | 1.52(.63-3.65) | .353 |
| Very low monthly income | A | 10.00(1.19-84.18) | .034 | 2.15(.79-5.85) | .134 |
| | B | 32.31(3.84-272.02) | .001 | 4.56(1.59-13.13) | <.01 |
| Low monthly income | A | 1.18(.58-2.37) | .649 | 1.89(.69-5.19) | .215 |
| | B | 3.33(1.52-7.29) | .003 | 2.31(.76-7.00) | .139 |
| Low social support | A | 2.06(1.15-3.69) | <.05 | 2.62(1.15-5.96) | <.05 |
| | B | 1.48(.84-2.62) | .176 | 1.75(.79-3.89) | .170 |
| Family risk of MI and SD | A | 1.87(1.07-3.29) | .029 | 1.47(.66-3.27) | .346 |
| | B | 1.01(.57-1.79) | .968 | .71(.32-1.58) | .396 |
| BMI | A | .97(.45-2.10) | .930 | .75(.28-2.05) | .577 |
| | B | 2.28(1.14-4.59) | .020 | .39(1.51-1.00) | .049 |
| Sedentary lifestyle | A | 4.20(2.16-8.15) | <.001 | 2.28(.91-5.67) | .079 |
| | B | 2.29(1.26-4.18) | <.01 | 1.04(.44-2.43) | .932 |
| BDI-Depression | A | 4.47(2.36-8.46) | <.001 | 2.51(1.05-5.98) | .038 |
| | B | 6.95(3.64-13.28) | <.001 | 3.25(1.40-7.55) | <.01 |
| ISSL-Stress | A | 5.37(2.94-9.78) | <.001 | 8.76(3.48-22.01) | <.001 |
| | B | 9.18(4.73-17.82) | <.001 | 12.24(4.81-31.14) | <.001 |

Reference: control group. Group A: MI, Group B: Cardiovascular Symptoms without CAD. SD=sudden death; BMI=Body Mass Index; BDI=Beck Depression Inventory; ISSL=Lipp Inventory of Stress Symptoms for adults.

Discussion

Our study shows that patients with cardiovascular symptoms without overt coronary artery disease have similar chances of depression and stress than post-MI patients. And that both groups have a greater chance of depression and stress than the control group patients. These depression and stress chances remain significant even when they were adjusted for confounders variables such as age, sex, education levels, family income, social support, obesity, sedentary lifestyle and family history of MI and/or sudden death.

We found, after adjustment, a decreased chance of depression ORMI=4:47 to 2:51 and ORCS=6.95 to 3.25, and a increases chance of stress, ORMI=5:37 to 8.76 and ORCS=9.18 to 12.24. Depression showed a reduction of the OR because of the role of other risk factors in the outcome of MI or symptoms. The variables one by one analysis with the stress variable by Logistic Regression showed the increase of stress when the age, sex and sedentary variables were controlled, without variation of the level of significance. This variation may be explained by group differences in age, sex and sedentary, that pulled down the stress variable when the unadjusted analysis was performed.

Rona et al. (20), in a longitudinal study, assessed which baseline risk factors are associated with persistent and partially remitted Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in comparison to fully remitted PTSD, and it was found that older age variable increased the number of events reported ($p<.05$). Marcellini et al. (21) found that lower scores of physical activity were associated to higher scores of Geriatric Depression Scale ($r=-0.425$; $p<0.01$), lower scores of Mini Mental State Examination ($r=0.266$; $p<0.001$) and higher score of Perceived Stress Scale ($r=-0.131$; $p<0.05$).

The present study analyzed a group of patients with cardiac symptoms without overt CAD, it complements what Rugulies (22) says about that one might think that both depression and future coronary events could be caused by sub-clinical manifestations and not a diagnosed cardiovascular disease. However, he said controlled studies for this potential bias of confusion (a medical intensive early cardiovascular disease and / or exclusion of events during the first year of follow up) showed only a small relative risk reduction of 1, 77 to 1.51, which remained significant.

Most studies on depression and CAD are follow-up evaluations, with depressive patients without CAD at base, to assess the incidence of CAD, or about patients with depression after MI, to assess the incidence of cardiovascular events. Our study is more like the design of the INTERHEART (23) study, but with a small sample, with the idea of trying to deepen the study of these individuals.

In the INTERHEART (23) study, the stress is measured post-MI with 4 questions and shows an OR from 1.33 (financial) to 2.17 (continuous), and depression OR=1.55. Our study used a qualitative-quantitative scale and found a stress post-MI adjusted OR=8.76. On the scientific literature, we found only in SHEEP (24) study an OR of stress at work with a level that was closest to our study, OR=6.0.

A systematic review of Von Känel (25), psychosocial factors with CHD occur at levels higher than would occur by chance: 40% of CAD patients have some form of relevant depression, and in the general population it appears in 5–10% of individuals. In our study, depression occurred in 49.5% in post-MI, 60.0% in subjects without CHD symptoms, and 18% in the control group, and stress, MI=74.3%, CS=83.2% and control group=35%.

Our study agreed with Von Känel (25) that in the same cardiac patient, psychosocial factors may co-occur, such as depression and low social support or job stress and exhaustion. In our study, we found co-occurrence of stress, depression, low social support.

The higher prevalence of stress was in the level of resistance and in the psychological field. The CS group showed a higher rate of somatic symptoms than other groups and this seems to indicate a tendency to somatization by these individuals without coronary disease base.

In the stress area is important to evaluate the external factors, which are vital events and social support, beyond the adaptive capacities of the individual (coping skills). In our study, we did not find differences in life events between the three groups. Regarding this, our findings agree with those from the SHEEP (24), Twisk et al. (26) and Copenhagen City Heart (27) studies, who found no differences in life events. However, our study disagrees with the INTERHEART study (23), that found an OR=1.48 for stressful life events in MI cases. Rafanelli et al. (28) also found more events ($p<.001$), in a case-control study of patients with post-MI and unstable angina, and depression in 39.2% of cases. According to Tennant (29), assessment of life events is based on a series of methodological problems because the reliability and validity of measures are not entirely satisfactory.

Regarding social support, we found that the MI group had less social support groups with OR=2.62 (95%CI, 1.15–5.96, $p<.05$) and that NS group had more social support, like family and friends ($p<.01$). These results agree with those from Pignalberi et al. (31) study, where heart patients showed significantly more social isolation ($p<.05$).

Another important finding of our study is that precordial pain is the most frequent symptom in both groups of patients, but is more frequent in those with normal coronary arteries. The studies found in the literature search show conditions with organic bases, and we did not found studies with no organic base.

The MI group showed more male subjects than the CS group and the control group. There was more chance of being male in the MI group and after adjustment, the odds greatly increased in both groups of patients and became significant also for the CS group. According to Framingham study (31), the male subjects have more chance OR=1.73 for MI than females. This study found the 30-year hard event rates adjusted were 7.6% for women and 18.3% for men.

The two groups of patients had a higher average age. The OR became more significant after adjustment. These results also agree with those of Framingham (31), OR=2.09, which showed more chance for older individuals to present MI.

CS group showed lower educational level. The OR was significant for CS group and lost significance after adjustment.

Our findings in this area are different from INTERHEART (32), that found low levels of education were more common in cases compared to the control group, with OR=1.31, $p < 0.0001$. They found low education was globally the most consistent marker associated with increased risk for MI, most predominant in high-income countries.

The MI group had more patients with family history of sudden death ($< .01$). In INTERHART's findings (33), both maternal and paternal histories of MI were associated with Increased MI risk, with OR=1.74.

Study limitations

The present study has no conflicts of interest. However some methodological bias must be considered, like demographic differences between the control group and the two patient groups. About recruiting subjects with similar ages, according to a study (34) performed in the same hemodynamic service, MI was the first manifestation of ischemic heart disease in 49% of the patients. As the present study aimed to compare the two patient groups with a healthy subjects group, if we had recruited older individuals, we would have more chance to have subjects with silent DAC among them. These sample differences were controlled by the statistical model.

It should also be considered that the two case group subjects had undergone a coronary angiography, which could influence stress and depression. To control this factor, the BDI assesses depression in the previous week and the ISSL scale assesses stress in the previous month, and not just at the time of assessment. Furthermore, the results showed the ISSL prevalence of the resistance stage of stress. According to Lipp (35), for a subject to reach the resistance stage of stress, it needs to be continued, leading to be worn out and exhausted or tired with memory difficulties. Other risk factors could be potential confounders controlled by the statistical model. We were unable to control risk factors like diabetes, hypercholesterolemia or hypertension that have been variables due to exclusion in the control group.

Conclusions

In conclusion, our study demonstrated that subjects with cardiac symptoms, without overt CAD, have similar stress and depression symptoms than post-MI patients. The study has also found that MI patients and CS patients have more stress and depression than controls, even when adjusted for age, sex, education level, family income, social support, obesity, sedentary lifestyle and family history of MI and/or sudden death.

This study raises important precedents, nevertheless prospective studies with diagnoses of depressive disorders and stress assessment and cardiovascular outcomes are still needed.

Conflicts of interest

No conflict of interest stated by the authors.

Financing

No external or institutional financing declared by the authors.

Acknowledgements

None stated by the authors.

References

1. World Health Statistics: 2012. World Health Organization. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Assessed in May 4, 2012.
2. OMS-Fact sheet No.317, September 2011. Assessed in May 15, 2012. [HTTP://WWW.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/em/](http://WWW.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/em/)
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(6):593-602. <http://doi.org/b3b2pv>.
4. Rudisch B, Nemeroff CB. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biol Psychiatry*. 2003; 1;54(3):227-40. <http://doi.org/chjbtq>.
5. Steptoe A, Strike PC, Perkins-Porras L, McEwan JR, Whitehead DL. Acute depressed mood as a trigger of acute coronary syndromes. *Biol Psychiatry*. 2006; 60(8):837-842. <http://doi.org/fghspc>.
6. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. *JAMA*. 1993; 270(15):1819-1825. <http://doi.org/dbm5gk>.
7. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression on 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*. 1995; 91(4):999-1005. <http://doi.org/djswp7>.
8. Parakh K, Thombs BD, Fauerbach JA, Bush DE, Ziegelstein RC. Effect of depression on late (8 years) mortality after myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 2008; 101(5):602-606. <http://doi.org/dwh3cs>.
9. Lippi G, Montagnana M, Favaloro E & Franchini M. Mental depression and cardiovascular disease: a multifaceted, bidirectional association. *Semin Thromb Hemost*. 2009; 35(3):325-336. <http://doi.org/fvww8k>.
10. Whooley MA. Depression and cardiovascular disease. Healing the Broken-Hearted. *JAMA*. 2006; 295(24):2874-2881. <http://doi.org/fbc5xv>.
11. Pitt B. Increased cardiovascular risk associated with non-cardiac chest pain in patients with a prior psychiatric hospitalization: an opportunity and challenge for both the psychiatrist and the cardiologist. *Eur Heart J*. 2012; 33(6):692-694. <http://doi.org/bvpfnh>.

12. Farooq RK, Isingrini E, Tanti A, Le Guisquet AM, Arlicot N, Minier F, *et al.* Is unpredictable chronic mild stress (UCMS) a reliable model to study depression-induced neuroinflammation? *Behav Brain Res.* 2012; 16;231(1):130-7. <http://doi.org/5t7>.
13. Ryan TJ, Anderson JL, Antman EM, Braniff BA, Brooks NH, Califf RM, *et al.* ACC/AHA guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Acute Myocardial Infarction). *J Am Coll Cardiol.* 1996;28:1328-1428.
14. Smith SC Jr, Feldman TE, Hirshfeld JW Jr, Jacobs AK, Kern MJ, King SB 3rd, *et al.* ACC/AHA/SCAI 2005 guideline update for percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (ACC/AHA/SCAI writing committee to update 2001 guidelines for percutaneous coronary intervention). *Circulation.* 2006; 113(7):166-286. <http://doi.org/cxcg29>.
15. Castillo AM, Ruiz M, Rucabado L. Takotsubo cardiomyopathy—a clinical review. *Med Sci Monit.* 2011; 17(6):RA135-RA147. <http://doi.org/5vk>.
16. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev.* 1988; 8(1):77-100. <http://doi.org/cw3bsj>.
17. Gorenstein C, Andrade L, Vieira Filho AHG, Tung TC, Artes R. Psychometric properties of the portuguese version of the beck depression inventory on brazilian college students. *J Clin Psychol.* 1999; 55(5):553-562. <http://doi.org/c4fh2c>.
18. Lipp M, Guevara A. Empirical validation of the inventory of stress symptoms. *Estudios de Psicología.* 1994; 11(3):43-49.
19. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res.* 1967; 11(2): 213-218. <http://doi.org/cw7wzk>.
20. Rona RJ, Jones M, Sundin J, Goodwin L, Hull L, Wessely S, *et al.* Predicting persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) in UK military personnel who served in Iraq: a longitudinal study. *J Psychiatr Res.* 2012; 46(9):1191-1198. <http://doi.org/f2g46z>.
21. Marcellini F, Giuli C, Papa R, Gagliardi C, Malavolta M, Mocchegiani E. BMI, life-style and psychological conditions in a sample of elderly Italian men and women. *J Nutr Health Aging.* 2010; 14(7):515-522. <http://doi.org/fqbws4>.
22. Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease. A review and metanalysis. *Am J Prev Med.* 2002; 23:51-61. <http://doi.org/bvt75d>.
23. Rosengreen A, Hawken S, Ôunpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed, *et al.* Association of psychological risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004; 364(9438):953-962. <http://doi.org/dmx3q2>.
24. Möller J, Theorell T, de Faire U, Ahlbom A, Hallqvist J. Work related stressful life events and the risk of myocardial infarction. Case-control and case-crossover analyses within the Stockholm heart epidemiology programme (SHEEP). *J Epidemiol Community Health.* 2005; 59(1):23–30. <http://doi.org/bgdfv9>.
25. Von Känel R. Psychological stress and cardiovascular risk—current opinion. *Swiss Med Wkly.* 2012 20;142. <http://doi.org/fzmq94>.
26. Twisk JW, Snel J, de Vente W, Kemper HC, Mechelen W. Positive and negative life events: the relationship with coronary heart disease risk factors in young adults. *J Psychosom Res.* 2000; 49(1):35-42. <http://doi.org/b42pxc>.
27. Kornerup H, Osler M, Boysen G, Barefoot J, Schnohr P, Prescott E. Major life events increase the risk of stroke but not of myocardial infarction: results from the Copenhagen city heart study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2010; 17(1):113-118. <http://doi.org/bcmdw6>.
28. Rafanelli C, Roncuzzi R, Milaneschi Y, Tomba E, Colistro MC, Pancaldi LG, *et al.* Stressful life events, depression and demoralization as risk factors for acute coronary heart disease. *Psychother Psychosom.* 2005; 74(3):179-184. <http://doi.org/cbzjw7>.
29. Tennant C, Bebbington P, Hurry J. The role of life events in depressive illness: is there a substantial causal relation? *Psychol Med.* 1981; 11(2):379-389. <http://doi.org/ds652w>.
30. Pignatelli C, Patti G, Chimenti C, Pasceri V, Maseri A. Role of Different Determinants of Psychological Distress in Acute Coronary Syndromes. *J Am Coll Cardiol.* 1998; 32(3):613-619. <http://doi.org/dbb82k>.
31. Pencina MJ, D'Agostino RB Sr, Larson MG, Massaro JM, Vasan RS. Predicting the 30-year risk of cardiovascular disease: the framingham heart study. *Circulation.* 2009; 119(24):3078-3084. <http://doi.org/d3fkf>.
32. Rosengren A, Subramanian SV, Islam S, Chow CK, Avezum A, Kazmi K, *et al.* Education and risk for acute myocardial infarction in 52 high, middle and low-income countries: INTERHEART case-control study. *Heart.* 2009; 95(24):2014-2022. <http://doi.org/b2pqkz>.
33. Chow CK, Islam S, Bautista L, Rumboldt Z, Yusufali A, Xie C, *et al.* Parental history and myocardial infarction risk across the world: the INTERHEART Study. *J Am Coll Cardiol.* 2011; 57(5):619–27. <http://doi.org/fh3r9j>.
34. Manfro WC, Peukert C, Berti CB, Noer C, Gutierrez Dde A, Silva FT. Acute myocardial infarction: the first manifestation of ischemic heart disease and relation to risk factors. *Arq Bras Cardiol.* 2002; 78(4):392-395. <http://doi.org/csw9hp>.
35. Lipp MN. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP(ISSL). 2ª ed. revisada. São Paulo: Casa do Psicólogo Ed; 2002.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49629>

Análisis del concepto ‘justicia’ en terapia ocupacional

*Analysis of justice concept in occupational therapy*Eliana Isabel Parra-Esquivel¹

Recibido: 13/03/2015 Aceptado: 11/05/2015

¹ Departamento de la Ocupación Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.

Correspondencia: Eliana Isabel Parra-Esquivel. Departamento de la Ocupación Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Carrera 30 No. 45-03. Tel: +57 3165000, ext: 15092. Bogotá, D.C., Colombia. Correo electrónico: eiparrae@unal.edu.co.

| Resumen |

Antecedentes. El campo de estudio de la terapia ocupacional ha venido ampliándose debido a la necesidad de dar respuesta a las demandas sociales, específicamente las necesidades ocupacionales de las personas, comunidades y sociedades, teniendo en cuenta sus fortalezas y especialmente los aspectos que desean mejorar. En este sentido, es preciso profundizar sobre el tema de justicia en la profesión.

Objetivo. Analizar el concepto “justicia” en Terapia Ocupacional en el periodo comprendido entre los años 2000 y 2014 a través de los distintos textos encontrados.

Materiales y métodos. El estudio es una investigación documental en la cual se realizó una revisión de literatura y análisis de la misma, teniendo en cuenta los conceptos encontrados en los textos y su aporte teórico y práctico para la terapia ocupacional.

Resultados. El concepto de justicia se ha incorporado al campo de estudio de la terapia ocupacional, encontrando las categorías justicia social y justicia ocupacional.

Conclusión. Se recomienda continuar construyendo conceptualmente la justicia ocupacional a partir de la reflexión en la profesión y la experiencia dada por la aplicación de estos conceptos en terapia ocupacional.

Palabras clave: Formación de concepto; Justicia social; Terapia ocupacional (DeCS).

Parra-Esquivel EI. Análisis del concepto ‘justicia’ en terapia ocupacional. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):449-56. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49629>

Summary

Background. Occupational Therapy field of study has been expanding over the years due to the need to respond to social demands, specifically the occupational needs of individuals, communities and societies considering their strengths and especially the aspects they want to improve. In this regard, it is necessary to work in a deeper way on the issue of justice in the profession.

Objective. To analyze the concept “justice” in Occupational Therapy between 2000 and 2014 through different papers and written works that were found in this research.

Materials and methods. This study is a documentary research in which a literature review and analysis were made taking into account the concepts found in different papers and their theoretical and practical contribution to the Occupational Therapy field.

Results. The concept of justice has joined the field of study of Occupational Therapy, which has made possible to find the categories social justice and occupational justice.

Conclusion. It is recommended to continue conceptually building occupational justice by reflecting on the profession and experience provided by the application of these concepts in Occupational Therapy.

Keywords: Concept Creation; Social Justice; Occupational Therapy (MeSH).

Parra-Esquivel EI. [Analysis of justice concept in occupational therapy]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):449-56. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49629>

Introducción

Los temas de justicia son de amplio interés para la sociedad, por tanto, también para las distintas profesiones que tienen que ver con la atención a personas y comunidades, este es el caso de la terapia ocupacional (TO), la cual tuvo sus inicios en un modelo médico y que gradualmente ha incorporado otros saberes, dentro de los que se encuentran las ciencias sociales y las ciencias humanas (1). Esto ha permitido generar cambios en la terapia ocupacional que demandan la comprensión de otros conceptos para nutrir su propio objeto de estudio. Sin embargo, es necesario retomar la definición dada por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (FMTO) para evocar su propósito; por tanto, es válido indicar que la terapia ocupacional “es una profesión de la salud centrada en el cliente, se interesa por promover la salud y el bienestar a través de la ocupación. El objetivo principal de la TO es permitir a la gente participar en las actividades de la vida cotidiana. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado mediante el trabajo con las personas y las comunidades para mejorar su capacidad de participar en las ocupaciones que quieren, necesitan o se espera que hagan, o mediante la modificación de la ocupación o el medio ambiente para apoyar su compromiso ocupacional” (2). Cabe decir que, en este estudio, la connotación de cliente será tenida en cuenta también como usuario/ciudadano/participante o representante.

Entendiendo el propósito de la profesión se amplían las acciones y caminos que ha tomado la misma en su constante evolución, pues aunque tuvo sus orígenes en un modelo médico también se ha interesado en un modelo social en donde la ocupación y participación humana son fundamentales para mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades e identificar sus necesidades y fortalezas ocupacionales a las cuales deben tener acceso todas las personas, esta premisa requiere compromiso y comprensión de los fenómenos que la misma está abordando. Dentro de los temas que deben continuar en permanente estudio y se vinculan con los derechos humanos se encuentra la justicia, tema que ha generado una declaración por parte de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (FMTO) que evidencia el vínculo entre la ocupación y la participación humana con los derechos humanos (3); por tanto, este artículo pretende identificar el abordaje de este concepto en la literatura de terapia ocupacional para lo cual es necesario revisar algunos antecedentes sobre el mismo.

La justicia es una construcción humana, por tanto, es probable que existan distintas formas de aproximarse a ella

(4). En los principios de justicia se encuentra la asignación de derechos y deberes en las instituciones básicas de la sociedad y en la definición de la distribución adecuada de beneficios y cargas de la cooperación social (5). Además, vale decir que existen varias concepciones de justicia, una de ellas la relaciona con la equidad pero otras tienen que ver con el utilitarismo, la libertad o las nociones que combinan estos aspectos.

Sen y Rawls han realizado importantes contribuciones a la Teoría de la Justicia. Sen menciona el tema de la libertad desde dos razones, la primera relacionada con la oportunidad de perseguir los objetivos, específicamente las cosas que se valoran, y la segunda razón tiene que ver con la elección, vinculada a un proceso (6). En un momento posterior menciona el enfoque de capacidades, indicando que la capacidad se vincula con el aspecto de oportunidad de la libertad. Este enfoque es informativo para juzgar y comparar las ventajas del individuo y da pistas sobre las prelación desde la oportunidad. La perspectiva de la capacidad se interesa por la desigualdad de capacidades en las disparidades sociales y en la variedad de aspectos en nuestras vidas y preocupaciones. El enfoque de la capacidad tiene tres características: la persona es capaz de hacer, teniendo en cuenta o no la oportunidad; las capacidades son plurales y los individuos y las comunidades se interrelacionan en las capacidades.

La teoría de Rawls plantea que los principios de justicia se producen por un acuerdo entre personas racionales, libres e iguales en una situación contractual justa; esta condición puede tener una validez universal e incondicional. En su teoría se destaca la imparcialidad, indicando que solamente cuando se dan condiciones imparciales se obtienen resultados con esta misma característica (7).

Una vez expuestos los autores, es importante mencionar un estudio realizado por Hoyos (2008) en el cual establece una comparación entre John Rawls y Amartya Sen sobre elementos para una teoría de la justicia (4). El primer autor es un referente fundamental al hablar de las teorías de la justicia cuestionando la teoría utilitarista; de la misma manera, Sen es un autor imprescindible porque pone en tensión las teorías de la justicia mencionando el tema de las libertades de los individuos para tomar decisiones sobre la vida que valoran y quieren realizar.

El identificar la concepción de justicia y los autores que han establecido desarrollos sobre el mismo permite ahondar con mayor claridad en su uso teórico y práctico para la terapia ocupacional, debido a que es un concepto que actualmente se está incorporando en el actuar del terapeuta y en el que se debe identificar la importancia de la ocupación y la participación

humana para que el mismo se visualice y desarrolle respondiendo a las necesidades y fortalezas de las personas y comunidades. A lo que se agrega que la identificación del concepto permitirá comprender cómo se han trabajado la justicia social y la justicia ocupacional en este campo del saber. El encuentro con estas categorías se identificará a través de la metodología planteada.

Materiales y Métodos

Este estudio es una investigación documental debido a que se obtiene información de la realidad que se estudia, a través de documentos, con el propósito de realizar interpretaciones con características de historicidad (8). Por tanto, se realizó en varias etapas, inicialmente se llevó a cabo una revisión documental sobre textos accesibles (artículos de investigación y documentos) que se interesan por la justicia desde la terapia ocupacional. La revisión cumplió con los siguientes criterios: autores que sean terapeutas ocupacionales y que trabajen sobre el concepto de justicia social o justicia ocupacional de manera que evidencien un aporte conceptual o práctico al campo del saber, y que su publicación haya sido divulgada en el periodo comprendido entre los años 2000 y 2014, teniendo en cuenta que estos documentos son representativos del siglo XXI. En una segunda etapa, se procedió a organizar los resultados en los criterios establecidos anteriormente y, finalmente, se proponen dos fases de desarrollo del concepto justicia teniendo en cuenta su historicidad, es decir, la trascendencia que tiene para la profesión a través de su cronología.

La revisión documental se realizó a través de consulta en bases de datos y búsqueda de documentos. La primera actividad se efectuó en las siguientes bases de datos: Academic Search Complete; Art Full Text; eBook Collection; Library, information Science and Technology Abstracts; Medline with Full Text, OmniFile Full Text Mega y PsyARTICLES y Directory of Open Access Journals. Las palabras de búsqueda fueron: terapia ocupacional, justicia social y justicia ocupacional. La segunda actividad, incluyó la búsqueda de documentos en textos y en organizaciones gremiales de TO que permitieran conocer antecedentes y proyecciones del tema.

Resultados

Los resultados de esta investigación dan cuenta de los estudios desarrollados por terapeutas ocupacionales que trabajan las categorías justicia social y justicia ocupacional, lo que permite evidenciar el aporte teórico o práctico de las mismas en la profesión. A continuación, se presentan los hallazgos encontrados, en orden cronológico, en cada una

de las categorías mencionadas. Vale decir que a nivel de Latinoamérica no se encontraron estudios reportados en las bases de datos en el momento de la consulta (Tabla 1).

Una vez presentados los resultados en orden cronológico se va a dar cuenta de las categorías justicia social y justicia ocupacional a través de los estudios relacionados en torno a las mismas.

Justicia social

Alrededor de este tema se encuentran dos investigaciones, la primera realizada por Thibeault (2006) donde propone relaciones entre salud y justicia social (9), y la segunda, efectuada por Simó y colaboradores (2008), en la cual se mencionan las dimensiones de la justicia social en la profesión de terapia ocupacional (10). Estos estudios permiten reflexionar sobre la pertinencia de este concepto en la formación y acción de los profesionales.

En el documento escrito por Thibeault (2006) se encuentra un proyecto realizado con un enfoque basado en comunidad (9). En esta experiencia se tienen en cuenta elementos de inclusión social, participación en la comunidad y sostenibilidad. Este desarrollo se da como respuesta a las necesidades de las personas que sobrevivieron a las guerras del Líbano y a las consecuencias de las mismas, en el sentido que se dejaron minas antipersona en lugares desconocidos que generan daños posteriores.

En conclusión, se encontró que los terapeutas ocupacionales pueden favorecer el cambio social, realizando acciones con las personas que lo necesitan y poniendo al servicio de los más vulnerables el conocimiento, lo cual trasciende la asistencia sanitaria tradicional. Se puede agregar que esta situación demanda mayor comprensión del tema de justicia y relación de impacto, de manera que se advierta la visión de la profesión en la sociedad.

Un segundo hallazgo, se encuentra en las conclusiones de una entrevista realizada a Powell en 2008 (10), quien indica que es importante que los terapeutas ocupacionales identifiquen la justicia social como compuesta por dos dimensiones, una cultural y otra económica. La primera, propone que la terapia ocupacional debe ser un servicio universal que beneficie a todo el mundo, para lo cual es necesario contar con sistemas epistemológicos, teorías y métodos para la práctica que tengan una mayor relevancia cultural; en esta medida, se debe desarrollar una filosofía de la TO transcultural que introduzca las intervenciones con ocupaciones culturalmente significativas.

Tabla 1. Resultados de la investigación.

| Autor(es) y año | Concepto: justicia social/ justicia ocupacional | Aporte teórico | Aporte práctico |
|--|---|---|--|
| Wilcock y Townsend, 2000 | Justicia social y justicia ocupacional | Definiciones y relaciones entre justicia social y justicia ocupacional e importancia de la ocupación en términos de justicia | No Aplica |
| Townsend y Wilcock, 2004 | Ocupación, justicia y práctica centrada en el cliente | Designan los casos de injusticia ocupacional y de derechos ocupacionales | Se propone la propia voz de los terapeutas ocupacionales en torno al aporte teórico brindado por el artículo |
| Jakobsen, 2004 | Justicia ocupacional | Importancia del entorno de trabajo como soporte para las personas con discapacidad y la correspondencia entre desempleo y alienación ocupacional | No aplica |
| Wilcock, 2006 | Justicia social y justicia ocupacional | Vínculo entre justicia social y justicia ocupacional. Desarrollo del enfoque de justicia ocupacional para la salud | Se reportan algunas experiencias que se han realizado en países devastados por la guerra, en poblaciones y comunidades necesitadas, con personas con discapacidad incluidas en sistemas de salud, y con poblaciones en las cuales no se les ha permitido desarrollar otros roles |
| Thibeault, 2006 | Salud y justicia social | Relación salud y justicia social | Pautas para el funcionamiento de un programa con enfoque basado en la comunidad |
| Towsend y Whiteford, 2007 | Justicia ocupacional | Pilares: participación en las ocupaciones, capacitación de enfoques centrados en el cliente y justicia ocupacional | Se dan a conocer seis procesos de justicia ocupacional para que se investigue sobre ellos |
| Fujimoto e Iwama, 2007 | Justicia/injusticia ocupacional | Aproximación a los conceptos | Uso del relato para la comprensión de conceptos |
| Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, 2008 | Justicia/injusticia ocupacional | Tienen en cuenta estos conceptos para las estrategias y retos que afrontan los terapeutas ocupacionales | No Aplica |
| Simó, Powell y Kapanadze, 2008 | Justicia como valor central | Igualdad y justicia social | No aplica |
| Smith y Hilton, 2008 | Justicia Ocupacional | Aumentar el conocimiento de la violencia doméstica al analizar el desequilibrio ocupacional, la marginalización, privación y alienación que las mujeres con discapacidad experimentan | Se propone el empoderamiento como una estrategia de intervención para la población estudiada |
| Nilsson y Townsend, 2010 | Injusticia ocupacional, derechos ocupacionales y justicia de la diferencia | Construcción de relaciones entre la teoría y la práctica, teniendo en cuenta el concepto de justicia | Invita a los profesionales de la salud a comprometerse en un diálogo crítico con la justicia ocupacional |
| Stadnyk, Townsend y Wilcock, 2010 | Justicia ocupacional, justicia social e igualdad de oportunidades | Presentan un marco para la justicia ocupacional evidenciando factores estructurales y contextuales, y los resultados ocupacionales | A través de historias de vida reflexionan sobre la justicia ocupacional y social |
| Galvin, Wilding y Whiteford, 2011 | Justicia ocupacional | Revisión de literatura relacionada con el concepto | Incrementar la conciencia de cambios en los derechos humanos y aumentar las acciones de los terapeutas ocupacionales para habilitar la justicia ocupacional en su práctica |
| Durocher, Gibson y Rappolt, 2014 | Justicia ocupacional, privación, marginalización, alienación, desequilibrio o apartheid | Aclaración conceptual | No Aplica |
| Durocher, Rappolt y Gibson, 2014 | Perspectivas de la justicia ocupacional | Aporte conceptual | No aplica |

La segunda dimensión es de tipo social y económica, la cual es propuesta por Townsend (1993) y Wilcock (1998) (11,12), en esta se menciona la justicia ocupacional, la cual

se desarrolla en el siguiente apartado en el que la TO se apropia del concepto justicia evidenciado a través de los textos encontrados.

Justicia ocupacional

La justicia ocupacional se comprende como “la promoción de un cambio social y económico para incrementar la conciencia individual, comunitaria y política, los recursos y la igualdad de oportunidades para el desarrollo de ocupaciones que permitan a las personas alcanzar su potencial y experimentar bienestar” (10).

En el 2000, Townsend y Wilcock (13) presentan un artículo en el cual se desarrolla el concepto de justicia ocupacional; en el documento indican que este término fue desarrollado inicialmente por Wilcock en 1998 (12). Definen la justicia ocupacional como “el reconocimiento y la atención a las necesidades ocupacionales de los individuos y las comunidades como parte de una sociedad justa y empoderada” (13). Además, establecen relaciones entre la justicia social y la justicia ocupacional, y la importancia de la ocupación en los términos de la justicia. A partir de estas definiciones se encuentra que se comienzan a desarrollar estudios de tipo práctico empleando estos conceptos y llegando a la generación de otros elementos que se van nominando y generan evolución en el tema. Por ejemplo se menciona: “la ocupación significativa, el reconocimiento que los humanos son seres ocupacionales que se desarrollan a través del compromiso activo en ocupaciones no remuneradas y remuneradas, el alimento del espíritu humano y la espiritualidad en los individuos y las comunidades...” (13). Elementos que dan cuenta de vínculos con la justicia y el desarrollo de la misma en el campo de la TO.

En 2004, Townsend y Wilcock (14) realizaron un nuevo estudio donde establecen un diálogo de las relaciones entre ocupación, justicia y práctica centrada en el cliente. El método consistió en la reflexión crítica de los autores, diálogo con participantes a talleres y revisión de literatura. Los resultados mostraron cuatro casos de injusticia ocupacional: alienación ocupacional, privación ocupacional, marginalización ocupacional y desequilibrio ocupacional; y a la vez, la presentación de cuatro derechos ocupacionales: experimentar significado y enriquecimiento en las ocupaciones, participar en un rango de ocupaciones para la salud y la inclusión social, tomar elecciones y compartir la toma de decisiones en la vida diaria, y recibir igualdad en los privilegios para participar en diversas ocupaciones.

Por su parte, Jakobsen efectuó una investigación en Noruega en el año 2004 (15) en la cual dirigió el concepto justicia ocupacional hacia las personas con discapacidad. Para el desarrollo de la investigación entrevistó a tres mujeres noruegas con discapacidad que habían adelantado estudios, con el propósito de conocer factores que ellas consideraban como facilitadores o que impedían el empleo; de la misma manera, se exploraron los

efectos negativos del desempleo sobre la participación social. El uso de los métodos cualitativos reveló cuatro temas: barreras para acceder al empleo, alienación ocupacional derivada del desempleo, marginalización ocupacional y desequilibrio ocupacional que lleva a la privación ocupacional. Los resultados muestran la importancia del entorno de trabajo como soporte para las personas con discapacidad, y la correspondencia entre desempleo y alienación ocupacional.

Wilcock, en el 2006, desarrolla el concepto de justicia ocupacional identificándolo desde Rawls y Smith (16-18); también, establece relaciones entre la justicia social y la justicia ocupacional, a la vez que plantea el enfoque de justicia ocupacional para la salud e indica su necesidad debido a las inequidades que existen en torno a la salud y el traslado de este servicio a terceros, delegando la función del Estado. Por tanto, la autora propone realizar un enfoque de investigación-acción para la justicia ocupacional en donde se tengan en cuenta: la exploración, la conciencia, la educación, la acción participativa de la comunidad y el cambio negociado.

El primer hallazgo sobre la justicia ocupacional se encuentra en 2007 con el trabajo de Townsend y Whiteford en relación con la presentación de una estructura de participación (19). Se propone la utilización de este marco para las personas que tienen limitaciones en la participación en su vida cotidiana presentando tres pilares: la participación en las ocupaciones, la capacitación de enfoques centrados en el cliente y la justicia ocupacional. Los procesos de justicia ocupacional son los siguientes: analizar las injusticias ocupacionales; evaluar las fuerzas, recursos y retos; implementar y evaluar los servicios; negociar diseños, resultados y evaluaciones de programas; negociar un marco de justicia; y analizar y coordinar los recursos. Como conclusiones, se puede indicar, en primer lugar, que Townsend y Whiteford proponen seis procesos de justicia ocupacional no lineales, interrelacionados y participativos para su experimentación; en segunda medida se destaca la importancia de la participación que tiene en cuenta a los representantes o los clientes y finalmente, el valor de la inclusión social y la ciudadanía como fundamentales en la terapia ocupacional.

En 2007, Fujimoto e Iwama describen el contexto social japonés en donde se evidencia la marginación y la injusticia ocupacional a través de los relatos de familias con niños con necesidades especiales (20). Se encontró la importancia de tener libertades y ocupaciones significativas para los niños con discapacidad y se invita a los terapeutas ocupacionales a ser defensores de la justicia ocupacional y a ampliar el contenido y el significado de la práctica y la filosofía de la profesión.

En este punto, es necesario revisar la declaración que realiza la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (FMTO)

en torno a los derechos humanos y específicamente en relación a la ocupación y la participación humana; en este sentido, la FMTO también propone: principios, estrategias y retos. En las estrategias, la Federación proyecta “identificar y plantear el tema de barreras e injusticias ocupacionales” (3) con el fin de aumentar la participación en la ocupación de todas las personas logrando una sociedad con justicia ocupacional; y en los retos, indica “Aceptar la responsabilidad profesional de identificar y plantear injusticias ocupacionales y de limitar el impacto de tales injusticias...” (3).

En 2008 en Estados Unidos, Smith y Hilton (21) realizaron un estudio para explorar la violencia doméstica contra las mujeres con discapacidad desde una perspectiva de la justicia ocupacional. Para el desarrollo del estudio se realizó una revisión de modelos explicativos sobre la violencia doméstica, luego se establecieron relaciones entre la justicia ocupacional y las mujeres con discapacidad y se ampliaron los tipos de injusticias ocupacionales: desequilibrio ocupacional, marginalización ocupacional, privación ocupacional y alienación ocupacional. Además, se establecieron vínculos entre la salud y el bienestar, y el empoderamiento. Se concluyó que la violencia contra las mujeres con discapacidad es un ejemplo de la injusticia ocupacional, lo cual limita la participación en ocupaciones con significado y propósito.

En 2010 se realiza una investigación por parte de Nilsson y Townsend con el fin de inspirar y empoderar a los profesionales de la salud en la construcción de una relación entre la teoría y la práctica desde la justicia ocupacional. Este último concepto se define desde latitudes nórdicas, específicamente Canadá y Suecia, como la justicia de la diferencia, es decir, una justicia que “reconoce los derechos ocupacionales relacionados con la edad, habilidad, género, clase social y otras diferencias” (22).

En este estudio se muestra que la injusticia ocupacional es “el resultado de las políticas sociales y otras formas de gobernar que se estructuran como poder y que se ejercen para restringir la participación en las ocupaciones diarias de las poblaciones e individuos” (22). Se da cuenta también del concepto *derechos ocupacionales*, el cual se relaciona con la idea de que los seres humanos son seres ocupacionales que necesitan y desean comprometerse con hacer, ser, llegar a ser y pertenecer; esto desde la mirada en la cual los humanos requieren comprometerse en ocupaciones para la supervivencia, relacionarse con otros y construir comunidades.

Stadnyk *et al.* en el 2010 (23), desarrollan un texto en el cual definen la justicia ocupacional indicando que la misma se fundamenta en la creencia que indica que los humanos son seres ocupacionales; además, retoman algunas ideas de escritores importantes en el tema de la justicia como: Rawls

et al. Dan cuenta de que la justicia ocupacional es una teoría en evolución, de los factores estructurales y contextuales y de los resultados ocupacionales. Diferencian además la justicia ocupacional de la justicia social y finalmente, a través de historias de vida, reflexionan sobre estos conceptos.

En 2011, Galvin *et al.* efectuaron un estudio en Australia con el propósito de investigar la comprensión de los terapeutas ocupacionales sobre la teoría de los derechos humanos y la filosofía de la justicia ocupacional en la práctica cotidiana (24). El método consistió en la discusión dirigida de grupos, realizada mensualmente a nueve terapeutas que ejercían en el área de salud física y mental de un hospital metropolitano. Los datos narrativos fueron recolectados por medio de grabaciones, luego se realizó la transcripción de estas y posteriormente el análisis cualitativo codificando línea por línea y generando la construcción de temas. Los temas de discusión fueron la invisibilidad de aspectos relacionados con los derechos humanos en un ambiente de terapia ocupacional australiano y la disonancia entre el ideal y la realidad de la práctica de los derechos humanos en TO. Se concluyó que las discusiones con el apoyo de comunidades de soporte, que se interesen por explorar los derechos humanos y aspectos de la justicia ocupacional, pueden incrementar la conciencia de cambios en los derechos humanos y los terapeutas podrían aumentar sus acciones para habilitar la justicia ocupacional en su práctica.

Por su parte, Durocher *et al.* (2014) efectuaron una investigación en Canadá con el propósito de examinar las potencialidades y barreras para el desarrollo y aplicación del concepto justicia ocupacional teniendo en cuenta otros conceptos como: privación ocupacional, marginalización, alienación, desequilibrio o apartheid (25). El método empleado fue la revisión de literatura para examinar el concepto y los resultados mostraron que las perspectivas sobre la justicia ocupacional tienen un énfasis en individualidades de las necesidades ocupacionales y capacidades en ambientes particulares. La justicia ocupacional se sustenta en la creencia que se tiene sobre el derecho a participar en ocupaciones diversas y significativas para satisfacer las necesidades individuales de las personas y desarrollar su potencial. Una barrera para permitir la justicia ocupacional en la práctica es la pérdida de claridad conceptual sobre la misma y sus términos relacionados.

Continuando con el tema anterior, Durocher *et al.* en otra investigación, realizaron una crítica y evidenciaron cuatro perspectivas que se relacionan con el concepto de justicia ocupacional (26). La primera tiene que ver con las relaciones entre ocupación y salud; la segunda, desde un punto de vista práctico, es en donde se vincula el concepto con la terapia ocupacional; la tercera se relaciona con el cuidado de la salud comunitaria; y la cuarta trata la bioética como contribución

a la justicia ocupacional. Se concluye que el concepto tiene aplicaciones para informar, reorientar y mejorar los servicios de salud y las iniciativas de promoción de la salud.

Discusión

Estos hallazgos permiten dar cuenta de dos fases de desarrollo del concepto justicia en el periodo comprendido entre los años 2000 a 2014. Una primera fase donde se define, clasifica y se inician las primeras propuestas para su desarrollo. Y una fase actual donde la FMTO se apropia del concepto y propone lineamientos que validan este conocimiento. A partir de esta última fase se establecen relaciones entre la teoría y la práctica con mayor claridad y se evidencia cómo los terapeutas se apropian del concepto.

Fase inicial

De acuerdo con la revisión encontrada se puede decir que inicialmente es fundamental definir la justicia social como un concepto base para la justicia ocupacional por lo que es esencial retomar a Thibeault y a Simó y colaboradores (9,10) como autores esenciales para esta distinción de acuerdo a la evidencia encontrada; sin olvidar que anterior a los documentos elaborados por ellos, pueden existir otros escritos importantes. El aporte práctico se encuentra en el texto de Thibeault, donde brinda elementos para el desarrollo de un programa (9).

De la misma manera, Wilcock y Townsend definen la justicia ocupacional dando la base para el desarrollo de este concepto y la aparición de nuevas clasificaciones; luego, estos avances permiten su inicial aplicación en diferentes poblaciones, como por ejemplo personas con discapacidad (13). Evidencias de ello se pueden encontrar en Wilcock *et al.* (14,15), los autores iniciales proponen que el modo de continuar con el desarrollo de estos conceptos es a través de la reflexión de los terapeutas ocupacionales.

En este proceso inicial, Wilcock (16) retoma autores indispensables como Rawls y Smith, desarrolla la justicia ocupacional para la salud y propone un modelo de investigación-acción, lo cual da cuenta de un horizonte más claro del concepto para los profesionales y estudiosos de la terapia ocupacional. Y finalmente, en esta primera fase, Townsend y Whiteford (19) presentan una estructura para la participación de los usuarios/ciudadanos de los programas, de manera que se brinda una forma útil para el desarrollo de los mismos. Por último, Fujimoto e Iwama aportan una exploración a través del relato de los conceptos de justicia e injusticia ocupacional (20).

Fase actual

En este punto se puede ubicar la declaración que realiza la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (FMTO) en torno a los derechos humanos (3) como un documento esencial para orientar a los profesionales en relación al tema, que aunque no es específico de los conceptos si aborda los mismos de manera totalizadora. También se encuentran autores como Smith y Hilton (21), quienes analizan una población en correspondencia con la justicia ocupacional, ampliando las injusticias ocupacionales y valorando el empoderamiento como estrategia de intervención, logrando articular el concepto con un aporte práctico. A su vez, Nilsson y Townsend (22) trabajan la relación teoría-práctica desde la justicia ocupacional para los profesionales de la salud llegando a un aporte teórico en esta relación.

En esta misma línea, Stadnyk *et al.* (23) efectúan varios aportes conceptuales para la permanente formación del concepto, volviendo a autores imprescindibles en relación con el tema de justicia y además logran un aporte en el modo de hacer las cosas a través de reflexiones sobre historias de vida relacionadas con la justicia ocupacional y social. Luego, Galvin *et al.* (24) revisan la comprensión de los terapeutas ocupacionales sobre los derechos humanos y la justicia ocupacional, efectuando aportes teóricos a la revisión del tema y prácticos en relación a cómo los terapeutas pueden aumentar sus acciones para lograr justicia ocupacional.

Finalmente, Durocher *et al.* (25,26) realizan dos estudios en los que efectúan aportes teóricos sobre el concepto de justicia ocupacional, lo que seguramente incidirá en nuevos estudios descriptivos y correlacionales sobre el tema en cuestión, abriendo opciones para la investigación y desarrollo en el campo de la terapia ocupacional.

En conclusión, la justicia ocupacional es un concepto diseñado, desarrollado y aplicado por algunos terapeutas ocupacionales a través de los años; va de la mano con la suscripción a los Derechos Humanos, pero en la misma se aporta desde la concepción de ocupación. Su valor lo constituye el aporte a la profesión en la construcción permanente de su propio objeto de estudio y en la importancia para el desarrollo de estrategias y retos de la disciplina. Este concepto se ha ido fortaleciendo a través de bases conceptuales, propuestas de procesos, relaciones con los clientes/representantes o participantes y vínculos con temas como la inclusión social y la ciudadanía.

Se espera que este texto sirva como una contribución a los retos de la profesión en nuestro contexto particular de manera que sea un aporte a las posibles investigaciones a desarrollar sobre el tema, por lo cual se propone: profundizar y establecer

relaciones sobre los conceptos de justicia y ocupación teniendo en cuenta los propósitos de la terapia ocupacional, identificar y diferenciar la justicia social y la justicia ocupacional dentro de la realidad colombiana, establecer un análisis crítico con las teorías implícitas que vienen desde otras latitudes y promover el desarrollo de concepciones propias a través de la práctica de los terapeutas ocupacionales que laboran en el plano nacional y latinoamericano, favorecer metodologías de investigación en las que se dé prioridad y participación al cliente/usuario o participante/ciudadano que se vincula a los procesos terapéuticos, y promover reflexiones de los terapeutas ocupacionales para construir los conceptos de justicia social y justicia ocupacional vinculados a nuestra particularidad local, de manera que desde nuestra perspectiva se realice un aporte global.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por el autor.

Financiación

Ninguna declarada por el autor.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional de Colombia por la oportunidad de continuar con mis estudios doctorales y aportar de esta manera al desarrollo de la Terapia Ocupacional.

Referencias

1. **Moruno P.** Perspectiva histórica de la terapia ocupacional. In: Romero D, Moruno P, editores. *Terapia Ocupacional: teoría y técnicas*. Barcelona: Masson, S.A.; 2003. p. 5-28.
2. World Federation of Occupational Therapists. Definition of Occupational Therapy. Australia: WFOT, 2015 [cited 2015 Jun 25]. Available from: <http://goo.gl/2Sv3oG>.
3. Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. Declaración de posición sobre los Derechos Humanos. La Federación; 2008. p. 1-2.
4. **Hoyos D.** Elementos para una teoría de la justicia: una comparación entre John Rawls y Amartya Sen. *Desafíos*. 2008; (18):156-181.
5. **Rawls J.** Teoría de la justicia. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2003.
6. **Sen AK, Valencia Villa H.** La idea de la justicia. Bogotá: Taurus. Pensamiento; 2010.
7. **Caballero J.** La Teoría de la Justicia de John Rawls. *Voces y Contexto*. 2006; 2(1):1-22.
8. **Yuni JA, Urbano CA.** La investigación documental. In: Yuni JA, Urbano CA, editores. *Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos Vol. 2*. Buenos Aires: Editorial Brujas; 2014. p. 99-109.
9. **Thibeault R.** Conexión entre salud y justicia social: experiencia en el Líbano. In: Kronenberg F, Simó S, Pollard N, editores. *Terapia Ocupacional sin Fronteras*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2006. p. 232-245.
10. **Simó S, Powell F, Kapanadze M.** Quijotes en la conquista de la justicia social. *Rev Ter Ocup Galicia*. 2008;5(1):1-18.
11. **Townsend E.** Occupational therapy's social vision. *Can J Occup Ther*. 1993; 60(4):174-184. <http://doi.org/5qp>.
12. **Wilcock A.** An occupational perspective of health. New Jersey: Slack Incorpor; 1998.
13. **Wilcock A, Townsend E.** Occupational terminology interactive dialogue. *J Occup Sci*. 2000; 7(2):84-86. <http://doi.org/bmrcrd>.
14. **Townsend E, Wilcock AA.** Occupational justice and client-centred practice: a dialogue in progress. *Can J Occup Ther*. 2004; 71(2):75-87. <http://doi.org/5qq>.
15. **Jakobsen K.** If Work Doesn't Work: How to Enable Occupational Justice. *J Occup Sci*. 2004; 11(3):125-34. <http://doi.org/fm39k8>.
16. **Wilcock A.** Occupational Justice Approach. In: Wilcock AA, editora. *An Occupational Perspective of Health*. Thorofare, New Jersey: Slack Incorpor; 2006. p. 244-270.
17. **Rawls J.** Teoría de la justicia. Segunda ed. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1995.
18. **Smith T.** Justice as a Personal Virtue. *Soc Theory Pract*. 1999; 25(3):361-384. <http://doi.org/fz73kn>.
19. **Townsend E, Whiteford G.** Una estructura de participación en el marco de la justicia ocupacional. Procesos prácticos basados en la comunidad. In: Kronenberg F, Simó S, Pollard N, editores. *Terapia Ocupacional sin Fronteras Aprendiendo del espíritu de los sobrevivientes*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2007. p. 110-126.
20. **Fujimoto H, Iwama M.** Gritos silenciosos e injusticias ocupacionales en la sociedad japonesa. In: Kronenberg F, Simó S, Pollard N, editores. *Terapia sin Fronteras aprendiendo del espíritu de los sobrevivientes*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2007. p. 354-363.
21. **Smith DL, Hilton CL.** An occupational justice perspective of domestic violence against women with disabilities. *J Occup Sci*. 2008; 15(3):166-72. <http://doi.org/fpmqwm>.
22. **Nilsson I, Townsend E.** Occupational justice-bridging theory and practice. *Scand J Occup Ther*. 2010; 17(1):57-63. <http://doi.org/b4pgqp>.
23. **Stadnyk R, Townsend E, Wilcock A.** Occupational Justice. In: Christiansen C, Townsend E, editores. *Intro to Occup Art Sci Living*. Second Ed. New Jersey; 2010;329-358.
24. **Galvin D, Wilding C, Whiteford G.** Utopian visions/dystopian realities: Exploring practice and taking action to enable human rights and occupational justice in a hospital context. *Aust Occup Ther J*. 2011; 58(5):378-85. <http://doi.org/cvctf5>.
25. **Durocher E, Gibson B, Rappolt S.** Occupational Justice: A conceptual review. *J Occup Sci*. 2014; 21(4):418-430. <http://doi.org/5qr>.
26. **Durocher E, Gibson B, Rappolt S.** Occupational Justice: Future Directions. *J Occup Sci*. 2014; 21(4):431-442. <http://doi.org/5qs>.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.48516>

Prácticas alimentarias de un grupo de estudiantes universitarios y las dificultades percibidas para realizar una alimentación saludable

*Food practices of a group of college students and the perceived difficulties for healthy eating*Fabiola Becerra-Bulla¹ • Gloria Pinzón-Villate¹ • Melier Vargas-Zárate¹

Recibido: 21/01/2015 Aceptado: 28/02/2015

¹ Departamento de Nutrición Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.

Correspondencia: Fabiola Becerra Bulla. Departamento de Nutrición Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Carrera 30 No. 45-03. Tel: +57 3165000. Bogotá, D.C., Colombia. Correo electrónico: fbecerrab@unal.edu.co.

[| Resumen |](#)

Antecedentes. Los resultados de estudios similares realizados en diferentes instituciones universitarias, en general, reflejan inadecuados hábitos alimentarios con bajo consumo de frutas y verduras y alto consumo de golosinas.

Objetivo. Determinar el estado nutricional mediante IMC y circunferencia de cintura de los estudiantes que cursaron la asignatura electiva *Estilos de vida saludable* durante el segundo semestre de 2010 y el primer semestre de 2012, pertenecientes a diferentes carreras de la Universidad Nacional de Colombia. De igual forma, determinar las prácticas alimentarias e identificar las dificultades percibidas para realizar una alimentación saludable en los estudiantes que cursaron la asignatura electiva.

Materiales y métodos. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo y de carácter transversal. Se realizó valoración antropométrica y mediante un cuestionario de frecuencia se determinó el consumo de alimentos.

Resultados. Se encontró que, aunque la prevalencia de estudiantes con estado nutricional normal fue alta, existe una prevalencia importante de exceso de peso. En cuanto al consumo de alimentos se observaron inadecuados hábitos alimentarios con bajo consumo de frutas y verduras y alto consumo de golosinas. Dentro de los principales motivos referidos para no realizar una alimentación saludable se reportaron horarios de estudio, hábitos o costumbres y factores económicos.

Conclusión. Estos hallazgos son concordantes con estudios realizados en otros contextos universitarios. Es importante que

las universidades se conviertan en entidades promotoras de la salud ofreciendo posibilidades reales para que los estudiantes modifiquen de manera positiva sus hábitos y comportamientos alimentarios.

Palabras clave: Consumo de alimentos; Estado nutricional; Estudiantes; Conducta alimentaria. (DeCS).

.....
Becerra-Bulla F, Pinzón-Villate G, Vargas-Zárate M. Prácticas alimentarias de un grupo de estudiantes universitarios y las dificultades percibidas para realizar una alimentación saludable. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):457-63. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.48516>.

Summary

Background. The results of similar studies carried over in other universities generally show inadequate eating habits with low consumption of fruit and vegetables, and a high intake of sweets.

Objective. To determine the nutritional conditions through IMC and the wrist circumference in students that attended to the course *Estilos de Vida Saludable* during the second semester of 2010 and the first semester of 2012. These students are enrolled in different programs of the National University of Colombia. Furthermore, to determine feeding practices and to identify perceived barriers to make possible a healthy eating in the students that attended the abovementioned course.

Materials and methods. This study is an observational, descriptive and transversal type. Anthropometric assessment

was performed and food consumption was assessed by means of a food consumption frequency questionnaire.

Results. It was observed that although the prevalence of students with a normal nutritional condition was high, there is a significant prevalence of overweight. Regarding food consumption, the results of this study generally show inadequate eating habits with low consumption of fruit and vegetables and a high intake of sweets. The main reasons mentioned for not getting a healthy eating were class schedules, habits and economic factors.

Conclusion. These findings are consistent with studies in other university contexts. According to these results, it is important that universities become health promoting entities, since students spend several years of their life in them, and it is necessary to offer real possibilities in order to modify positively their habits and eating behaviors.

Keywords: Food consumption; Nutritional status; Students; Feeding behavior. (MeSH).

.....
Becerra-Bulla F, Pinzón-Villate G, Vargas-Zárate M. [Food practices of a group of college students and the perceived difficulties for healthy eating]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):457-63. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.48516>.

Introducción

En la edad adulta, llevar a cabo una alimentación saludable es una actividad que compite y algunas veces puede verse desplazada por otras como los horarios de estudio o de trabajo, los viajes, las salidas a comer y la exploración de nuevas relaciones y vínculos comunitarios (1).

De otra parte, el estado nutricional de un individuo puede verse modificado durante el proceso vital por factores fisiológicos, sociales, culturales y económicos, que son cambiantes a lo largo de su paso por los años escolares: desde la educación básica, superior y su posterior ingreso a la vida laboral, desplazando la importancia de una adecuada alimentación.

Estudios sobre evaluación nutricional de estudiantes realizados en la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá (2005), muestran una prevalencia de malnutrición de 21.7% en la población universitaria, siendo mayor el exceso de peso que el déficit: 12.4% y 9.3% respectivamente (2).

La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 señala una prevalencia de delgadez de 2.8% en los adultos y 7.6% en el grupo específico de 18 a 22 años

de edad. La prevalencia de exceso de peso en los individuos de 18 a 64 años fue de 51.2% (34.6% sobrepeso y 16.5% obesidad) (3).

De otra parte, dentro de los factores que influyen en la conducta alimentaria de jóvenes y adolescentes se encuentran la presión social por ser delgados o musculosos, la disminución de la actividad física espontánea, más oportunidades de comer fuera de casa o solos, el fácil acceso de alimentos menos saludables en su entorno cotidiano, el manejo de más dinero —en la medida en que son más independientes— y los patrones de modo de vida de los compañeros que los influyen (4).

En cuanto a la ingesta de alimentos, los estudios sobre evaluación nutricional de los estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia reportan inadecuados hábitos alimentarios dentro de los cuales se encuentran el bajo consumo de alimentos saludables como hortalizas y frutas (5).

A la edad de ingreso a la universidad no se establece la relación entre los hábitos alimentarios actuales y el riesgo de enfermar en un futuro, considerando más importante ajustarse a un grupo y adoptar conductas que demuestren la búsqueda de su autonomía y que les haga sentirse adultos, como tomar bebidas alcohólicas, fumar e iniciar su vida sexual (6).

Este artículo presenta los resultados del trabajo realizado con estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia que cursaron la asignatura electiva *Estilos de vida saludable*, la cual, en razón a su tipología, es ofrecida para todas las carreras. El propósito de la investigación fue determinar las prácticas alimentarias en los estudiantes e identificar las dificultades percibidas para realizar una alimentación saludable. Lo anterior con el fin de proponer estrategias encaminadas a la adquisición de una conducta alimentaria favorable y que permita asumir la alimentación como parte de los estilos de vida saludable de los estudiantes.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo y de carácter transversal.

Definición de la población y muestra del estudio

La población la conformaron 142 estudiantes de pregrado que cursaron la asignatura electiva *Estilos de vida saludable* durante el segundo semestre de 2010 y el primer semestre de 2012, pertenecientes a diferentes carreras de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. El muestreo fue no probabilístico accidental.

Instrumentos y métodos

La información se recolectó durante el desarrollo de uno de los módulos de la asignatura denominado *alimentación saludable* y se utilizó un formulario que indagaba sobre la frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos, así como las razones que les impedían tener una alimentación saludable. A la vez, se consignaron en el formulario los datos antropométricos de peso, talla y circunferencia de cintura: el peso se determinó mediante la utilización de una balanza Tanita electrónica digital, modelo TBF-300A serie 1188, capacidad de 200 kg y con una sensibilidad de 100 gr, precisión mínima de 0.1 kg; la talla se tomó con un tallímetro de madera con sensibilidad de 1 mm; y la circunferencia de la cintura se midió con una cinta métrica en fibra de vidrio, flexible, no elástica con una sensibilidad de 1 mm.

Plan de análisis

Los datos fueron analizados mediante los programas Excel y Access 2010. Las mediciones antropométricas fueron analizadas a través de medidas de tendencia central tales como media y desviación estándar y estratificadas por sexo y edad. Para mayores de 18 años se analizó el índice de masa corporal de acuerdo con los puntos de corte de la OMS 2000 y 2004 (7); mientras que para adolescentes se tomaron como referencia los puntos de corte de la OMS 2006, los cuales se adaptaron para Colombia mediante la Resolución 2121 de 2010 del Ministerio de la Protección Social (8). Los puntos de corte de circunferencia de cintura fueron los adoptados para Colombia por Funcobes 2006 (9).

Resultados

Caracterización general

Participaron en el estudio 142 estudiantes de los cuales el 47.1% pertenecía a carreras del área de la salud, el 16.4% a carreras de ingeniería y en menor proporción a estudiantes de Derecho (7.1%), Ciencias Económicas (7.1%) y Ciencias Humanas (6.4%), entre otras.

La mayoría (95.3%) de los estudiantes eran adultos jóvenes con una edad promedio de 18-30 años, de los cuales el 77.2% eran mujeres y 22.8% hombres. Solamente se encontraron cuatro estudiantes menores de 18 años (tres mujeres y un hombre) y dos hombres mayores de 30 años.

Estado nutricional

En las mujeres menores de 18 años el peso promedio fue de 52.4 kg y la talla de 1.64 m; en el género masculino, como

era de esperar, los promedios fueron superiores: peso 78.4 kg y talla 1.79 m. Las mujeres entre 18-30 años presentaron un promedio de peso de 56 kg y de talla de 1.59 m; mientras que en los hombres el de peso fue de 65.2 kg y el de talla de 1.71 m. En los mayores de 30 años el peso promedio fue de 73.5 kg y la talla de 1.72 m.

Como se observa en la Tabla 1 tanto el bajo peso como el exceso de peso fueron mayores en hombres que en mujeres, predominando el exceso. La mayoría tanto de hombres como de mujeres presentaron un IMC clasificado como normal.

Tabla 1. Clasificación nutricional según IMC en estudiantes de 18 a 30 años que cursaron la asignatura *Estilos de vida saludable* durante los años 2010-2012.

| Clasificación | Hombres | | Mujeres | | Total | |
|---------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Bajo peso | 2 | 7.4 | 6 | 6.3 | 8 | 6.5 |
| IMC Normal | 20 | 74.1 | 75 | 78.1 | 95 | 77.2 |
| Sobrepeso | 5 | 18.5 | 14 | 14.6 | 19 | 15.5 |
| Obesidad | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0.8 |
| Total | 27 | 100 | 96 | 100 | 123 | 100 |

En los estudiantes menores de 18 años, tres tuvieron una clasificación normal (1 hombre y 2 mujeres) y una mujer presentó riesgo para delgadez. De los estudiantes mayores de 30 años, uno fue clasificado como normal y el otro con sobrepeso. Es de aclarar que 19 estudiantes no participaron en la toma de medidas antropométricas.

El promedio de circunferencia de la cintura fue normal tanto en hombres como en mujeres mayores de 18 años (77.7 cm y 72.5 cm respectivamente). Al tomar la circunferencia de la cintura como indicador de obesidad abdominal, se encontró que el riesgo de obesidad abdominal fue ligeramente mayor en hombres que en mujeres (14.3% vs 12.6% respectivamente).

Consumo de alimentos

El cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos fue aplicado solamente a los 45 estudiantes que cursaron la asignatura durante el primer semestre de 2012. Como se observa en la Tabla 2, los cereales fueron el único grupo de alimentos que todos los estudiantes consumían con una frecuencia diaria, seguidos por el grupo de las carnes, el pollo, la leche y sus derivados y los azúcares, grupos consumidos a diario por cerca del 75% de los estudiantes. Cabe resaltar que menos de la mitad de la muestra consumía huevo a diario y que la frecuencia de consumo tanto de fruta entera como de hortalizas fue muy baja.

De otra parte, se observó un alto consumo de golosinas, tanto en la frecuencia diaria como 2-3 veces por semana; un alto porcentaje de los estudiantes manifestó consumir gaseosas una vez por semana. Es de resaltar que el 11% de los estudiantes declaró consumir pescado con una frecuencia de 2-3 veces por semana, lo cual, a pesar de no ser una cifra significativa, es un factor positivo dado el aporte de proteína y ácidos grasos esenciales. Asimismo, casi la mitad de los estudiantes afirman consumir leguminosas 2-3 veces por semana, las cuales son buena fuente de fibra y proteína vegetal.

Tabla 2. Frecuencia del consumo de alimentos de los 45 estudiantes de la asignatura electiva *Estilos de vida saludable* del primer semestre de 2012.

| Grupos de alimentos | Diario | | 2-3 veces/semana | | 1 vez/semana | |
|-------------------------------|--------|------|------------------|------|--------------|------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Leche y derivados | 33 | 73.3 | 10 | 22.2 | 2 | 4.4 |
| Huevos | 18 | 40 | 23 | 51.1 | 2 | 4.4 |
| Carnes, pollo | 34 | 75.6 | 10 | 22.2 | 1 | 2.2 |
| Pescado | 0 | 0 | 5 | 11.1 | 8 | 17.8 |
| Leguminosas | 5 | 11.1 | 21 | 46.7 | 12 | 26.7 |
| Cereales | 45 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tubérculos, raíces y plátanos | 31 | 68.9 | 13 | 28.9 | 1 | 2.2 |
| Hortalizas | 15 | 33.3 | 19 | 42.2 | 7 | 15.6 |
| Fruta entera | 6 | 13.3 | 21 | 46.7 | 13 | 28.9 |
| Fruta en jugo | 27 | 60 | 11 | 24.4 | 4 | 8.9 |
| Azúcares | 33 | 73.3 | 8 | 17.8 | 2 | 4.4 |
| Grasas | 32 | 71.1 | 9 | 20 | 2 | 4.4 |
| Golosinas | 17 | 37.8 | 20 | 44.7 | 4 | 8.9 |
| Gaseosas | 0 | 0 | 2 | 6.3 | 13 | 40.6 |
| Bebidas alcohólicas | 0 | 0 | 2 | 4.4 | 4 | 8.9 |
| Cigarrillo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Otros alimentos | 1 | 2.2 | 2 | 4.4 | 0 | 0 |

Al comparar el número de porciones de cada uno de los grupos de alimentos que deben ser consumidas diariamente, según la recomendación dada por las Guías alimentarias para la población colombiana del año 2000 (10), con lo reportado por los estudiantes se halló un muy bajo consumo del grupo de las frutas (93.7%) y del de las hortalizas (75.5%). Igualmente, un porcentaje importante de estudiantes reportó bajo consumo de grasas y azúcares, 72.7% y 63.6% respectivamente. Los alimentos que se consumieron en mayor proporción en exceso fueron los del grupo de las carnes, huevos y leguminosas secas (49%).

Dificultades percibidas por los estudiantes de la asignatura electiva *Estilos de vida saludable* del primer semestre de 2012, para llevar a cabo una alimentación saludable

La Tabla 3 muestra las razones manifestadas por los estudiantes que les impedían llevar una alimentación saludable, siendo la falta de tiempo la de mayor frecuencia: los estudiantes señalaron que muchas veces los horarios no les permitían el consumo adecuado de alimentos. Cerca de una cuarta parte de los estudiantes refirió que los hábitos y las costumbres alimentarias, eran la razón más importante para no tener una alimentación saludable.

Tabla 3. Dificultades manifestadas por los estudiantes de la asignatura electiva *Estilos de vida saludable* del primer semestre de 2012, para realizar una alimentación saludable.

| Dificultades | Sexo femenino | | Sexo masculino | | Total | |
|-----------------------|---------------|------------|----------------|------------|------------|------------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Conocimiento | 3 | 2.8 | 4 | 11.4 | 7 | 4.9 |
| Factores económicos | 11 | 10.3 | 5 | 14.3 | 16 | 11.3 |
| Entorno social | 2 | 1.9 | 0 | 0 | 2 | 1.4 |
| Gustos y preferencias | 17 | 15.9 | 3 | 8.6 | 20 | 14.1 |
| Hábitos y costumbres | 27 | 25.2 | 10 | 28.6 | 37 | 26.1 |
| Oferta de alimentos | 10 | 9.3 | 1 | 2.9 | 11 | 7.7 |
| Falta de tiempo | 31 | 29 | 9 | 25.7 | 40 | 28.2 |
| No hay dificultad | 0 | 0 | 1 | 2.8 | 1 | 0.7 |
| No responde | 6 | 5.6 | 2 | 5.7 | 8 | 5.6 |
| Total | 107 | 100 | 35 | 100 | 142 | 100 |

La principal causa de inadecuados hábitos alimentarios en las mujeres fue la falta de tiempo, mientras que en los hombres fueron los hábitos y costumbres alimentarias. Un porcentaje importante de las mujeres (15.9%) manifestó que sus gustos y preferencias no les permitían alimentarse saludablemente. En ambos sexos, el factor económico fue reportado como una dificultad; la falta de conocimiento fue otra de las razones expresadas especialmente por parte de los hombres, mientras que para las mujeres, la poca oferta de alimentos saludables en su entorno, se presentó como una dificultad para su alimentación saludable.

Discusión

Estado nutricional

La prevalencia de bajo peso hallada en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 (ENSIN) en adultos entre 18 y 22 años fue de 7.6% y 4.4% en el rango de 23-27 años, valores no distantes de los hallados en el presente estudio (3).

Aun cuando la mayoría de estudiantes del presente estudio fueron clasificados con peso adecuado según el IMC, se debe resaltar que la prevalencia de exceso de peso (16.3%) fue mayor que la de bajo peso (6.5%); esto es importante ya que el exceso de peso está relacionado con algunas patologías de la edad adulta que ponen en riesgo la salud.

Este comportamiento encontrado es similar al hallado por Vargas *et al.* en 2008 en la investigación de estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia, en la que igualmente se halló mayor prevalencia de exceso de peso (12.4%) que de déficit (9.3%) (2) tal como ocurrió en el presente estudio. En la investigación realizada en estudiantes de Medicina por Becerra *et al.* (2010-2011) el comportamiento también fue similar (11); sin embargo estos resultados difieren de los del estudio realizado con los estudiantes de enfermería de la Universidad El Bosque (Bogotá, 2007), en el cual la prevalencia de bajo peso fue mayor (11%) que la de exceso de peso (9%) (12), situación similar a la hallada en estudiantes de odontología de la Universidad San Martín (Bogotá) (13). Cabe mencionar que estas dos últimas universidades son instituciones de carácter privado, y como se observa, la prevalencia de exceso de peso en sus estudiantes es menor que las de otros estudios de instituciones públicas.

De otra parte, y como dato adicional, los resultados de esta investigación presentan una tendencia similar con lo hallado en estudiantes de la Universidad del Bio Bio, Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos (INTA) de Chile, en quienes, tanto en el sexo femenino como en el masculino, la prevalencia de exceso de peso fue muy superior (48.2% en hombres y 25.5% en mujeres), mientras que la prevalencia de bajo peso fue baja (0.7% en hombres y 3.5% en mujeres) (14).

De acuerdo con lo anterior, es posible concluir que aun cuando la prevalencia de estudiantes clasificados como normales fue alta en este estudio, se presentó una prevalencia importante de exceso de peso, y aunque menor a la reportada en adultos de 18-29 años en la Encuesta de Situación nutricional ENSIN 2010 (3) si es un poco mayor a lo reportado por otros estudios previos realizados en la misma institución. Sin embargo, algunas instituciones de carácter privado tienen un comportamiento diferente, por lo cual es importante profundizar en este aspecto.

Consumo de alimentos

Los resultados del estudio de ingesta en estudiantes universitarios, Vargas *et al.* (2010) (5), fueron similares a los hallados en este estudio puesto que los alimentos de mayor consumo diario, en ambos grupos, fueron los cereales, raíces, tubérculos y plátanos, seguidos por las carnes, lácteos y azúcares. De otro modo, Gerometta (2004) reportó en estudiantes argentinos que ingresaban a la carrera de Medicina un porcentaje importante (44.5%) que consumía lácteos más de cuatro veces por semana (15); de acuerdo a lo anterior, la alimentación de los estudiantes universitarios argentinos se basa en alimentos fuente de energía y de proteína y un consumo muy bajo de alimentos fuente de vitaminas y minerales como frutas y verduras.

Aunque en esta investigación no se reportó un consumo frecuente de grasas, es posible que los estudiantes hayan subestimado el consumo de este grupo de alimentos, al no tener en cuenta la grasa que se encuentra en las preparaciones de los mismos.

En el estudio de Vidal *et al.* (2012) también se hallaron porcentajes importantes de estudiantes de enfermería que cursaban la asignatura *Nutrición y dietética* y consumían tan solo una vez o ninguna vez al día frutas y verduras (16). Estos datos se contraponen a los reportados por Mardones *et al.* (2009), en los cuales se halló que en estudiantes universitarios chilenos más del 90% tanto de hombres como de mujeres consumían frutas y/o verduras diariamente (14). Considerando la importancia que tienen estos grupos de alimentos no solo por su aporte nutricional, sino también por su contenido de antioxidantes y de fibra como elementos protectores de la salud, es importante plantear estrategias que permitan mejorar su consumo en la población estudiada.

De acuerdo con la ENSIN 2010, existe una menor proporción de colombianos que consume lácteos diariamente, comparada con los resultados de esta investigación (48.7% vs. 73.3%) (3); lo anterior afecta tanto el aporte de calcio como de proteínas y algunas vitaminas del complejo B. Igualmente, el consumo de huevo a diario es bajo en la población colombiana al compararlo con los estudiantes que cursaron la electiva (27.7% vs. 40%) mientras que el consumo de fruta en jugo fue similar (50.5% vs. 60%) y el de fruta entera superior (27.7% vs. 13.3%). Llama la atención el bajo consumo de verduras diariamente según los resultados de la Encuesta Nacional (9.6%), en comparación con este estudio, en el cual cerca de una tercera parte de los alumnos las consumía con esta frecuencia, considerándose también una prevalencia baja.

Se debe resaltar que el consumo de gaseosas hallado fue bajo si se compara con el consumo de la población

colombiana en donde el 22% de individuos las consume diariamente (3). Este aspecto es importante ya que se ha reportado que el consumo de bebidas azucaradas como la gaseosa se relaciona con problemas como el sobrepeso y la obesidad (17). El consumo de golosinas diariamente fue alto y muy similar en este estudio al compararlo con los datos reportados por la ENSIN (37.8% vs. 36.6%) (3). Espinoza *et al.* 2011 reportaron que un grupo de alumnos de una universidad chilena, quienes cursaban la asignatura *Autocuidado y vida saludable*, preferían comprar y consumir en los centros de alimentación de la institución como primera elección las golosinas, seguidas por los lácteos, comidas rápidas, bebidas y por último alimentos ricos en fibra (18). Por otra parte, la alta prevalencia del consumo de golosinas y alimentos similares puede también asociarse con problemas de exceso de peso en la población estudiada.

Conductas alimentarias

Es evidente que los estudiantes debido a sus compromisos académicos y a su ausencia prolongada durante el día de su hogar prefieren comprar y consumir alimentos disponibles en su entorno que son de bajo costo y que se encuentran listos para ser consumidos, descuidando aspectos importantes como el valor nutricional de los mismos.

Los resultados tanto de este estudio como los de otras instituciones universitarias, en general, reflejan inadecuados hábitos alimentarios con bajo consumo de frutas y verduras y alto consumo de golosinas.

Dificultades percibidas para llevar a cabo una alimentación saludable

Las conductas alimentarias son un fenómeno de naturaleza compleja y de origen multifactorial que puede estar influenciado por diversos elementos como son: la sociedad, la cultura, la religión, la situación económica y la disponibilidad de alimentos entre otros (19,20).

En la presente investigación se encontró que los principales motivos referidos para no realizar una alimentación saludable son los horarios de estudio, hábitos y costumbres y factores económicos, estos hallazgos son concordantes con estudios realizados en otros contextos universitarios. Troncoso y Amaya (2009) señalan que existe un consenso entre los estudiantes al percibir que sus conductas son inadecuadas y dentro de los motivos señalados esta la falta de tiempo para cumplir con horarios de alimentación. Además, que se alimentan mejor cuando reciben la alimentación en el casino de la universidad que cuando están en la casa, donde comen lo que encuentren sin que sea necesariamente saludable;

refieren que también influyen en sus hábitos alimentarios el estado emocional, el estrés, la publicidad, el agrado por ciertos alimentos y la compañía de pares, factores que la mayoría de las veces los impulsa a comer alimentos poco saludables (21).

El estudio realizado por Ibáñez *et al.* (2008) afirma que, en el momento de elegir los alimentos, los factores que más peso tienen en los estudiantes son los gustos, la calidad y el valor nutricional. Después de su ingreso a la universidad modifican sus hábitos alimentarios debido a la poca disponibilidad de tiempo, recursos económicos limitados y poca variedad en la oferta de comidas (13).

Resultados similares se reportan en el estudio de Saad *et al.* (2008), en el que los factores determinantes de la selección de alimentos fueron gustos y disponibilidad económica y en menor proporción valor nutricional. Igualmente, durante su permanencia en la universidad sus hábitos alimentarios cambian debido a factores como falta de tiempo para comer, oferta de alimentos en el campus, disponibilidad de recursos económicos y al conocimiento del estudiante sobre las características de una alimentación balanceada (13).

Teniendo en cuenta los resultados hallados, las universidades deben contemplar que los estudiantes, además de cumplir con diversas actividades académicas, deben disponer de suficiente tiempo para acceder a las comidas en horarios establecidos, contar con una oferta de alimentos nutricionalmente adecuada y a precios accesibles.

Por tanto, se deben diseñar estrategias que contribuyan a aumentar o mejorar los conocimientos y habilidades sobre lo que constituye una alimentación sana e inócua con el fin de que los estudiantes realicen la selección, la compra y el consumo de alimentos de manera informada, y disminuir de esta manera la influencia negativa que los pares y la publicidad pueden ejercer sobre la selección de alimentos

Se recomienda continuar realizando este tipo de estudios con el fin de contar con más elementos que permitan tomar acciones en torno a la alimentación y nutrición en instituciones universitarias tanto de carácter público como privado.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por las autoras.

Financiación

Ninguna declarada por las autoras.

Agradecimientos

Las autoras expresan su agradecimiento a los estudiantes que cursaron la asignatura de libre elección *Estilos de vida saludable* durante el periodo en que se realizó el presente estudio.

Referencias

1. **Brown J.** Nutrición en las diferentes etapas de vida. Segunda Edición. México: Mc Graw Hill; 2006.
2. **Vargas-Zárate M, Becerra-Bulla F, Prieto-Suárez E.** Evaluación antropométrica de estudiantes universitarios. Bogotá, Colombia. *Rev. Salud Pública.* 2008; 10(3):433-442. <http://doi.org/df44tc>.
3. Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 (ENSIN). Primera edición. Bogotá: ICBF; 2011.
4. **Setton D, Fernández A.** Nutrición en pediatría. Bases para la práctica clínica en niños sanos y enfermos. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2014
5. **Vargas-Zárate M, Becerra-Bulla F, Prieto-Suárez E.** Evaluación de la ingesta dietética en estudiantes universitarios. Bogotá, Colombia. *Rev. Salud Pública.* 2010; 12(1):116-125. <http://doi.org/fbnch8>.
6. **Mahan K, Scott S.** Nutrición y Dietoterapia de Krause. Décima edición. México: McGraw Hill Interamericana; 2001.
7. WHO. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet.* 2004;363:157-163
8. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2121 de 2010 jun 9, 2010. Por la cual se adoptan los patrones de crecimiento publicados por la Organización Mundial de la Salud-OMS en el 2006 y 2007 para los niños y adolescentes de 0 a 18 años de edad y se dictan otras disposiciones.
9. **Zimmet P, Alberti KG, Serrano-Ríos M.** Una nueva definición mundial del síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes: Fundamento y resultados. *Rev. Esp Cardiol.* 2005; 58:1371-1376. <http://doi.org/bsszbp>.
10. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Guías alimentarias para la población Colombiana mayor de 2 años. Bogotá: ICBF; 2010.
11. **Becerra-Bulla F, Pinzón-Villate G, Vargas-Zárate M.** Estado nutricional y consumo de alimentos de estudiantes universitarios admitidos a la carrera de Medicina. Bogotá 2010-2011. *Rev Fac Med.* 2012; 60(1 supl):S3-S12.
12. **Saad-Acosta C, Ibáñez E, León C, Colmenares C, Vega N, Díaz Y.** Cambios en los hábitos alimentarios de los estudiantes de enfermería de la Universidad El Bosque durante su proceso de formación académica. Bogotá, D.C., 2007. *Rev Col Enfermería.* 2008; 3(3):51-60.
13. **Ibáñez E, Thomas Y, Bicienty A, Barrera J, Martínez J, Gerena R.** Cambios de hábitos alimentarios de los estudiantes de odontología de la Fundación Universitaria San Martín de Bogotá, Colombia. *NOVA—Publicación científica en ciencias biomédicas.* 2008; 6(9):101-102.
14. **Mardones MA, Olivares S, Araneda J, Gómez N.** Etapas del cambio relacionadas con el consumo de frutas y verduras, actividad física y control del peso en estudiantes universitarios chilenos. *Arch Lat Nutr.* 2009; 59(3):304-309.
15. **Gerometta PH, Carrara C, Galarzas LJA, Feyling V.** Frecuencia de consumo de alimentos en ingresantes a la carrera de medicina. *Rev posgrado Vía. Cátedra Med.* 2004;136:9-13
16. **Vidal-Marín M, Díaz-Santos A, Jiménez-Serrano C, Quejigo-García J.** Modificación de ciertas actitudes frente a la alimentación en estudiantes de enfermería tras cursar la asignatura de nutrición y dietética. *Nutr clín diet hosp.* 2012; 32(1):49-58.
17. **Rodríguez-Burelo M, Avalos-García MI, López-Ramón C.** Consumo de bebidas de alto contenido calórico en México: un reto para la salud pública. *Salud en Tabasco.* 2014; 20 (1):28-33.
18. **Espinoza L, Rodríguez F, Gálvez J, MacMillan N.** Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. *Rev Chil Nutr.* 2011; 38(4):458-465.
19. **Cervera P, Clapés J, Rigolfas R.** Alimentación y dietoterapia. Cuarta edición. Colombia: McGraw Hill Interamericana; 2004.
20. **Serra-Majem LI, Aranceta-Bartrina J.** Nutrición y salud pública: métodos, bases científicas y aplicaciones. Segunda edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2006.
21. **Troncoso C, Amaya JP.** Factores Sociales en las conductas alimentarias de estudiantes Universitarios. *Rev Chil Nutr.* 2009; 36(4):1090-1097.



TÍTULO: DIVERSIDAD DE GÉNEROS

AUTOR: EDWIN CUBILLOS

LUGAR: TEATRO DA VERTIGEM — BOM RETIRO 958 METROS.
SAO PAULO, BRASIL

AÑO: 2012

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49744>

Intoxicación letal con aldicarb: análisis de sangre post mortem mediante LC-ESI-MS/MS

*Fatal intoxication with aldicarb: Analysis in post mortem blood by LC-ESI-MS/MS*Diana Jazmín Mariño-Gaviria¹ • Nancy Patiño-Reyes²

Recibido: 20/03/2015 Aceptado: 21/04/2015

¹ Laboratorio de Toxicología del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.² Departamento de Toxicología. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.

Correspondencia: Diana Jazmín Mariño-Gaviria. Carrera 30 No. 45-03, Edificio 471, Oficina N° 203, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia. Tel: +57 1 3165000, ext: 15120. Correo electrónico: djmarinog@unal.edu.co.

| Resumen |

Antecedentes. El aldicarb es un plaguicida carbamato de alta toxicidad asociado a intoxicaciones agudas fatales en el ser humano. Su mecanismo de acción consiste en la inhibición de la enzima acetilcolinesterasa (AChE) que ocasiona la acumulación del neurotransmisor acetilcolina en la hendidura sináptica. Esta acumulación provoca síntomas colinérgicos y, dependiendo de la dosis de exposición, puede paralizar los sistemas respiratorio y nervioso hasta llegar a la muerte.

Objetivo. Determinar el nivel de aldicarb en sangre *post mortem* en casos de intoxicación aguda.

Materiales y métodos. Investigación de tipo experimental empleando un cromatógrafo líquido con espectrometría de masas, con ionización electrospray y análisis en modo tándem (LC-ESI-MS/MS). Los estándares de aldicarb y el aldicarb-d3 fueron comprados de Dr. Ehrenstorfer GmbH.

El método consiste en una precipitación de proteínas de la sangre y su posterior análisis por LC-ESI-MS/MS, utilizando el aldicarb-d3 como estándar interno. El método fue aplicado a siete casos de intoxicación letal por presunta acción del aldicarb.

Resultados. El aldicarb se encontró en la sangre de seis de los casos estudiados, en niveles desde 0.12 a 1.90 µg/mL. Solo en uno de los casos no se detectó aldicarb. En cuanto la presunta manera de muerte, en seis de los casos analizados fue el suicidio y en un caso se clasificó como *muerte en estudio*.

Conclusiones. Los resultados obtenidos con la metodología analítica y la técnica LC-ESI-MS/MS son satisfactorios en términos de la determinación cuantitativa de aldicarb en sangre total *post mortem*. La aplicación de la metodología descrita en toxicología forense evidencia el empleo de este plaguicida en actos suicidas.

Palabras clave: Aldicarb; cromatografía líquida con espectrometría de masas tándem (LC-ESI-MS/MS); intoxicación; sangre; postmortem; toxicología forense (DeCS).

.....
Mariño-Gaviria DJ, Patiño-Reyes N. Intoxicación letal con aldicarb: análisis de sangre post mortem mediante LC-ESI-MS/MS. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):465-9. Spainsh. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49744>.

Summary

Background. Aldicarb is a high toxicity carbamate pesticide associated to human fatal acute intoxications. Its mechanism of action consists of the inhibition of the acetylcholinesterase enzyme (AChE), which induces the accumulation of the neurotransmitter acetylcholine in the synaptic cleft. This accumulation induces cholinergic symptoms and, depending on the exposition dose, it can paralyze the respiratory and nervous systems, leading to death.

Objective. To determine aldicarb levels in post mortem blood in cases of acute intoxication.

Materials and methods. An experimental research was conducted using liquid chromatography tandem-mass spectrometry (LC-ESI-MS/MS) with electrospray ionization. The aldicarb and aldicarb-d3 standards were purchased from Dr. Ehrenstorfer GmbH corporation.

This method carries out a protein precipitation of blood and its analysis using LC-ESI-MS/MS, using aldicarb-d3 as internal standard. This method was applied to seven cases of fatal intoxication by presumable action of aldicarb.

Results. Aldicarb was found in six of the studied cases on levels between 0.12 and 1.90 µg/mL. Aldicarb was not detected in blood only in one case. Six of the cases were associated to suicide as a manner of death and in one of them it remained under study.

Conclusions. The results obtained with the analytical methodology and the use of the LC-ESI-MS/MS technique are satisfactory in terms of the quantitative determination of aldicarb in post mortem total blood. The application of the described methodology in forensic toxicology evidences the use of this pesticide in suicidal practices.

Keywords: Aldicarb; chromatography liquid tandem mass spectrometry; acute intoxication; Blood; Postmortem Forensic toxicology (MeSH).

.....
Mariño-Gaviria DJ, Patiño-Reyes N. [Fatal intoxication with aldicarb: Analysis in post mortem blood by LC-ESI-MS/MS]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):465-9. Spainsh. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49744>.

Antecedentes

La intoxicación letal con plaguicidas, ya sea en eventos accidentales, homicidas o suicidas, es una problemática de salud pública a nivel internacional y nacional (1). En circunstancias suicidas, el estudio de Gunnell (2,3) reportó que el 30% de los suicidios del planeta se atribuyen a la intoxicación aguda con este tipo de sustancias. En Colombia, el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) reportó 9377 intoxicaciones por plaguicidas en 2014 que pueden llegar, en la circunstancia más desfavorable, a la muerte según los diversos factores de la intoxicación clínica como: cantidad del plaguicida, concentración, vía de administración, tiempo transcurrido y tratamiento recibido(4).

El aldicarb es un carbamato utilizado principalmente como insecticida, con efecto también nematocida y acaricida, introducido con el nombre de Temik en 1962 por la Union Carbide Corporation (5). Su presentación física es de cristales

incolores con un leve olor sulfuroso. En el campo agrícola, es aplicado durante la siembra en el suelo para ejercer un efecto insecticida sistémico y de contacto. Su acción va dirigida al exterminio de las arañas rojas, los tisanópteros, chinches, lygus y minadores de hojas en cultivos diversos como: vegetales, frutales, ornamentales y perennes (6,7). Aunque su empleo es orientado a la labor agrícola, el aldicarb ha estado presente en algunos rodenticidas de libre venta y acceso que facilitan su adquisición para uso doméstico (7).

El aldicarb tiene una toxicidad aguda alta para el ser humano debido a la acumulación del neurotransmisor acetilcolina en el espacio sináptico como consecuencia de la inhibición de la enzima acetilcolinesterasa (AChE), encargada de realizar su eliminación. Este efecto provoca una crisis colinérgica como principal mecanismo de acción (8).

El aldicarb se absorbe en forma eficaz a nivel gastrointestinal y en menor proporción por la piel. Tiene la capacidad de distribuirse a todos los tejidos y atravesar con dificultad la barrera hematoencefálica. Su biotransformación se lleva a cabo en el hígado mediante reacciones de hidrólisis del grupo éster del carbamato y de oxidación del azufre. El aldicarb sulfóxido y aldicarb sulfona son los productos de la biotransformación de la reacción de hidrólisis y se consideran metabolitos biológicamente activos en toxicología, ya que también inhiben la actividad de la enzima acetilcolinesterasa. Finalmente, el aldicarb y sus metabolitos son eliminados por la orina y, en menor cantidad, por vía biliar (9–13).

Debido al potencial tóxico del aldicarb, su empleo a nivel rural y doméstico y su asociación con intoxicaciones agudas fatales en Colombia, es necesaria su determinación en matrices biológicas para contribuir desde la toxicología a encontrar la causa de muerte y circunstancias del caso en el contexto forense (14). De este modo, el papel científico de las ciencias forenses se conjuga en el apoyo a la administración de justicia en Colombia.

El método rápido y sencillo desarrollado en el presente estudio permitió la determinación del aldicarb en sangre mediante cromatografía líquida con ionización electrospray y espectrometría de masas tándem (LC-ESI-MS/MS). La metodología analítica fue aplicada a muestras de sangre de siete casos de intoxicación fatal presuntamente por este plaguicida.

Materiales y métodos

El aldicarb y aldicarb-d3 fueron comprados de Dr. Ehrenstorfer GmbH. El metanol (MeOH) empleado fue grado HPLC y los demás reactivos son grado analítico. La solución *stock* de aldicarb y aldicarb-d3 se prepararon a 5.0 µg/mL en metanol grado HPLC. Las subsecuentes

diluciones se realizaron con este mismo solvente. La sangre blanco, que se fortificó con el estándar aldicarb y el estándar interno aldicarb-d₃ para los niveles de concentración en la cuantificación, se consiguió de la dilución de glóbulos rojos concentrados con agua desionizada en una proporción de 1:1.

Procedimiento

El tratamiento de la muestra consistió en tomar 1 mL de sangre *post mortem* en un tubo de ensayo y adicionarle 50 μ L del estándar interno aldicarb-d₃ de 5.0 μ g/mL para luego agitar en un vortex. La precipitación de proteínas de la sangre se realizó mediante la adición gota a gota de 1 mL de acetonitrilo frío sin suspender la agitación. Los tubos fueron tapados y se dispusieron en el congelador por 30 minutos. Transcurrido el tiempo, el contenido de los tubos fue centrifugado a una velocidad aproximada de 2000 r.p.m. y se realizó la separación de la capa orgánica superior por medio de su traspaso a tubos de ensayo limpios y secos de 6 mL. Seguidamente, este extracto se evaporó a 45 °C hasta un volumen aproximado de 0.5 mL aplicando agitación y, posteriormente, se llevó a sequedad con máximo vacío. El último paso fue la reconstitución con 100 μ L de la solución 1:1 de MEOH/H₂O con 0.1 % de ácido fórmico.

Condiciones de la cromatografía líquida con ionización electrospray y espectrometría de masas tándem (LC-ESI-MS/MS)

Para el análisis en el (LC-ESI-MS/MS) se utilizó un cromatógrafo líquido con espectrometría de masas de marca Thermo Electron Corporation, Modelo Thermo Surveyor - LCQ Advantage Max equipado con una columna Hypersil Gold PFP de (50 mm X 2.1 mm, 5 μ m) que permaneció a una temperatura de 40 °C. La fase móvil estuvo constituida de la solución de formiato de amonio de 10 mM con 0.1% de ácido fórmico y el metanol con 0.1% de ácido fórmico, previamente filtrados al vacío a través de una membrana de tamaño de poro de 0.22 μ m. El corrido cromatográfico se llevó a cabo a flujo

constante de 200 μ L/min con la siguiente programación: 0-1 min 2% de metanol, 9-13 min de 2-98% de metanol y de 14-16 min decreció de 98-2%. El volumen de inyección fue 10 μ L.

La fuente de ionización fue electrospray (ESI) configurada en modo positivo y el espectrómetro de masas en su analizador de masas, la trampa de iones se programó en modo tándem. El análisis se realizó mediante el barrido de los iones producto.

Para la identificación del aldicarb se encontraron los valores de los iones (m/z), el tiempo de retención y la energía de colisión optimizada (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización del aldicarb mediante LC-ESI-MS/MS.

| Compuesto | Transición (m/z) | EC (%) | TR (min) |
|------------------------------|---|--------|----------|
| Aldicarb | 207.9 \rightarrow 115.9 207.9 \rightarrow 88.9 | 50 | 10.16 |
| Aldicarb-d ₃ (SI) | 210.9 \rightarrow 115.9 210.9 \rightarrow 89 | 44 | 10.14 |

Nota: SI: Estándar interno, EC: Energía de colisión, TR: Tiempo de retención. m/z: Relación masa-carga.

Presentación de casos

Durante la necropsia de los siete casos se encontraron en común los siguientes hallazgos: signos inespecíficos de hipoxia como cianosis facial, edema cerebral, edema pulmonar, congestión visceral generalizada y petequias en conjuntivas. Previamente, se había encontrado aldicarb en el contenido gástrico de estos casos. Se analizaron luego las muestras de sangre *post mortem* para la medición de los niveles de aldicarb por duplicado.

Resultados

En las Figuras 1, 2 y 3 se ilustra el cromatograma y los espectros de masas del aldicarb y aldicarb-d₃ en sangre. El LOD determinado por dilución sucesiva del compuesto en la sangre fue de 20 ng/mL.

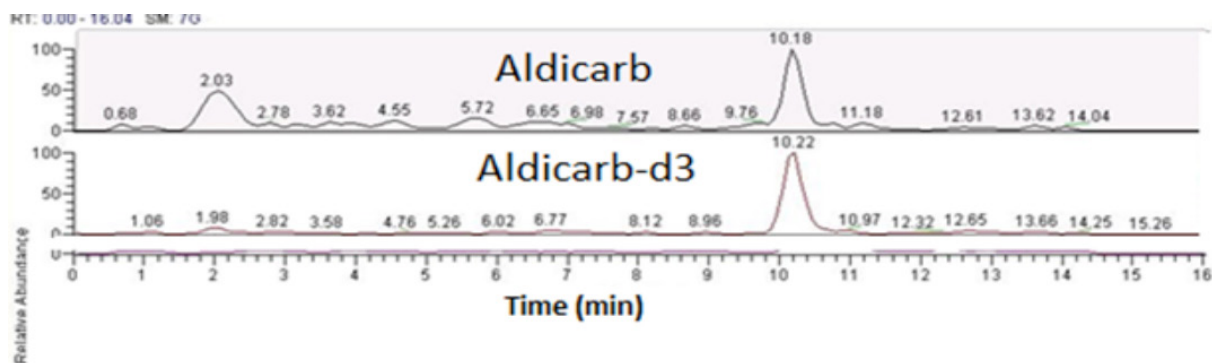


Figura 1. Cromatograma del aldicarb a una concentración de 0.10 μ g/mL y su estándar interno aldicarb-d₃ a una concentración de 0.25 μ g/mL en sangre.

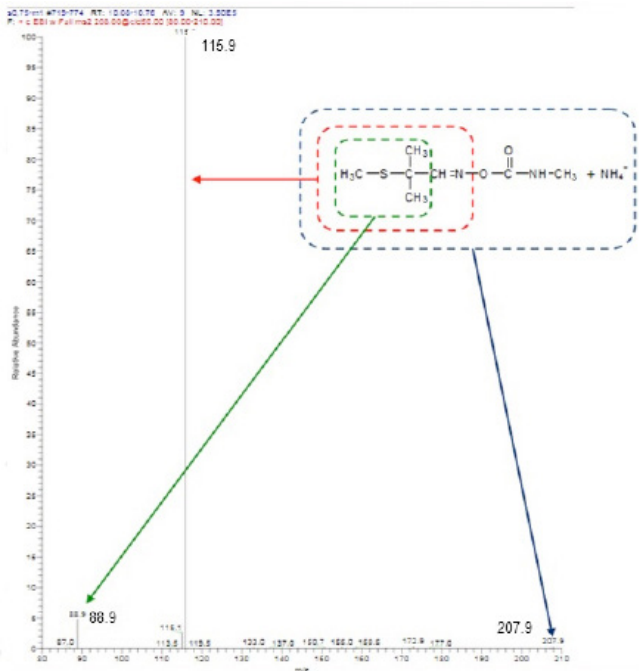


Figura 2. Espectro de masas obtenido del aldicarb.

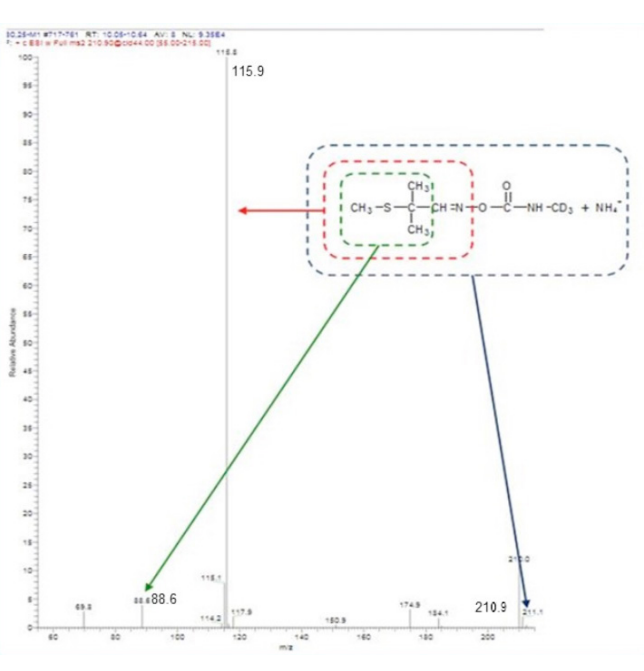


Figura 3. Espectro de masas obtenido del aldicarb-d₃.

Para la cuantificación del aldicarb en los casos se realizó la curva de calibración en sangre en un rango lineal desde 0.10 a 5.0 µg/mL. Cada nivel fue preparado por triplicado y se obtuvo un coeficiente de correlación de 0.9984.

La metodología se aplicó para determinar el aldicarb en siete casos con presunta intoxicación aguda por plaguicidas (Tabla 2).

Tabla 2. Casos analizados y su concentración de aldicarb en sangre.

| Caso No. | Información del caso | Presunta manera de muerte | Concentración (µg/mL) |
|----------|---|---------------------------|-----------------------|
| 1 | Hombre. Sin más datos. | Suicidio | 1.90 1.84 |
| 2 | Hombre de 70 años. Sin más datos. | En estudio | 0.25 0.23 |
| 3 | Hombre de 54 años con signos de atención médica. Sin más datos. | Suicidio | 0.82 0.79 |
| 4 | Hombre de 22 años que tenía problemas sentimentales y económicos. | Suicidio | 0.12 0.12 |
| 5 | Hombre de 25 años, deprimido, que manifestaba quererse quitar la vida. | Suicidio | 0.30 0.27 |
| 6 | Hombre de 18 años encontrado en hostal que manifestaba encontrarse cansado de vivir. | Suicidio | 0.47 0.49 |
| 7 | Mujer de 17 años que tuvo atención médica. Sus síntomas al ingreso fueron: taquicardia, miosis, diaforesis, debilidad, contracción de los músculos faciales, deterioro progresivo de la respiración y saturación del 50%. Finalmente presentó paro cardiorrespiratorio. | Suicidio | No detectado |

Discusión y conclusiones

En el presente estudio se desarrolló una metodología para la determinación del aldicarb en sangre post mortem utilizando LC-ESI-MS/MS. En muestras biológicas, la técnica LC-ESI-MS/MS presentó resultados de límite de detección bajo y una correlación lineal que permite la cuantificación del aldicarb.

La determinación de aldicarb en la sangre complementa los hallazgos encontrados en la necropsia por el patólogo o médico forense y, lo más importante, confirma la presencia de un xenobiótico tóxico que es incompatible con la vida y puede ser la causa de muerte.

En seis de los casos analizados la concentración de aldicarb en sangre encontrada estuvo entre 0.12 y 1.90 µg/mL. En uno de los casos analizados no se detectó el aldicarb, a pesar de que en el análisis previo del contenido gástrico reportó un resultado positivo. En este caso concreto se puede explicar el no detectado por un procedimiento de lavado gástrico con carbón activado que se realizó a la occisa al momento de recibir atención médica. Esta maniobra evita que parte del aldicarb ingerido se absorba y distribuya hasta la sangre, disminuyendo por lo tanto su concentración.

Los niveles de aldicarb en sangre post mortem encontrados en la literatura están entre 4.8 y 11 µg/mL. De acuerdo con estos datos, las cantidades de aldicarb en sangre obtenidas de las muestras de los casos forenses en este estudio son menores a las publicadas en la literatura. Pero sin duda alguna, la concentración de aldicarb alcanzada en la sangre fue suficiente para conducir a la muerte en los casos analizados (10,15).

Finalmente, si bien el aldicarb es un plaguicida de uso agrícola, en Colombia es vendido como principio activo de rodenticidas para uso casero. Esta situación pone de manifiesto su fácil adquisición y por ende, su accesibilidad para ser usado como instrumento de suicidio.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiamiento

La investigación fue financiada por la Dirección de Investigación de la Sede Bogotá (DIB).

Agradecimientos

Al Departamento de Toxicología de la Facultad de Medicina, a la Dirección de Investigación de la Sede Bogotá (DIB), al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en su Laboratorio de Toxicología, al Laboratorio Nacional de Insumos Agrícolas (LANIA) y al Departamento de Estadística de la Universidad Nacional de Colombia, entidades que permitieron la realización de este trabajo.

Referencias

1. Wesseling C, Corriols M, Bravo V. Acute pesticide poisoning and pesticide registration in Central America. *Toxicol Applied Pharmacol.* 2005; 207(2 Suppl):697-705. <http://doi.org/fgtkmh>.
2. Gunnell D, Eddleston M. Suicide by intentional ingestion of pesticides: a continuing tragedy in developing countries. *Int J Epidemiol.* 2003;32(6):902-9. <http://doi.org/dpjf3g>.
3. Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC Public Health.* 2007;7(1):357. <http://doi.org/fs746s>.
4. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Intoxicación por plaguicidas casos semanales y acumulado. Bogotá: Sistema de Vigilancia en Salud Pública-SIVIGILA. 2014. p. 1.
5. Risher JF, Mink FL, Stara JF. The toxicologic effects of the carbamate insecticide aldicarb in mammals: a review. *Environ Health Perspect.* 1987;72:267-81. <http://doi.org/cvs26p>.
6. United States. Environmental Protection Agency. Reregistration eligibility decision for aldicarb. 2007:1-18. [cited 2015 may 29]. Available from: <http://goo.gl/bL8uGj>.
7. Galofre M, Padilla E. Intoxicación con rodenticidas: casos reportados al Centro de Información, Gestión e Investigación en Toxicología de la Universidad Nacional de Colombia. *Rev Fac Med.* 2014;62(1):27-32. <http://doi.org/4wv>.
8. Krieger R. Hayes' handbook of pesticide toxicology. 3d ed. San Diego: Academic Press; 2010. p. 1619-30.
9. Fernández JM, Vázquez PP, Vidal JLM. Analysis of N-methylcarbamates insecticides and some of their main metabolites in urine with liquid chromatography using diode array detection and electrospray mass spectrometry. *Anal Chim Acta.* 2000;412:131-9. <http://doi.org/bvjsmr>.
10. Baselt RC. Disposition of toxic drugs and chemicals in man. 7th ed. Foster City, CA: Biomedical Publications; 2004.
11. Proença P, Teixeira H, de Mendonça MC, Castanheira F, Marques EP, Corte-Real F, et al. Aldicarb poisoning: one case report. *Forensic Sci Int.* 2004;146 Suppl:S79-81. <http://doi.org/djmkpj>.
12. Parilla Vázquez P, Martínez Vidal JL, Martínez Fernández J. Reversed-phase liquid chromatographic column switching for the determination of N-methylcarbamates and some of their main metabolites in urine. *J Chromatogr B Biomed Sci Appl.* 2000 11;738(2):387-94. <http://doi.org/b939rr>.
13. Lacassie E, Marquet P, Gaulier JM, Dreyfuss MF, Lachâtre G. Sensitive and specific multiresidue methods for the determination of pesticides of various classes in clinical and forensic toxicology. *Forensic Sci Int.* 2001;121(1-2):116-25. <http://doi.org/bpdkk4>.
14. SOFT/AAFS. Forensic toxicology laboratory guidelines - 2006 version. 2006:1-24. [cited 2015 may 29]. Available from: <http://goo.gl/Hq98bL>.
15. Moffat AC, Osselton MD, Widdop B, Clarke EG. Clarke's analysis of drugs and poisons: in pharmaceuticals, body fluids, and postmortem material, vol. 1. London: Pharmaceutical Press; 2004.



TÍTULO: BRECHA DIGITAL
AUTOR: EDWIN CUBILLOS
LUGAR: VALLE DEL COCORA, COLOMBIA
AÑO: 2013

ARTÍCULO DE REVISIÓN

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.46424>

Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión

*Detection of major depressive disorder in primary care patients. A review*José Manuel Calvo-Gómez¹ • Luis Eduardo Jaramillo-González¹

Recibido: 20/10/2014

Aceptado: 11/02/2015

¹ Departamento de psiquiatría, Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.

Correspondencia: José Manuel Calvo. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Carrera 30 No. 45-03.
Tel: +57 4 3165000. Oficina 202. Bogotá, D.C., Colombia. Correo electrónico: jmcalvog@unal.edu.co.

| Resumen |

Antecedentes. Distinguir entre los cambios que normalmente ocurren en el estado del ánimo y aquellos presentes en el trastorno depresivo no es una tarea fácil, por esta razón se han propuesto mecanismos e instrumentos para mejorar la detección de estos trastornos en pacientes de atención primaria.

Objetivos. Evaluar si la detección sistemática rutinaria con instrumentos de tamizaje, con o sin sistemas de seguimiento y manejo integrado, es más efectiva que la atención usual para identificar pacientes con depresión, facilitar su tratamiento, y mejorar los resultados clínicos en atención primaria.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo una búsqueda de estudios de casos y controles, cohortes y controlados aleatorizados, revisiones sistemáticas, y meta-análisis en las bases de datos MEDLINE, Cochrane, PsycINFO, y EMBASE desde enero de 1976 hasta el 30 de abril de 2013.

Resultados. La evidencia mostró que muchos casos de depresión no son detectados. Los médicos de atención primaria (MAP) logran tasas de detección del trastorno depresivo entre el 30% y 40%, sin utilizar herramientas adicionales para el diagnóstico como las escalas de una, dos y tres preguntas. Los pacientes con síntomas menos severos y más jóvenes son los menos detectados.

Conclusiones. El tamizaje para depresión a nivel de atención primaria, con retroalimentación del resultado, puede incrementar el reconocimiento del trastorno por parte del MAP. Sin embargo, el efecto de la retroalimentación sobre el

tratamiento y los resultados en cuanto a mejoría de los síntomas o remisión son muy pobres.

Palabras clave: Depresión; Trastorno depresivo; Detección; Tamizaje; Atención primaria de salud (DeCS).

.....
Calvo-Gómez JM, Jaramillo-González, LE. Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):471-82. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.46424>.

Summary

Background. The distinction between normal mood changes and mood changes related to the spectrum of depressive disorders is not an easy task. Hence, several mechanisms and tools to improve the detection of these disorders in primary health care have been designed and tested.

Objectives. To evaluate whether systematic detection with screening instruments, with or without monitoring and integrated management, is more effective than usual care to identify patients with depression, to facilitate their treatment and to improve clinical outcomes in primary care.

Materials and methods. A search of case-control studies, cohort studies and randomized controlled trials, systematic reviews and meta-analyses in MEDLINE, Cochrane, PsycINFO, and EMBASE was carried out between January 1976 and April 30, 2013.

Results. The evidence showed that many cases of depression were not detected. The detection rates of depressive disorder by primary care physicians was between 30% and 40% (range 7-70%), when they proceeded without using additional tools for the diagnosis such as scales of one, two or three questions. Younger patients and with less severe symptoms were those less detected.

Conclusions. The screening for depression in primary care with feedback can increase the recognition of the disorder by primary health care physicians. However, the effect of feedback on the treatment and outcomes, in terms of clinical improvement or remission is very poor.

Keywords: Depression; Depressive disorder; Detection; Screening; Primary care (MeSH).

Calvo-Gómez JM, Jaramillo-González, LE. [Detection of major depressive disorder in primary care patients. A review]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):471-82. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.46424>.

Introducción

El trastorno depresivo mayor (TDM) es una enfermedad frecuente en la población general. Según la Organización Mundial de la Salud, actualmente la padecen más de 350 millones de personas en el mundo. La prevalencia a lo largo de la vida varía entre el 11.1% y el 14.6%, y la incidencia acumulada anual es de 3% (1,2). En Colombia, la prevalencia del TDM a lo largo de la vida es del 12.1%, y a 12 meses es 5.6% (3).

La depresión es una de las causas más frecuentes de discapacidad en el mundo. En el año 2004 ocupó el tercer lugar entre las causas más comunes de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) en el mundo y el primer lugar en los países de ingresos medios y altos. Se calcula que en el año 2020 ocupará el segundo lugar de AVAD en el mundo, y el primero en el 2030 (4-6).

La depresión afecta tanto el funcionamiento ocupacional y social como la salud física de las personas que la padecen. Suele exacerbar el dolor, el malestar y la discapacidad asociada a otras condiciones médicas, disminuir la adherencia a los tratamientos y aumentar la mortalidad por esas condiciones (7-9).

Uno de las consecuencias más peligrosas del TDM es el suicidio. Los pacientes que sufren depresión tienen cuatro veces más riesgo de suicidio que la población general; riesgo que se incrementa hasta 20 veces en los pacientes con las formas más severas de la enfermedad (10-12).

Diagnóstico

El término depresión incluye un grupo de trastornos emocionales caracterizados por la presencia de un estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las situaciones y experiencias cotidianas, asociado a una variedad de manifestaciones neurovegetativas, comportamentales, cognitivas, físicas y emocionales, acompañado de deterioro funcional y social.

El DSM-IV-TR y la CIE-10 incluyen criterios similares para hacer el diagnóstico de un trastorno depresivo cuya severidad es clínicamente importante (episodio depresivo mayor en el DSM-IV-TR o episodio depresivo en la CIE-10). Sin embargo los dos sistemas no son idénticos. Los umbrales difieren, el DSM-IV requiere un mínimo de 5 de 9 síntomas (que deben incluir afecto depresivo y/o anhedonia) y la CIE-10 requiere 4 de 10 síntomas (que deben incluir al menos dos de los siguientes: afecto depresivo, anhedonia y pérdida de energía). Este hecho podría significar que más personas pueden ser diagnosticadas con depresión empleando los criterios de la CIE-10 en comparación con el DSM IV TR (13), o al menos se identifican dos poblaciones algo diferentes (14), dado el requerimiento de solo un síntoma clave de dos en el DSM-IV comparado con dos de tres en la CIE-10.

Instrumentos

En la actualidad el médico de atención primaria (MAP) tiene a su disposición una variedad de instrumentos para la detección del trastorno depresivo. Los hay específicos para el trastorno depresivo como el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), la Escala de Depresión (DEPS), la Escala Geriátrica de Depresión (GDS), la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung (SDS), la Evaluación de los Trastornos Mentales en el Cuidado Primario (PRIME-MD), el Inventario de Depresión (ID) y la Escala de Pregunta única (SQ). Existen escalas que evalúan tanto ansiedad como depresión tal como la Escala de Ansiedad y Depresión de Duke (DADS) y la Escala de Ansiedad y Depresión del Hospital (HADS). El clínico también cuenta con instrumentos conformados por múltiples componentes que incluyen una categoría para evaluar el trastorno depresivo como la Lista de Chequeo de Síntomas de Hopkins (HSCL), el Cuestionario de Salud del Paciente PRIME-MD (PHQ), Sistema Diagnóstico del Cuidado Primario centrado en los síntomas (SDDS-PC) y el Cuestionario de Salud General (GHQ). Algunos de estos también se utilizan para hacer seguimiento.

La mayoría de los instrumentos para detección del TDM son de autoreporte y pueden ser completados en rangos de tiempo de van desde menos de 1 minuto a 5 minutos. La

sensibilidad media de la mayoría de los instrumentos es 85% (50 a 97%), y la especificidad media es 74% (51 a 98%). No existen diferencias significativas entre los instrumentos (15); sin embargo, la baja prevalencia de depresión en la atención primaria (<10%), hace que instrumentos con una sensibilidad y especificidad excelentes tengan un valor predictivo positivo bajo (<50%), y es probable que por este hecho los instrumentos de detección sean menos aceptables entre los clínicos, dado que los pacientes serían seguidos innecesariamente (16).

Existen instrumentos muy sencillos como el test de las dos preguntas. Este instrumento tiene dos preguntas sencillas que indagan sobre la presencia de afecto depresivo: ¿durante el último mes a menudo se ha sentido agobiado por sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza? y anhedonia: ¿durante el último mes a menudo se ha sentido agobiado por el poco interés o placer en hacer las cosas? Las propiedades en cuanto a capacidad de detección (sensibilidad 96%, especificidad 57%, LR positivo 2.2, LR negativo 0.07), son similares a las encontradas en instrumentos más extensos y complejos (17). Cuando estas preguntas en vez de hacerse por escrito se hacen verbalmente, el LR positivo aumenta a 2.9 y el negativo disminuye a 0.05 (18); cuando se le adiciona una tercera pregunta: ¿hay algo en que le gustaría que le ayudara?, la especificidad aumenta a 89% (19).

El instrumento más corto de autoreporte es la Escala de Pregunta Única (SQ), que como su nombre lo indica consta de una sola pregunta: ¿se ha sentido triste o deprimido la mayor parte del tiempo durante el último año?, a la que la persona debe responder sí o no. Toma menos de 15 segundos responderla, y cuenta con una sensibilidad de 85% y una especificidad de 66% para detectar TDM (20).

Dado que los instrumentos de tamizaje tienen propiedades muy similares, la escogencia de alguno para su aplicación en la práctica clínica debería hacerse con base en el tiempo que tome administrarlo y puntuarlo, la aceptabilidad por parte de los pacientes, el formato de respuesta, la facilidad para su administración, el deseo de detectar otros trastornos psiquiátricos y la necesidad de monitorear la respuesta (15). El Cuestionario de Salud del Paciente PRIME-MD PHQ 9 (21) parece llenar los anteriores criterios dado que cuenta con tan solo 9 ítems para depresión, tiene módulos para otros trastornos psiquiátricos y un formato de respuesta simple que es sensible al cambio. De igual forma, la escala de pregunta única SQ es una alternativa que puede ser utilizada durante las evaluaciones de medicina preventiva o en respuesta a claves que incrementen la probabilidad de depresión. Los pacientes cuyo resultado sea positivo en el tamizaje, requieren una exploración más detallada a través de una entrevista clínica.

Un meta-análisis evaluó la exactitud diagnóstica de los instrumentos de tamizaje para depresión en su versión en

español. La evidencia apoyó la utilización de las versiones en español del CES-D (sensibilidad 84%, especificidad 72%) y el PRIME-MD-9 (sensibilidad 75%, especificidad 93%) para la detección de depresión en atención primaria (22). En Colombia han sido validadas varias escalas para la detección de depresión: escala de autoevaluación para la depresión de Zung (23), escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) (24), escala para depresión del Centro de estudios Epidemiológicos (CES-D) (25) y versiones abreviadas de esta última (26).

La entrevista clínica para confirmar el diagnóstico de TDM puede realizarse bajo la modalidad de entrevista semiestructurada con el fin de mejorar potencialmente la precisión en el diagnóstico. En la actualidad existen varios instrumentos de esta modalidad como son: la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Organización Mundial de la Salud (CIDI), la Entrevista Clínica Semiestructurada para los Trastornos del eje I del DSM IV (SCID) y el Módulo del Afecto de la Evaluación de los Trastornos Mentales del Cuidado Primario (PRIME-MD). El Médico de atención Primaria (MAP) requiere entrenamiento previo a la aplicación de alguno de estos instrumentos en la práctica clínica y la duración de dicho entrenamiento varía entre 2 horas para el PRIME-MD y 30 horas para el CIDI (27) y aquellos que emplean una entrevista semiestructurada pueden realizar la confirmación diagnóstica con alta confiabilidad (28).

Dada la necesidad de determinar la utilidad del tamizaje sistemático para depresión a nivel de atención primaria, se planteó la siguiente pregunta: *¿la detección sistemática rutinaria con instrumentos de tamizaje, con o sin sistemas de seguimiento y manejo integrado, es más efectiva, que la atención usual, en identificar pacientes con depresión, en facilitar su tratamiento, y en mejorar los resultados clínicos a nivel de la atención primaria?*

Metodología

Se realizó una búsqueda de estudios de casos y controles, cohortes y controlados aleatorizados, revisiones sistemáticas y meta-análisis en las bases de datos MEDLINE, base de datos de revisiones sistemáticas Cochrane, registro central de estudios controlados Cochrane, PsycINFO, y EMBASE desde enero de 1976 hasta el 30 de abril de 2013. Igualmente, se revisaron las referencias documentadas en los artículos encontrados en la búsqueda. Se emplearon los siguientes términos MeSH en la búsqueda para los estudios de tamizaje: 1) “depression”; 2) “depressive disorder”; 3) “depressive disorder, major”; 4) 1 or 2 or 3; 5) “mass screening”; 6) “screen” [tiab]; 7) “case finding” [tiab]; 8) “casefinding” [tiab]; 9) 5 or 6 or 7 or 8; 10) 4 and 9; 11) “mental disorders/diagnosis”; 12) “depress” [tiab]; 13) 9 and 11 and 12; 14) 10 or 13; 15) limitar 14 a [“clinical

trial” or “controlled clinical trial” or “randomized controlled trial”]; 16) “clinical trials” or “controlled clinical trials” or “randomized controlled trials”; 17) “double-blind method” or “random allocation” or “single-blind method”; 18) “random” [tiab]; 19) 16 or 17 or 18; 20) 14 and 19; 21) 15 or 20.

En cuanto a las revisiones sistemáticas y meta-análisis se emplearon los siguientes términos: 1) “depression” or “depressive disorder” or “depressive disorder, Major”; 2) “mass screening” or “screen” [tiab]; 3) 1 and 2; 4) “systematic review” [tiab]; 5) “meta analysis” [tiab]; 6) 3 and 4; 3 and 5.

Fueron seleccionados los estudios que cumplieron con los siguientes criterios:

Aplicaron un instrumento psicométrico válido de tamizaje para la detección de depresión y realizaron la retroalimentación del resultado de dicho instrumento al MAP.

Evaluaron el efecto de la aplicación del instrumento de tamizaje para depresión sobre la identificación, tratamiento, o resultados sobre la salud en el tiempo (seguimiento mínimo de 6 semanas).

Incluyeron la comparación del resultado del instrumento de tamizaje con el diagnóstico de depresión mediante los criterios de las clasificaciones diagnósticas (DSM o CIE) implementados mediante entrevistas estructuradas o semiestructuradas.

Examinaron el apoyo sistemático e integrado al tratamiento después de la identificación del trastorno depresivo.

Utilizaron los resultados del tamizaje en el cuidado de los participantes en el grupo de intervención y no debieron haber utilizado dichos resultados en el cuidado del grupo control.

Fueron llevados a cabo en instituciones o centros de atención primaria no especializados en salud mental o psiquiatría.

Los resultados de interés fueron la tasa de detección o reconocimiento del trastorno depresivo por el MAP, reflejada en un claro registro del trastorno en la historia clínica y las tasas de intervención para el cuadro depresivo dadas por la iniciación de una intervención farmacológica o psicosocial o la remisión activa para un cuidado especializado del cuadro depresivo. También fueron incluidos los resultados del cuadro depresivo.

Fueron excluidos los estudios cuya muestra estuviera constituida por pacientes hospitalizados, pacientes tratados por servicios especializados en psiquiatría o en instituciones psiquiátricas, pacientes internados en residencias para ancianos, así como estudios comunitarios, y los estudios cuya población objeto fueran los niños o adolescentes.

Resultados

Se encontraron 1077 estudios que llenaron criterios de búsqueda. De estos, los autores realizaron una selección de acuerdo con los criterios de inclusión que dejó 49 estudios.

Detección

Los estudios mostraron que muchos casos de depresión no son detectados (29,30). Los MAP logran tasas de detección del trastorno depresivo entre el 30% y 40% (rango 7-70%) sin utilizar herramientas adicionales para el diagnóstico como las escalas (31). Los pacientes con los cuadros menos severos y más jóvenes son los menos detectados (21), un estudio encontró que los MAP no detectan un caso probable de depresión por cada 28.6 consultas. Su reconocimiento está directamente relacionado con la severidad del cuadro clínico (a mayor severidad, mayor probabilidad de ser detectado), el tiempo de evolución (a menor tiempo, menor probabilidad), duración de los episodios previos (entre más cortos, menor probabilidad) y moderado por la severidad de los síntomas ansiosos concomitantes. La relación entre severidad y reconocimiento esta mediada únicamente por el estar desempleado, lo que incrementa la sensibilidad (31,32).

Un meta-análisis que evaluó 118 estudios para determinar la proporción de verdaderos y falsos positivos y negativos en atención primaria encontró que los MAP identificaron correctamente el trastorno depresivo en el 47% de los casos, y reportaron una sensibilidad de 50,1% y una especificidad del 81,3%. Con una prevalencia de depresión de 21,9% en atención primaria, por cada 100 personas atendidas hubo más falsos positivos que verdaderos positivos o falsos negativos (33).

Los cuadros depresivos moderados a severos, que no son detectados inicialmente por los MAP, son diagnosticados en consultas posteriores dada la característica longitudinal de la relación médico-paciente, mientras que las formas leves de la enfermedad, que son las más dadas a tener una recuperación espontánea, no son detectadas ni tratadas (32,34).

Un estudio longitudinal encontró que el 70% de los pacientes con depresión que no eran detectados inicialmente por los médicos de atención primaria se recuperaban o eran diagnosticados durante el periodo de seguimiento; sin embargo, cerca del 20% de los casos identificados permanecían sintomáticos y no detectados después de tres años (35).

Un estudio encontró que desde la perspectiva de los pacientes, si bien la necesidad de ayuda fue apremiante y buscada ansiosamente, el contacto con el MAP fue relativamente poco significativo cuando se comparó con la magnitud de

los problemas experimentados. Las expectativas que tenían los pacientes con relación a la atención primaria estaban influenciadas tanto por la experiencia personal de la depresión, como por la naturaleza y la percepción del cuidado provisto a nivel primario, y si el paciente consideraba que la naturaleza de su problema era razonable como para ser visto a nivel primario. En general, estas expectativas fueron bajas (36).

Debido a la gran heterogeneidad de los estudios realizados y los resultados dispares arrojados por los mismos en cuanto a la utilidad clínica de la realización de tamizaje para depresión a nivel de la atención primaria, varios autores han realizado meta-análisis; de estos, se destacan cinco: tres de ellos realizados por Gilbody y col (37-39), uno realizado por Pignone y col (40) y el realizado por O'Connor y col (41), estos dos últimos fueron el principal insumo para las recomendaciones de la fuerza de trabajo de los servicios preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) en relación a la realización de tamizaje para depresión a nivel de atención primaria (42). De acuerdo con los hallazgos podemos considerar que hay dos grupos:

Grupo 1

Gilbody y col no encontraron evidencia suficiente que apoyara la utilización rutinaria de instrumentos de detección de depresión en atención primaria con el fin de mejorar el reconocimiento de los trastornos depresivos, su tratamiento o los resultados, reflejados en mejoría del cuadro clínico o reducción en la severidad del mismo. En los meta-análisis realizados por este grupo no se incluyeron los estudios en los que se suministraba alguna forma de apoyo al cuidado de los pacientes (ej. manejo de caso, cuidado colaborativo, intervenciones de enfermería) además del *feedback* del resultado del instrumento de tamizaje al MAP en el grupo intervenido.

Grupo 2

Los meta-análisis realizados por Pignone y O'Connor incluyeron en el análisis los estudios que, además del *feedback* de los resultados del instrumento de tamizaje al MAP, suministraron

diversas formas de apoyo al manejo de los pacientes en el grupo intervenido, así como los estudios en los que aparte del *feedback* no se daba tal apoyo en el manejo en el grupo intervenido.

Pignone y col encontraron que el tamizaje con *feedback* incrementó el reconocimiento de los pacientes con depresión mayor entre el 10 y el 47%. El efecto del *feedback* sobre el tratamiento y los resultados produjo resultados mixtos, observándose gran heterogeneidad en los estudios. Sin embargo, el meta-análisis que los autores realizaron encontró una reducción en el riesgo relativo de una depresión persistente en un 13% en el grupo intervenido. El efecto fue mayor en los estudios que adicionaron medidas de apoyo al seguimiento y manejo de los pacientes en el grupo intervenido que en los estudios en donde solo se suministró *feedback*.

Impacto sobre tratamiento

Cuando el TDM logra detectarse, con frecuencia no recibe el tratamiento óptimo (43,44), obteniéndose resultados por debajo de lo esperado (45).

Un estudio encontró que la probabilidad de prescribir antidepresivos a nivel de atención primaria está asociada con la severidad del cuadro depresivo; sin embargo, casi la mitad de las personas prescritas con antidepresivos no estaban deprimidas (46). Otros autores alertan sobre los riesgos de diagnosticar erróneamente depresión en los pacientes que presentan sintomatología muy leve y pocas consecuencias funcionales, lo que puede conllevar el riesgo de una medicalización innecesaria y potencialmente peligrosa del malestar psicológico.

Seis estudios controlados aleatorizados en los que se aplicó el instrumento de tamizaje y al grupo de intervención se dio retroalimentación del resultado sin apoyo al manejo de los pacientes, no encontraron ningún beneficio en el grupo intervenido en cuanto a aumento del reconocimiento de los pacientes con depresión por parte del MAP, aumento de las tasas de tratamiento o mejoría en los resultados (Tabla 1).

Tabla 1. Estudios controlados aleatorizados en donde no se dio apoyo al tratamiento y cuyos resultados no favorecieron la realización del tamizaje.

| Estudio | N | Escala | Detección en grupo intervenido | Tratamiento en grupo intervenido | Resultado: mejoría del cuadro clínico o severidad |
|-----------------------|------|----------|--------------------------------|----------------------------------|---|
| Hoeper, 1984 (47) | 1452 | GHQ | Igual en ambos grupos | No reportó | No reportó |
| Dowrick, 1995 (48) | 1099 | BDI | Igual en ambos grupos | Igual en ambos grupos | Igual en ambos grupos |
| Lewis, 1996 (49) | 681 | GHQ | No reportó | No reportó | Igual en ambos grupos |
| Weatherall, 2000 (50) | 100 | GDS | No reportó | Igual en ambos grupos | Igual en ambos grupos |
| Schriger, 2001 (51) | 218 | PRIME-MD | Igual en ambos grupos | No reportó | No reportó |
| Bergus, 2005, (52) | 861 | PHQ | No reportó | Igual en ambos grupos | Igual en ambos grupos |

En contraste con lo anterior, otro grupo de estudios controlados aleatorizados que no incluyeron apoyo al tratamiento como parte de la intervención si encontraron algún beneficio en cuanto a detección, tasa de tratamiento o resultados en el grupo intervenido con respecto al control.

En la mayoría de ellos mejoró la detección de depresión en el grupo intervenido; sin embargo, solo dos estudios reportaron mejoría en los resultados y tan solo uno encontró mejoría en la tasa de tratamiento del grupo intervenido (Tabla 2).

Tabla 2. Estudios controlados aleatorizados en donde no se dio apoyo al tratamiento y cuyos resultados favorecieron la realización del tamizaje

| Estudio | N | Escala | Detección en grupo intervenido | Tratamiento en grupo intervenido | Resultado: mejoría del cuadro clínico o severidad |
|----------------------------|------|--------|--------------------------------|----------------------------------|---|
| Johnstone, 1976 (53) | 1093 | GHQ | No reportó | No reportó | Mayor en grupo intervenido |
| Moore, 1978 (54) | 212 | SDS | Mejóro | No reportó | No reportó |
| Linn, 1980 (55) | 150 | SDS | Mejóro | Igual en ambos grupos | No reportó |
| Zung and Magill, 1983 (56) | 1086 | SDS | Mejóro | No reportó | Mayor en grupo intervenido |
| German, 1987 (57) | 488 | GHQ | Mejóro en los >65 a | Igual en ambos grupos | No reportó |
| Magruder-Habib, 1990 (58) | 100 | SDS | Mejóro | Mejóro | No reportó |
| Christensen, 2003 (59) | 1785 | SCL-8 | Mejóro en cuadros más severos | No reportó | No reportó |

Diagnóstico erróneo

Los pacientes diagnosticados erróneamente con TDM en la atención primaria (falsos positivos) suelen presentar mayores niveles de malestar psicológico de tipo depresivo, mayores repercusiones funcionales y peor percepción de su salud que los verdaderos negativos. Además, suelen afirmar que el motivo de consulta son los síntomas psicológicos en mayor proporción que los verdaderos negativos. La tercera parte de ellos tienen antecedentes de cuadros depresivos previos, y la salud física en términos generales es peor que lo reportado por los verdaderos negativos (60). El número de falsos positivos es mayor que el número de falsos negativos debido a la baja prevalencia de depresión en la mayoría de servicios de atención primaria.

Intervenciones para mejorar [T3]

Un grupo de investigadores Neozelandés encontró que la relación entre el médico y el paciente es importante en la detección de los trastornos mentales a nivel primario, ya que los MAP son efectivos en identificar los problemas de salud mental en los pacientes que ellos conocen y que han venido atendiendo a lo largo del tiempo y que los instrumentos de detección son más útiles en los pacientes vistos por primera vez (61).

En estudios en los que se evaluó la utilización de guías, conferencias y grupos de discusión para mejorar la tasa de detección de depresión por parte de los MAP no se observó mejoría en el reconocimiento de los casos, ni en el resultado del tratamiento (32, 62, 63). Otros estudios han encontrado que las intervenciones educativas pueden aumentar el diagnóstico de depresión, en pacientes con riesgo moderado y alto de presentar esta patología, por parte de los médicos de atención primaria (64).

Adicionalmente, el entrenamiento de los MAP en destrezas de comunicación y reatribución sintomática, entre otras, mejoró los resultados del tratamiento a corto plazo en los pacientes, especialmente en aquellos con inicio reciente del TDM (65).

Nueve estudios en los que se implementó alguna de las modalidades de apoyo al tratamiento en el grupo intervenido reportaron mejoría en la detección, la tasa de tratamiento o en el resultado del cuadro clínico en dicho grupo comparado con el control. La mayoría reportaron mejoría en la tasa de tratamiento (siete estudios), seguidos por los resultados (seis) y menos de la mitad en la detección (Tabla 3).

Tabla 3. Estudios controlados aleatorizados en donde se dio apoyo al tratamiento cuyos resultados favorecieron la realización del tamizaje.

| Estudio | N | Escala | Detección en grupo intervenido | Tratamiento en grupo intervenido | Resultado: mejoría del cuadro clínico o severidad |
|--------------------------|------|------------|--------------------------------|----------------------------------|---|
| Zung and King, 1983 (66) | 49 | SDS | No reportó | No reportó | Mayor en grupo intervenido |
| Callahan, 1994 (67) | 175 | HAM-D | Mejóro | Mejóro | Igual en ambos grupos |
| Callahan, 1996 (68) | 222 | HAM-D | Igual en ambos grupos | Mejóro | Igual en ambos grupos |
| Williams, 1999 (20) | 969 | CES-D & SQ | Mejóro | Igual en ambos grupos | Igual en ambos grupos |
| *Katzelnick, 2000 (69) | 407 | HAM-D | No reportó | Mejóro | Mayor en grupo intervenido |
| Wells, 2000 (70) | 1356 | CES-D | No reportó | Mejóro | Mayor en grupo intervenido |
| Rost, 2001 (71) | 479 | 2 Qs | No reportó | Mejóro | Mayor en grupo intervenido |
| Jarjoura, 2004 (72) | 61 | PRIME-MD | Mejóro | Mejóro | Mayor en grupo intervenido |
| Rubenstein, 2007 (73) | 792 | GDS | Mejóro | Mejóro | Mayor en grupo intervenido |

*Se dio feedback a los pacientes, no a los MAP

Dos estudios controlados aleatorizados, en los que se dio apoyo al tratamiento en el grupo de intervención, reportaron iguales resultados para ambos grupos en cuanto a detección, tasa de tratamiento y mejoría clínica del cuadro depresivo (Tabla 4)

Tabla 4. Estudios controlados aleatorizados en donde se dio apoyo al tratamiento cuyos resultados no favorecieron la realización del tamizaje.

| Estudio | N | Escala | Detección en grupo intervenido | Tratamiento en grupo intervenido | Resultado: mejoría del cuadro clínico o severidad |
|--------------------|-----|--------|--------------------------------|----------------------------------|---|
| Whooley, 2000 (74) | 331 | GDS | Igual en ambos grupos | Igual en ambos grupos | Igual en ambos grupos |
| Bosmans, 2006 (75) | 145 | GDS | No reportó | Igual en ambos grupos | Igual en ambos grupos |

Un estudio que evaluó el costo-efectividad de realizar tamizaje para depresión a nivel primario encontró que el tamizaje anual o periódico no es una intervención costo-efectiva. El proceso es costo-efectivo comparado con la no realización de tamizaje únicamente en las instituciones con alta prevalencia de TDM, con costos muy bajos de tamizaje y con altas tasas de remisión. El tamizaje por una sola ocasión puede ser costo-efectivo en el sitio de cuidado habitual. Algunos autores recomiendan que los sistemas de salud deben invertir primero en implementar tratamientos estructurados para el TDM antes que en el tamizaje, ya que el costo-efectividad del último depende en gran medida de la efectividad del primero (76).

Discusión

El porcentaje de personas que resultan positivas para depresión en los instrumentos de tamizaje y que efectivamente llenan los criterios de TDM varía entre el 24 y el 44%, porcentaje similar a la tasa de detección que realizan los MAP sin instrumentos de tamizaje. La mayoría de las personas que dan positivo en dichos instrumentos no llenarán los criterios para depresión mayor, aunque algunos de ellos podrían beneficiarse de consejería o tratamiento. Quizás entonces los

instrumentos de tamizaje son útiles para motivar a los médicos a realizar un seguimiento más detallado (21).

Los pacientes deprimidos que no son detectados en atención primaria suelen ser jóvenes que tienen formas leves de la enfermedad, consultan por molestias de tipo somático y no se consideran a sí mismos como pacientes que sufren de un trastorno mental (21,77). Un porcentaje importante de estos pacientes que no son detectados inicialmente suelen recuperarse espontáneamente o ser diagnosticados en evaluaciones posteriores durante el seguimiento. Sin embargo, el 20% tienden a tornarse crónicos.

El elevado número de falsos positivos que arroja tanto la aplicación de los instrumentos de tamizaje existentes como la evaluación rutinaria del MAP, en parte debido a la baja prevalencia del trastorno a nivel primario, constituyen un verdadero reto clínico, ya que muchas personas que no padecen el trastorno están siendo sometidas a intervenciones innecesarias (ej. psicofármacos).

La habilidad para reconocer la enfermedad depresiva varía mucho entre los médicos de atención primaria, desde

aquellos que son capaces de detectar a todos los pacientes que presentan depresión corroborado mediante entrevistas independientes, hasta aquellos que detectan muy pocos casos. Las destrezas de comunicación de los MAP son quizás el elemento fundamental para detectar el malestar emocional de los pacientes deprimidos, de tal forma que aquellos con mayores destrezas facilitan la capacidad de comunicación de los pacientes en cuanto a malestar emocional, lo que hace que la detección sea más fácil. Los MAP que tienen pobres habilidades de comunicación son más propensos a actuar de manera cómplice con la tendencia de los pacientes deprimidos a no expresar el malestar que presentan, a menos que sean preguntados directamente sobre el mismo (78).

Los factores asociados al pobre reconocimiento de los cuadros depresivos a nivel de la atención primaria pueden agruparse en cuatro.

Factores relacionados con la persona con TDM. Los pacientes pueden tener dificultad para expresar su malestar psicológico y discutirlo con el MAP, especialmente cuando no se sienten seguros de que la sintomatología depresiva sea una razón legítima para consultar al médico (79). No obstante, algunas personas creen que el MAP no es la persona correcta para hablar de estos síntomas, o que dichas molestias no deberían discutirse. Los pacientes más jóvenes, los que consultan frecuentemente y los que presentan mayor discapacidad psiquiátrica, constituyen el grupo de personas que menos tienden a comentar sus síntomas psicológicos con el MAP (80).

Las expectativas que el paciente tenga de la ayuda que puede recibir a nivel primario pueden determinar el grado de comunicación de las molestias sentidas y la satisfacción obtenida por la atención recibida. A menor expectativa, menor posibilidad que el paciente manifieste sus síntomas emocionales.

Factores del MAP. La construcción de la “depresión” como una condición clínica es controvertida entre los MAP (81). Los médicos y el personal de atención primaria pueden ser reacios a abrir una “caja de pandora” en una consulta de tiempo limitado y en vez de ello se alían con la persona que sufre depresión en lo que se ha denominado “nihilismo terapéutico” (la sensación que nada puede hacerse por estos pacientes). Situación que se da sobre todo con los pacientes mayores que sufren depresión, en los que se considera la depresión como un problema del trabajo diario más que una categoría diagnóstica objetiva (82). En áreas deprivadas, el MAP puede ver la depresión como una respuesta normal a las circunstancias difíciles, las enfermedades o los eventos vitales (83), y la depresión puede ser subdiagnosticada.

Los médicos de atención primaria también pueden tener un conocimiento deficiente sobre el trastorno y carecer de entrenamiento adecuado sobre el manejo, así como poca satisfacción con los tipos de tratamiento que pueden ser ofrecidos, especialmente la falta de disponibilidad de intervenciones psicológicas, lo que reduce su habilidad para realizar un diagnóstico y mina su confianza para tratar la enfermedad en forma exitosa (31).

Factores organizacionales. Los factores propios del sistema de salud que dificultan la identificación y descubrimiento de los síntomas y problemas, como el tiempo disponible para cada consulta, la continuidad de la relación médico-paciente, que junto con el limitado acceso a los servicios de salud mental se suman a la resistencia de los profesionales a animar a los pacientes para que revelen su malestar, para que la detección y manejo de los trastornos depresivos en atención primaria sea pobre (84).

Factores sociales. Las barreras descritas suelen ser particularmente difíciles para los estratos socioeconómicos más bajos y las poblaciones minoritarias, quienes tienden a tener más problemas de salud y están más discapacitados. La barrera del estigma descrita debe contrastarse con los argumentos que afirman que la depresión es una construcción social en la que el malestar o la infelicidad son medicalizados y la insinuación que la infelicidad crónica no es “tratable” en el sentido terapéutico o curativo normal (85,86).

Los estudios muestran que las intervenciones que incluyen la implementación de guías de práctica clínica con la participación y apoyo de equipos de salud mental a nivel primario son más efectivas que el cuidado primario de rutina y que las intervenciones orientadas a educar al médico de atención primaria, sin embargo, resultan mucho más costosas (63).

Conclusiones

La depresión es el trastorno mental más frecuente en la atención primaria. El hecho que el 50% de las personas que padecen depresión nunca consulten al médico, que el 95% nunca consulte a los servicios de atención mental secundarios y que otro porcentaje importante no sea detectado ni tratado constituye un desafío para los programas de atención primaria (87,82).

El MAP cuenta con varios instrumentos de tamizaje válidos y confiables para la detección del TDM a nivel primario, dentro de los que se destacan los instrumentos cortos como las escalas de una, dos y tres preguntas, cuya brevedad y simplicidad facilitan su utilización en la práctica clínica.

Cualquiera que sea la escala a utilizar, debería emplearse en pacientes en los que el clínico sospeche la presencia de depresión y, de resultar positiva, realizar una entrevista o evaluación orientada a confirmar la presencia del trastorno, las dificultades sociales, interpersonales y funcionales asociadas. En términos generales, los MAP son capaces de descartar la presencia de depresión en las personas que no están realmente deprimidas con una razonable precisión, pero tienen dificultad en diagnosticar depresión en los casos verdaderos.

Sin embargo, el tamizaje de rutina para depresión tiene en contra una serie de aspectos a considerar: el bajo valor predictivo positivo (muchos pacientes que dan positivo en el tamizaje no tienen depresión), la carencia de evidencia empírica de que dicho procedimiento beneficia a los pacientes, el gasto de recursos en pacientes que pueden tener poco beneficio (muchos pacientes que son detectados por dicha aproximación pueden estar levemente deprimidos y recuperarse sin una intervención formal) y la desviación de los recursos lejos de los pacientes que están más deprimidos y que como resultado pueden ser tratados en forma inadecuada.

Una de las mayores dificultades resultantes de la detección, ya sea a través de un instrumento o producto de la consideración del MAP, son los falsos positivos.

De acuerdo con los estudios, resulta más útil mejorar el seguimiento y el tratamiento de los pacientes deprimidos a nivel primario que la detección misma de los pacientes, ya que la mejoría de estos aspectos, a través de diversas formas de apoyo, se refleja en mejores tasas de tratamiento y recuperación de los pacientes, situación que no necesariamente sucede mejorando las tasas de reconocimiento.

La educación de la población general acerca del trastorno depresivo, sus manifestaciones clínicas y las posibilidades de tratamiento pueden contribuir a desestigmatizar esta enfermedad y facilitar el reconocimiento y aceptación por parte de los pacientes, familias y la comunidad en general.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores

Financiación

Ninguna declarada por los autores

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores

Referencias

1. Ferrari a J, Somerville a J, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T, *et al.* Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med.* 2013;43(3):471-481. <http://doi.org/5jk>.
2. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, De Girolamo G, *et al.* Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.* 2011;9:90. <http://doi.org/cxhbb6>.
3. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Fundación FES. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Cali: Ministerio de la Protección Social-Fundación FES; 2005.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001-Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
5. World Health Organization N. The global burden of disease: 2004 update.; Geneve: WHO; 2008.
6. Ormel J, Vonkorff M, Oldehinkel AJ, Simon G, Tiemens BG, Ustün TB. Onset of disability in depressed and non-depressed primary care patients. *Psychol Med.* 1999;29(4):847-853. <http://doi.org/cb5g9c>.
7. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet.* 2007; 370(9590):851-858. <http://doi.org/fsn87k>.
8. Cassano P, Fava M. Depression and public health: An overview. *J Psychosom Res.* 2002;53(4):849-857. <http://doi.org/c59jf8>.
9. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J.* 2006; 27(23):2763-2774. <http://doi.org/csnc8c>.
10. Sartorius N. The economic and social burden of depression. *J Clin Psychiatry.* 2001;62(1 Suppl):8-11.
11. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry.* 2000; 157(12):1925-1932. <http://doi.org/bg3vbg>.
12. Ramchandani P. The impact of parental psychiatric disorder on children. *BMJ.* 2003; 327:242-243. <http://doi.org/dqbd5r>.
13. Wittchen HU, Schuster P, Lieb PSR. Comorbidity and mixed anxiety-depressive disorder: Clinical curiosity or pathophysiological need? *Hum Psychopharmacol.* 2001; 16(1 Suppl):S21-S30. <http://doi.org/cknsnj>.
14. Andrews G, Anderson TM, Slade T, Sunderland M. Classification of anxiety and depressive disorders: Problems and solutions. *Depression and Anxiety.* 2008; 25(4):274-281. <http://doi.org/brjhjw>.
15. Williams JW, Pignone M, Ramírez G, Pérez C. Identifying depression in primary care: A literature synthesis of case-finding instruments. *Gen Hosp Psychiatry.* 2002; 24(4):225-237. <http://doi.org/b72xr6>.
16. Gilbody S, Sheldon T, Wessely S. Should we screen for depression? *BMJ.* 2006; 332(7548):1027-1030. <http://doi.org/czvdmd>.

17. **Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS.** Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med.* 1997; 12(7):439-445. <http://doi.org/fs2nbn>.
18. **Arroll B, Khin N, Kerse N.** Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ.* 2003; 327(7424):1144-1146. <http://doi.org/fhqqkg>.
19. **Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, Fishman T, Gunn J.** Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ.* 2005; 331(7521):884. <http://doi.org/ftw5s4>.
20. **Williams JW, Mulrow CD, Kroenke K, Dhanda R, Badgett RG, Omori D, et al.** Case-finding for depression in primary care: a randomized trial. *Am J Med.* 1999; 106(1): 36-43. <http://doi.org/cpgcb3>.
21. **Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB.** Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA.* 1999; 282(18):1737-1744. <http://doi.org/b9xrff>.
22. **Reuland DS, Cherrington A, Watkins GS, Bradford DW, Blanco RA, Gaynes BN.** Diagnostic Accuracy of Spanish Language Depression-Screening Instruments. *Ann Fam Med.* 2009; 7(5):455-62. <http://doi.org/fnkgjp>.
23. **Campo A, Díaz LA, Rueda GE, Barros JA.** Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2005; 34(1):54-62.
24. **Rico J, Restrepo M, Molina M.** Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (had) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de colombia. *Av en Medición.* 2005; 3(1):73-86.
25. **Villalobos FH.** Estructura factorial y propiedades psicométricas de una escala de depresión en universitarios de Colombia. *Rev Panam Salud Pública.* 2010; 27(1):110-6. <http://doi.org/bqqfkn>.
26. **Rueda GE, Díaz LA, López MT, Campo A.** Validación de una versión abreviada de la Escala para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en adultos colombianos. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2009; 38(3):513-521.
27. **Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, et al.** Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA.* 1994; 272(22):1749-1756. <http://doi.org/ddbphg>.
28. **Williams JW, Noël P, Cordes J, Ramírez G, Pignone M.** Is this patient clinically depressed? *JAMA.* 2002; 287(9):1160-1170. <http://doi.org/d8f3j6>.
29. **Del Piccolo L, Saltini A, Zimmermann C.** Which patients talk about stressful life events and social problems to the general practitioner? *Psychol Med.* 1998; 28(6):1289-1299. <http://doi.org/dg5m32>.
30. **Raine R, Lewis L, Sensky T, Hutchings A, Hirsch S, Black N.** Patient determinants of mental health interventions in primary care. *Br J Gen Pract.* 2000; 50(457):620-625.
31. **Docherty JP.** Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry.* 1997; 58(1 Suppl): S5-10.
32. **Thompson C, Ostler K, Peveler RC, Baker N, Kinmonth AL.** Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care: The Hampshire Depression Project 3. *Br J Psychiatry.* 2001; 179(4):317-323. <http://doi.org/fhzhfnd>.
33. **Mitchell AJ, Vaze A, Rao S.** Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet.* 2009; 374(9690):609-619. <http://doi.org/bxkgvv>.
34. **Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al.** The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA.* 2003; 289(23):3095-3105. <http://doi.org/cxq>.
35. **Kessler D, Bennewith O, Lewis G, Sharp D.** Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. *BMJ.* 2002; 325(7371):1016-1017. <http://doi.org/c9z45w>.
36. **Rogers Dianne Oliver, Anne CM.** Experiencing depression, experiencing the depressed: The separate worlds of patients and doctors. *J Ment Heal.* 2001; 10(3):317-333. <http://doi.org/dgtb98>.
37. **Gilbody SM, House AO, Sheldon TA.** Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. *BMJ.* 2001; 322(7283):406-409. <http://doi.org/cjkb3h>.
38. **Gilbody S, House AO, Sheldon TA.** Screening and case finding instruments for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;. <http://doi.org/fmhmwk>.
39. **Gilbody S, Sheldon T, House A.** Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *CMAJ.* 2008; 178(8):997-1003. <http://doi.org/cj2jz2>.
40. **Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al.** Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002; 136(10):765-776. <http://doi.org/5kg>.
41. **O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN.** Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Ann Intern Med.* 2009; 151:793-803. <http://doi.org/5wp>.
42. **U.S. Preventive Services Task Force.** Screening for Depression in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2009; 151(11):784-92. <http://doi.org/5kh>.
43. **Katon W, von Korff M, Lin E, Bush T, Ormel J.** Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care. *Med Care.* 1992; 30(1): 67-76. <http://doi.org/dzw3dh>.
44. **Donoghue JM, Tylee A.** The treatment of depression: prescribing patterns of antidepressants in primary care in the UK. *Br J Psychiatry.* 1996; 168(2):164-168. <http://doi.org/fkv6p4>.
45. **Rost K, Humphrey J, Kelleher K.** Physician management preferences and barriers to care for rural patients with depression. *Arch Fam Med.* 1994; 3(5):409-414. <http://doi.org/fjtt3c>.
46. **Kendrick T, King F, Albertella L, Smith PW.** GP treatment decisions for patients with depression: an observational study. *Br J Gen Pract.* 2005; 55(513):280-6.
47. **Hoepfer EW, Kessler LG, Nycz GR, Burke JD, Pierce WE.** The usefulness of screening for mental illness. *Lancet.* 1984; 323(8367):33-35. <http://doi.org/c8n9sj>.

48. Dowrick C, Buchan I. Twelve month outcome of depression in general practice: does detection or disclosure make a difference? *BMJ*. 1995; 311(7015):1274-1276. <http://doi.org/cmbtd4>.
49. Lewis G, Sharp D, Bartholomew J, Pelosi AJ. Computerized assessment of common mental disorders in primary care: effect on clinical outcome. *Fam Pract*. 1996; 13(2):120-126. <http://doi.org/dscpk3>.
50. Weatherall M. A randomized controlled trial of the geriatric depression scale in an inpatient ward for older adults. *Clin Rehabil*. 2000; 14(2):186-191. <http://doi.org/fk5h75>.
51. Schriger DL, Gibbons PS, Langone CA, Lee S, Altshuler LL. Enabling the diagnosis of occult psychiatric illness in the emergency department: A randomized, controlled trial of the computerized, self-administered PRIME-MD diagnostic system. *Ann Emerg Med*. 2001; 37(2):132-140. <http://doi.org/dw5q2r>.
52. Bergus GR, Hartz AJ, Noyes R, Ward MM, James PA, Vaughn T, et al. The limited effect of screening for depressive symptoms with the PHQ-9 in rural family practices. *J Rural Heal*. 2005; 21(4):303-309. <http://doi.org/d3b3bv>.
53. Johnstone A, Goldberg D. Psychiatric screening in general practice. A controlled trial. *Lancet*. 1976; 1(7960):605-8. <http://doi.org/dx37xr>.
54. Moore JT, Silimperi DR, Bobula JA. Recognition of depression by family medicine residents: the impact of screening. *J Fam Pract*. 1978; 7(3):509-13.
55. Linn LS, Yager J. Screening of depression in relationship to subsequent patient and physician behavior. *Med Care*. 1982; 20(12):1233-1240. <http://doi.org/bj825r>.
56. Zung WWK, Magill M, Moore JT, George DT. Recognition and treatment of depression in a family medicine practice. *J Clin Psychiatry*. 1983; 44(1):3-6.
57. German PS, Shapiro S, Skinner EA, Von Korff M, Klein LE, Turner RW, et al. Detection and Management of Mental Health Problems of Older Patients by Primary Care Providers. *JAMA*. 1987; 257(4):489-493. <http://doi.org/fh9m92>.
58. Magruder-Habib K, Zung WW, Feussner JR. Improving physicians' recognition and treatment of depression in general medical care. Results from a randomized clinical trial. *Med Care*. 1990; 28(3):239-250. <http://doi.org/c9ntqz>.
59. Christensen KS, Toft T, Frostholm L, Ørnbol E, Fink P, Olsen F. The FIP study: a randomised, controlled trial of screening and recognition of psychiatric disorders. *Br J Gen Pract*. 2003; 53(495):758-63.
60. Aragones E, Pinol J, Labad A. The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Fam Pract*. 2006; 23(3):363-368. <http://doi.org/cpcdxg>.
61. MaGPIe Research Group. The effectiveness of case-finding for mental health problems in primary care. *Br J Gen Pract*. 2005; 55(518):665-9.
62. Kendrick T, Stevens L, Bryant A, Goddard J, Stevens A, Raftery J, et al. Hampshire depression project: changes in the process of care and cost consequence. *Br J Gen Pract*. 2001; 51(472):911-3.
63. Thompson C1, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*. 2000; 355(9199):185-191. <http://doi.org/d9dj3m>.
64. Gómez C, Bohórquez A, Okuda M, Gil JF, Tamayo N, Rey D. Exactitud en el diagnóstico de depresión por médicos de atención primaria después de una intervención educativa. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2007; 36(3):439-50.
65. Tiemens BG, Ormel J, Jenner JA, van der Meer K, Van Os TW, van den Brink RH, et al. Training primary-care physicians to recognize, diagnose and manage depression: does it improve patient outcomes? *Psychol Med*. 1999; 29(4):833-845. <http://doi.org/dg2k8v>.
66. Zung WW, King RE. Identification and treatment of masked depression in a general medical practice. *J Clin Psychiatry*. 1983; 44(10):365-8.
67. Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS, Brater DC, Hui SL, Tierney WM. Improving treatment of late life depression in primary care: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc*. 1994; 42(8):839-846. <http://doi.org/5kn>.
68. Callahan CM, Dittus RS, Tierney WM. Primary care physicians' medical decision making for late-life depression. *J Gen Intern Med*. 1996; 11(4):218-225. <http://doi.org/ddj9tr>.
69. Katzelnick DJ, Simon GE, Pearson SD, Manning WG, Helstad CP, Henk HJ, et al. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Arch Fam Med*. 2000; 9(4):345-51. <http://doi.org/d9sv9t>.
70. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unützer J, et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000; 283(2):212-220. <http://doi.org/c7thrd>.
71. Rost K, Nutting P, Smith J, Werner J, Duan N. Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the QuEST intervention. Quality Enhancement by Strategic Teaming. *J Gen Intern Med*. 2001; 16(3):143-149. <http://doi.org/bmmhfz>.
72. Jarjoura D, Polen A, Baum E, Kropp D, Hetrick S, Rutecki G. Effectiveness of Screening and Treatment for Depression in Ambulatory Indigent Patients. *J Gen Intern Med*. 2004; 19(1):78-84. <http://doi.org/d9vprm>.
73. Rubenstein LZ, Alessi CA, Josephson KR, Trinidad Hoyle M, Harker JO, Pietruszka FM. A randomized trial of a screening, case finding, and referral system for older veterans in primary care. *J Am Geriatr Soc*. 2007; 55(2):166-174. <http://doi.org/dx883n>.
74. Whooley MA, Stone B, Soghikian K. Randomized trial of case-finding for depression in elderly primary care patients. *J Gen Intern Med*. 2000; 15(5):293-300. <http://doi.org/d7gfwk>.
75. Bosmans J, de Bruijne M, van Hout H, van Marwijk H, Beekman A, Bouter L, et al. Cost-effectiveness of a disease management program for major depression in elderly primary care patients. *J Gen Intern Med*. 2006; 21(10):1020-1026. <http://doi.org/ch5zfc>.
76. Valenstein M, Vijan S, Zeber JE, Boehm K, Buttar A. The cost-utility of screening for depression in primary care. *Ann Intern Med*. 2001; 134(5):345-60. <http://doi.org/5kp>.
77. Goldberg D, Privett M, Ustun B, Simon G, Linden M. The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. *Br J Gen Pract*. 1998; 48(437):1840-1844.

78. **Goldberg DP, Jenkins L, Millar T, Faragher EB.** The ability of trainee general practitioners to identify psychological distress among their patients. *Psychol Med.* 1993; 23(1):185-193. <http://doi.org/fm53gc>.
79. **Gask L, Rogers A, Oliver D, May C, Roland M.** Qualitative study of patients' perceptions of the quality of care for depression in general practice. *Br J Gen Pract.* 2003; 53(489):278-283.
80. **Bushnell J, McLeod D, Dowell A, Salmond C, Ramage S, Collings S, et al.** Do patients want to disclose psychological problems to GPs? *Fam Pract.* 2005; 22(2):631-637. <http://doi.org/dt3xrp>.
81. **Pilgrim D, Dowrick C.** From a diagnostic-therapeutic to a social existential response to "depression". *J Public Ment Health.* 2006; 5(2):6-12. <http://doi.org/dr5xq7>.
82. **Burroughs H, Lovell K, Morley M, Baldwin R, Burns A, Chew-Graham C.** "Justifiable depression": How primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Fam Pract.* 2006; 23(3):369-377. <http://doi.org/d7s7nj>.
83. **May C, Allison G, Chapple A, Chew-Graham C, Dixon C, Gask L, et al.** Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: a comparative study of general practitioners' accounts. *Sociol Health Illn.* 2004;26(2):135-158. <http://doi.org/b9m2fv>.
84. **Popay J, Kowarzik U, Mallinson S, Mackian S, Barker J.** Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part I: the GP perspective. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61(11):966-971. <http://doi.org/dwfdvt>.
85. **Ellis CG.** Chronic unhappiness. Investigating the phenomenon in family practice. *Can Fam Physician.* 1996; 42: 645-651.
86. **Pilgrim D, Bentall R.** The medicalisation of misery: A critical realist analysis of the concept of depression. *J Ment Heal.* 1999; 8(3):261-274. <http://doi.org/c89jck>.
87. **National Institute for Health and Clinical Excellence.** Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management. London: NICE, 2009.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49352>**Genética molecular del alcoholismo***Molecular genetics of alcoholism***Mauricio Rey-Buitrago¹****Recibido:** 25/02/2015 **Aceptado:** 27/04/2015¹ Maestría en Genética Humana, Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.

Correspondencia: Mauricio Rey-Buitrago. Carrera 45 No. 26-85, Instituto de Genética, Edificio 426, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia. Tel: +57 1 3165000, ext: 11610. Correo electrónico: mrey@unal.edu.co.

| Resumen |

El alcoholismo es una patología psiquiátrica compleja y de origen multifactorial en la que el factor genético explica alrededor del 50 % del fenómeno. Son numerosos los genes que se han asociado a esta enfermedad, pero su aporte individual es mínimo y contradictorio. Estos genes operan a través de características intermedias como la impulsividad y la sensibilidad al alcohol, lo que hace compleja la definición del fenotipo del alcoholismo. Los estudios de asociación de SNPs, de asociación a todo el genoma, de expresión y epigenéticos han identificado una amplia gama de variantes genéticas y epigenéticas, blancos para los estudios de susceptibilidad, diagnóstico y tratamiento farmacológico. Actualmente se comprenden mucho más estas relaciones y el desarrollo rápido de nuevas metodologías de estudio promete continuar este proceso, así como la generación de algoritmos de diagnóstico, prevención y tratamientos más acertados y confiables.

Palabras clave: Alcoholismo; Genómica; Polimorfismo de nucleótido simple; Farmacogenómica; Epigenética (DeCS).

Rey-Buitrago M. Genética molecular del alcoholismo. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):483-94. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49352>.

Summary

Alcoholism is a complex and multifactorial psychiatric pathology in which the genetic factor explains about 50% of the phenomenon. Numerous genes have been associated with the disease, but their individual contribution is minimal and contradictory. These genes operate through intermediate characteristics such as impulsivity and sensitivity to alcohol,

which makes the definition of alcoholism phenotype a complex one. Association of SNPs, genome-wide association, expression and epigenetic studies have identified a wide range of genetic and epigenetic variants, targets for susceptibility studies, diagnosis and drug treatment. Currently, there is much more understanding of these relationships, and the rapid development of new methods of study promises to continue this process as well as the generation of algorithms for diagnosis, prevention and successful reliable treatments.

Keywords: Alcoholism; Genomics; Polymorphism, Single nucleotide; Pharmacogenomics; Epigenetics (MeSH).

Rey-Buitrago M. [Molecular genetics of alcoholism]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):483-94. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49352>.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el alcoholismo o alcohol-dependencia como el consumo crónico y continuado o periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación, obsesión por el alcohol y consumo a pesar de sus consecuencias adversas (1-3). El consumo excesivo de alcohol es uno de los problemas de salud pública de mayor magnitud con relación a psicoactivos de uso legal, siendo una problemática de alcance mundial que pone en peligro el desarrollo individual, la vida familiar y la convivencia social de una persona. Se estima que en el mundo cerca 2600 millones de personas consumen alcohol, sea de forma ocasional, habitual, abusiva o adictiva. Anualmente, 2.5 millones de personas mueren por causas relacionadas con el alcohol (4-6).

En Colombia, alrededor del 86% de los participantes en las últimas encuestas de consumo de sustancias psicoactivas (7,8) manifestó haber consumido alcohol alguna vez en su vida. El 35% había consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días. Se calcula que 2.4 millones de colombianos tienen problemas con el consumo de alcohol. En el ámbito escolar y universitario, dos de cada tres encuestados declaran haber consumido alguna bebida alcohólica en su vida. El 40% de los estudiantes de 11 a 18 años declararon haber consumido algún tipo de bebida alcohólica durante el último mes (9,10). Estas cifras muestran que el consumo de alcohol es un grave problema de salud pública en Colombia.

El consumo de drogas lícitas e ilícitas, particularmente de alcohol, se relaciona con más de 60 condiciones de salud, que van desde las que son resultado de un consumo excesivo durante el embarazo y que afectan al feto, hasta lesiones intencionales, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia. De igual forma, se relaciona con el desarrollo de eventos epidémicos —cardiovasculares, cáncer y otros que se están incrementando—, con enfermedades sociales y mentales, con la violencia intrafamiliar, la morbilidad y mortalidad por accidentes de tráfico, el suicidio, el absentismo laboral y escolar, los problemas interpersonales y las conductas sexuales peligrosas (11).

El alcoholismo es una enfermedad psiquiátrica crónica y multifactorial cuyo desarrollo está influenciado por numerosos factores fisiológicos, genéticos, psicosociales y ambientales. Dilucidar el aporte de cada uno de estos factores al fenotipo —tan heterogéneo— de alcoholismo humano es complicado, pues cada uno de ellos, en especial el genético y el ambiental, son complejos de controlar. No todos los individuos que consumen alcohol se vuelven alcohólicos, uno de los factores desencadenantes es la vulnerabilidad o susceptibilidad biológica, que es alta en el alcoholismo. Se entiende por susceptibilidad biológica la totalidad de condiciones con las que un individuo nace, que le hacen más o menos predispuesto al desarrollo de una condición patológica (12,13).

Las investigaciones que emplean muestras de individuos de una misma familia, hermanos gemelos, hijos adoptados y personas no emparentadas revelan más del 50% del componente genético involucrado en las conductas que conllevan a una adicción al alcohol (14). De acuerdo con lo anterior, la alcohol-dependencia es una enfermedad de herencia compleja y de amplia heterogeneidad, en la que múltiples y diversos genes y alelos pueden estar involucrados con aportes mínimos si se toman de manera individual, pueden ser diferentes de una población a otra, y comunes con otras patologías (15). En la identificación de estos genes se ha enfocado la atención en los asociados con el metabolismo del alcohol —como las alcohol

y aldehído deshidrogenasas (ADH y ALDH, respectivamente), los citocromos P450, genes de resistencia al estrés, genes de neuroinflamación, genes de ejecución del control cognitivo— y en los sistemas reforzadores del consumo de alcohol que están involucrados con la adicción —como los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico, opioide, acetilcolinérgico, glutamérgico y gabaérgico, que están relacionados con múltiples neuroadaptaciones que ocurren en el proceso de transición hacia la adicción— (12,13).

Actualmente, con la implementación de estudios de genómica total, transcriptómica, epigenómica, de respuesta a fármacos con herramientas como microarreglos y de secuenciación de ADN y ARN de siguiente generación, los blancos genéticos se han ampliado, diversificado y han permitido analizar la expresión de genes, su estado de activación entre controles y alcohólicos, y la elaboración de redes de genes (14).

Los individuos que empiezan a abusar tempranamente de las drogas se constituyen en el grupo con mayor riesgo de desarrollar una adicción. Si se pudiera reconocer la predisposición en una fase precoz por medio de un perfil genético, se podría dirigir la intervención en prevención hacia esa población, e incluso, en fases posteriores, se podrían proponer alternativas de diagnóstico y tratamiento psíquico o farmacológico, de acuerdo al perfil genético y/o patrones de expresión génica particulares.

Instrumentos de clasificación

El tamaño de la muestra y la identificación correcta de un fenotipo son fundamentales para los estudios genético-moleculares; desafortunadamente, no existen pruebas específicas para el diagnóstico del alcoholismo. Además de la exploración clínica adecuada, se emplean diferentes instrumentos como cuestionarios, encuestas, escalas, etc., que son de gran ayuda en la identificación de consumo de riesgo, consumo perjudicial y alcoholismo. Los cuestionarios CAGE, CBA y AUDIT, por su brevedad y sencillez, son los instrumentos más útiles. Se recomienda emplear aquellos que hayan sido adaptados, flexibles y validados para la población objeto de estudio (17,18).

Particularmente, se ha empleado el cuestionario AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), desarrollado por la OMS como un método simple de tamizado del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Éste comprende 10 preguntas que indagan sobre el consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol. AUDIT es un test de tamizado que identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una

posible dependencia. Es breve, rápido, flexible y de gran utilidad en atención primaria (2,3,16,17) (Véase Tabla 1).

Tabla 1. Dominios y Contenidos del AUDIT.

| Dominios | No. de la pregunta | Contenido de la pregunta |
|--------------------------------|--------------------|--------------------------------------|
| Consumo de riesgo de alcohol | 1. | Frecuencia de consumo |
| | 2. | Cantidad típica |
| | 3. | Frecuencia del consumo elevado |
| Síntomas de dependencia | 4. | Pérdida del control sobre el consumo |
| | 5. | Aumento de la relevancia del consumo |
| | 6. | Consumo matutino |
| Consumo perjudicial de alcohol | 7. | Sentimiento de culpa tras el consumo |
| | 8. | Lagunas mentales |
| | 9. | Lesiones relacionadas con el alcohol |
| | 10. | Otros se preocupan por el consumo |

Fuente: (14).

Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0-4. Cuando se obtienen puntuaciones totales iguales o mayores a 8 se toman como indicadores de consumo de riesgo; puntuaciones iguales o mayores a 13 se toman como consumo perjudicial y puntuaciones iguales o mayores a 20 se toman como problemas físico-químicos con la bebida y/o posible dependencia alcohólica.

Fenotipos y endofenotipos

El fenotipo de las enfermedades neuropsiquiátricas, y particularmente del alcoholismo, es muy heterogéneo, puede ser modulado por factores ambientales pasando por diversas fases a lo largo de un muy extenso período de tiempo que llevan a la confusión en el diagnóstico clínico (20). Para facilitar su abordaje y con base en estudios de adopción y modelos de neuroaprendizaje, el alcoholismo se puede dividir en dos subtipos: Tipo I, caracterizado por inicio tardío, baja heredabilidad, sentimiento de culpa, preocupación y baja dependencia psicológica. Tipo II, caracterizado por inicio temprano (menos de 25 años), presencia de comportamiento antisocial y reducción del sentimiento de culpa (21). Se han registrado otros intentos de clasificar los fenotipos de alcoholismo atendiendo a otras características, no solamente la edad de inicio, sino también, por ejemplo, teniendo en cuenta su historia familiar o respuesta al tratamiento. Es así que se ha generado otro tipo de clasificación como la siguiente realizada en Estados Unidos: 1. Adultos jóvenes (32%); 2. Funcionales (19%); 3. Familiar intermedio (19%); 4. Joven antisocial (21%); 5. Crónico severo (9%) (21,22).

Aun así, la definición del fenotipo puede ser difícil y, por tanto, se recurre a los endofenotipos. Los endofenotipos de las enfermedades neuropsiquiátricas corresponden a alteraciones

bioquímicas, neurofisiológicas, neuroanatómicas o cognitivas, que están determinadas por factores genéticos y ambientales, y que en conjunto muestran procesos fisiopatológicos subyacentes a la enfermedad y expresivos de su vulnerabilidad. En otras palabras, los endofenotipos son intermedios medibles observados entre el desorden y el proceso biológico responsable de la manifestación del desorden (20).

Una estrategia para su selección ha sido el uso de endofenotipos basados en medidas electrofisiológicas y estudios de imágenes. Estas técnicas, por sus costos, naturaleza invasiva, requerimiento de equipos especializados y tiempo de espera para obtener los resultados, es prácticamente imposible de llevar a cabo en estudios genético-poblacionales.

Genes involucrados en la patología

La susceptibilidad genética al consumo de alcohol puede tener su origen en características de personalidad tales como la ansiedad, la disforia y la impulsividad, que predisponen al comportamiento de búsqueda de alcohol, al distinto nivel de respuesta en cada individuo al consumo del psicoactivo y a factores relacionados con respuesta al estrés. Los desórdenes de conducta pueden incrementar el riesgo en el consumo abusivo de alcohol. Muchos de los polimorfismos en genes involucrados en los circuitos cerebrales descritos más adelante están asociados a problemas de conducta (23).

Los polimorfismos de nucleótido simple (SNPs, por sus siglas en inglés), que son sustituciones de una base por otra en la secuencia de un gen, son marcadores genéticos ideales en la búsqueda de genes de susceptibilidad a una enfermedad o genes que determinan la respuesta a un fármaco determinado. Entre sus características ideales se pueden citar su simplicidad, amplia distribución (alta frecuencia en zonas de regulación génica), estabilidad (menos susceptibles de presentar mutaciones) y alta frecuencia a lo largo del genoma (aproximadamente 10 millones en todo el genoma humano) (24-26).

Los hallazgos más robustos de la influencia genética sobre el alcoholismo están relacionados con SNPs de genes que codifican enzimas para el metabolismo del etanol. La primera vía de su metabolismo es la hepática y, en menor proporción, el estómago e intestino. Ambos casos involucran la conversión del etanol a acetaldehído por la alcohol deshidrogenasa (ADH), y este último a acetato por la aldehído deshidrogenasa (ALDH). En el sistema nervioso, la citocromo P4502E1 del sistema microsomal cobra relevancia en bebedores fuertes. Existen 7 genes de ADH y 18 genes de ALDH, pero sólo 4 clases de genes ADH (ADH1A, ADH1B, ADH1C y ADH4) y una de ALDH (ADLH2) juegan un papel importante en

su biotransformación. En Asia, las variantes ADH1B*2, que generan una enzima con 100 veces más actividad, y ALDH2*2, con menor actividad, conllevan al fenotipo que presenta enrojecimiento facial, hipotensión, dolor de cabeza y náuseas, por tanto, se consideran un factor de protección (25). El citocromo P4502E1 posee varios polimorfismos, uno de ellos situados en la región reguladora 5' del gen con la variante c1 —la más frecuente— y c2 —inusual—, que posee una tasa de transcripción mayor relacionada con el consumo de alcohol.

En Colombia, la combinación de genotipos correspondientes a ADH1B, ADH1C, ALDH2 y CYP2E1 podría estar llevando a la población a un posible riesgo; dado que, al presentar alelos cuya presencia permite una tasa de oxidación mayor (ADH1B*2, ADH1C*1, CYP2E1c2) combinados con el genotipo homocigoto de ALDH2*1, aumentaría las tasas de aclaramiento del alcohol y acetaldehído, dando como resultado una mayor tolerancia al consumo de mayores cantidades de alcohol y, por ende, generando un factor de riesgo de dependencia (27). Lo anterior se suma a otros factores como los sociológicos, psíquicos y ambientales, que contribuyen fuertemente a la susceptibilidad. En general, las frecuencias obtenidas para los cuatro alelos se acercan más a lo reportado en poblaciones como las europeas, las indoamericanas y las México-americanas. De alguna manera, estos hallazgos eran de esperar, ya que en Colombia los primeros asentamientos fueron de amerindios, seguidos de europeos —especialmente españoles— y finalmente de africanos (27).

Los estudios realizados con modelos animales y humanos en los últimos años indican que las adicciones traen como resultado neuroadaptaciones en el sistema nervioso central que van progresando desde la fase de consumo inicial, pasando al consumo compulsivo, hasta llegar al crónico y las recaídas. Los modelos de estudio en roedores han permitido identificar numerosos genes relacionados con la transmisión de señales en el sistema nervioso central, especialmente con los circuitos de recompensa. La euforia experimentada por el humano posterior al consumo de alcohol está asociada con el incremento de dopamina en la sinapsis en las vías de recompensa, además de incluir la alteración de otras vías de neurotransmisores como GABA, acetilcolina, glutamato, serotonina, péptidos opioides y cannabinoides (14). En población colombiana, recientemente se evaluó la posible relación de algunos de los polimorfismos de genes involucrados en estas vías con la alcohol-dependencia. Se halló que, para el grupo de pacientes con un puntaje AUDIT entre 14 y 19, la frecuencia del alelo-141C Ins del gen DRD2 (receptor de dopamina tipo 2) arrojó diferencias significativas al compararlo con el grupo control. De igual manera, con el mismo gen se encontró diferencia significativa para el alelo IB del polimorfismo TaqIB en el grupo de mujeres con alcohol-dependencia (28).

El sistema dopaminérgico juega un papel muy importante en la regulación del movimiento, la conducta y la liberación de hormonas. El circuito dopaminérgico cerebral se puede dividir en nigroestriado, mesolímbico-mesocortical y tuberohipofisiario. El sistema mesolímbico-mesocortical tiene su origen en el área tegmental ventral (ATV), con proyecciones hacia la corteza frontal y el lóbulo límbico. En este último, se proyecta hacia el núcleo accumbens (NAc), el tubérculo olfatorio, la amígdala, entre otros. Se ha propuesto que la liberación de dopamina en NAc desde ATV, como parte de un circuito de recompensa cerebral, se asocia con estados de ánimo positivos como el placer o la euforia. El sistema límbico contiene circuitos que no sólo codifican para la magnitud de la recompensa sino también para su almacenamiento en la memoria, al establecer las pertinentes asociaciones entre estímulos —externos e internos— y la recompensa que inducen, lo cual podría estar directamente relacionado con los estados de adicción (29-31).

Existen muchas proteínas involucradas en el metabolismo (síntesis y degradación), el transporte y la acción de la dopamina. El precursor de la dopamina es el aminoácido tirosina, que es convertido en dihidroxifenilalanina (L-DOPA) por acción de la tirosina hidroxilasa. Luego, la L-DOPA es descarboxilada, convirtiéndose en dopamina. Se han identificado varias enzimas involucradas en su vía sintética y en su vía degradativa, así como cinco receptores membranales, una proteína recaptadora y proteínas de vesículas sinápticas. Los polimorfismos en genes que codifican para estas proteínas podrían estar involucrados en la susceptibilidad al alcoholismo (32).

El gen que codifica DRD2 se localiza en el brazo largo del cromosoma 11, específicamente en la región q22-q23, consta de 8 exones y 7 intrones. Se han identificado tres polimorfismos de éste:

Polimorfismo DRD2 TaqIA: con dos alelos 1 y 2, y cambio en la región 3' dentro del exón 8. Actualmente, dicho polimorfismo se ubica en el gen vecino ANKK1.

Polimorfismo DRD2 TaqIB: con dos alelos 1 y 2, y cambio en el extremo 5' junto al exón 2.

Polimorfismo DRD2-141C Ins/Del: presencia o ausencia de citosina en la posición -141 en la región promotora del gen.

Existen dos subfamilias de receptores de dopamina: la subfamilia D1, que incluye los receptores D1 y D5, y la subfamilia D2, que incluye los receptores D2, D3 y D4. Todos son proteínas de membrana acopladas a proteínas G, con un extremo amino extracelular, 7 dominios transmembranales y un extremo carboxilo intracelular. Existen diferencias en las asas

que se forman entre segmentos transmembranales que originan variantes proteicas estructural y funcionalmente distintas. De los receptores para dopamina, todos tienen localización postsináptica, excepto el DRD2, que también es autorreceptor (ubicación presináptica). Éste es el que más se ha relacionado con el alcoholismo, específicamente el polimorfismo Taq1A1, que presenta una disminución postsináptica de la función y disponibilidad. Esta disminución de dopamina en el sistema de recompensa puede causar disforia, depresión o anhedonia, y como consecuencia, se podría consumir alcohol para mejorar el estado de ánimo negativo (30). También se ha reportado la asociación de polimorfismos en la región 5' UTR del gen DRD1, en casos con severidad de alcoholismo. Asimismo, en el gen DRD4 se encuentra un polimorfismo VNTR (*Variable Number of Tandem Repeats*) de 48 pares base en el exón 3 cuya repetición de 7 da una reducida respuesta a la dopamina. Este polimorfismo parece más relacionado con la búsqueda compulsiva de la bebida alcohólica y el establecimiento de relaciones sociales (33).

El transportador de dopamina DAT1 (SLC6A3) es el encargado de recaptar la dopamina en ambas direcciones en el punto de sinapsis, y es normal que lo haga hacia la terminal nerviosa. Los DAT son proteínas sodio-cloro dependientes que poseen 12 dominios transmembranales. El gen que codifica DAT1 está localizado en el cromosoma 5q15.3, se compone de 15 exones y 14 intrones, y posee formas polimórficas en su región 3' UTR junto a la cola de poli-A. Este gen es un minisatélite —o VNTR— de 40 bases que se repiten de 3 a 13 veces, siendo las de 9 y 10 las más frecuentes. Algunos polimorfismos de 9 repeticiones (A9) se han asociado con problemas de abstinencia en la adicción al alcohol. Se ha demostrado que portadores del alelo A9 tienen una reducida densidad de la proteína DAT1 en comparación con otros genotipos, hecho causado probablemente por un descenso en su expresión (34).

La enzima catecol-O-metiltransferasa (COMT) participa en la vía metabólica de degradación de la dopamina transformándola en 3-metoxitiramina, la cual luego se convierte en ácido homovanílico, el metabolito inactivo más importante de esta vía. El gen se ubica en 22q11.1-q11.2. La COMT presenta variables que se diferencian en el residuo de aminoácido de la posición 158, que puede ser metionina o valina. Entre los alcohólicos se ha hallado una alta frecuencia de individuos met/met, que tienen una menor respuesta a la β -endorfina y son más sensibles al estrés, lo que incrementa su ansiedad y, por tanto, su riesgo de alcoholismo (35).

El sistema de serotonina (5-hidroxitriptamina o 5-HT) podría participar en respuesta al consumo excesivo de alcohol, ya que modula la excitación glutaminérgica e inhibe la gabaérgica.

Se han reportado polimorfismos en el gen del transportador de serotonina (5-HTT), que consisten en una delección/inserción de 44 pares de bases en su región promotora. Esto se traduce en dos variantes con diferente actividad transcripcional: la corta (S) y la larga (L). Los alelos largos de 5-HTT (5-HTTLPR) con baja actividad transcripcional estarían asociados a la tolerancia y dependencia al alcohol (36). De igual forma, se han reportado polimorfismos en el receptor de serotonina, siendo la isoforma HTR3B la que representa riesgo para alcohol y drogodependencia (14).

El aminoácido γ -amino-butírico (GABA) es el principal neurotransmisor inhibitorio que actúa sobre dos receptores conocidos como A y B. En el cromosoma 4 se encuentran los genes GABRA2, GABRA4, GABRB1 y GABG2, en el cromosoma 5 los genes GABRA1, GABRA6, GABRB2 y GABRG2 y en el cromosoma 15 los genes GABRA5, GABRB3 y GABRG3. El alcohol actúa sobre los receptores tipo A conocidos como GABRA. El receptor de GABA A α 6 presenta dos variantes en la posición 385 pro/ser, posiblemente asociadas con problemas de consumo de alcohol. El consumo de alcohol podría aliviar el estado de hiperexcitabilidad del organismo normalizándolo, pero su efecto es temporal, lo que lleva a su uso frecuente y creciente, poniendo al individuo en peligro de caer en dependencia. Según los trabajos de genómica total, el gen candidato asociado con más frecuencia al consumo de alcohol es el GABRA2 (37,38).

De igual forma, existen estudios que asocian a los opioides y a sus receptores (μ y δ) con sensibilidad inicial y efectos reforzadores del consumo y abuso de alcohol. Numerosas líneas de evidencia indican que los mecanismos de refuerzo del etanol implican, al menos parcialmente, la activación inducida por el psicoactivo del sistema opioide endógeno. El etanol puede alterar la transmisión opioidérgica a diferentes niveles, incluyendo la biosíntesis, la liberación y la degradación de los péptidos opioides, así como la unión de los ligandos endógenos a los receptores opioides. Estos estudios señalan a las encefalinas y beta-endorfinas como mediadores fisiológicos de las acciones de etanol en el cerebro. La importancia de los receptores opioides en el alcoholismo humano se pone de manifiesto por la asociación de los polimorfismos de los receptores μ y δ , que podrían estar involucrados en la liberación de dopamina en el núcleo *accumbens* de los alcohólicos. Ha sido reportado un polimorfismo en el residuo aminoacídico 40 del receptor μ con cambio de asparagina por aspartato, activando tres veces más este receptor por acción de la β -endorfina (39).

El glutamato se encarga de modular la actividad y liberación dopaminérgicas en el núcleo *accumbens*. El bloqueo de los receptores de glutamato-NMDA aumenta la liberación de dopamina dependiente del estímulo del estriado. Mientras

que la dopamina es determinante para la recompensa aguda y el inicio de la adicción, la adicción en la fase final se debe principalmente a las adaptaciones celulares en la corteza cingulada anterior y a las proyecciones glutamatérgicas orbitofrontales hacia el núcleo *accumbens*. La plasticidad en la transmisión excitatoria reduce la capacidad de la corteza prefrontal para iniciar conductas en respuesta a recompensas y, por consiguiente, para proporcionar un control ejecutivo sobre la búsqueda de drogas (40).

Expresión génica en el alcoholismo

Algunos ensayos con alcohol en animales de laboratorio muestran cambios en la expresión y función de ciertos genes y proteínas. Asimismo, se han obtenido resultados similares en humanos (41,42). El fenotipo de adicción puede persistir durante toda la vida de un individuo e incluso generar recaídas después de muchos años de abstinencia. Esto sugiere que las sustancias psicoactivas causan alteraciones en el cerebro que perduran por largos períodos. Estos cambios, correspondientes a estados de adaptación que inducen los psicoactivos, incluyen activación o inhibición de factores de transcripción, modificación de la cromatina y estructura del ADN, e inducción de ARN no codificante (43).

Aunque las diferentes drogas recreativas difieren en su mecanismo de acción, virtualmente todas las sustancias psicoactivas incrementan la actividad dopaminérgica desde VTA a NAc y a otras regiones límbicas del cerebro. Entre los principales factores de transcripción afectados por el consumo de psicoactivos tenemos:

ΔFosB: factor de transcripción inducible por efecto de sustancias psicoactivas más estable de todos. Es indispensable y suficiente para generar los cambios en los circuitos de recompensa por exposición crónica a las *drogas*.

CREB: (cAMP response element-binding) factor de transcripción inducible por efecto de sustancias psicoactivas.

NF-κB: factor de transcripción que se encuentra en casi la totalidad de células y que se encarga de dar respuesta a los estímulos de estrés. En el sistema nervioso, está involucrado en plasticidad sináptica y memoria.

MEF2: factor de transcripción involucrado en diferenciación de células musculares. También se expresa en cerebro, se ve afectado por la acción del etanol y regula enzimas tipo HDACs (histonas deacetilasas).

La exposición aguda al alcohol estimula la liberación de dopamina en el NAc, que activa los receptores de dopamina,

y estimula la señalización de la proteína quinasa A (PKA) y la posterior expresión génica mediada por CREB. Por otro lado, la exposición crónica al alcohol conduce a la regulación de la baja de adaptación de esta vía, en particular de la función de CREB. La función de CREB disminuido en el NAc puede promover el consumo de drogas de abuso para lograr un aumento en la recompensa y, por lo tanto, puede estar involucrado en la regulación de los estados afectivos positivos de la adicción. La señalización de PKA también afecta la actividad del receptor NMDA y puede desempeñar un papel importante en la neuroadaptación como respuesta a la exposición crónica al alcohol (43,44).

Los estudios con genes candidatos, particularmente los ensayos con SNPs en humanos, no son suficientes para explicar los mecanismos tan complejos del efecto neurotóxico del alcohol y los diversos fenotipos del alcoholismo. A pesar de la complejidad del panorama, los estudios de genómica total —de expresión génica (transcriptómica y proteómica)— nos muestran algunas redes íntimamente ligadas con los cambios funcionales que se presentan en tejidos y momentos específicos. Mediante técnicas de microarreglos y neuroproteómica, se ha analizado la expresión génica de distintos tejidos humanos de individuos con adicción a distintos psicoactivos, incluido el alcohol. Así, se ha encontrado una alteración significativa en genes de distinta localización y función celular. Además de los ya mencionados de metabolismo y sistema de recompensa, se han descrito genes de transducción de señales (CREB1, MAPK1, NTRK2, SOD2), genes de neuroinflamación, genes de la vía de señalización de calmodulina, genes de tránsito del retículo endoplasmático y aparato de Golgi, genes estructurales del citoesqueleto y adhesión celular, receptores nucleares, y moléculas que regulan la plasticidad neuronal, la memoria y la arquitectura dendrítica (14,42,45,46,47,48,49,50,51).

Aspectos epigenéticos del alcoholismo

La concordancia incompleta entre gemelos monocigóticos como respuesta al alcohol sugiere que los factores ambientales y epigenéticos son importantes en la susceptibilidad a su abuso. Además, los resultados tan distintos y contradictorios en estudios de polimorfismos genéticos asociados al alcoholismo nos hacen pensar que quizás, además de la heterogeneidad alélica y génica propia de las enfermedades de herencia multifactorial, las diferencias se deban a alteraciones en un nivel diferente como su expresión (transcripción y traducción) o su regulación (52,53).

Entre los mecanismos epigenéticos, se puede citar la metilación del ADN, la ADP-ribosilación, la sumoilación,

la acetilación, la metilación, la fosforilación, deaminación, isomerización, ubiquitinación de las histonas, los ARN no codificantes, entre otros. Casi el 50% de los estudios epigenéticos hacen referencia a la metilación del ADN por ser un cambio más estable, mientras que la obtención de muestras adecuadas para los otros tipos de estudios epigenéticos es más compleja (54,55).

La modificación de histonas es un complejo código de acceso a genes individuales por parte de maquinaria transcripcional. La acetilación de histonas por las acetiltransferasas (HTAs) está asociada a la activación de genes, mientras la metilación por histonas metiltransferasas (HMTs) está asociada a activación y represión. Ambos procesos pueden ser reversibles por acción de las histonas deacetilasas (HDACs) y de las histonas demetilinas (HDMs), respectivamente (43).

El genoma de mamíferos cuenta con alrededor de un 75% de dinucleótidos CpG metilados, que se encuentran principalmente en elementos repetitivos y de regulación génica. Además, alrededor de la mitad de los genes están asociados a estas denominadas islas CpG y su estado de metilación depende de factores externos como dieta, estilo de vida y condiciones específicas clínicas (56).

La regulación epigenética es fundamental en el alcoholismo, como lo muestran las evidencias que se enumeran a continuación:

1. En los últimos años, se han desarrollado estudios caso/control que muestran la alteración en estados de metilación en islas CpG de numerosos genes de pacientes alcoholdependientes. Por ejemplo, los genes de la α -synucleína (SNCA), la monoaminooxidasa A (MAO A), el transportador de serotonina (SLC6A4), la subunidad 2B del receptor de N-metil-D-aspartato, la proopiomelanocortina y la prodinorfina muestran diferencias de metilación entre controles y pacientes con dependencia al alcohol (53).

2. Los medicamentos zebularine y 5-aza-2-deoxicitidina bloquean las DNA metiltransferasas (DNMT). Su inhibición altera la metilación del promotor de BDNF y reelina implicados en la plasticidad en el hipocampo como respuesta al alcohol (57).

3. Las drogas de abuso tienen sus efectos porque producen modificaciones en la remodelación de la cromatina; por ejemplo, la disminución en la acetilación de la histona H3 y el incremento en la expresión mRNA de HDAC2 (58).

4. Durante el consumo excesivo de alcohol la relación NADH/NAD⁺, la concentración de ROS (especies reactivas

de oxígeno) y la concentración de acetato pueden verse alteradas y afectar enzimas de acetilación dependientes de NAD⁺ —por ejemplo HDAC—, que controlan la expresión génica de diversas vías, incluso las de muerte celular programada (59).

5. La capacidad del alcohol para alterar los patrones de metilación del ADN genera hipometilación global, causada por la reducción de los niveles de adenosilmetionina (SAM). Esto concuerda con lo que se observa en otras patologías como el cáncer (51).

6. Enzimas como las DNA metiltransferasas (DNMTs), las histona acetiltransferasas (HATs), histona metil transferasas (HMTs) e histona demetilinas (HDMs) son reguladas por metabolitos (cofactores) como el NAD⁺, ATP, acetilCoA y S-adenosilmetionina (SAM). Éstos actúan modificando las histonas, que, a su vez, actúan finalmente como sensores metabólicos (59).

7. Estudios en humanos y animales de laboratorio han permitido demostrar que tanto el consumo crónico como agudo de alcohol afecta muchos aspectos del ciclo circadiano como las funciones fisiológicas, endocrinas y de comportamiento (60).

8. Los cambios epigenéticos explican la progresión de la enfermedad mejor que las mutaciones. Además, estos cambios son dinámicos y reversibles y, por tanto, potentes candidatos para intervenciones terapéuticas (61,62).

Tratamiento personalizado del alcoholismo

Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente, es claro entender porque no existe un medicamento ideal para todo tipo de paciente con problemas de abuso de alcohol. Además, debido a la importancia del factor étnico, los estudios de genética molecular del alcoholismo son esenciales para profundizar en el conocimiento sobre la prevención (consejería genética), el diagnóstico (susceptibilidad) y el tratamiento (farmacogenómica) en una población específica. La farmacogenómica —como el área que estudia la variabilidad genética en cualquier nivel como respuesta a tratamientos farmacológicos— puede ser empleada en el tratamiento personalizado del alcoholismo, única alternativa viable, según parece. Son bien conocidas las deficiencias en los tratamientos farmacológicos de las dependencias en general. Son relativamente más exitosos los tratamientos de tipo conductual, lo que puede explicarse por deficiencias en la investigación básica y aplicada. A pesar de esto, existen algunos tratamientos farmacológicos aceptados por las comunidades médicas mundiales, que se resumen en la Tabla 2.

Tabla 2. Fármacos que se emplean en el tratamiento del alcoholismo y sus principales efectos y/o recomendaciones.

| Fármaco | Efectos y/o recomendaciones | Referencia |
|------------------|---|------------|
| Disulfiram | Inhibidor de Aldehído deshidrogenasa. Usar en pacientes altamente motivados en abstinencia. No usar en hepatopatías y nefropatías. | (63,64) |
| Acamprosato | Antagonista del receptor N-metil-D-aspartato glutamato. Antiansiedad. Reducción de episodios en <i>bebedores fuertes</i> . Evitar en pacientes con nefropatías. | (65) |
| Naltrexona | Antagonistas de receptores opiodes tipo μ y κ . Reducción de episodios en <i>bebedores fuertes</i> . Antiansiedad. Evitar en pacientes con hepatopatías. | (66) |
| Nalfeme | Antagonista de receptores opiodes μ y δ . Agonista parcial de receptores κ . Para bebedores frecuentes. No usar en abstinencia. | (67) |
| Ondansetron | Antagonistas de receptores de serotonina 5-HT ₃ . Reduce consumo de alcohol. Antiansiedad. | (68) |
| Sertralina | Inhibidor de recaptación de serotonina. | (69) |
| Oxibato de sodio | Agonista de receptores GABA B. Suprime el síndrome de abstinencia. | (70) |
| Topiramato | Antiepiléptico, trastornos de personalidad. Efectos antibebida. No requiere abstinencia. | (71) |
| Aripiprazol | Agonista parcial DRD ₂ . | (72) |
| Rimonabant | Bloqueador de receptores CB ₁ de cannabinoides. | (73) |
| Bromocriptina | Agonista del receptor de dopamina. | (74) |
| Gabapentina | Reduce consumo de alcohol. | (75) |

Los últimos trabajos científicos relacionados con el tema se han enfocado en el receptor opiode tipo μ y el transportador de serotonina. Existen tres tipos de receptores de opiodes μ , κ y δ , que producen efectos biológicos. El exón 1 del gen del receptor opiode μ (OPRM1) posee variantes que hacen que la respuesta al alcohol y los tratamientos cambien de manera modesta. Existe un polimorfismo A118G que codifica una sustitución Asn40Asp en el dominio extracelular del receptor y hace que cambie su funcionalidad con pérdida o ganancia, según estudios controversiales (76).

La frecuencia del polimorfismo varía según la población que se estudie. Los poseedores del polimorfismo Asp40 experimentan, en el momento de administración de alcohol, una mayor intoxicación, estimulación, sedación y placer que los homocigotos poseedores de la forma Asn40. Entre los bebedores fuertes, los poseedores de la variante Asp40 experimentan mayor ansiedad que quienes no la poseen. Los pacientes con al menos un alelo que codifique para Asp40, bajo tratamiento con naltrexona, tuvieron menos recaídas que los otros (76).

Las investigaciones también se han centrado en el gen SLC6A4, que codifica el transportador de serotonina (5-hidroxitriptamina o 5-HTT). Se ha hallado un polimorfismo en la región del promotor de 5-HTT: una inserción de repeticiones de 44 nucleótidos de longitud que genera dos posibles alelos —uno largo (L) y el otro corto (S)— que están asociados a una gran y baja actividad transcripcional, respectivamente. También se presenta un SNP en la versión larga: un cambio de A/G conocido como el alelo LG, cuya actividad es similar a la del alelo S. Pacientes tratados con ondansetron y sertralina, con los alelos LL y SNP TT en la región 3' UTR, consumían menos alcohol por día y tenían días de abstinencia mayores que los demás genotipos (77).

Finalmente, se han reportado algunos análisis bioinformáticos asociados a estudios con humanos y ensayos de expresión en ratones que revelan modulación edad-específica del consumo de alcohol por vía neuroinmune con minociclina (78). Este trabajo generó gran expectativa, pues sus resultados muestran que el análisis bioinformático de la expresión génica puede generar nuevas hipótesis capaces de ser trasladadas y reflejadas en un tratamiento individualizado para el elevado consumo de alcohol.

En la Tabla 3 se resumen los principales polimorfismos genéticos blanco de la personalización de los tratamientos farmacológicos.

Tabla 3. Principales polimorfismos genéticos de vías de recompensa cerebral o metabolismo del alcohol y sus dianas farmacéuticas actuales.

| Gen y SNP | Alteración | Referencia |
|---|---|------------|
| OPRM1 (receptor opioide μ) >118 A >G | Mayor afinidad por naltrexona. Cambio en 40 Asn/Asp. Pacientes con G responden mejor al tratamiento con naltrexona. Menor número de recaídas. | (62) |
| DRD2, TaqIA, polimorfismo A1, ANKK1, TaqIA | Menor disponibilidad de receptores cerebrales de dopamina. Homocigotos para A1: más eficaz el acamprosato. Homocigotos para A2: más eficaz la naltrexona. Homocigotos para A1 tratados con bromocriptina presentan menos <i>ansiedad</i> . | (30,33) |
| DRD4, VNTR | >7 repeticiones = recaída más fácil. | (78) |
| SLC6A4, ins/ del 44 pb en promotor, Alelos L y S | Homocigotos para L: mejor respuesta al tratamiento con ondansetrón y sertralina. | (77) |
| GRABA2 A por G (ra279858) | Homocigotos para A: responden mejor a psicoterapia. | (37,38,39) |
| GABRG3 | Receptor de GABA. Bajas concentraciones de alcohol alteran su expresión. | (37,38,39) |
| EAAT2 | Transportador de glutamato. Algunas variantes asociadas con alcoholismo. | (40) |
| GRABA6, T1519C | Portadores de C: responden mejor a acamprosato. Portadores de T: responden mejor a naltrexona. | (65,66) |
| GRIK1 | Relación con efectos adversos por Topiramato. | (71) |

Conclusiones

El alcoholismo en humanos es una enfermedad con alto grado de heterogeneidad, con componentes biológicos y psicosociales que sólo pueden abordarse plenamente de manera multidisciplinar. Desde la genética humana, se deben seguir identificando los genes en los que la variación afecta el riesgo, para realizar un diagnóstico temprano y encontrar las claves del tratamiento farmacológico. Los estudios en animales también son muy importantes, ya que permiten el control de genes y entorno que no son posibles en los estudios humanos. Además, estos estudios genómicos —transcriptómicos y epigenómicos—, apoyados en la bioinformática, deberán seguir generando aportes sobre los mecanismos particulares de la enfermedad.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por el autor.

Financiación

Ninguna declarada por el autor.

Agradecimientos

A todas aquellas personas que aportaron con sus comentarios a mejorar este escrito.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones; 1994.
2. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDI: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias; 2001.
3. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10ª revisión. Washington, D.C.: OPS, Oficina Sanitaria Panamericana; 1995.
4. Herran OF, Ardila MF, Barba DM. Consumo problemático de alcohol en Bucaramanga, Colombia: diseño y validación de una prueba. *Biomédica*. 2008 [cited 2015 Jun 29];28(1):25-37. Spanish. <http://doi.org/5s9>.
5. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales. Francia; 2011.
6. Tellez MJ, Cote MM. Alcohol etílico: un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Rev. Fac. Med.* 2006 [cited 2015 Jun 29];54(1):32-47. Spanish. Available from: <http://goo.gl/7L9DCT>.
7. Colombia. Ministerio de Justicia y Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación. Estudio nacional del consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia. Bogotá; 2011.
8. Colombia. Ministerio de Justicia y Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio nacional del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013. Bogotá: ALVI Impresores S.A.S; 2014.
9. Programa Anti-Drogas Ilícitas de la Comunidad Andina (PRA-DICAN). Estudio epidemiológico Andino sobre el consumo de drogas sintéticas en la población universitaria. Lima; 2009.
10. Programa Anti-Drogas Ilícitas de la Comunidad Andina (PRADI-CAN). II Estudio epidemiológico Andino sobre consumo de drogas en la población universitaria; Informe regional. Lima; 2012.
11. Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas—implications for alcohol policy. *Rev Panam Salud Publica*. 2005 [cited 2015 Jun 29];18(4-5):241-8. <http://doi.org/ccx9n4>.

12. **Morozova TV, Mackay TF, Anholt RR.** Genetics and genomics of alcohol sensitivity. *Mol Genet Genomics*. 2014 [cited 2015 Jun 29];289(3):253-69. <http://doi.org/5tb>.
13. **Secades R, Fernández JR.** Modelos de adicción. In: García E, Mendieta S, Cervera G, Fernández JR, editores. *Manual SET de Alcoholismo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003. p. 19-47.
14. **Monteiro MG, Maristela G.** Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington, D.C.: OPS; 2007.
15. **Salcedo MA.** Aspectos genéticos relacionados con el alcoholismo. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*. 2007 [cited 2015 Jun 29];3(2):1-8. Spanish. Available from: <http://goo.gl/tuRJ2K>.
16. **Enoch MA.** Genetic influences on the development of alcoholism. *Curr Psychiatry Rep*. 2013 [cited 2015 Jun 29];15(11):412. <http://doi.org/5tc>.
17. **Sáiz PA, G-Portilla MP, Paredes MB, Bascaran MT, Bobes J.** Instrumentos de evaluación en alcoholismo. *Adicciones*. 2002 [cited 2015 Jun 29];14 Suppl 1:387-403. Spanish. Available from: <http://goo.gl/E3hLMR>.
18. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health. Library Cataloguing-in-Publication Data. Italia; 2011.
19. **Cannon TD, Gasperoni TL, Van-Erp TG, Rosso IM.** Quantitative neural indicators of liability to schizophrenia: implication for molecular genetics studies. *Am J Med Genet*. 2001 [cited 2015 Jun 29];105(1):16-9. <http://doi.org/cdgqk4>.
20. **Chloe CY, Wong JM, Fernandes C.** Drugs and addiction: an introduction to epigenetics. *Addiction*. 2011 [cited 2015 Jun 29];106(3):480-9. <http://doi.org/b3qwcm>.
21. **Moss HB, Chiung MC, Hsiao Y.** Subtypes of alcohol dependence in nationally representative sample. *Drug Alcohol Depend*. 2007 [cited 2015 Jun 29];91(2-3):149-58. <http://doi.org/dgp98j>.
22. **Moss HB, Kirisci L, Gordon HW, Tarter RE.** A neuropsychologic profile of adolescent alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*. 1994 [cited 2015 Jun 29];18(1):159-63. <http://doi.org/fsxpv5>.
23. **Kreek MJ, Nielsen DA, Laforge KS.** Genes associated with addiction: alcoholism, opiate, and cocaine addiction. *Neuromolecular Medicine*. 2004 [cited 2015 Jun 29];5(1):85-108. <http://doi.org/frpmmz>.
24. **Daudén E.** Farmacogenética II. Métodos moleculares de estudio, bioinformática y aspectos éticos. *Actas Dermosifiliogr*. 2007 [cited 2015 Jun 29];98(1):3-13. Spanish. <http://doi.org/djv5sf>.
25. **Higuchi S, Matsushita S, Masaki T, Yokoyama A, Kimura M, Suzuki G, et al.** Influence of genetic variations of ethanol-metabolizing enzymes on phenotypes of alcohol-related disorders. *Ann N Y Acad Sci*. 2004 [cited 2015 Jun 29];1025(1):472-80. <http://doi.org/d36sfz>.
26. **López M, Mayorquin P, Vega M.** Aplicación de los microarrays y biochips en salud humana. Madrid: Fundación Española para el Desarrollo de la Investigación en Genómica y Proteómica; 2005.
27. **Méndez C.** Tipificación de polimorfismos de los genes alcohol deshidrogenasa, aldehído deshidrogenasa y citocromo p4502E1 en una población de la ciudad de Bogotá y la evaluación de su posible asociación con el consumo problemático de alcohol [Tesis]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009.
28. **Castro TX.** Determinación de los polimorfismos genéticos TaqIA (ANKK1), TaqIB (DRD2), -141c ins/del (DRD2) y VNTR 40pb (DAT1) en población colombiana y evaluación de su asociación con el alcoholismo [Trabajo de Grado de Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
29. **Hodgkinson CA, Yuan Q, Xu K, Shen PH, Heinz E, Lobos EA, et al.** Addictions biology: haplotype-based analysis for 130 candidate genes on a single array. *Alcohol Alcohol*. 2008 [cited 2015 Jun 29];43(5):505-15. <http://doi.org/bqn4dn>.
30. **Heinz A.** Dopaminergic dysfunction in alcoholism and schizophrenia-psychopathological and behavioral correlates. *Eur Psychiatry*. 2002 [cited 2015 Jun 29];17(1):9-16. <http://doi.org/b5nkwx>.
31. **Volkov ND, Fowler JS, Wang GJ.** The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies. *Neuropharmacology*. 2004 [cited 2015 Jun 29];47 Suppl 1:3-13. <http://doi.org/dttmvm>.
32. **Flatscher BT, Harrison E, Matsumoto I, Wilce PA.** Genes associated with alcohol abuse and tobacco smoking in the human nucleus accumbens and ventral tegmental area. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010 [cited 2015 Jun 29];34(7):1291-302. <http://doi.org/b2fxn5>.
33. **Kimura M, Higuchi S.** Genetics of alcohol dependence. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2011 [cited 2015 Jun 29];65(3):213-25. <http://doi.org/ffzben>.
34. **Köhnke MD, Batra A, Kolb W, Köhnke AM, Lutz U, Schick S, et al.** Association of the dopamine transporter gene with alcoholism. *Alcohol Alcohol*. 2005 [cited 2015 Jun 29];40(5):339-42. <http://doi.org/fmdq6v>.
35. **Enoch MA, Xu K, Ferro E, Harris CR, Goldman D.** Genetic origins of anxiety in women: a role for a functional catechol-O-methyltransferase polymorphism. *Psychiatr Genet*. 2003 [cited 2015 Jun 29];13(1):33-41. <http://doi.org/ctvgdg>.
36. **Choi IG, Kee BS, Son HG, Ham BJ, Yang BH, Kim SH, et al.** Genetic polymorphisms of alcohol and aldehyde dehydrogenase, dopamine and serotonin transporters in familial and non-familial alcoholism. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2006 [cited 2015 Jun 29];16(2):123-8. <http://doi.org/dsrfg7>.
37. **Izquierdo M.** Intoxicación alcohólica aguda. *Adicciones*. 2002 [cited 2015 Jun 29];14 Suppl 1:175-93. Available from: <http://goo.gl/08Ai1q>.
38. **Xuei X, Dick D, Flury-Wetherill L, Tian HJ, Agrawal RG, Bierut LJ, et al.** Association of the kappa-opioid system with alcohol dependence. *Mol Psychiatry*. 2006 [cited 2015 Jun 29];11(11):1016-24. <http://doi.org/b26kdx>.
39. **Méndez M, Morales M.** Role of mu and delta opioid receptors in alcohol drinking behaviour. *Curr Drug Abuse Rev*. 2008 [cited 2015 Jun 29];1(2):239-52. <http://doi.org/fpgs3h>.
40. **Kalivas PW, Volkow ND.** The neural basis of addiction: A pathological of motivation and choice. *Am J Psychiatry*. 2005 [cited 2015 Jun 29];162(8):1403-13. <http://doi.org/cb3rdc>.
41. **Singh SM, Treadwell J, Kleiber ML, Harrison M, Uddin RK.** Analysis of behavior using genetical genomics in mice as a model: from alcohol preferences to gene expression differences. *Genome*. 2007 [cited 2015 Jun 29];50(10):877-97. <http://doi.org/cvvdgf>.

42. Tabakoff B, Saba L, Printz M, Flodman P, Hodgkinson C, Goldman D, *et al.* Genetical genomic determinants of alcohol consumption in rats and Humans. *BMC Biol.* 2009 [cited 2015 Jun 29];7(1):70. <http://doi.org/djc8z6>.
43. Robison AJ, Nestler EJ. Transcriptional and epigenetic mechanism of addiction. *Nat Rev Neurosci.* 2011 [cited 2015 Jun 29];12(11):623-37. <http://doi.org/fbncv5>.
44. Fei SS. Integrating genetics and proteomics to study alcohol-drinking behavior [dissertation]. School of Medicine, Oregon Health & Science University: Student Scholar Archive; 2011. Paper 588.
45. Gelernter J, Kranzler HR, Sherva R, Almasy L, Koesterer R, Smith AH, *et al.* Genome-wide association study of alcohol dependence: significant findings in African- and European-Americans including novel risk loci. *Mol Psychiatry.* 2014 [cited 2015 Jun 29];19(1):41-9. <http://doi.org/5td>.
46. Kelley KW, Dantzer R. Alcoholism and inflammation: Neuroimmunology of behavioral and mood disorders. *Brain Behav Immun.* 2011 [cited 2015 Jun 29];25 Supp 1:S13-20. <http://doi.org/csrsv54>.
47. Lehrmann E, Colantuoni C, Deep-Soboslay A, Becker KG, Lowe R, Huestis M, *et al.* Transcriptional changes common to human cocaine, cannabis and phencyclidine abuse. *PLoS One.* 2006 [cited 2015 Jun 29];1(1):e114. <http://doi.org/fpb55r>.
48. Levey DF, Le-Niculescu J, Ayalew M, Jain N, Kirilin K, Learman R, *et al.* Genetic risk prediction and neurobiological understanding of alcoholism. *Transl Psychiatry.* 2014 [cited 2015 Jun 29];4(5):e391. <http://doi.org/5tf>.
49. Mayfield RD, Lewohl JM, Dodd PR, Herlihy A, Liu J, Harris RA. Patterns of gene expression are altered in the frontal and motor cortices of human alcoholics. *J Neurochem.* 2002 [cited 2015 Jun 29];81(4):802-13. <http://doi.org/fjn7dx>.
50. Sohma H, Hashimoto E, Shirasaka T, Tsunematsu R, Ozawa H, Boissl K, *et al.* Quantitative reduction of type I adenylyl cyclase in human alcoholics. *Biochim Biophys Acta.* 1999 [cited 2015 Jun 29];1454(1):11-8. <http://doi.org/fskqj7>.
51. Zhang R, Miao Q, Wang C, Zhao R, Li W, Haile CN, *et al.* Genomic-wide DNA methylation analysis in alcohol dependence. *Addict Biol.* 2013 [cited 2015 Jun 29];18(2):392-403. <http://doi.org/5tg>.
52. Franklin TB, Mansuy IM. Epigenetic inheritance in mammals: evidence for the impact of adverse environmental effects. *Neurobiol Dis.* 2010 [cited 2015 Jun 29];39(1):61-5. <http://doi.org/d6pt46>.
53. Zhang H, Herman AI, Kranzler HR, Anton RF, Zhao H, Zheng W, *et al.* Array-based profiling of DNA methylation changes associated with alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013 [cited 2015 Jun 29];37 Supp 1: E108-15. <http://doi.org/5th>.
54. Girardot M, Feil R, Llères D. Epigenetic deregulation of genomic imprinting in humans: causal mechanisms and clinical implications. *Epigenomics.* 2013 [cited 2015 Jun 29];5(6):715-28. <http://doi.org/5tj>.
55. Razvi E. Epigenetic research classes and assay trends. *GEN Reports: Market & Tech Analysis.* 2013 [cited 2015 Jun 29];33(3):1-10. Available from: <http://goo.gl/dcl9vW>.
56. Tatarinova T, Owain K. DNA Methylation—from genomics to technology. Rijeka, Croatia: InTech; 2012.
57. Zhou L, Cheng X, Connolly BA, Dickman MJ, Hurd PJ, Hornby DP. Zebularine: a novel DNA methylation inhibitor that forms a covalent complex with DNA methyltransferases. *J Mol Biol.* 2002 [cited 2015 Jun 29];321(4):591-9. <http://doi.org/cs27bj>.
58. Shakharka AJ, Zhang H, Tang L, Shi G, Pandey SC. Histone deacetylases (HDAC)-induced histone modifications in the amygdala: a role in rapid tolerance to the anxiolytic effects of ethanol. *Alcohol Clin Exp Res.* 2012 [cited 2015 Jun 29];36(1):61-71. <http://doi.org/dh9rc3>.
59. Zakhari S. Alcohol metabolism and epigenetics changes. *Alcohol Res.* 2013 [cited 2015 Jun 29];35(1):6-16. Available from: <http://goo.gl/F9kPSh>.
60. Wasielewski JA, Holloway FA. Alcohol's Interactions with Circadian Rhythms. A focus on body temperature. *Alcohol Res Health.* 2001 [cited 2015 Jun 29];25(2):94-100. Available from: <http://goo.gl/30sh2a>.
61. Andrés G, Ashour N, Sánchez-Chapado M, Ropero S, Angulo JC. The study of DNA methylation in urological cancer: present and future. *Actas Urol Esp.* 2013 [cited 2015 Jun 29];37(6):368-75. <http://doi.org/f2jklf>.
62. Shukla SD, Zakhari S. Epigenetics: new frontier for alcohol research. *Alcohol Res.* 2013 [cited 2015 Jun 29];35(1):1-2. Available from: <http://goo.gl/wqTBaB>.
63. Fuller RK, Branchey L, Brightwell DR, Derman RM, Emrick CD, Iber FL, *et al.* Disulfiram treatment of alcoholism: a Veterans Administration cooperative study. *JAMA.* 1986 [cited 2015 Jun 29];256(11):1449-55. <http://doi.org/bzhvsf>.
64. Caputo F, Vignoli T, Grignaschi A, Cibin M, Addolorato G, Bernandi M. Pharmacological management of alcohol dependence: From mono-therapy to pharmacogenetics and beyond. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2014 [cited 2015 Jun 29];24(2):181-91. <http://doi.org/5tk>.
65. Whitworth AB, Oberbauer H, Fleischhacker WW, Lesch OM, Walter H, Nimmerichter A, *et al.* Comparison of acamprostate and placebo in long-term treatment of alcohol dependence. *Lancet.* 1996 [cited 2015 Jun 29];347(9013): 1438-42. <http://doi.org/fp46fd>.
66. Kranzler HR, Van-Kirk J. Efficacy of naltrexone and acamprostate for alcoholism treatment: A meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res.* 2001 [cited 2015 Jun 29];25(9):1335-41. <http://doi.org/c59s2h>.
67. Selinn J. Implementation of substitution treatment in Finland: Beyond rationalisation and medicalisation. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs.* 2011 [cited 2015 Jun 29];28(1): 29-42. <http://doi.org/fqqr4c>.
68. Camilleri M. Pharmacogenomics and serotonergic agents: research observations and potential clinical practice implications. *Neurogastroenterol Motil.* 2007 [cited 2015 Jun 29];19 Supp 2:40-5. <http://doi.org/dv8c36>.
69. Pettinati HM, Volpicelli JR, Kranzler HR, Luck G, Rukstalis MR, Cnaan A. Sertraline treatment for alcohol dependence: interactive effects of medication and alcoholic subtype. *Alcohol Clin Exp Res.* 2000 [cited 2015 Jun 29];24(7):1041-9. <http://doi.org/cwdwsc>.
70. Caputo F, Francini S, Brambilla R, Vigna-Taglianti F, Stoppo M, Del Re A, *et al.* Sodium oxybate in maintaining alcohol abstinence in alcoholic patients with and without psychiatric comorbidity. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011 [cited 2015 Jun 29];21(6): 450-6. <http://doi.org/fgxhsd>.

71. **Johnson BA, Ait-Daoud N, Bowden CL, DiClemente CC, Roache JD, Lawson K, et al.** Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2003 [cited 2015 Jun 29];361(9370):1677-85. <http://doi.org/dv6cvm>.
72. **Martinotti G, Di Nicola M, Di Giannantonio M, Janiri L.** Aripiprazole in the treatment of patients with alcohol dependence: a double-blind, comparison trial vs. naltrexone. *J Psychopharmacol*. 2009 [cited 2015 Jun 29];23(2):123-9. <http://doi.org/dzk3pq>.
73. **Colombo G, Orrù A, Lai P, Cabras C, Maccioni P, Rubio M, et al.** The cannabinoid CB1 receptor antagonist, rimonabant, as a promising pharmacotherapy for alcohol dependence: preclinical evidence. *Mol Neurobiol*. 2007 [cited 2015 Jun 29];36(1):102-12. <http://doi.org/b7dfbk>.
74. **Lawford BR, Young RM, Rowell JA, Qualichefski J, Fletcher BH, Syndulko K.** Bromocriptine in the treatment of alcoholics with the D2 dopamine receptor A1 allele. *Nat Med*. 1995 [cited 2015 Jun 29];1(4):337-41. <http://doi.org/fb5mz3>.
75. **Furieri FA, Nakamura-Palacios EM.** Gabapentin reduces alcohol consumption and craving: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2007 [cited 2015 Jun 29];68(11):1691-700. <http://doi.org/d8kecv9>.
76. **Kranzler HR, McKay JR.** Personalized treatment of alcohol dependence. *Curr Psychiatry Rep*. 2012 [cited 2015 Jun 29];14(5):486-93. <http://doi.org/5tm>.
77. **Becerril VE, Moreno AJ, Mendieta CD, González CD, Natera RG, Pavón RL, et al.** Estudio preliminar de la expresión del mensaje genético del transportador de serotonina en células mononucleares de sangre periférica en pacientes con dependencia al alcohol con y sin depresión mayor comórbida. *Salud Mental*. 2011 [cited 2015 Jun 29];34(2):139-47. Spanish. Available from: <http://goo.gl/WZT5dk>.
78. **Agrawal RG, Owen JA, Levin PS, Hewetson A, Berman AE, Franklin SR, et al.** Bioinformatics analyses reveal age-specific neuroimmune modulation as a target for treatment of high ethanol drinking. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014 [cited 2015 Jun 29];38(2):428-37. <http://doi.org/5tn>.
79. **Ray L, Bryan A, MacKillop J, McGeary J, Hesterberg K, Hutchison KE.** The dopamine D4 receptor (DRD4) gene exon III polymorphism, problematic alcohol use and novelty seeking: direct and mediated genetic effects. *Addict Biol*. 2009 [cited 2015 Jun 29];14(2):238-44. <http://doi.org/fn7wzt>.

CASOS CLÍNICOS

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49417>**Chundú o pusana mala: presentación de un caso de un posible síndrome psiquiátrico cultural no reconocido***Chundu or pusana mala: Case report of a possible non recognized culture-bound syndrome*Edward Julián Bravo-Naranjo¹

Recibido: 02/03/2015

Aceptado: 18/03/2015

¹ Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.

Correspondencia: Edward Julián Bravo-Naranjo. Carrera 45 No. 26-85, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina. Universidad nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia. Tel: (57 1) 3165000, ext: 15117. Correo electrónico: ejbravon@unal.edu.co.

| Resumen |

Los síndromes psiquiátricos culturales implican un grupo de manifestaciones sintomáticas que son identificadas como un trastorno específico en un contexto sociocultural limitado y que pueden o no corresponder a categorías diagnósticas más universales. En Latinoamérica, se han descrito los *ataques de nervios*, el *susto* y el *mal de ojo* como los más frecuentes, figurando en el DSM-IV, DSM-5 y en el GLADP. El presente caso describe los síntomas experimentados por una mujer de 19 años proveniente de la familia indígena Yucuna de la Amazonía colombiana, con un cuadro de ansiedad y alucinaciones que más adelante fue identificado como *chundú* o *pusana mala*, un trastorno asociado a la magia de amor hasta ahora no descrito en la literatura científica.

Palabras clave: Psiquiatría; Trastornos psicóticos/etnología; Antropología médica; Trastornos mentales/etnología; Hechicería/psicología; Colombia/etnología (DeCS).

.....
Bravo-Naranjo EJ. Chundú o pusana mala: presentación de un caso de un posible síndrome psiquiátrico cultural no reconocido. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):495-500. Spainsh. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49417>.

Summary

Culture-bound syndromes encompass certain symptoms that are identified as a specific illness in a certain cultural context and might be related or not to a more universal diagnostic category. Some of these syndromes have been described in Latin America, such as *ataque de nervios*, *susto* and *mal de ojo*, which are included in the DSM-IV, DSM-5 and LAGPD. This case describes the symptoms experimented by a 19-year-

old indigenous woman from the Amazonian Yucuna ethnic group. Her condition was characterized by anxiety and visual hallucinations identified later as *chundú* or *pusana mala*, a culture-bound syndrome associated with love magic that has not been described in the scientific literature.

Keywords: Psychiatry; Psychotic disorders/ethnology, Anthropology, Medical; Mental disorders/ethnology; Magic/psychology; Colombia/ethnology (MeSH).

.....
Bravo-Naranjo EJ. [Chundu or pusana mala: Case report of a possible non recognized culture-bound syndrome]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):495-500. Spainsh. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49417>.

Introducción

Los síndromes dependientes de la cultura incluyen distintos grupos de síntomas mentales y somáticos que son reconocidos como una enfermedad identificable en un contexto sociocultural específico. Estos síntomas no guardan una relación con una alteración estructural o bioquímica específica y no son reconocidos en otras culturas. El término *síndrome dependiente de la cultura* fue incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1), permaneciendo en la guía para la formulación cultural y en el glosario de síndromes en su versión más reciente, el DSM-5. Se incluye una lista de los síndromes reconocidos más comúnmente, haciendo mención a la *brujería*, el *ataque de nervios*, el *susto* y el *mal de ojo*, trastornos ligados al sistema de creencias latinoamericano. Algunos países asiáticos han dedicado mayor atención y han efectuado amplias descripciones de estos trastornos,

contribuyendo al conocimiento empírico y nosológico de varios síndromes incluidos en el DSM-IV.

La población indígena o amerindia en Colombia se estima en 1 378 884 habitantes y representa el 3.4% de la población del país (2). Esta población comprende más de 80 etnias con imaginarios mágico-religiosos diversos y concepciones de la enfermedad que han sido recogidos por múltiples trabajos desde los procesos de salud-enfermedad, aunque no en términos de síndromes psiquiátricos culturales. Una búsqueda exhaustiva en la literatura publicada revela la ausencia de síndromes descritos en estas comunidades, aun cuando se han realizado múltiples trabajos antropológicos acerca del sistema de creencias y las prácticas curativas de los chamanes.

A continuación, presentamos el caso de una paciente indígena proveniente de la Amazonía colombiana cuyas manifestaciones sintomáticas incluyen alucinaciones visuales y cenestésicas, crisis de ansiedad e inquietud motora. El origen de los síntomas fue explicado en su sistema de creencias como secundario a la magia de amor, *chundú* o *pusana mala*, lo que, según creemos, podría corresponder a un síndrome psiquiátrico cultural hasta ahora no descrito y que ameritaría estudios ulteriores que validaran su consistencia y permitieran incluirlo en la literatura oficial.

Descripción del caso

Se trata de una paciente de 19 años, natural de Mirití, Amazonas y proveniente de Leticia. Perteneció a la familia indígena Yucuna, no ha estado escolarizada, aunque sabe leer y escribir; es soltera, trabaja como empleada doméstica, y habla español, yucuna y tanimuka. La paciente se encontraba en Bogotá 15 días antes de la primera evaluación en el Hospital Simón Bolívar en 2013, dado que había sido remitida para la realización de un procedimiento quirúrgico reconstructivo.

La descripción sintomática y evolutiva que sigue se obtuvo a partir del análisis de la historia clínica de ingreso al hospital (realizada por un médico psiquiatra) y las entrevistas de seguimiento en el servicio de hospitalización psiquiátrica (realizadas por un médico residente de psiquiatría). Se realizó una entrevista diagnóstica semiestructurada al ingreso a la Unidad de Salud Mental (USM) y 17 entrevistas de seguimiento dirigidas a ampliar la información obtenida inicialmente y evaluar la evolución. Se realizaron entrevistas diarias durante el tiempo de la primera hospitalización y tres entrevistas de seguimiento al mes, dos y siete meses después del egreso. Ninguno de los médicos que estuvo en contacto con la paciente estaba familiarizado con la etnia de esta ni con las explicaciones del proceso salud-enfermedad de las familias indígenas.

Ingresó al servicio de urgencias trasladada por ambulancia desde su casa-refugio por presentar un cuadro de inicio súbito que consistió en inquietud motora, ansiedad, llanto, temblor de extremidades, actitud alucinatoria, soliloquios e ideación de contenido mágico y persecutorio, interpretada inicialmente como delirante. En los últimos 10 días había experimentado múltiples episodios similares, de corta duración (10 minutos a 1 hora), de inicio súbito y autolimitados. Los períodos intercrisis eran descritos como normales. La paciente tiene un antecedente de quemadura con gasolina sufrida a los 8 años de edad que afectó el 30% de la superficie corporal, de lo cual presenta secuelas estéticas, de adherencias y retracciones en cara y cuello. Recibió intervención quirúrgica en la época de la lesión basada en injerto de piel del muslo en la cara y liberación de adherencias y retracciones en codos y cuello. Se desconocen los antecedentes pre y perinatales, así como las características del neurodesarrollo. No presenta historia de uso de alcohol u otras sustancias psicoactivas, como tampoco de hospitalizaciones anteriores. No existen antecedentes de consultas u hospitalizaciones psiquiátricas; comunica el suicidio de un hermano suyo 6 años antes.

El examen físico de ingreso a urgencias reveló la presencia de retracciones cicatriciales en hemicara izquierda, cuello y tórax, una frecuencia cardíaca levemente elevada y diaforesis. Dado que la paciente recibió sedación intramuscular durante el traslado en ambulancia, no fue posible realizar un examen mental completo en el servicio de Urgencias. Los exámenes para THC, cocaína, atropínicos y metanfetaminas fueron negativos. El hemograma, uroanálisis, glicemia, función renal, serología, función hepática y la TAC de cráneo simple se reportaron como normales. El psiquiatra que realizó la entrevista inicial consideró conveniente ingresarla a la USM con el diagnóstico provisional de *episodio psicótico agudo*, e inició un tratamiento antipsicótico con Olanzapina, 5mg BID; Lorazepam, 1mg TID; y Levomepromazina, 40mg al día dividido en 3 dosis.

Luego de su ingreso al área de hospitalización psiquiátrica y del descenso de la sedación fue posible ampliar la historia clínica y realizar un examen mental completo. La paciente refirió que en los últimos 10 días había presentado episodios de corta duración en los que veía a una persona mayor que quería hacerle daño, oía como le ordenaba deshacerse de un objeto, la tocaba e intentaba quitarle la ropa. Estos episodios se acompañaban de mucha ansiedad y miedo, llanto e inquietud motora, en tanto se sentía amenazada. La paciente explicó que había tomado un *chundú* (amuleto de amor) de un *bufeo* (delfín de río), y considerando que esa era la razón por la que el hombre la perseguía; debía entonces deshacerse del objeto para paliar la situación. Según su relato, estos episodios se presentaban entre 3 y 4 veces por semana y siempre duraban

menos de 2 horas; no había ninguna asociación con factores externos que indujera o modificara la evolución y, finalmente, los períodos intercrisis eran normales.

El examen mental registró una paciente con vestuario acorde a su situación, sexo y edad; limpia, suspicaz, desconfiada y con un pobre contacto visual. Se encontraba alerta, orientada globalmente, euproséxica; su pensamiento era de velocidad normal y no presentaba fallas en la forma de asociación. La explicación proveída se interpretó inicialmente —de forma errónea, según comprobación posterior— como una ideación delirante de tipo persecutorio y mágico. Manifestaba alucinaciones hápticas pasivas, y visuales y auditivas complejas. Presentaba inquietud motora, un afecto hipértimico de tono ansioso, se veía asustada y temerosa. Su uso del lenguaje era correcto aunque con una producción verbal restringida, su inteligencia se encontraba dentro de límites normales y las retracciones dérmicas limitaban la expresión mímica. Se anota nula conciencia de enfermedad y pérdida del juicio de realidad.

Durante la hospitalización, la frecuencia de las crisis aumentó, llegando a presentar hasta 3 por día. Los lapsos caracterizados por la presencia de alucinaciones y ansiedad duraban entre 30 minutos y 2 horas, requiriendo en varias ocasiones sedación parenteral para control de la agitación. Se observaron períodos intercrisis asintomáticos con un patrón comportamental adecuado. Por medio de las entrevistas de seguimiento fue posible ampliar la explicación dada por la paciente ante estos fenómenos, identificando un relato estructurado en el cual se atribuía la intención de daño a una persona mayor que aparecía en visiones como consecuencia de una maldición por haber robado un objeto mágico a un delfín rosado. La profundización en estos aspectos culturales permitió corregir la apreciación inicial que consideró estas ideas como delirios. Se observó entonces que estas ideas no constituían creencias falsas ni patológicas, sino que resultaban congruentes con interpretaciones culturales referentes a la magia de amor e ideas compartidas por su grupo étnico. Así mismo, la paciente ofreció la nomenclatura diagnóstica: “Eso es el chundú”, y una potencial intervención terapéutica que implicaba deshacerse del amuleto y la mediación de un chamán.

Además, fue posible profundizar en la historia personal, familiar y social de la paciente, quien proviene de una familia de brujos y chamanes, mezcla de dos familias indígenas, los Yucuna y los Tanimuka. Tiene 7 hermanos, uno de los cuales cometió suicidio 6 años antes —de lo que no se obtuvo mayor información— y con el cual manifestó tener una relación muy cercana en su infancia. Posteriormente, narró la ocurrencia de experiencias místicas desde los 13 años, marcadas por

visiones relacionadas con la muerte de su hermano, y dos episodios disociativos entre los 15 y 16 años, de los cuales dijo haber experimentado la sensación de tomar la forma de animales sagrados y haber tenido comportamientos regresivos y vagabundeo. En ambos casos requirió la intervención de un chamán para su curación. Llama la atención la presencia de episodios similares en dos de los siete hermanos y la interpretación mágico-religiosa conferida a estos trances.

La paciente permaneció dos semanas hospitalizada con disminución gradual en la frecuencia de las crisis. Luego se le dio egreso con tratamiento psicofarmacológico ambulatorio consistente en Olanzapina, 10 mg VO QD, y Lorazepam, 2 mg VO BID. También se realizó un trazado electroencefalográfico con privación de sueño que no mostró alteraciones. Durante este tiempo, la paciente se deshizo del amuleto pero reingresó a la USM un mes después. Se realizó un cambio de antipsicótico a Clozapina hasta alcanzar una dosis de 300 mg al día. En esta ocasión se contactó al padre de la paciente, de quien se sabía era un chamán reconocido por su tribu y que una vez acudió a la USM, reconoció la sintomatología como *chundú* o *pusana mala*. Con aquiescencia del equipo médico fue programada una intervención terapéutica con la participación de otro chamán de la etnia Tanimuka, la cual fue llevada a cabo dos semanas después del reingreso y consistió en cantos y ritos con el humo de tabaco. La intervención no se prolongó más de 5 minutos y la indicación posterior, por parte de los chamanes, fue que la paciente debía volver a su lugar de origen y continuar allí el tratamiento. La paciente permaneció hospitalizada dos días más con remisión parcial de los síntomas, concretándose luego el traslado para Mirití. Se hizo seguimiento telefónico un mes después y se constató que había presentado dos episodios más en Mirití y había suspendido el tratamiento psicofarmacológico. Una nueva entrevista telefónica a los 6 meses pudo verificar que presentó mejoría completa de los síntomas, sin recurrencia de crisis y una recuperación total de la funcionalidad global.

Discusión

La clasificación de las enfermedades mentales ha sido objeto de la crítica dado que los sistemas diagnósticos vigentes se basan predominantemente en estudios y consensos de expertos de países desarrollados (3). Los síndromes relacionados con la cultura consisten en grupos de síntomas psíquicos y comportamientos disfuncionales con diferentes expresiones en distintas culturas que pueden ser variaciones de trastornos previamente descritos en otros países, o bien constituir síndromes culturales específicos (4). El capítulo *Formulación Cultural* del DSM-5 introduce una entrevista semiestructurada como herramienta para la evaluación de

estos casos, pero las consideraciones contempladas para el diagnóstico y la formulación cultural, previamente incluidas en el DSM-IV, se conservan relativamente intactas en la nueva edición; además, el glosario de síndromes dependientes de la cultura, ahora *Glossary of Cultural Concepts of Distress*, no incluye nuevos trastornos (5). En Latinoamérica, han surgido iniciativas para desarrollar criterios de diagnóstico psiquiátrico específicos y categorías regionales, tales como el *Glosario Cubano de Psiquiatría* (CGP) y la Guía Latinoamericana para el Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) (6); aunque estos criterios no se están incluidos en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10), pues se considera que no existen estudios fiables que apoyen su inclusión como una categoría independiente (7). El reporte de casos y los estudios en psiquiatría transcultural en la región continúan siendo escasos, posiblemente por la multiplicidad y falta de correspondencia entre los términos usados en las bases de datos, los sesgos de publicación o la inclinación por temas de investigación de interés para países desarrollados (8).

Se realizó una búsqueda en las bases de datos MEDLINE, LILACS, SciELO y EMBASE, teniendo en cuenta publicaciones desde 1960 hasta enero de 2015, en español, inglés y portugués, y usando las palabras clave *chundú*, *chundul*, *pusana*, *pusanga*, *love magic*, *culture-bound syndrome* y *river dolphin*. Se concluyó que no existen menciones de este síndrome cultural específico en la literatura científica publicada. Aunque sin tratarse de un tema rebotante de publicaciones, es posible encontrar menciones del *Brainfog*, un síndrome que incluye problemas de memoria, depresión y ansiedad, identificado en estudiantes nigerianos (9); el *Koro*, encontrado en el sudeste asiático, caracterizado por ataques de ansiedad y miedo a la disminución del tamaño de los genitales (10-12); el *Dhat*, en el cual los pacientes atribuyen síntomas somáticos a la pérdida de semen y que se ha descrito en China, Europa, Rusia y América (13-15); algunos menos conocidos como el *Devaki* de India (16), el *Hikikomori* en Japón (17), y otros más cercanos a Latinoamérica y el Caribe como el *Ataque de nervios* (18,19), *Susto* (20,21) o *Fright* (22); o incluso relacionados con la mala suerte, como la *Saladerra* en Perú (23) o con la brujería, como el *Mal de ojo* padecido por lactantes y adultos (24,25).

Los síntomas mostrados por la paciente pueden interpretarse como manifestaciones de ansiedad y alteraciones sensorio-perceptivas, aunque difícilmente podría clasificarse todo su conjunto en una categoría diagnóstica del DSM-IV. Conviene tener en cuenta la descripción que este ofrece de los síndromes psiquiátricos culturales (*culture-bound syndromes*) (26), a saber: “Patrones recurrentes de comportamiento aberrante y de experiencias problematizadoras con una expresión geográfica específica, que pueden estar o no

relacionados con las categorías diagnósticas del DSM-IV. Muchos de estos patrones son considerados localmente como ‘enfermedades’, o por lo menos como aflicciones, y la mayoría reciben una denominación propia. (...) los síndromes culturales generalmente están limitados a sociedades o áreas culturales específicas, y representan categorías diagnósticas localizadas, ‘folk’ que enmarcan significados coherentes para ciertos conjuntos de experiencia y observación repetitivos y generadores de dificultades”. (1,26).

En el caso presentado se aprecia una fuerte relación entre las creencias del sujeto, el imaginario socio-cultural y las manifestaciones psicopatológicas. Además, por medio de la explicación ofrecida por la paciente y su curador, es evidente que el patrón sintomático es reconocido como una magia de amor y rápidamente atribuida a una categoría diagnóstica local: *chundú* o *pusana mala*, que da cuenta del origen de los síntomas y ofrece un modelo explicativo de su génesis y tratamiento. En este caso, la paciente había obtenido un amuleto de amor de un *bufeo* o delfín rosado —figura con fuerte significado mágico y ritual en su cultura— sin contar con la preparación religiosa adecuada, lo que contravenía las leyes mágicas en su contexto y la condicionaba al sufrimiento psicológico hasta que se deshiciera del objeto y realizara una ceremonia de sanación. Si bien es el primer caso que conocemos que agrupe estas características, la información obtenida por medio de las entrevistas con la paciente, su padre y el chamán conduce a la hipótesis de que el *chundú* es un síndrome psiquiátrico cultural. Al indagar por casos similares conocidos por el chamán se concluyó que existe un patrón sintomático caracterizado principalmente por estados de ansiedad, donde se presentan alucinaciones visuales y auditivas complejas, comúnmente de contenido sexual y que generan terror al que las padece. Puede acompañarse de otros síntomas inespecíficos como insomnio global, pesadillas, estado permanente de aprensión, paranoia, y alteraciones del comportamiento derivadas como inquietud motora, agitación psicomotora, aislamiento y dromomanía. Los síntomas se relacionan con la magia de amor usada en las regiones de la Orinoquía y Amazonas, y por lo general son interpretadas como un castigo por realizar hechizos sin preparación o de mala fe. El tratamiento incluye el resarcimiento concreto o simbólico del daño efectuado, ayuno, oración y ceremonias de sanación realizadas por un chamán.

Poco se conoce acerca de los síndromes culturales de las comunidades indígenas de Colombia, mucho menos de las manifestaciones mentales y síndromes psiquiátricos específicos en esta población. En la literatura que referencia las creencias y mitos de las comunidades indígenas colombianas es posible encontrar la leyenda de la princesa Inirida, perteneciente a la etnia Puinave, quien, víctima de un hechizo

de amor o *pusana mala*, pierde el juicio y escapa a los cerros de Mavicure (27). Las descripciones de este patrón sintomático son escasas en la literatura gris y los resultados asociados a los términos de búsqueda comúnmente hacen referencia a una sustancia producida con fines medicinales y eróticos (28).

La publicación de este caso es, hasta donde se sabe, la primera descripción fenomenológica de lo que se cree constituye un síndrome psiquiátrico cultural, como de cualquier síndrome asociado a esta familia indígena. Son necesarios estudios adicionales que recojan información proveída por los chamanes o curanderos, saberes populares acerca del patrón sintomático y descripciones de casos clínicos ulteriores que validen la existencia de este síndrome psiquiátrico cultural.

Conclusión

Existe muy poca información publicada acerca de los síndromes asociados a la cultura encontrados en Colombia y sus comunidades indígenas. Si bien no existe evidencia suficiente para considerarlo como un síndrome psiquiátrico cultural, en algunas comunidades, el *chundú* o *pusana mala* se asocia con diversas manifestaciones psicológicas y comportamentales que incluyen episodios de ansiedad, inquietud motora, agitación psicomotora, insomnio, ideación persecutoria y fenómenos alucinatorios complejos. Está relacionado culturalmente con la magia de amor y parece presentar un curso tórpido, con rápida instauración de síntomas y susceptible de cronificarse en ausencia de una intervención especializada. Esta parece ser la primera descripción de este fenómeno desde una perspectiva clínica psiquiátrica y cultural. Se requieren descripciones adicionales y estudios que permitan validar su consistencia como un síndrome cultural específico, así como conocer otras características de la sintomatología, curso y pronóstico. Esperamos que este artículo contribuya a la publicación de nuevos casos relacionados con el rico imaginario sociocultural colombiano y permita un mejor entendimiento de las manifestaciones psiquiátricas de estos pacientes.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por el autor.

Financiación

Ninguna declarado por el autor.

Agradecimientos

Ninguno declarado por el autor.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Revised 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2000.
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo Nacional de Población de 2005. Bogotá: DANE; 2005 [cited 2015 Mar 30]. Available from: <http://goo.gl/RITKsC>
3. Otero-Ojeda AA, Berganza CE. Experience and implications of the Latin American guide for psychiatric diagnosis. In: Salloum IMMJE, editor. Psychiatric diagnosis. New York: Wiley-Blackwell; 2009. p. 263-71.
4. Lopez-Ibor JJ. Cultural adaptations of current psychiatric classifications: are they the solution? *Psychopathology*. 2003;36(3):114-9. <http://doi.org/fmbn8v>.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental health disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
6. Berganza CE, Mezzich JE, Otero-Ojeda AA, Jorge MR, Villaseñor-Bayardo SJ, Rojas-Malpica C. The Latin American guide for psychiatric diagnosis. A cultural overview. *Psychiatr Clin North Am*. 2001;24(3):433-46. <http://doi.org/cb68wg>.
7. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
8. Razzouk D, Nogueira B, Mari Jde J. The contribution of Latin American and Caribbean countries on culture bound syndromes studies for the ICD-10 revision: key findings from a working in progress. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;33 Suppl 1:S5-20. <http://doi.org/d5vxx6>.
9. Aghukwa NC. Case histories of brainfog syndrome in Nigerian University undergraduates. *Niger J Med*. 2014;23(4):315-20.
10. Chowdhury AN. The definition and classification of Koro. *Cult Med Psychiatry*. 1996;20(1):41-65. <http://doi.org/cjvmwd>.
11. Kumar R, Phookun HR, Datta A. Epidemic of Koro in North East India: an observational cross-sectional study. *Asian J Psychiatr*. 2014;12:113-7. <http://doi.org/4t5>.
12. Mattelaer JJ, Jilek W. Koro-the psychological disappearance of the penis. *J Sex Med*. 2007;4(5):1509-15. <http://doi.org/fp4drj>.
13. Deb KS, Balhara YP. Dhat syndrome: a review of the world literature. *Indian J Psychol Med*. 2013;35(4):326-31. <http://doi.org/4t6>.
14. Sumathipala A, Siribaddana SH, Bhugra D. Culture-bound syndromes: the story of dhat syndrome. *Br J Psychiatry*. 2004;184:200-9. <http://doi.org/fg8xw4>.
15. Udina M, Foulon H, Valdés M, Bhattacharyya S, Martín-Santos R. Dhat syndrome: a systematic review. *Psychosomatics*. 2013;54(3):212-8. <http://doi.org/4t7>.
16. Nath K, Bhattacharya A, Sinha P, Praharaj SK. Devaki Syndrome: A culture-bound psychological reaction in Indian Hindu women in response to repeated pregnancy loss? *Asian J Psychiatr*. 2015;13:13-5. <http://doi.org/4t8>.
17. Teo AR, Gaw AC. Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal?: A proposal for DSM-5. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(6):444-9. <http://doi.org/bw7n4n>.

18. **Keough ME, Timpano KR, Schmidt NB.** Ataques de nervios: culturally bound and distinct from panic attacks? *Depress Anxiety*. 2009;26(1):16-21. <http://doi.org/fpdwwr>.
19. **Guarnaccia PJ.** Ataques de nervios in Puerto Rico: culture-bound syndrome or popular illness? *Med Anthropol*. 1993;15(2):157-70. <http://doi.org/dg62vx>.
20. **Weller SC, Baer RD, deAlba Garcia JG, Glazer M, Trotter R, Pachter L, Klein RE.** Regional variation in Latino descriptions of susto. *Cult Med Psychiatry*. 2002;26(4):449-72.
21. **Landy D.** A syndrome and its meaning: susto, a folk illness. *Science*. 1985;228(4701):850-1. <http://doi.org/dqtznc>.
22. **Quinlan MB.** Ethnomedicine and ethnobotany of fright, a Caribbean culture-bound psychiatric syndrome. *J Ethnobiol Ethnomed*. 2010;6:9. <http://doi.org/bhrhzt>.
23. **Dobkin de Rios M.** Saladerra—a culture-bound misfortune syndrome in the Peruvian Amazon. *Cult Med Psychiatry*. 1981;5(2):193-213. <http://doi.org/fgjmm7>.
24. **Bayles BP, Katerndahl DA.** Culture-bound syndromes in Hispanic primary care patients. *Int J Psychiatry Med*. 2009;39(1):15-31. <http://doi.org/dz92w8>.
25. **Castaldo M, Marrone R, Costanzo G, Mirisola C.** Clinical practice and knowledge in caring: breastfeeding ties and the impact on the health of Latin-American minor migrants. *J Immigr Minor Health*. 2014;28. <http://doi.org/4t9>. [Epub ahead of print].
26. **Uribe CA.** La controversia por la cultura en el DSM-IV. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2000;29(4):345-366 [cited 2015 May 26]. Available from <http://goo.gl/pPoeE0>.
27. **Mitos y leyendas del Guainía.** Raigambre. 1990; 1(1): 47-49.
28. **Patiño VM.** Prácticas y sustancias medicinales relacionadas con la vida erótica. In: Patiño VM. Historia de la cultura material en la América equinoccial. Tomo 7: Vida erótica y costumbres higiénicas. Bogotá: Instituto Caro y Cuervo; 2000. Available from: <http://goo.gl/lkgBLj>.

ARTÍCULO DE ACTUALIZACIÓN

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.47460>

Cannabis sintético: aspectos toxicológicos, usos clínicos y droga de diseño

*Synthetic cannabis: toxicological effects, clinical use and designer drugs*Andrés Felipe Casadiego-Mesa¹ • Sara Margarita Lastra-Bello²

Recibido: 23/11/2014 Aceptado: 02/02/2015

¹ Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.² Departamento de Toxicología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.Correspondencia: Sara Margarita Lastra-Bello. Carrera 45 No. 26-85, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia. Teléfono: (57 1) 3165000, Ext: 15120. Correo electrónico: smlastrab@unal.edu.co.

| Resumen |

La planta *cannabis sativa* tiene un largo historial de uso en el transcurso de la humanidad y, desde hace varias décadas, se ha retomado el interés por ella debido a su potencial terapéutico relacionado con diversidad de patologías. Sin embargo, el acercamiento a los aspectos toxicológicos, clínicos y terapéuticos de la planta, y sus derivados sintéticos se ha visto limitado, debido a las connotaciones culturales y legales que existen en la actualidad alrededor de su uso. Pues, dichos derivados sintéticos están siendo utilizados con fines recreativos, exponiendo a gran cantidad de personas a riesgos en su salud. En ese sentido, este artículo expondrá algunas generalidades sobre la planta, el sistema endocannabinoide y sus ligandos, su uso como droga de síntesis y su uso terapéutico, principalmente en las enfermedades neurodegenerativas del Parkinson y el Alzheimer.

Palabras clave: Cannabis; Endocannabinoides; Drogas diseñadas; Drogas/efectos de drogas; Enfermedades neurodegenerativas (DeCS).

Casadiego-Mesa AF, Lastra-Bello SM. Cannabis sintético: aspectos toxicológicos, usos clínicos y droga de diseño. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):501-10. Spanish. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.47460>.

Summary

The cannabis sativa plant has a long history of use in the course of humanity and, since a few decades ago, has gained attention because of its therapeutic potential associated with diverse

pathologies. However, the study of its toxicological, clinical and therapeutical properties, and its synthetic derivatives, has been limited due to cultural and legal connotations about its use. This is because such synthetic derivatives are being used for recreational purposes, exposing many people to health risks. Thus, this article will present some generalities about the plant, the endocannabinoid system and its ligands, its use as synthetic drug and its therapeutical use, especially in neurodegenerative diseases like Parkinson and Alzheimer.

Keywords: Cannabis; Endocannabinoids; Designer Drugs; Drugs/drug effects; Neurodegenerative Diseases (MeSH).

Casadiego-Mesa AF, Lastra-Bello SM. [Synthetic cannabis: toxicological effects, clinical use and designer drugs]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):501-10. Spanish. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.47460>.

Introducción

La historia del uso de la marihuana con fines terapéuticos se remonta al año 2737 a.C., cuando fue incluida en la farmacopea china del emperador Sheng-Nung debido al beneficio que mostraba su uso en afecciones como los calambres, el dolor reumático y el menstrual. Desde entonces y hasta 1925, cuando en la Convención de Génova se incluyó en la lista de drogas ilegales y peligrosas, se utilizó en tratamientos tan diversos como el del dolor, las convulsiones, los espasmos y el vómito (1). La planta reapareció cuando estuvo en auge su uso recreativo en la década de los 60, lo que despertó el

interés de la comunidad científica, que desde 1964 se encargó del aislamiento y análisis de sus componentes. Aunque fue necesario esperar hasta los 90 para encontrar evidencia de una serie de receptores de membrana y sustancias endógenas que proporcionaban información sobre la existencia de un sistema endocannabinoide en el sistema nervioso (2). Los avances en el conocimiento del funcionamiento de este sistema, así como también el mayor conocimiento de los cannabinoides presentes en la planta y la interacción de éstos sobre el sistema endocannabinoide, ha conducido a la producción de sustancias de origen sintético que están siendo ensayadas como alternativa de uso terapéutico. Pero, al mismo tiempo ha sobrevenido el advenimiento del uso de cannabinoides sintéticos como drogas de diseño.

El sistema endocannabinoide

El sistema endocannabinoide hace referencia al descubrimiento de un sistema endógeno constituido por receptores, ligandos endógenos y enzimas participantes en la síntesis y degradación de endocannabinoides, que contribuyen en conjunto a la regulación de diversas funciones entre las que se encuentran el aprendizaje y la memoria, la respuesta al estrés y el dolor, la regulación del sueño, los mecanismos de recompensa, la ingesta de alimentos, los movimientos y el control de la postura; además de servir como modulador en distintos sistemas como el inmunológico, cardiovascular, gastrointestinal y reproductivo (3), e incluso en el desarrollo neuronal (4). En este sistema, se han descrito principalmente

dos receptores cannabinoides, el CB1 y el CB2, los cuales pertenecen a la extensa familia de receptores acoplados a una proteína G (5). El primero, se encuentra en mayor abundancia en áreas del sistema nervioso central, relacionadas con la actividad motora (ganglios basales y cerebelo), de memoria y aprendizaje (hipotálamo), de las emociones (amígdala) y endocrinas (hipotálamo y médula espinal) (6); aunque se han encontrado también en órganos y tejidos periféricos. El segundo, el receptor CB2, tiene una presencia mayor en las células de los sistemas inmune y hematopoyético (1).

Receptores CB1

La expresión de este receptor es mayoritariamente presináptica en axones y terminales nerviosos, aunque también puede estar en dendritas y somas de las neuronas (1). Su presencia en el hipocampo se ha relacionado con los efectos negativos que tienen sus agonistas en la memoria, cognición y aprendizaje. Por su parte, su presencia en los ganglios basales podría tener un papel importante en la regulación motora, como se evidencia en algunos casos de Parkinson, en los cuales hay una disminución en la unión de los endocannabinoides con los receptores CB1 (7,8). Además, su activación en el núcleo *accumbens* activa el circuito de recompensa dopaminérgico, por lo que el uso de antagonistas selectivos parece prometedor en el tratamiento de las adicciones (7). Estos efectos son posibles debido a que la activación del receptor CB1 modula la liberación de otras sustancias endógenas tan diversas como la acetilcolina, noradrenalina, serotonina, glutamato, dopamina, GABA y D-aspartato (8) (Véase Figura 1).

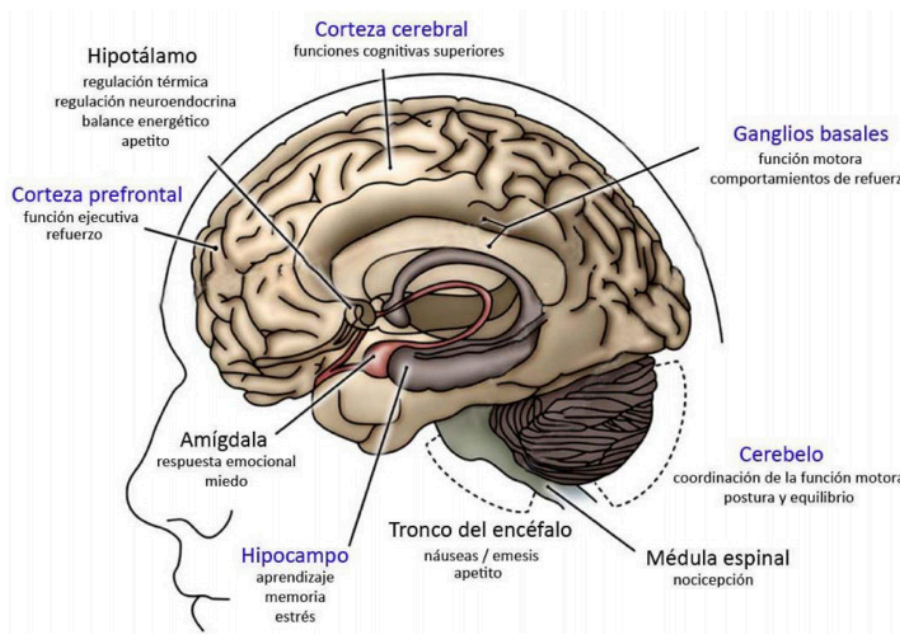


Figura 1. Regiones que expresan el receptor CB1 y funciones en las que intervienen. Fuente: (2).

Receptores CB2

El uso de agonistas CB2 como HU-308 o JWH-133 ha dado evidencia de que estos receptores tienen un papel mediador en procesos como la reducción de la presión sanguínea, la inhibición de la motilidad intestinal, las acciones antiinflamatoria y analgésica a nivel periférico (9). Dichas propiedades antiinflamatorias han sido estudiadas en procesos isquémicos, en los cuales se ha visto que reduce la excitotoxicidad al disminuir la producción de moléculas antiinflamatorias en las células microgliales y astrocitos (7). En cuanto a su acción analgésica, se ha dicho que actúa de forma similar a cuando se utilizan ciertos agonistas opioides (10). Sin embargo, se debe tener en cuenta que los efectos de la activación de este receptor aún tienen muchas incógnitas, debido a que su estudio ha sido menor al del receptor CB1 (7), por lo que se requiere de mayor investigación al respecto.

Ligandos cannabinoides

Con respecto a los ligandos de estos receptores, Benito-Sastre (1) y Reguero-Acebal (2) hacen una división de éstos en tres categorías que son resumidas a continuación.

Endocannabinoides

Son compuestos lipídicos derivados de la degradación de fosfolípidos de membrana (11), que se sintetizan y liberan bajo demanda. Entre ellos se encuentran principalmente la anandamida o N-araquidonil-etanolamida, (AEA), que actúa sobre ambos receptores, y el 2-araquidonil glicerol (2-AG), también agonista CB1 y CB2, aunque en menor potencia que AEA. Además de estos dos, existen otros compuestos que, si bien no actúan directamente sobre los receptores cannabinoides, son potenciadores de AEA y 2-AG, por lo que se les considera en algunos casos como endocannabinoides. Algunos de éstos son la palmitioiletanolamida (PEA), estearoiletanolamida (SEA), oleoiletanolamida (OEA), araquidonilglicina, 2-lineoilglicerol y oleamida (1).

Fitocannabinoides o cannabinoides naturales

Son 60 de los 400 compuestos que han sido descritos en la planta de la marihuana *cannabis sativa*, entre los cuales el más conocido es el Δ^9 Tetrahidrocanabinol (Δ^9 THC), que actúa sobre los dos receptores antes descritos. Otros, como el cannabinal (CBN), tienen una mayor afinidad con los receptores CB2, o con ninguno de ellos, como en el caso del cannabidiol (CBD), por lo que sus efectos psicoactivos son hasta 10 veces menores a los que produce el THC. Así pues, son sustancias que se encuentran sólo en esta planta

y que son capaces de estimular los receptores del sistema endocannabinoide (1). Estos fitocannabinoides recién nombrados, han sido algunos de los más estudiados, debido a que han contribuido a comprender el funcionamiento de los cannabinoides exógenos en el sistema endocannabinoide y sus posibles usos terapéuticos. Con respecto al Δ^9 THC, Pertwee (12) afirma que posee una afinidad natural tanto con los receptores CB1 y CB2, lo que en parte explica los efectos asociados a este compuesto, como por ejemplo la disminución de la actividad motora, la hipotermia, la reducción del dolor y las acciones psicoactivas del *cannabis*. Por otra parte, el mismo autor afirma que, si bien el CBD posee menor afinidad con los receptores endocannabinoides, actúa indirectamente sobre ellos. Esto podría traer a su vez grandes beneficios terapéuticos, entre los que nombra las acciones antiinflamatorias, posibles efectos anticonvulsivos, antipsicóticos, ansiolíticos y antieméticos, aunque son necesarios estudios más exhaustivos. Por último, González *et al.* (13) mencionan que el CBN, al tener mayor afinidad con el receptor CB2 que con el CB1, actúa reduciendo la actividad de la proteína quinasa A, lo que podría explicar el papel en la regulación inmunológica de este compuesto, ya que dicha proteína participa en la regulación de la actividad inmune.

Cannabinoides sintéticos

En los cannabinoides sintéticos se encuentran: los agonistas clásicos, que mantienen la estructura de los fitocannabinoides, como el HY-210, DHM-cannabidiol, nabilona, dronabinol y ácido ajulémico; los agonistas no clásicos, que son análogos bicíclicos y tricíclicos del Δ^9 THC, como el CP-55244, CP-47497 y levonantradol; los aminoalquilindoles, que difieren bastante de los anteriores y cuyo principal representante es WIN-55212 y los eicosanoides, que son derivados principalmente de la estructura de AEA, pero más estables a la hidrólisis enzimática, como la metanandamida (ACEA), el ACPA y el O-1812. Como antagonistas se encuentran los selectivos CB1, AM251, AM281 y SR141716A —también conocido como Rimonabant—, y los antagonistas selectivos CB2 como el SR144528, AM630 y JTE907 (1).

Cabe resaltar que gran parte de la acción neuromoduladora que llevan a cabo estos receptores se realiza de forma presináptica. Esto es, que cuando se activan los receptores de la membrana postsináptica, ésta sintetiza precursores endocannabinoides y los libera en la hendidura sináptica. Así, éstos se acoplan a los receptores en la membrana presináptica, bloqueando la entrada de iones de calcio, facilitando la salida de iones de potasio e impidiendo la despolarización de la célula y, por tanto, la liberación de neurotransmisores como el GABA o el Glutamato, efectos que son mimetizados por algunos de estos fitocannabinoides y cannabinoides sintéticos (6).

Farmacocinética de los cannabinoides

En primer lugar, es necesario tener en cuenta que tanto el THC, como muchos otros de los metabolitos extraídos o sintetizados a partir de la planta *cannabis sativa*, son altamente lipofílicos y difícilmente solubles en agua, por lo que una estimación precisa de la farmacocinética de estos compuestos es complicada, pues su disolución es muy variable. Sin embargo, Grotenhermen (14) expone la farmacocinética del THC como un ejemplo representativo de lo que ocurre generalmente con éste y otros compuestos similares o derivados de éste, dependiendo de su vía de administración. Cuando se inhala, puede ser detectado en el plasma incluso pocos segundos después de hacerlo, con picos de concentración en el intervalo de 3 a 10 minutos. Cuando se ingiere, su absorción es lenta y errática, presentando la máxima concentración en plasma después de una o dos horas de su ingesta, lo que se debe en gran parte a que la sustancia es degradada por los ácidos estomacales. También existen otras vías de administración como la oftálmica, en la que se encuentra un pico de concentración a la hora de su aplicación; la sublingual, que tiene relativamente rápidos efectos, y la rectal, en la cual la biodisponibilidad se muestra muy variable, dependiendo de las características de los supositorios.

Con respecto a la distribución del THC y sus metabolitos, se asume que no existen procesos específicos de transporte o barreras que afecten su concentración en los tejidos, por lo que ésta dependería de las propiedades fisicoquímicas de esta sustancia (14). Así pues, el THC penetra rápidamente a través de los tejidos altamente vascularizados, lo que resulta en un rápido decrecimiento de la concentración en plasma. Como consecuencia de sus propiedades lipofílicas, se acumula en algunos tejidos poco vascularizados y en la grasa del cuerpo. Posteriormente, se da su metabolización, la cual ocurre principalmente en el hígado a través de hidroxilación microsomal y oxidación catalizada por enzimas del complejo citocromo P450 (14). Finalmente, el THC es eliminado como metabolitos ácidos en la orina (20-35%) y excremento (65-80%), lo que puede tardar incluso semanas debido a su acumulación en tejidos grasos (14).

Uso de cannabinoides sintéticos como drogas de diseño

En el año 2010, Ware y Arnaud-Trempe (15) realizaron un estudio sobre el potencial de abuso de un cannabinoide sintético, la nabilona, y concluyeron que su uso era poco común y marginal, debido principalmente a que producía menores efectos psicoactivos que la marihuana tradicional, era más difícil de conseguir y mucho más costosa. Este tipo de estudios, a simple vista, podrían proporcionar una

panorámica favorable sobre el poco uso de los cannabinoides sintéticos como drogas de abuso o con fines recreativos. Sin embargo, las llamadas a los servicios de asistencia en Estados Unidos relacionadas con efectos adversos de sustancias que contenían cannabinoides sintéticos aumentaron de 53 en el 2009 a 2500 el año inmediatamente posterior (16). Así pues, se ha encontrado que cannabinoides sintéticos como el JWH-018, desarrollado a partir de las investigaciones de John Huffman (profesor emérito de la Universidad de Clemson de Carolina del Sur), están siendo utilizados, junto con otros compuestos, en productos que se han popularizado entre los jóvenes como nuevas sustancias psicoactivas (17) y cuyo análisis toxicológico aún no ha sido realizado (18). Por esta razón, su consumo está convirtiéndose en un problema de salud pública (19).

Entre dichas sustancias figuran las mezclas herbales que han sido comercializadas como productos de uso en aromaterapia. Éstas contienen cannabinoides sintéticos que son agregados a las plantas para luego ser fumadas (20), a pesar de que son vendidas con la advertencia de que no son aptas para el consumo humano (21,22). Dichos productos se venden bajo distintos nombres, como por ejemplo: Yucatan Fire, Sence, Smoke, Skunk (23), Halo, Black Mamba, Damiana, Drolle, Zohai, Genie (24), y Spice, K2 y Kronik, que son las más populares en Europa, Estados Unidos y Australia respectivamente (20). Estas sustancias son atractivas a los jóvenes principalmente porque se muestran como una alternativa legal al consumo de cannabis (23) y porque poseen el valor agregado de ser difícilmente detectadas en pruebas tradicionales de orina (21,25), debido a la falta de estándares de análisis claros para estos compuestos (26).

El aumento en el consumo de estas sustancias ha provocado que los distintos países en que son comercializadas tomen medidas legales (17,20). Así, se ha prohibido la venta de productos que contengan ciertos cannabinoides sintéticos y se han realizado gran cantidad de incautaciones, como lo reporta la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (27). Esto se evidencia en el aumento de 23 casos de incautación de cannabinoides sintéticos en 2009 a 22000 en el 2011. Tal situación ha llevado a que los productores reemplacen los cannabinoides prohibidos por otros similares, lo que ha resultado, en muchos casos, en el uso de sustancias más potentes y con mayores riesgos para la salud de los usuarios. Por tal motivo, algunos autores argumentan que las políticas actuales sólo están contribuyendo a que las personas estén expuestas a peligros mayores (22,28). Cabe resaltar que el retraso en los esfuerzos regulatorios de estas sustancias se debe en parte a que no han podido ser clasificadas fácilmente como simples análogas del Δ^9 THC, debido a las múltiples variedades estructurales que presentan (29).

Otro hecho a tener en cuenta es que el tráfico de estas sustancias supone un riesgo adicional para sus usuarios; pues, si bien su producción es relativamente económica y existen laboratorios adecuados para su producción en Europa, hay alternativas mucho más lucrativas como su contrabando desde China. De tal manera, luego de ser manufacturados en este país, los productos herbales se transportan camuflados hacia Europa, en donde se utilizan metanol y solventes químicos para diluir los cannabinoides con las hierbas aromáticas. En seguida, las hierbas se secan y empacan para su distribución, la cual ocurre en gran parte a través de internet, a un costo que oscila alrededor de los 10 euros por gramo. Así, se ha dado lugar a la distribución de sustancias que muchas veces están contaminadas por productos derivados de ineficientes procesos de síntesis (30–33).

Epidemiología de los cannabinoides sintéticos como drogas de abuso

La prevalencia de consumo de estas sustancias en un estudio con 852 estudiantes de la Universidad de Florida (16) fue del 8%, siendo estas cifras mayores que la de otras drogas usuales en población universitaria como el LSD, la heroína, los sedantes y los esteroides anabólicos. En 2013, otros investigadores en Australia realizaron un estudio similar y encontraron que de las 316 personas que respondieron su cuestionario, 94% habían consumido estas mezclas herbales en los últimos 12 meses, 45% en el último mes y 7% lo hacían a diario. Según el reporte, la mayoría usa pipas de agua y la ingesta es el método menos común (20).

Con respecto al motivo de consumo, el 50% manifestó hacerlo por curiosidad, 39% porque era legal y 23% porque era más fácil de conseguir que la marihuana común. Según el estudio, las tiendas son el principal medio de consecución de la sustancia, seguido de internet, amigos, tiendas de adultos, familiares, *dealers* de droga y otros (20). Como motivos adicionales de consumo se han documentado también la potenciación de los efectos de la marihuana común y el control del síndrome de abstinencia de ésta (25).

En cuanto al análisis de estas sustancias, desde el 2008 se han podido identificar algunos cannabinoides sintéticos como sus componentes (22), entre los que se encuentran tres grandes grupos estructurales: las series John W. Huffman (JWH), los Ciclohexil Fenol (CP) y los Hebrew University (HU), a los que respectivamente corresponden los cannabinoides JWH-015, JWH-018, JWH-073, JWH-081, JWH-122, JWH-210, JWH-250; el CP47,497, y el HU-210 (19,23,25). Cabe resaltar que el conocimiento actual sobre el Δ^9 THC no es suficiente para comprender los efectos que pueden generar

estas sustancias (22), debido a que su afinidad con los receptores cannabinoides es hasta 800 veces mayor, siendo más potentes (18). A esto se suma la gran variabilidad de sus concentraciones en los productos comercializados (28) y la presencia de contaminantes como el Clenbuterol, que produce una activación simpática al ser agonista de los receptores adrenérgicos β_2 (18). Tales condiciones pueden generar una mayor toxicidad de estas sustancias en comparación con el *cannabis* y una cantidad mayor de efectos adversos debido a su consumo.

Efectos del consumo de cannabis sintético en el ser humano

Como puede observarse en las Tablas 1 y 2, los efectos adversos asociados al consumo de cannabinoides son muy variados y se deben en gran medida, como se dijo anteriormente, al hecho de tener una mayor afinidad con los receptores endocannabinoides y a estar mezclados con sustancias que actúan sobre los receptores adrenérgicos β_2 . Además, el riesgo de desarrollar psicosis a través del consumo de cannabinoides sintéticos es más alto que con el *cannabis*, debido a que éste último no sólo tiene una menor acción en los receptores, sino que además tiene componentes con propiedades antipsicóticas como el cannabidiol (18,34).

Tabla 1. Efectos deseados y efectos adversos como consecuencia del consumo de cannabinoides sintéticos.

| Efectos deseados | Efectos adversos |
|---|---|
| Euforia, relajación, desinhibición, alteración de la percepción, alteración de consciencia. | Neuropsicológicos: Psicosis, agitación, ansiedad, irritabilidad, confusión, suicidio, alteraciones de la memoria, tolerancia, dependencia, alucinaciones, ataque de pánico, agresividad, comportamiento y pensamiento desorganizado, alucinaciones, ilusiones, paranoia, desregulación del estado de ánimo. |
| | Cardiovasculares: Hipertensión, taquicardia, dolor de pecho, infarto de miocardio, arritmia. |
| | Neurológicos: Convulsiones generalizadas, somnolencia, reflejos enérgicos, nistagmo, ataxia, dolor de cabeza. |
| | Neuromusculares: Hipertonidad, hiperflexión, hiperextensión, fasciculaciones. |
| | Gastrointestinales: Náuseas, vómito, anorexia, incremento del apetito. |

Fuente: (18,21,23,28,35,36)

Tabla 2. Comparación de los efectos clínicos producto de la exposición a marihuana y cannabinoides sintéticos en los centros de intoxicación de Texas.

| Efecto adverso | Cannabinoides sintéticos | | Marihuana | |
|--------------------------|--------------------------|------|-----------|------|
| | Total: 418 | % | Total: 99 | % |
| Taquicardia* | 153 | 36.6 | 13 | 13.1 |
| Agitación/Irritabilidad* | 80 | 19.1 | 8 | 8.1 |
| Somnolencia/Letargo | 73 | 17.5 | 14 | 14.1 |
| Vómito | 62 | 14.8 | 8 | 8.1 |
| Alucinaciones/Ilusiones* | 47 | 11.2 | 2 | 2 |
| Hipertensión* | 40 | 9.6 | 3 | 3 |
| Náusea | 39 | 9.3 | 3 | 3 |
| Confusión | 37 | 8.9 | 7 | 7.1 |
| Mareo/Vértigo | 37 | 8.9 | 3 | 3 |
| Dolor de pecho | 29 | 6.8 | 9 | 9.1 |

*Diferencias estadísticamente significativas. Adaptado de Forrester *et al.* (24).

A propósito de lo anterior, es necesario considerar que el consumo de estas sustancias genera efectos adversos incluso en personas con un amplio historial de abuso de marihuana, lo que refleja la potencia que tienen estos compuestos sobre el sistema endocannabinoide. De hecho, un participante en un estudio, que tan sólo había ingerido la sustancia en forma de té, presentó complicaciones (23), y otro, en Hong Kong (37), llegó a presentar dos semanas completas de alteraciones mentales como consecuencia de estos cannabinoides, mostrando comportamientos y pensamientos desorganizados, irritabilidad y conductas inapropiadas en público. Son tan graves las reacciones adversas provocadas por estas sustancias que, en foros virtuales entre sus consumidores, éstos describen experiencias de paranoia durante la intoxicación aguda, resaca al día siguiente y algunos síntomas de dependencia y abstinencia (38).

Así pues, se puede observar que el uso recreativo de los cannabinoides sintéticos es un fenómeno complejo. Para facilitar su comprensión, se requiere combinar los esfuerzos científicos y políticos.

Es poco útil la investigación en humanos de los aspectos toxicológicos de algunos de estos cannabinoides, dado que están en constante cambio por las regulaciones de los diferentes países. Sin embargo, esto no quiere decir que no se deba realizar un análisis exhaustivo de estas sustancias para prevenir a sus usuarios sobre los daños potenciales a la salud asociados a su uso.

Aspectos terapéuticos de los cannabinoides

El descubrimiento y estudio del sistema endocannabinoide, así como de los ligandos tanto endógenos como exógenos de los receptores de este sistema, han contribuido a que en la actualidad se desarrollen diversas iniciativas que intentan dar uso a dicho conocimiento con fines terapéuticos. Específicamente, se intenta dilucidar si el sistema cannabinoide está implicado en la aparición y/o mantenimiento de estados patológicos en los seres humanos. Así pues, se habla de que la hiper o hipofuncionalidad del sistema involucrada en los estados patológicos podría ser modificada a través de la administración de productos derivados de la planta *cannabis sativa*, que sirvan como agonistas o antagonistas, según sea necesario, generando así diversos efectos terapéuticos benéficos para las personas (39). En ese sentido, se han desarrollado diversos estudios como los que se mencionarán a continuación.

Alzheimer

En los últimos años, las estructuras endocannabinoides han sido de especial interés debido a los potenciales efectos terapéuticos que tienen en el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas. La característica principal de estas enfermedades es la lenta y progresiva pérdida neuronal en áreas específicas del cerebro; además, pueden causar disfunciones cognitivas, motoras o comportamentales (40), debido a factores tan diversos como la deposición beta amiloide (β A), la excitotoxicidad, el estrés oxidativo, la neuroinflamación, entre otros (41).

Una de las enfermedades neurodegenerativas más conocidas es la Enfermedad de Alzheimer (EA), que podría conceptualizarse a través de tres características principales: la presencia de deposición de pequeños péptidos β A en forma de placas neuríticas, la acumulación intraneuronal de proteína Tau (PT) hiperfosforilada en forma de ovillos neurofibrilares y la pérdida de sinapsis funcionales como consecuencia de las dos condiciones anteriores (41). Las placas neuríticas tienden a aparecer en primer lugar en la corteza orbitofrontal y el córtex temporal, para luego extenderse en toda la corteza, el diencéfalo e incluso el cerebelo en etapas avanzadas de la enfermedad. Los ovillos neurofibrilares, por su lado, aparecen cerca del tronco cerebral, luego en la corteza entorrinal y, al igual que las placas, tienden a extenderse por todo el cerebro. Estas apariciones pueden darse sin presencia de síntomas durante décadas; sin embargo, cuando éstos aparecen, el deterioro se hace cada vez más rápido y progresivo (11).

Hasta el momento, los fármacos utilizados en el tratamiento de la EA no han dado resultados del todo satisfactorios, por

lo que en la actualidad se ha creado gran expectativa por los potenciales de los medicamentos dirigidos al sistema endocannabinoide, ya que no sólo han logrado los resultados de los fármacos actuales, sino que además han mostrado en ocasiones una mayor potencia en el alivio de los síntomas (42). Ejemplos de esto son los casos relatados por Aso et al. (11), en los que intervenciones con Dronabinol y Nabilona—cannabinoides sintéticos agonistas de los receptores del sistema endocannabinoide—mostraron una disminución en las alteraciones comportamentales, incluso en casos en los que antipsicóticos y ansiolíticos mostraban pocos resultados. Además, se demostró que contribuían al aumento de peso en estos pacientes con EA, debido a que estimulan el apetito (43).

A pesar de lo anterior, la introducción de cannabinoides en el ámbito médico con fines terapéuticos se ha visto obstaculizado por algunos efectos secundarios de estas sustancias. Como respuesta a esto, se ha defendido la idoneidad de otro compuesto cannabinoide, el Cannabidiol (CBD), el cual muestra una buena tolerancia en humanos y no genera efectos cognitivos o acciones psicoactivas, pues no actúa directamente sobre los receptores CB1 y CB2. Este compuesto ha mostrado importantes acciones en el tratamiento de la EA, debido a que es capaz de disminuir la toxicidad inducida por los péptidos beta amiloides y previene la formación de ovillos neurofibrilares, al impedir la hiperfosforilación de la proteína Tau (40).

A parte del CBD, existen otros cannabinoides que estimulan los receptores CB2, aumentan los niveles de 2-AG e inhiben la monoacilglicerol lipasa (MAGL). Estos compuestos han mostrado un efecto en la reducción de péptidos beta amiloides a través de mecanismos fagocitarios (11,41) y de transporte por vía de plexos coroides, contribuyendo así a la disminución de neuroinflamación y por tanto de muerte cerebral. También, sustancias como ACEA y WIN55, 212-2, han sido útiles al inhibir la hiperfosforilación de la proteína Tau, reduciendo la apoptosis neuronal (11).

Parkinson

Otra enfermedad neurodegenerativa de gran interés en el campo médico es la enfermedad de Parkinson (EP), que afecta la neurotransmisión dopaminérgica en los ganglios basales (42) y la sustancia nigra, produciendo alteraciones motoras como bradicinesia, rigidez y temblores. Los esfuerzos terapéuticos actuales en la EP se centran en la administración de precursores de la dopamina como la Levodopa, aunque se ha visto que con el tiempo su uso pierde eficiencia e incita la aparición de un estado disquinético caracterizado por movimientos involuntarios (41). Con respecto a las etapas tempranas de la enfermedad, se ha descubierto que existe una desensibilización

de los receptores CB1, que hace vulnerable al sistema nervioso, debido a la falta de inhibición glutamatérgica que lleva a cabo el sistema endocannabinoide (42). Sin embargo, en las etapas más avanzadas se ve una hiperactivación de estos receptores (41). Esta particularidad produce que en ocasiones el tratamiento de la EP con agonistas CB1 sea contraproducente, debido a que puede incrementar los deterioros motores. Sobre este punto, Fernández-Ruiz *et al.* (44) señalan la importancia de generar nuevos tratamientos con compuestos que bloqueen selectivamente los receptores CB1, combinándolos con otros que ofrezcan acciones antioxidantes para prevenir el daño neuronal a causa de Especies Radicales de Oxígeno (ROS), como por ejemplo el Δ^9 THCV junto con el CBD.

Para sintetizar las propiedades benéficas de las sustancias cannabinoides en el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas, se hará referencia a los mecanismos a través de los cuales ejercen su función neuroprotectora, a saber, la reducción de excitotoxicidad, la neuroinflamación, sus propiedades antioxidantes y su acción agonista de la acetilcolina.

Cuando hay una sobreproducción de glutamato, éste activa los receptores NMDA (41), AMPA y Kainato (40), permitiendo la entrada de calcio a la célula, el cual, en grandes cantidades, genera daño excitotóxico (41). La estimulación de sistemas cannabinoides evita esta sobreproducción de glutamato (42), por lo que se convierten en antagonistas de estos receptores y previenen la neurotoxicidad que se genera en estos casos (40).

Por su parte, la neuroinflamación se da cuando hay una constante producción de citoquinas por parte de las células gliales, ya que se producen moléculas proinflamatorias (41). En estos casos, los cannabinoides pueden reducir la producción de estas citoquinas (45), gracias al control de la migración de células microgliales y la modulación de la toxicidad de éstas (44).

Otra de las complicaciones que generan daño neuronal es la alteración en las mitocondrias de los complejos de proteínas en la cadena respiratoria, que puede llevar a un escape de electrones, permitiendo la producción de especies radicales de oxígeno que exceden la capacidad antioxidante de la célula (11). En estas circunstancias, se crean condiciones de neurotoxicidad en la célula que pueden ser atenuadas con antioxidantes (40), como por ejemplo, el CBD y el THC, que han dado resultados como agentes antioxidantes (41).

Por último, dado que en enfermedades como el Alzheimer hay una reducción del neurotransmisor acetilcolina, cannabinoides como el Δ^9 THC, que funciona como un inhibidor de la acetilcolinesterasa, pueden ser de utilidad (42) e incluso generar beneficios adicionales (11).

Para finalizar, en la Tabla 3 se mencionan algunos posibles usos terapéuticos del *cannabis* y sus derivados, diferentes de los que han sido nombrados hasta el momento.

Tabla 3. Otros posibles usos terapéuticos del cannabis y sus derivados

| Patología sobre la que actúa | Cannabinoide | Referencias |
|--|---|------------------|
| Desarrollo y progresión de tumores en el cáncer. | Cannabidiol | (40) |
| Náuseas y vómito como consecuencia de la quimioterapia en el cáncer. | Dronabinol, Nabilona, THC. | (46) |
| Trastornos de ansiedad, insomnio y epilepsia. | Cannabidiol | (47,48) |
| Esclerosis múltiple | Cannabidiol, Sativex®, Δ^8 THC, Δ^9 THC, HU-211, ácido ajulémico. | (40,42,45,49,50) |
| Anorexia, dolor y caquexia asociada a VIH. | <i>Cannabis</i> fumado | (51,52) |
| Presión intraocular, Glaucoma. | Abn-CBD, CBG-DMH, WIN 55,212-2, Δ^9 THC, Cannabidiol, HU-211, CP-55940. | (53,54) |
| Dolor crónico y condiciones terminales. | THC, Nabilona, Cannabidiol, ácido ajulémico. | (51,55) |
| Isquemia cerebral | WIN 55,212-2, CP55940, HU-211, Cannabidiol. | (42) |
| Enfermedad de Huntington | WIN 55,212-2, Δ^9 THC, Cannabidiol, Sativex® | (9,42) |

Conclusiones

El desarrollo y uso de productos derivados de la planta *cannabis sativa*, ya sea con fines terapéuticos o con fines recreativos, supone una serie de riesgos debido a las connotaciones culturales y legales en torno a esta planta. Esto se debe, no sólo al mayor potencial de abuso de los derivados sintéticos de la planta —gracias a su potente afinidad con los receptores cannabinoides—, sino a que, al no estar estandarizado un protocolo de manejo ante intoxicaciones agudas y evadir la detección en los *screenings* rutinarios de orina; es muy difícil manejar a pacientes con una sintomatología diferente a la observada tras el consumo de la *cannabis sativa*. Es necesario que continúen las investigaciones sobre los usos terapéuticos y sobre los efectos agudos y a largo plazo del consumo de los productos sintéticos de la *cannabis*.

Ahora bien, es importante continuar con las investigaciones de las diferentes patologías neurodegenerativas y psiquiátricas,

no sólo para avanzar en la comprensión del funcionamiento del sistema endocannabinoide, sino para obtener información relevante sobre nuevas perspectivas terapéuticas que proporcionen tratamientos más eficaces ante éstas. Sin embargo, tales investigaciones deben realizarse en conjunto con medidas legales y de seguridad que eviten el uso de estas sustancias con fines distintos al médico. Pues este uso podría comprometer seriamente la salud de sus consumidores y podría generar un serio problema de salud pública, ya que, como se ha dicho, el proceso de producción y distribución de estas sustancias involucra el empleo de productos contaminantes con alto riesgo tóxico.

Para terminar, sólo hace falta mencionar que, en los últimos años, Colombia se ha sumado al debate concerniente al uso medicinal de los productos derivados de la planta *cannabis sativa*, como se puede evidenciar en recientes iniciativas de algunos senadores de la república. A pesar de esto, es necesario considerar que aún falta investigar a profundidad cuál sería el impacto que este tipo de medidas tendrían en Colombia, cuáles serían los mecanismos de regulación de la producción y distribución de estas sustancias y en qué medida contribuirían al desarrollo e intervención de las instituciones de salud del país. Por lo anterior, es recomendable prestar especial atención al caso de Uruguay en busca de un referente más cercano a nuestro contexto, antes de avanzar en cualquier iniciativa que pudiera dar la posibilidad a la entrada de nuevas sustancias de consumo recreativo en el país, con mayores riesgos para la salud de sus habitantes.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

A la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y al Departamento de Toxicología.

Referencias

1. Benito-Sastre C. Estudio neuropatológico y funcional del sistema cannabinoide glial en procesos neuroinflamatorios [Tesis Doctoral]. Madrid:Universidad Complutense de Madrid; 2010.
2. Reguero-Acebal L. Arquitectura subcelular del sistema endocannabinoide en el núcleo ventromedial del hipotálamo del ratón [Tesis Doctoral]. Leioa: Universidad del País Vasco; 2012.
3. Rodríguez-Carranza R. Los productos cannabis sativa: situación actual y perspectivas en medicina. *Salud Ment.* 2012 [cited 2015 Jun 22];35(3):247-56. Spanish. Available from: <http://goo.gl/aDXfY3>.

4. **Berrendero F.** Elementos que conforman el sistema cannabinoide endógeno. En: Sociedad Española de Investigación Sobre Cannabinoides. Guía básica sobre los cannabinoides. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2009. p. 23-32.
5. **Grotenhermen F.** Los cannabinoides y el sistema endocannabinoide. *Cannabinoids*. 2006 [cited 2015 Jun 22];1(1):10-4. Spanish. Available from: <http://goo.gl/Iq8D3t>.
6. **Guzmán M, Galve-Roperh I.** Endocannabinoides: un nuevo sistema de comunicación en el cerebro. En: Miras-Portugal M, Rodríguez-Artalejo A, editores. Avances en neurociencia: Neurotransmisores y patologías nerviosas. Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia; 2009. p. 177-94.
7. **Callén-Herrero L.** Expresión, función y heteromerización de los receptores cannabinoides CB2 en el sistema nervioso central [Tesis]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2012.
8. **Pertwee R.** Receptores y farmacodinamia: cannabinoides y endocannabinoides naturales y sintéticos. En: Uso terapéutico del cannabis y los cannabinoides. Barcelona: Pharma Editores; 2006. p. 101-35.
9. **Fernández-Ruiz J, González S, Cebeira M, Ramos JA.** Bases moleculares y farmacológicas de la tolerancia/dependencia a cannabinoides. *Conduct Adict*. 2001 [cited 2015 Jun 23];1(1):1-38. Spanish. Available from: <http://goo.gl/jzvXu6>.
10. **Florido-García V.** Expresión de receptores cannabinoides en el desarrollo embrionario del pez cebra [Tesis]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2009.
11. **Aso E, Ferrer I.** Cannabinoids for treatment of Alzheimer's disease: Moving toward the clinic. *Front Pharmacol*. 2014 [cited 2015 Jun 23];5:1-11. <http://doi.org/5m9>.
12. **Pertwee RG.** The diverse CB1 and CB2 receptor pharmacology of three plant cannabinoids: Δ^9 -tetrahydrocannabinol, cannabidiol and Δ^9 -tetrahydrocannabivarin. *Br J Pharmacol*. 2008 [cited 2015 Jun 23];153(2):199-215. <http://doi.org/cw5fpm>.
13. **González S, Sagredo O, Gómez M, Ramos JA.** Química y metabolismo de los cannabinoides. En: Sociedad Española de Investigación Sobre Cannabinoides. Guía básica sobre los cannabinoides. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2009. p. 13-22.
14. **Grotenhermen F.** Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids. *Clin Pharmacokinet*. 2003 [cited 2015 Jun 23];42(4):327-60. <http://doi.org/d54kq4>.
15. **Ware MA, St Arnaud-Trempe E.** The abuse potential of the synthetic cannabinoid nabilone. *Addiction*. 2010 [cited 2015 Jun 23];105(3):494-503. <http://doi.org/bf3pv6>.
16. **Xingdi Hu, Primack BA, Barnett TE, Cook RL.** College students and use of K2: an emerging drug of abuse in young persons. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2011 [cited 2015 Jun 23];6:16-9. <http://doi.org/d5m34k>.
17. **Wiley JL, Marusich JA, Huffman JW, Balster RL, Thomas BF.** Hijacking of basic research: The case of synthetic cannabinoids. *Methods Rep RTI Press* [Internet]. 2011 [cited 2015 Jun 23]; [about 8 pp.]. Available from: <http://goo.gl/eai51a>.
18. **Aoun EG, Christopher PP, Ingraham JW.** Emerging drugs of abuse: Clinical and legal considerations. *R I Med J*. 2014 [cited 2015 Jun 23];97(6):41-5. Available from: <http://goo.gl/ic3TWx>.
19. **James L, Moran JH, Moran C, McCain KR, Oza K.** Tips from the clinical experts. K2, Summit and Spice: Fake «weed» is not so nice. *MLO Med Lab Obs*. 2011 [cited 2015 Jun 23];43(4):36. Available from: <http://goo.gl/UbEUE8>.
20. **Barratt MJ, Cakic V, Lenton S.** Patterns of synthetic cannabinoid use in Australia. *Drug Alcohol Rev*. 2013 [cited 2015 Jun 23];32(2):141-6. <http://doi.org/5nj>.
21. **Antoniou T, Juurlink DN.** Synthetic cannabinoids. *CMAJ Can Med Assoc J*. 2013 [cited 2015 Jun 23];186(3):210. <http://doi.org/5nh>.
22. **Addy PH, Cyril D'souza D.** Commentary on Hermanns-Clausen *et al.* (2013): Spicing things up - the emerging phenomenon of synthetic cannabinoid use. *Addiction*. 2013 [cited 2015 Jun 23];108(3):545-6. <http://doi.org/5nj>.
23. **Hermanns-Clausen M, Kneisel S, Szabo B, Auwärter V.** Acute toxicity due to the confirmed consumption of synthetic cannabinoids: clinical and laboratory findings. *Addiction*. 2013 [cited 2015 Jun 23];108(3):534-44. <http://doi.org/5nm>.
24. **Forrester M, Kleinschmidt K, Schwarz E, Young A.** Synthetic cannabinoid and marijuana exposures reported to poison centers. *Hum Exp Toxicol*. 2012 [cited 2015 Jun 23];31(10):1006-11. <http://doi.org/5np>.
25. **Gunderson EW, Haughey HM, Ait-Daoud N, Joshi AS, Hart CL.** «Spice» and «K2» herbal highs: A case series and systematic review of the clinical effects and biopsychosocial implications of synthetic cannabinoid use in humans. *Am J Addict*. 2012 [cited 2015 Jun 23];21(4):320-6. <http://doi.org/5nq>.
26. **Evren C, Bozkurt M.** Synthetic cannabinoids: Crisis of the decade. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2013 [cited 2015 Jun 23];26:1-11. Available from: <http://goo.gl/O4GCLh>.
27. United Nations Office on Drugs and Crime. Global Smart Update. 2013 Mar [cited 2015 Jun 23];9. Available from: <https://goo.gl/2AvDWv>.
28. **Gunderson EW.** Synthetic cannabinoids: A new frontier of designer Drugs. *Ann Intern Med*. 2013 [cited 2015 Jun 23];159(8):563-4. <http://doi.org/5nr>.
29. **Seely KA, Lapoint J, Moran JH, Fattore L.** Spice drugs are more than harmless herbal blends: A review of the pharmacology and toxicology of synthetic cannabinoids. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2012 [cited 2015 Jun 23];39(2):234-43. <http://doi.org/5nt>.
30. United Nations Office on Drugs and Crime. Synthetic cannabinoid in herbal products; 2011 [cited 2015 Jun 23]. Available from: <https://goo.gl/QXaTKa>.
31. European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction. Perspectives on drugs: Synthetic cannabinoids in Europe; 2014.
32. European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction. Understanding the «Spice» phenomenon; 2009.
33. **De Brabanter N, Deventer K, Stove V, Van Eenoo P.** Synthetic cannabinoids: general considerations. *P Belg Roy Acad Med*. 2013 [cited 2015 Jun 23];2:218-34. Available from: <http://goo.gl/NKIwz5>.
34. **Every-Palmer S.** Synthetic cannabinoid JWH-018 and psychosis: An explorative study. *Drug Alcohol Depend*. 2011 [cited 2015 Jun 23];117(2):152-7. <http://doi.org/ch5d2z>.

35. Spaderna M, Addy P, D'Souza D. Spicing things up: synthetic cannabinoids. *Psychopharmacology (Berl)*. 2013 [cited 2015 Jun 23];228(4):525-40. <http://doi.org/5nv>.
36. Schneir AB, Baumbacher T. Convulsions associated with the use of a synthetic cannabinoid product. *J Med Toxicol*. 2012 [cited 2015 Jun 23];8(1):62-4. <http://doi.org/bfrw59>.
37. Tung CK, Chiang TP, Lam M. Acute mental disturbance caused by synthetic cannabinoid: a potential emerging substance of abuse in Hong Kong. *East Asian Arch Psychiatry*. 2012 [cited 2015 Jun 23];22(1):31-3. Available from: <http://goo.gl/JSp2TJ>.
38. Soussan C, Kjellgren A. The flip side of «Spice»: The adverse effects of synthetic cannabinoids as discussed on a Swedish Internet forum. *Nord Stud Alcohol Drugs*. 2014 [cited 2015 Jun 23];31(2):207-20. <http://doi.org/f23k4r>.
39. Tacoronte-Morales JE, Figueredo YN, Montalbán M, García LM, Suárez HC, Díaz JAM, *et al*. Canabinoides: análogos y perspectivas terapéuticas II. *Cannabinoids Analog Ther Perspect II Engl*. 2008 [cited 2015 Jun 23];42(3):1-13. Spanish. Available from: <http://goo.gl/ni3JuI>.
40. Iuvone T, Esposito G, De Filippis D, Scuderi C, Steardo L. Cannabidiol: A Promising drug for neurodegenerative disorders? *CNS Neurosci Ther*. 2009 [cited 2015 Jun 23];15(1):65-75. <http://doi.org/ckgmrc>.
41. Orgado JM, Fernández-Ruiz J, Romero J. The endocannabinoid system in neuropathological states. *Int Rev Psychiatry*. 2009 [cited 2015 Jun 23];21(2):172-80. <http://doi.org/ckmjbh>.
42. Gowran A, Noonan J, Campbell VA. The multiplicity of action of cannabinoids: Implications for treating neurodegeneration. *CNS Neurosci Ther*. 2011 [cited 2015 Jun 23];17(6):637-44. <http://doi.org/d94vhn>.
43. Volicer L, Stelly M, Morris J, McLaughlin J, Volicer BJ. Effects of dronabinol on anorexia and disturbed behavior in patients with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997 [cited 2015 Jun 23];12(9):913-9. <http://doi.org/cmdmm9>.
44. Fernández-Ruiz J, Sagredo O, Pazos MR, García C, Pertwee R, Mechoulam R, *et al*. Cannabidiol for neurodegenerative disorders: important new clinical applications for this phytocannabinoid? *Br J Clin Pharmacol*. 2013;75(2):323-33. <http://doi.org/5nw>.
45. García LM, Morales JET, Figueredo YN, Montalbán M, Cabrera Suárez HR. Potencial terapéutico de los cannabinoides como neuroprotectores. *Ther Potential Cannabinoids Neuroprotective Agents Engl*. 2007 [cited 2015 Jun 23];41(3):1-11. Spanish. Available from: <http://goo.gl/3ONSDk>.
46. Rocha FCM, Stéfano SC., De Cássia Haiek R, Oliveira LMQR, Da Silveira DX. Therapeutic use of cannabis sativa on chemotherapy-induced nausea and vomiting among cancer patients: systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care*. 2008 [cited 2015 Jun 23];17(5):431-43. <http://doi.org/b8z8gk>.
47. Zhornitsky S, Potvin S. Cannabidiol in humans--The quest for therapeutic targets. *Pharmaceuticals*. 2012 [cited 2015 Jun 23];5(12):529-52. <http://doi.org/5nx>.
48. De Mello Schier AR, de Oliveira Ribeiro NP, de Oliveira e Silva AC, Cecilio Hallak JE, Crippa JAS, Nardi AE, *et al*. Cannabidiol, a cannabis sativa constituent, as an anxiolytic drug. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012 [cited 2015 Jun 23];34(S1):S104-17. <http://doi.org/f26qvj>.
49. Collin C, Davies P, Mutiboko IK, Ratcliffe S. Randomized controlled trial of cannabis-based medicine in spasticity caused by multiple sclerosis. *Eur J Neurol*. 2007 [cited 2015 Jun 23];14(3):290-6. <http://doi.org/cjqrch>.
50. Iskedjian M, Bereza B, Gordon A, Piwko C, Einarson TR. Meta-analysis of cannabis based treatments for neuropathic and multiple sclerosis-related pain. *Curr Med Res Opin*. 2007 [cited 2015 Jun 23];23(1):17-24. <http://doi.org/fgth65>.
51. McCarberg BH. Cannabinoids: Their role in pain and palliation. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2007 [cited 2015 Jun 23];21(3):19-28. Available from: <http://goo.gl/9h6HQA>.
52. Ellis RJ, Toperoff W, Vaida F, van den Brande G, Gonzales J, Gouaux B, *et al*. Smoked medicinal cannabis for neuropathic pain in HIV: A randomized, crossover clinical trial. *Neuropsychopharmacology*. 2008 [cited 2015 Jun 23];34(3):672-80. <http://doi.org/ch8cwq>.
53. Szczesniak A-M, Maor Y, Robertson H, Hung O, Kelly MEM. Nonpsychoactive cannabinoids, abnormal cannabidiol and canabigerol-dimethyl heptyl, act at novel cannabinoid receptors to reduce intraocular pressure. *J Ocul Pharmacol Ther*. 2011 [cited 2015 Jun 23];27(5):427-35. <http://doi.org/ccf7bk>.
54. Aldana BZ, Medina-Rodríguez I, Tamayo-Pineda N. Cannabinoides y su posible uso en el glaucoma. *Rev Cubana de Farm*. 2011 [cited 2015 Jun 23];45(3):439-48. Spanish. Available from: <http://goo.gl/ASIJLY>.
55. Vanegas H. Acción analgésica de los cannabinoides en médula espinal. *Analgesic Action Cannabinoids Spinal Cord Engl*. 2010 [cited 2015 Jun 23];12(1):3-10. Spanish. Available from: <http://goo.gl/6zC2cy>.

OPINIONES, DEBATES Y CONTROVERSIAS

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.51148>

O psiquiatra forense frente às demandas dos tribunais de família

*The forensic psychiatrist with respect to family courts claims***Lisieux E. de Borba Telles^{1,2,3} • Vivian Peres Day^{3,4} • Alcina Juliana Soares Barros⁵ • Maria Regina Fay de Azambuja⁶****Recibido:** 09/06/2015**Aceptado:** 26/06/2015¹ Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS, Porto Alegre, Brasil.² Facultad de Ciencias Medicas. Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.³ Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso, Porto Alegre, Brasil.⁴ Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, Brasil.⁵ Doutorado em Psiquiatria pela UFRGS, Porto Alegre, Brasil.⁶ Faculdade de Direito da PUCRS, Porto Alegre, Brasil.

Correspondência: Lisieux E. de Borba Telles. Av. João Obino 383/602. Porto Alegre, Brasil. Telefone: +55 51 33329601.

E-mail: ltelles@hcpa.edu.br**| Resumo |**

Nas sociedades contemporâneas, a união entre as pessoas ocorre, de forma mais frequente, a partir das escolhas afetivas. No Brasil da última década, observou-se o aumento de 20% nas dissoluções de uniões conjugais. Alguns cônjuges não conseguem superar as dificuldades que emergem quando do término da relação, passando os filhos a serem alvo da conduta dos pais, configurando, em alguns casos, a Síndrome da Alienação Parental, observada em certos litígios que chegam às Varas de Família. O presente artigo enfoca o papel do psiquiatra forense frente às demandas oriundas das separações conjugais, à Síndrome de Alienação Parental e às legislações relacionadas a esta síndrome, em especial à lei brasileira nº 12.318, de 26 de agosto de 2010.

Palavras chave: Criança; Divórcio; Avaliação; Psiquiatria forense (DeCS).

Lisieux E. De Borba-Telles LE, Peres-Day V, Soares-Barros AJ, Fay de Azambuja MR. O psiquiatra forense frente às demandas dos tribunais de família. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):511-6. Portuguese. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.51148>.

Summary

In modern societies, people decide to marry, more frequently, based on affective choices. In Brazil, during the last decade, there was a 20% increase in marital unions dissolutions. Some spouses fail to overcome the problems and difficulties that arise at the end of a relationship, with their children being the ones affected by their parents' actions and behavior, thus giving place, in some cases, to the Parental Alienation Syndrome, which is observed in certain disputes that reach Family Courts. This article focuses on the Forensic Psychiatry role regarding the claims and demands that arise from marital dissolution, the Parental Alienation Syndrome and the legislation related to this syndrome, in particular the Brazilian Law 12.318, issued on August 26th, 2010.

Keywords: Child; Custody; Divorce; Forensic Psychiatry (MeSH).

Lisieux E. De Borba-Telles LE, Peres-Day V, Soares-Barros AJ, Fay-de Azambuja MR. [The forensic psychiatrist with respect to Family Courts claims]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):511-6. Portuguese. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.51148>.

“Que o amor seja eterno enquanto dure”.
Vinicius de Moraes

Introdução

Nas sociedades contemporâneas, a união entre as pessoas ocorre, de forma mais frequente, a partir das escolhas afetivas, contrastando com os casamentos do passado que tinham finalidades econômicas, políticas e ou sociais. Dados dos EUA indicam que metade dos casamentos neste país acabarão em divórcio e como consequência, um terço das crianças vivenciará esta experiência dentro da família. No Brasil da última década, observou-se o aumento de 20% nas dissoluções de uniões conjugais. Bem como as novas dinâmicas familiares apontam para o aumento nos índices de recasamento e uniões consensuais, em detrimento dos casamentos civis e religiosos (1,2).

Dentro da realidade onde a afeição é a verdadeira base do relacionamento, observa-se também o crescente incremento de famílias formadas por parceiros do mesmo sexo. Tais mudanças culturais sugerem que, à medida que as convenções morais de antigamente foram cedendo lugar aos valores modernos, centrados na auto-realização e na satisfação emocional, as relações conjugais passaram a exprimir o verdadeiro desejo do par.

A prática da separação e do divórcio permitiu a formação de novos arranjos familiares, por vezes com a chegada de outros filhos e o convívio com padrastos e enteados, distante da fantasia da Gata Borralheira. Neste atual período, os preconceitos que se faziam presentes nos primeiros anos, pouco a pouco, foram sendo vencidos. Alterações legislativas facilitaram a obtenção de separações e divórcios, deixando-se de exigir a intervenção do judiciário sempre que os filhos forem maiores de idade, capazes e houver consenso entre os cônjuges (3).

Importante pontuar que a separação do casal é, geralmente, um momento de crise dentro do ciclo vital, mobilizando afetos depressivos pela perda de um ideal —ideal de completude narcísica através da conjugalidade e também a perda de um ideal de estrutura familiar— seja ele um modelo patriarcal ou matriarcal, mas de “pai— mãe— filhos juntos” (4).

Por vezes, o fim do relacionamento não coincide com o término das desavenças e dos conflitos que já se faziam presentes nas relações entre os ex-cônjuges. Nestas situações, o ex-casal “continua vivenciando sentimentos de raiva, traição, desilusão com o casamento e uma vontade consciente, ou não, de se vingar do outro pelo sofrimento causado”. Alguns cônjuges não conseguem superar as dificuldades que emergem

quando do término da relação, passando os filhos a serem alvo da conduta dos pais, configurando, em alguns casos, a Síndrome da Alienação Parental, observada em certos litígios que chegam às Varas de Família (5).

O presente artigo tem como objetivo focar o papel do psiquiatra forense frente às demandas oriundas das separações conjugais, à Síndrome de Alienação Parental e às legislações relacionadas a esta síndrome, em especial à lei brasileira No. 12.318, de 26 de agosto de 2010.

O papel do psiquiatra forense nas disputas de guarda

O médico psiquiatra pode fornecer inestimável colaboração à justiça no âmbito do Direito de Família. Ele atuará, particularmente, para garantir a preservação dos direitos dos mais vulneráveis nestes casos, isto é, as crianças e os adolescentes, além de buscar reduzir os litígios. Nas disputas de guarda, o psiquiatra age em diferentes vertentes, seja como psicoterapeuta infantil, ajudando a criança a lidar e elaborar a situação; como mediador dos pais em divórcio; e ainda como perito ou assistente técnico nas avaliações de guarda e visitação (6).

As avaliações periciais psiquiátricas no contexto das disputas de guarda e decisão sobre a visitação configuram as atividades de maior complexidade e responsabilidade para o psiquiatra forense, desfazendo o senso comum de que as perícias criminais seriam as mais complexas e desgastantes.

Compete ao perito psiquiatra avaliar qual a qualidade da ligação recíproca entre pais e filhos, quais são as necessidades das crianças envolvidas, as capacidades parentais dos adultos e quais são as dinâmicas familiares relevantes em jogo. O psiquiatra forense deverá examinar o grau de envolvimento e apego de cada adulto com a criança, a capacidade dos pais em dar limites, fornecer apoio e carinho e em permitir uma separação/individualização adequada; examinar o bem-estar físico e emocional da criança, os cuidados prestados a ela, sua segurança, a atmosfera afetiva que a envolve, a adequação de sua estrutura de suporte, as condições econômicas e sociais, a presença de riscos a sua integridade física e emocional; bem como verificar a possibilidade de estar ocorrendo a Síndrome de Alienação Parental (7,8).

Para tanto é recomendável que a avaliação psiquiátrica seja feita de forma completa e abrangente, através de múltiplas entrevistas com os diversos personagens, em diferentes momentos. Deve-se avaliar cada um dos pais individualmente, a criança sozinha, a criança acompanhada por cada um dos pais, os pais juntos sem a criança e a interação da criança com seus irmãos (9).

O avaliador deve permanecer atento durante a coleta e exame dos relatos. Os pais, muitas vezes, se apresentam altamente defensivos, querendo minimizar os problemas e tentando retratar uma imagem falsamente positiva de si próprios; ao mesmo tempo em que buscam desacreditar e denegrir a imagem do outro. As informações de terceiros podem oferecer perspectivas adicionais e servirem como uma forma de checagem dos dados, contribuindo para a compreensão da dinâmica do caso (10).

Gould identificou outros indivíduos que o perito poderia considerar entrevistar, como fontes colaterais de informações potencialmente valiosas sobre o funcionamento dos pais, das crianças e dos adolescentes, em uma variedade de configurações: professores, pediatras, terapeutas, treinadores, cuidadores das creches, babás, vizinhos, parentes e amigos tanto dos filhos quanto dos pais (11).

O padrão ético e profissional do psiquiatra forense é uma preocupação pertinente. Assim, para a adequada avaliação pericial, o psiquiatra deve ter formação e treinamento psiquiátrico forense, conhecimento jurídico mínimo dos casos de guarda e custódia e entendimento sobre o funcionamento psíquico humano e suas relações com as dinâmicas familiares. Ele deve observar atentamente seus sentimentos contratransferenciais, evitando identificar-se de modo onipotente com a função de advogado ou juiz, bem como necessita ter especial atenção e cuidado no borramento de limites, que pode ocorrer quando o trabalho pericial recebe a influência das partes (12).

Avaliações criteriosas e prolongadas podem evitar conclusões superficiais embasadas em pseudoevidências ou fatos alarmantes. Espera-se do perito uma atitude crítica, reflexiva e de confronto às informações, sempre que necessário. Diagnósticos psiquiátricos devem ser discutidos, explicando-se a sua relevância para a criança envolvida.

As conclusões e recomendações devem ter sempre como objetivo o melhor interesse da criança, visando proteger sua saúde mental e, se possível, a manutenção de um bom relacionamento com ambos os pais, amenizando os efeitos negativos do divórcio. Orientações sobre acompanhamento psicoterápico de um membro ou de toda família podem ser muito úteis e constar nas recomendações finais do laudo, assim como a necessidade de reavaliação pericial da família, após determinado período (13).

Relatos envolvendo a suspeita de violência sexual intrafamiliar costumam vir revestidos de dificuldades na avaliação, especialmente em decorrência da falta de vestígios físicos e de outras variáveis envolvidas, como o mecanismo

de negação. A acusação de abuso sexual praticado por parte de um dos genitores contra filho criança costuma ser rebatida com a alegação de alienação parental e implantação de falsas memórias. No meio deste mar de acusações, há uma criança a ser preservada (14).

Cabe ainda salientar que não bastam que os laudos e pareceres apontem para os problemas detectados na família examinada, cabendo também aos técnicos, dentro de sua esfera de atuação, oferecer propostas de encaminhamento aos conflitos que desembocaram no sistema de Justiça, evitando-se, deste modo, servirem unicamente para acirrar os ânimos e atribuir a culpa de um ou de outro, negligenciando, mais uma vez, a proteção da criança.

A síndrome da alienação parental

A separação e o divórcio atingem afetivamente todos os membros da família, contudo sabe-se que as pessoas possuem diferentes vulnerabilidades. A resiliência das crianças parece ter uma importância determinante, já que a grande maioria destas, apesar do estresse vivenciado durante o divórcio dos pais tende a ter uma boa relação com ambos os genitores. A influência exercida por um dos progenitores no sentido de afastar e denegrir a imagem do outro é objeto de diversos estudos e nomenclaturas. Assim, Reich relatou o “motivo fingido” em 1949, Duncan em 1978 nominou o “progenitor programador” e Wallerstein e Kelly descrevem a “Síndrome de Medeia” em 1980.

O termo Síndrome de Alienação Parental (SAP) foi criado pelo psiquiatra americano Richard Alan Gardner, em 1985, para descrever um distúrbio infantil presente em situações de disputa pela posse e guarda dos filhos, no qual a criança seria programada, por parte de um dos pais, para rejeitar e odiar o outro genitor. A síndrome da alienação parental “é mais que uma lavagem cerebral, pois inclui fatores conscientes e inconscientes que motivariam um genitor a conduzir seu(s) filho(s) ao desenvolvimento desta síndrome, além da contribuição ativa desse(s) na difamação do outro responsável”.

Para Gardner é fundamental a contribuição da criança ao difamar, desrespeitar e importunar um dos pais, contando sempre com o apoio do outro genitor. A criança “responde de tal modo à programação por parte de um dos pais, que demonstra completa amnésia com relação às experiências positivas vividas anteriormente com o genitor que é alvo dos ataques”. As manifestações de ódio em relação ao genitor alienado não costumam vir acompanhadas de culpa ou vergonha por parte da criança. O rechaço pode estender-se aos familiares e amigos do progenitor atacado (5).

Suarez, por sua vez, afirma que fatores tais como a quantidade de tempo passada com o alienador sem ver o progenitor alienado e a existência de um irmão que sirva de modelo de rechaço, favoreceriam o desenvolvimento da síndrome. As hipóteses arroladas na lei brasileira e nos estudos que tratam do tema estão presentes em um número muito grande de ações judiciais que tramitam nas Varas de Família (15).

Confundir o interesse do adulto com o da criança é fato corriqueiro nos conflitos que são levados às Varas de Família, sendo os filhos “colocados como epicentro da disputa paterna, como se fossem meros objetos numa relação de forçada convivência em que se lhes renega a posição de sujeito de direitos”. A criança, via de regra, tem poucas oportunidades de ser ouvida, em que pese o disposto no artigo 28, § 1º, do Estatuto da Criança e do Adolescente que determina: “sempre que possível, a criança ou adolescente será previamente ouvido por equipe interprofissional, respeitado o estágio de desenvolvimento e grau de compreensão sobre implicações da medida, e terá sua opinião devidamente considerada”. Já os adultos, através de seus advogados, são responsáveis pelos pleitos que vêm expressos ao longo da demanda judicial, valendo referir que são frequentes “as decisões que priorizam os interesses e condições dos pais”, em detrimento da melhor alternativa para a criança (16,17,18).

A alegação de alienação parental costuma vir acompanhada de pedido de suspensão de visitas, ou mesmo de alteração de guarda, fatos que dizem respeito ao direito à convivência familiar da criança e do adolescente. Os fatos a serem avaliados em demandas que discutem a guarda e as visitas nem sempre são de fácil percepção e constatação: exigem uma visão interdisciplinar e uma capacitação específica dos profissionais. Advogados, promotores e procuradores de Justiça, assim como os Magistrados, devem estar cientes das múltiplas facetas que compõem as relações familiares, especialmente porque “muitas vezes, o rompimento da vida em comum altera as habilidades que as pessoas têm para cuidar dos filhos”, gerando um cenário com novas configurações nas relações entre pais e filhos (18).

Embora o termo Síndrome de Alienação Parental ainda não conste nos manuais diagnósticos, o quadro está bem descrito na recente edição do DSM-5, nas categorias *Parent-child relational problem* e *child affected by parental relationship distress* (19).

Importante distinguir, dentro desse cenário, os aspectos sócio-culturais que caracterizam a família que chega ao sistema de Justiça, valendo referir que, em função do contexto social, “a criança ocupa diferentes posições na família: na

classe média, em geral, é o centro de atenção e de investimento familiar, enquanto, nas camadas populares, filhos e pais estão lado a lado na luta pela sobrevivência (20)”.

É comum, nas demandas que chegam ao Juízo de Família, observar a inclusão da criança na conflitiva do casal, mostrando-se necessário, nestes casos, auxiliar os pais num trabalho de discriminação entre seus conflitos conjugais mal elaborados e as necessidades da criança. Estas incluem a possibilidade de seguir tendo uma relação de continuidade, o que envolve uma relação de confiança e proteção que será proporcionada, se puder ser valorizado aquele que representa para a criança uma figura de apego. Num segundo momento, é preciso auxiliar os pais a reconhecerem a importância do papel de ambos na criação dos filhos (4).

No Brasil, a Lei No. 12.318, de 26 de agosto de 2010, dispõe sobre a alienação parental, definindo-a como a interferência na formação psicológica da criança ou do adolescente promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou pelos que tenham a criança ou o adolescente sob sua autoridade, guarda ou vigilância para que repudie o genitor ou que cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculos com este (21).

A mesma lei elenca algumas situações, a título exemplificativo, capazes de configurar a alienação parental. São elas: realizar campanha de desqualificação da conduta do genitor no exercício da paternidade ou maternidade; dificultar o exercício da autoridade parental; dificultar contato de criança ou adolescente com genitor; dificultar o exercício do direito regulamentado de convivência familiar; omitir, deliberadamente, a genitor informações pessoais relevantes sobre a criança ou adolescente, inclusive escolares, médicas e alterações de endereço; apresentar falsa denúncia contra genitor, contra familiares deste ou contra avós, para obstar ou dificultar a convivência da criança ou adolescente com o outro genitor, com familiares deste ou com avós.

O mérito maior da lei citada consiste no reconhecimento expresso do trabalho interdisciplinar, ao dar ênfase especial à perícia realizada por profissionais da área psiquiátrica e psicológica, em especial nas questões que envolvem a guarda de uma criança atingida pelas manobras da alienação parental.

A prática indica que, diante dos primeiros sintomas apresentados pelo grupo familiar, faz-se importante uma avaliação e, se recomendado, o encaminhamento e o acompanhamento da família por profissionais de saúde mental, evitando que os danos se alastrem e se cronifiquem. Reconhecer a alienação parental através de um processo judicial contribuirá muito mais para reforçar do que para resolver a disfunção apresentada pela família.

Repercussões da lei brasileira sobre a alienação parental

Segundo a Lei No. 12.318/2010, sempre que os indícios de alienação parental estiverem presentes, o juiz poderá adotar medidas provisórias necessárias para a preservação da integridade psicológica da criança ou do adolescente, inclusive para permitir a convivência e a efetiva reaproximação com um ou ambos os genitores.

Um importante aspecto da mesma lei é garantir o direito da criança à convivência com os genitores e seus familiares, sempre que a medida não se mostre prejudicial aos interesses do filho. Havendo alegação de alienação parental, a garantia do direito à convivência familiar, através da visita, exige, na grande maioria dos casos, a presença de um profissional. É frequente que os ex-cônjuges ou companheiros, coloquem os filhos em situação de vulnerabilidade, fazendo com que os momentos de convivência tornem-se estressantes e conflituosos, justificando o acompanhamento das visitas por profissionais designados para este fim.

Outras alternativas, como o ambiente do Fórum ou o conselho tutelar podem ser usadas, mas de forma mais rara, priorizando o ambiente do filho, estando ainda o sistema judiciário pouco preparado para lidar com estas situações delicadas e complexas.

As repercussões da alienação parental podem ser graves, podendo o juiz determinar a aplicação de medidas tais como: declarar a ocorrência de alienação parental e advertir o alienador; ampliar o regime de convivência familiar em favor do genitor alienado. Importante ressaltar que, em especial quando se está diante de suspeita de abuso sexual, as visitas devem ocorrer em ambiente seguro para a criança, manifestando-se a jurisprudência gaúcha pela realização em ambiente terapêutico; estipular multa ao alienador; determinar acompanhamento psicológico ou biopsicossocial.

Mesmo com todas estas medidas, deve-se refletir se estes meios são suficientes para fazer cessar os prejuízos, caso os genitores não tomem consciência sobre os danos emocionais causados ao filho por atos de alienação parental.

A partir da intervenção da psiquiatria forense, o sistema de Justiça, pouco a pouco, começa a perceber que, sem a adoção de ações de cunho interdisciplinar, pouco contribuirá para amenizar os danos que a alienação parental produz na vida da criança e do adolescente.

Neste sentido, o psiquiatra forense cumpre inestimável contribuição à justiça no âmbito do Direito de Família. Seja através da atuação como mediador dos pais em divórcio;

como perito ou assistente técnico nas avaliações de guarda e visitação ou como psicoterapeuta.

Conflitos de interesses

Nenhum declarado pelas autoras.

Financiamento

Nenhum declarado pelas autoras.

Agradecimentos

Nenhum declarado pelas autoras.

Referências

1. American Psychiatric Association. Child custody consultation: report on the task force on clinical assessment in child custody. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1988.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Casamentos, separações e divórcios no Brasil; 2010.
3. **Souza IMC**. Casamento: uma escuta além do Judiciário. Florianópolis: Voxlegem; 2006.
4. **Guimarães MS, Guimarães ACS**. Guarda – um olhar interdisciplinar sobre casos jurídicos complexos. In: Zimmerman D, Coltro ACM. Aspectos Psicológicos na Prática Jurídica. Campinas: Millennium; 2002.
5. **Sousa AM**. Síndrome da Alienação Parental: um novo tema nos juízos de família. São Paulo: Cortez Editora; 2010.
6. **Bernet W**. Child custody evaluations. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2002;11:781-804.
7. **Derdeyn AP**. Child custody consultation: Report of the Task Force on clinical assessment in child custody. American Psychiatric Association, 1988.
8. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for child custody evaluation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(10):57S-68S. <http://doi.org/db66px>.
9. **Billick SB, Ciric SJ**. Role of the psychiatric evaluator in child custody disputes. In: Principles and practice of forensic psychiatry. Rosner R et al. 2nd edition. London: Arnold; 2003.
10. **Bow JN**. Use of Third Party Information in Child Custody Evaluations. *Behav. Sci. Law*. 2010; 28:511-521.
11. **Gould JW**. Conducting scientifically crafted child custody evaluations. 2nd ed. Sarasota FL: Professional Resource Exchange; 2006.
12. **Weissman HN**. Child Custody Evaluations: fair and Unfair Professional Practices, Behavioral Sciences and the Law. 1991;9:469-476.
13. **Herman SP**. Child Custody Evaluations and the Need for Standards of Care and Peer Review. 1999.
14. **Azambuja MRF, Telles LEB, Day VP**. A Alienação Parental à luz do Direito da Criança. *Revista de Direito da Infância e da Juventude*. 2013;1:83-100.

15. **Suarez RJV.** Descripción del Síndrome de Alienación Parental en una muestra forense. *Psicothema*. 2011;23(4):636-641.
16. **Oliveira E.** Os Operadores do Direito frente às Questões da Parentalidade. *Revista Brasileira de Direito de Família*. 2003;20:151.
17. Brasil. Lei 8.069 de 1990 (julho 13): Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; julho 16 de 1990.
18. **Pereira TS.** O melhor interesse da criança: um debate interdisciplinar. Rio de Janeiro: Renovar; 1999.
19. **Bernet W, Freeman BW.** Forensic Psychiatry, An Issue of Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2011;20(3).
20. **Werner J, Werner MCM.** Direito de Família e Psiquiatria Forense da Criança e do Adolescente. In: Taborda JJV, Abdalla-Filho E, Chalub M. *Psiquiatria Forense*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
21. Brasil. Lei 12.318 de 2010 (agosto26). Dispõe sobre a alienação parental. *Diário Oficial da União*; agosto 31 de 2010.

OPINIONES, DEBATES Y CONTROVERSIAS

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.45191>

Lo político de la violencia en las relaciones de pareja como problema de salud pública

*The politic in the intimate partner violence as a public health problem*María Himelda Ramírez-Rodríguez¹ • Gladys Rocío Ariza-Sosa^{2,3}

Recibido: 25/08/2014 Aceptado: 12/02/2015

¹ Grupo Interdisciplinario de Estudios en Género. Escuela de Estudios de Género. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.

² Grupo Observatorio de la Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad CES. Medellín, Colombia.

³ Doctorado en Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad CES. Medellín, Colombia.

Correspondencia: María Himelda Ramírez Rodríguez. Av Cra. 24 No. 39-67 apto. 503, Bogotá, D.C., Colombia.
Teléfono: (57 1) 2697212. Correo electrónico: mariahramirezr@gmail.com

| Resumen |

Este artículo de opinión relaciona diferentes matices de la violencia en las relaciones de pareja como problema de salud pública con énfasis en sus dimensiones políticas en Colombia a partir de los resultados de varios ejercicios investigativos de las autoras que abarcan una revisión bibliográfica narrativa exhaustiva, la observación profesional sistemática, los diálogos y consultas con especialistas de diferentes campos, la participación en distintos proyectos de investigación y en escenarios de activismo. La pregunta por la salud del amor en Colombia interroga las elecciones que concurren en las decisiones de conformar parejas, el cómo afrontar escenarios de conflicto, infligir y tolerar tratos que pueden devenir en violencia. Ello en relación con las dimensiones culturales y subjetivas, lo cual incluye el cuestionamiento a las masculinidades hegemónicas, signadas por una historia de más de sesenta años de violencia en Colombia y las inequidades de género entrecruzadas con las económicas.

La violencia en las relaciones de pareja en Colombia se ha venido constituyendo en un problema político que merece atención social y estatal, en un ambiente complejo de confrontaciones entre las tradiciones patriarcales que desestiman su relevancia y las transformaciones propiciadas por los movimientos feministas en alianza con otros sectores sociales que pretenden posicionarla como un inadmisibles ético, lo cual significa avanzar en la construcción de las violencias contra las mujeres como un intolerable.

Palabras clave: Violencia contra la mujer; Problemas sociales; Violencia; Feminismo; Género y salud (DeCS).

.....
Ramírez-Rodríguez MH, Ariza-Sosa GR. Lo político de la violencia en las relaciones de pareja como problema de salud pública. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):517-25. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.45191>.

Summary

This opinion paper articulates different nuances of intimate partner violence as a public health problem with emphasis in its political dimensions in Colombia, as a result of several researches of the authors that involve a narrative review, the systematic professional observation, the dialogues and consultations with specialists from different fields, the participation in various research projects and social activism scenarios. The initial question is: what happens to the health of love in Colombia? This means thinking about the reasons to begin intimate relationships, how to face conflicts and how to decide to inflict or tolerate abuse that could unleash on violence. This is in relation to the subjective and cultural dimensions, which include questioning of the hegemonic masculinities, influenced by a history of more than sixty years of violence in Colombia and the gender inequities intertwined with economic ones. The intimate partner violence in Colombia has become a political and social problem that deserves governmental and

social attention in a complex environment of confrontations between patriarchal traditions that underestimate its relevance and the transformations prompted by the feminist movement in alliance with other social sectors, that intend to position it as an ethical inadmissible problem, which means to go further in the construction of violence against women as an intolerable issue.

Keywords: Social problems; Violence, Feminism, Gender relations (MeSH).

Ramírez-Rodríguez MH, Ariza-Sosa GR. [The politic in the intimate partner violence as a public health problema]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3): 517-25. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.45191>.

Introducción

Este artículo sintetiza los resultados de varios ejercicios investigativos de las autoras que abarcan una revisión bibliográfica exhaustiva, la observación profesional sistemática, los diálogos y consultas con especialistas de diferentes campos, la participación en distintos proyectos y en escenarios de activismo. Las fructíferas discusiones logradas en el proceso de la elaboración de la tesis doctoral de Gladys Rocío Ariza Sosa, dirigida por María Himelda Ramírez, posibilitaron un diálogo fluido a partir de las afinidades en la interpretación de la violencia contra las mujeres en sus relaciones de pareja (1).

A partir de esas deliberaciones se destacan los cambios acelerados en la segunda mitad del siglo XX, luego de la construcción de la violencia contra las mujeres como un problema social y político por parte de las feministas radicales neoyorkinas (2). Es pertinente señalar que son comunes los usos peyorativos de la expresión *feminismo radical*. En sus versiones disuasivas, apelan a los contenidos misóginos más representativos de las distintas tradiciones occidentales: la guerra de los sexos, el separatismo de las mujeres que pretenden eliminar a los hombres y los mitos sobre la mutilación genital masculina. En este artículo se pretende resignificar la expresión *feminismo radical*, en referencia a un hito crucial del pensamiento feminista que emergió de la academia estadounidense con la obra de Kate Millet, *Política Sexual*, resultado de su tesis doctoral leída en Oxford en 1969. Los contenidos del libro inspiraron los enunciados convertidos en la consigna “Lo personal es político” que se propagó entre diversos colectivos en diferentes países latinoamericanos y en otros lugares, impulsando así la transformación de las mujeres en sujetos colectivos deliberantes que ocupan un lugar en la historia reciente. Se subraya la resonancia de las propuestas de las feministas radicales en diferentes partes del mundo (3), así como también las opciones de diferentes colectivos de feministas y no feministas por los cambios legislativos y por las reformas institucionales que coadyuvan a la desnaturalización

de esa violencia. Por lo tanto, se asumen medidas de protección a las víctimas y de sanción a los responsables de las agresiones, además de campañas orientadas a la denuncia y difusión de los derechos de las mujeres (4).

Por lo demás, los diferentes recorridos tanto por las fuentes documentales, como por los testimonios de las mujeres afectadas, así como la información de prensa asombran (5). La recurrencia de ciertas prácticas en las relaciones de género y en las relaciones de poder que subyacen en los distintos escenarios de atención en los campos de la salud, las diferentes opciones psicosociales y psicoterapéuticas y ante todo, en el campo legal, revelan con nitidez el peso de las continuidades que construyen barreras culturales muy resistentes al cambio de los imaginarios, las representaciones sociales y los discursos; en particular de aquellos que contribuirían al reconocimiento pleno de las mujeres como sujetos de derechos en su condición de ciudadanas tanto en la vida privada, como en los espacios públicos.

En este sentido, Alicia Puleo señala:

“¿Por qué la insistencia en hablar de violencia de género? [...] La violencia de género es una injusticia social porque no consiste en acciones aisladas explicables por patologías individuales, se trata de una violencia sistemática, pautada, en ocasiones realizada por el grupo de pares, y en mayor o menor medida disculpada por la sociedad” (6).

Dado lo anterior, se estiman sugestivas las preguntas cuyas respuestas no se agotan en esta elaboración pero que, a juicio de las autoras, permiten articular diferentes matices del problema en sus dimensiones políticas. ¿Cuáles son los cambios producidos sobre los sustratos culturales de las identidades de género en las sociedades contemporáneas? Cuando se conforman parejas, ¿qué persevera en el ser mujer y en el ser hombre que posibilita el desencadenamiento de episodios de violencia con consecuencias lesivas en la dignidad e integridad de las mujeres? ¿Qué esperan las colombianas de la sociedad en que les tocó vivir experiencias de relaciones de pareja violentas, en un momento en que se desarrollan diálogos de paz para resolver el conflicto armado interno?

Estas preguntas delimitan el problema al que se refiere este artículo: las relaciones de parejas heterosexuales, formales o de hecho, en cualquiera de sus fases, bien sea en la etapa del cortejo o cuando los integrantes deciden la convivencia efímera o prolongada, así como en las diversas etapas de la separación. Al respecto, diferentes estudios históricos, como el de Mabel Paola López Jerez (7), revelan que ante la agudización de la violencia, las afectadas, en no pocas ocasiones, prefieren deshacer los vínculos pese a ser las separaciones conyugales tan costosas

para las mujeres, en términos de la renuncia al respaldo social masculino, sobrevalorado en diferentes culturas; la exposición al desabastecimiento material; y otras desventajas.

Los contenidos de esta elaboración se desarrollan en tres acápites. En primer lugar se plantean unas consideraciones acerca de lo que Florence Thomas denomina “la salud del amor” en la Colombia del presente (8). Se formulan ciertas sugerencias sobre la construcción de las identidades de género y su proyección en las relaciones de pareja; por cuanto la vida en pareja, y de ciertas parejas, es en donde se sitúa la violencia contra las mujeres que se pretende destacar como escenario complejo, de tensiones y desencuentros, que trascienden la privacidad y que se convierte en un asunto de dominio público por diferentes vías. Las notas de prensa constituyen un corpus elocuente sobre las formas como circulan en los ámbitos públicos los imaginarios y las representaciones sobre un problema que suscita reacciones representativas de los usos noticiosos del mismo, por supuesto, más allá de una univocidad. Además de los fragmentos de las visiones tradicionalistas, emergen las renovadoras; así, desde una perspectiva kantiana (en alusión a los planteamientos de Immanuel Kant) se sustenta el papel de la prensa en las sociedades modernas y en la formación de la opinión pública. Al respecto véanse los artículos de Vargas y Ariza (5), Ariza (9) y Ramírez (10).

En el segundo acápite se insiste en la complejidad de la producción de la violencia en las relaciones de pareja, situándola como un problema que va más allá de las responsabilidades personales y no exclusivo de las mujeres. Se llama la atención en que allí convergen las tradiciones culturales con la construcción de las identidades de género, teniendo en cuenta que ciertas deliberaciones académicas contemporáneas apelan a la expresión *transmisiones intergeneracionales*.

El artículo concluye en unas consideraciones sobre lo político de la violencia en las relaciones de género e insiste en sus dimensiones simbólicas, sociales, culturales y económicas. Por lo tanto, en las posibilidades de cambio de las condiciones que coadyuvan a la producción de esa violencia, con un moderado optimismo, puesto que nos llaman la atención las enormes resistencias al cambio en esas dimensiones de la vida. En gran medida, atribuibles a las dificultades de una sociedad tan fragmentada como la colombiana, en la cual la posibilidad de entablar consensos es contingente y las obstinaciones en contra del reconocimiento de las mujeres como sujetas de derecho muy difundidas.

Pese a esas dificultades se han logrado promulgar leyes como la 1257 de 2008, que en su artículo 2º precisa: “Por violencia contra la mujer se entiende cualquier acción u

omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado. Para efectos de la presente ley, y de conformidad con lo estipulado en los planes de acción de las conferencias de Viena, Cairo y Beijing, por violencia económica, se entiende cualquier acción u omisión orientada al abuso económico, el control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios a las mujeres por razón de su condición social, económica o política. Esta forma de violencia puede consolidarse en las relaciones de pareja, familiares, en las laborales o en las económicas” (11).

Los bagajes acumulados en el país por los movimientos sociales de mujeres feministas y no feministas de diferentes procedencias sociales que han contribuido a las reformas legales e institucionales, y de manera modesta al cambio social, adquieren un gran significado en el presente. La erosión de los proyectos militaristas, que tanto contribuyen a la reproducción de las tradiciones sobre las jerarquías de género, comprometidas con la explotación y sometimiento de las mujeres y el uso de la violencia en contra de ellas, tanto en los ámbitos privados como en los públicos, abre un espacio para unos nuevos pactos sociales que quizás representen otras oportunidades de inclusión de las mujeres.

¿Hasta dónde el amor romántico se ha erosionado en las sociedades de hoy?

Se retoma una pregunta reiterada por Florence Thomas (8) en distintos espacios en los cuales ella invita a pensar en el por qué las colombianas y los colombianos aman de cierta forma. Esto es, la pregunta por la salud del amor en Colombia que interroga por las elecciones, por los motivos que concurren en las decisiones de unirse y convivir, de procrear, de construir escenarios de conflicto insalvables, de imponer, tolerar, acordar o negar las relaciones paralelas, con frecuencia fuente de profundo dolor y malestar que desencadena violencia, de infligir y tolerar tratos inadmisibles o de separarse.

Esas preguntas arriesgan respuestas que remiten a las dimensiones culturales y subjetivas, las cuales definen la construcción de las identidades de género en un mundo que comparte con la sociedad global las prescripciones hegemónicas sobre las formas de ser hombre o ser mujer, así como las experiencias de vivir en pareja; por supuesto, con las especificidades locales y regionales, signadas de manera contundente por una historia de más de sesenta años de violencia. Precisamente, en el XVI Congreso colombiano de Historia en el año 2012 se conmemoraron los 50 años de la primera edición del libro que marcó una época: *La Violencia*

en Colombia, escrito por Germán Guzmán, Eduardo Umaña Luna y Orlando Fals Borda (12). En ese estudio y en otros posteriores se visibilizaron las mujeres como víctimas de las contiendas por parte de las fuerzas antagónicas en el conflicto. Hacia los años noventa se tiende a una mayor explicitud de ciertos efectos de la violencia de la guerra sobre las mujeres en sus relaciones de pareja, por ejemplo, el rechazo y la disolución de la unión ante la violencia sexual.

Se advierte que las posibilidades de respuesta a las preguntas de Florence Thomas son múltiples por la versatilidad de experiencias de las que emergen las jóvenes, las adultas o las mujeres mayores violentadas por sus pretendientes, sus consortes, o sus exparejas (1). El proyecto de vivir en pareja que emprenden las mujeres y los hombres en las sociedades contemporáneas suele ser aún un imperativo cultural que se inscribe en la consolidación de la identidad adulta (13). Un logro superlativo, precisamente de esta modernidad, es la libre opción y decisión en la elección de con quién se quiere vivir un trayecto breve o prolongado de la existencia. No obstante, esa modernidad que se basa en los pactos, en las reciprocidades, en el respeto y el reconocimiento mutuo es muy esquiva y no permea del todo la vida política en los ámbitos públicos y, mucho menos, la vida privada de quienes se atreven a desnudar los malestares de su intimidad. La filósofa Hannah Arendt declara que la costumbre y la tradición rigen aún más que la ley y el pacto (14) y puede añadirse que son manifiestos en la resolución de los apremios de la vida cotidiana, de esa intimidad. La débil reciprocidad de la división del trabajo por sexos y los intercambios inequitativos en las parejas alimentan los conflictos, las violencias, las separaciones y, como estrategia cautelosa, los nuevos arreglos que no impliquen la convivencia.

Según las cifras proporcionadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal (15), en Colombia, en el 2013, los casos de violencia de pareja (44743) representaron el 65.6% del total de violencia intrafamiliar (68230 casos). Respecto a la violencia de pareja, en 39020 peritajes (87%) las víctimas fueron mujeres, y en 5723 (13%) fueron hombres. Asimismo se informó de 10 hombres y 89 mujeres asesinados y asesinadas, siendo sus parejas o ex parejas los presuntos responsables; esto significa que por cada hombre víctima se registraron nueve víctimas mujeres. De las 1163 víctimas mujeres de homicidios por todas las causas 314 (27%) fueron asesinadas en su propia vivienda.

Por su parte, la Superintendencia de Notariado y Registro del país reportó las siguientes cifras de divorcios en Colombia: 13038 en 2009, 13450 en 2010, 15326 en 2011 (16), 16259 en 2012 y una leve disminución en 2013 al reportarse 15856 casos. De igual forma, las cifras de matrimonios para 2012

fueron de 122280 y para 2013 124571 (17), es decir que por cada ocho matrimonios registrados en 2013 se presentó un divorcio. Se puede entonces deducir que un segmento de la población colombiana cada vez tolera menos relaciones de pareja insatisfactorias y asume la disolución legal del vínculo como una alternativa.

En otra perspectiva, asumiendo con prudencia las satisfacciones que produce la vida en pareja en quienes han logrado construir esa posibilidad, es admisible arriesgarse a indagar por otras experiencias: ¿Cuál es el secreto, si lo hay, de las parejas longevas y que se declaran felices en un medio en que aumentan las separaciones y los divorcios? Al parecer, esa longevidad se explicaría por unas formas de adaptación incondicional y de tolerancia de las mujeres a las imposiciones sutiles y galantes o por el contrario, implacables de sus parejas. La difundida representación social de la complementariedad también estaría en la base de esa longevidad.

Nuevos datos circulan por los escenarios de deliberación que indagan sobre un supuesto aumento de la violencia contra las mujeres en sus relaciones de pareja. Sobre ello, son llamativas las declaraciones altisonantes, en especial en algunos medios de difusión sobre el “alarmante” aumento de la violencia intrafamiliar contra las mujeres, ante lo cual quedan como interrogantes ¿se tolera menos?, ¿se declara más? Por lo demás, los hombres suelen ser menos tolerantes ante los gestos de autonomía e independencia de sus parejas. Ya se había observado la baja tolerancia masculina ante su mayor éxito profesional o, ante la generación de ingresos mayores. Es lo que explica la emergencia de nuevas categorías como por ejemplo, la violencia de pareja en las mujeres profesionales del sector salud (18). En este estudio, se desmitifica la relación causal entre la violencia contra la mujer en sus relaciones de pareja y la dependencia económica y así mismo, el saber sobre esa violencia como antídoto.

En síntesis, las inequidades de género en las relaciones de pareja que concluyen en lesiones graves a las mujeres, y aún en su muerte, comprometen a las diferentes clases sociales y sectores de la población colombiana. Los medios, a la par que continúan divulgando los casos de horror de los hombres de los sectores populares que violan, golpean y asesinan a sus parejas, también propagan los escandalosos casos de prestantes políticos, hombres de negocios y aún de profesionales que hacen lo mismo y que cuentan con mayores posibilidades de impunidad ante las sanciones legales y sociales por ello. Al respecto, en los últimos años han recibido notoria atención y seguimiento de la prensa y demás medios de comunicación colombianos tres casos de violencia en los cuales las víctimas fueron mujeres barranquilleras de élite. El primero fue el de Lizzete Ochoa, quien fue cruelmente golpeada por su esposo,

un reconocido ganadero (19); en el 2010 el de Clarena Acosta empresaria asesinada por su exesposo (20) y en el 2012 resonó el de Valerie Domínguez, ex reina de belleza y actriz comprometida en un sonado proceso judicial por el desfalco de Agro Ingreso Seguro, en medio del cual salieron a la luz pública, mutuas acusaciones con su novio por violencia en su relación de pareja (21).

Las sobrevivientes, cada vez menos se comportan como víctimas pasivas pese a los limitados recursos de que disponen en un medio en que la supuesta incondicionalidad del amor sigue siendo un emblema del amor romántico cuyos debilitamientos suelen ser bastante aparentes. Convendría reiterar los efectos sobre las mentalidades contemporáneas de la persistencia de la comedia romántica que la crítica feminista aspiraba a demoler: ¿qué se esconde detrás de los rituales de bodas con sus despliegues edulcorados de los que tanto se nutren las producciones audiovisuales orientadas al consumo de masas?, ¿es tan sólo una estrategia consumista o, una interpretación de los sueños que continúan situando el *final feliz* en el lapso breve del comienzo en la vida en común de la pareja? La salud del amor de pareja en Colombia entonces, está por diagnosticarse de manera integral y compleja.

Algo sobre las corresponsabilidades comprometidas en la producción y reproducción de la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja

Es recurrente la interpelación de quienes se sitúan en un lugar privilegiado dentro de las jerarquías de los poderes institucionales, de las mujeres que silencian, que soportan malos tratos, que no denuncian las lesiones personales y los daños emocionales que les causan sus parejas. También a las que denuncian y desisten, a las que se compadecen del encarcelamiento de los que fueron sus seres amados, con quienes soñaron un proyecto, o son los padres de sus hijos e hijas. Todavía se insinúa, aunque cada vez con más cautela, el enunciado del supuesto goce con el sufrimiento propinado por las parejas. Son de subrayar los aciertos explicativos de algunas escuelas psicoanalíticas colombianas que se ocupan con lucidez de las responsabilidades subjetivas en las mujeres para la asimilación de los discursos sobre los derechos de las mujeres. Al respecto son relevantes, entre otras elaboraciones, la de Ángela María Burgos “Obediencias íntimas” del libro editado por Yolanda Puyana y María Himelda Ramírez, *Familias, Cambios y estrategias* (22); también, la de Héctor Gallo, Ángela María Jaramillo Burgos, Rubén Darío López y Mario Elkin Ramírez Ortiz titulada *Feminidades. Sacrificio y negociación en el tiempo de los derechos* (23).

Llaman la atención en cambio, los silencios sobre las continuidades entre los tratos violentos a las niñas o a las

jóvenes en sus familias de origen y la huida con hombres también jóvenes o mucho mayores que ellas, con quienes aspiran a sustraerse de la violencia expulsora del hogar. En estos casos, ¿cuál será la índole del compromiso con un buen trato al que estaría sujeto el hombre que se autodesigna y es a la vez heterodesignado como una especie de redentor?, ¿por qué es tan débil la pregunta sobre las masculinidades comprometidas con hechos violentos hacia sus parejas, si en esas masculinidades también se cifran las responsabilidades de los hechos y las posibilidades de los cambios? Desde el cortejo, jóvenes y hombres adultos suelen resolver los conflictos ficticios o reales con sus parejas de manera violenta. La controversia sobre las posibilidades de detectar tempranamente la violencia en el curso de las relaciones de pareja significaría que se está tratando este fenómeno con la lógica de una enfermedad. La salubrista feminista Lea Guido anota, “...la violencia conyugal no es una enfermedad, es una relación social que causa daño” (24). Es muy objetable la violencia masculina sobre su pareja desatada por motivo de la gestación (25). Es común que esa violencia se acompañe de formas en extremo denigrantes tales como la inculpación a la mujer, bajo la atávica presunción de haber sido ella la responsable de la procreación. Y además, suele ser convertida en sospechosa de haber tendido una trampa para capturar un esposo, de adjudicarle al uno el hijo del otro.

Estas acusaciones permiten advertir de qué forma, aún en el que se imaginó prometedor siglo XXI, persiste la inculpación a las víctimas y las interpretaciones simplistas que le asignan a las mujeres la obtención de un goce con el sufrimiento. La pregunta ¿qué significa ser violentadas por el ser amado de quien se espera afecto, protección y respeto? continúa desafiando a la sociedad contemporánea y más aún, a quienes participan en los escenarios de la toma de decisiones.

Lo político de la violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja

La segunda mitad del siglo XX en distintas partes del mundo europeo y americano fue un tiempo de denuncia de la violencia contra las mujeres, lográndose, en principio, nombrar y visualizar. Diferentes disciplinas académicas ensayaron diversas interpretaciones que en ocasiones entraban en disputa. Los campos más autorizados por los criterios ortodoxos situaron en la biología o en la psicopatología la causa de esa violencia (26). Las corrientes críticas la situaron en las relaciones sociales de poder y en las inequidades del pilar de la conformación del modelo hegemónico de familia: el matrimonio. En este sentido, es de destacar que desde el siglo XIX la literatura problematizó la violencia en las relaciones de pareja, en obras maestras como *Ana Karenina* (27) y la *Sonata a Kreutzer* de León Tolstoi (28).

En el siglo XX, las legislaciones, las disciplinas de la salud y los campos de atención psicosocial fueron interpelados desde diversos lugares para la construcción de estrategias de atención a las mujeres violentadas por sus parejas. La victimología cobró fuerza, en ciertos sentidos, reproduciendo los imaginarios tradicionales sobre la fragilidad femenina, fragilidad construida y reconstruida en las diferentes instancias de socialización y que permite en las lógicas de la complementariedad, pactar la protección paternalista controladora y violenta, por subordinación.

Los feminismos partícipes de las teorías críticas de las sociedades, en un proceso persistente, propiciaron una ruptura epistemológica que situó la violencia contra las mujeres, inherente al patriarcado; este, como una larga construcción social en la que participan tanto los hombres como las mujeres. Ellas en ocasiones, con consentimiento y en otras, por coacción (29).

Allegando datos en procesos de formulaciones, redefiniciones y reconceptualizaciones fue posible construir argumentaciones para diferenciar la violencia intrafamiliar de la violencia contra las mujeres, identificar la certeza de la violación en el matrimonio, reconocer la explotación económica de las mujeres en la vida de pareja, y cuestionar las fronteras diferenciadas por género entre los ámbitos privados y los públicos.

Aquellos tiempos, fueron también tiempos de reivindicación de derechos. Las posibilidades construidas entre 1975 y 1985 durante la Década Internacional de la Mujer, promulgada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) contribuyeron a una transformación cultural. De manera simultánea, lo que las feministas han caracterizado como una revolución silenciosa de las mujeres presionaba por el cambio. Las instituciones políticas, los medios de comunicación, las entidades gubernamentales de salud y protección, con compromisos distintos según diversos intereses desde entonces, y con mayor énfasis luego de la Conferencia de Beijing (30), le prestan mayor atención a los problemas sociales que afectan a las mujeres. Un énfasis especial concierne a la violencia contra las mujeres en sus relaciones de pareja, por cuanto esta compromete la vida y la integridad, al punto que para insistir en ello, en la Conferencia de Viena (31) se adoptó la consigna “Los derechos Humanos son también derechos de las mujeres”.

Es de destacar que como producto de las deliberaciones públicas nacionales e internacionales, en Colombia, entre los años 1996 y 2008, se expidieron tres legislaciones en contextos de difícil negociación que reflejaban la pugna entre los sectores tradicionalistas conservadores y progresistas, y en el trasfondo,

el conflicto armado interno: la Ley 294 de 1996 (32), la Ley 882 de 2004 (33) y la Ley 1257 de 2008 (11). Los cambios en un lapso tan corto obedecieron a los requerimientos de afinamientos conceptuales, que permitiesen precisiones lingüísticas para obrar en consecuencia desde el punto de vista del orden jurídico. Los avances logrados y los retrocesos, en medio de intensos debates sociales y legislativos, concernían a asuntos como la tipificación de este delito como querellable, conciliable y por ende desistible por solicitud de la víctima. Es de advertir que si bien en el orden jurídico se avanzó en la definición de la violencia en la familia como un delito desde la Constitución de 1991 (34), otros órdenes que tienen que ver con la prevención, la protección y el seguimiento están aún pendientes en sus posibilidades integrales, supeditados a las apropiaciones presupuestales definidas por las prioridades del gasto militar y en una noción de seguridad que no incluyó la de las mujeres.

Los cambios en las denominaciones representan las transformaciones en el contexto de las relaciones sociales de poder, en donde surgieron como expresión de los intereses de determinados actores y movimientos sociales. Esta violencia se ha rotulado como: *malos tratos, mujer golpeada, violencia doméstica, violencia conyugal, violencia patriarcal, violencia familiar, violencia intrafamiliar, violencia contra las mujeres, violencia del compañero íntimo, violencia en las relaciones de pareja, violencia machista, violencia de género o violencia basada en el género, femicidio y feminicidio*. Nótese que cada una de ellas permite visibilizar ciertos aspectos y algunas de estas concepciones sugieren que esta violencia es inevitable puesto que es inherente a la familia, al espacio doméstico y así pueden encubrir las responsabilidades de los sujetos agresores. Para mayores detalles al respecto véase el libro de Ariza (1, p.107-21).

El reiterado reclamo a las mujeres porque se resisten a denunciar y el temor de ellas a las represalias de sus parejas violentas quizás signifique la puesta en cuestión de las acciones legales, que si bien son absolutamente necesarias, se expresan insuficientes para atender la complejidad de las relaciones de amor de afecto y los sentimientos ambivalentes que conciernen a las relaciones de pareja. Es común que algunas mujeres se atrevan a plantear de manera explícita que esperan de sus parejas un trato respetuoso, no que ellos sean encarcelados.

La Ley 1257 del 4 de diciembre de 2008, “Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones” (11), se ha considerado como un logro del proceso de interacción

del movimiento social de mujeres y la Mesa de Legislación y Género con la bancada de las mujeres del Congreso de la República de Colombia. Esta norma en su artículo 3° establece el concepto de daño contra la mujer y su tipología, clasificándolo en psicológico, físico, sexual y patrimonial. De este modo se avanzó en la inclusión de la violencia económica como parte de la violencia contra las mujeres.

Pese a que han transcurrido seis años desde su promulgación, aún no se define con claridad su financiamiento y reglamentación, por lo cual, todavía no se logra su cabal cumplimiento, en especial en lo referente a la atención integral de las víctimas, su protección mediante reubicación de vivienda, seguridad social y atención en salud mental (35).

Conclusiones

El proceso de configuración de la violencia en las relaciones de pareja como un problema político fue producto de la conformación de las mujeres como sujetos colectivos deliberantes, en escenarios públicos. En tales escenarios, confluyeron las organizaciones de un sector social calificado, con una tradición de estudio y activismo, aliadas con otros sectores con injerencia en la toma de decisiones en los espacios de producción de las leyes, los protocolos y las acciones favorables a la destitución de esa violencia, que logró ser posicionada como un inadmisible ético.

A la par de los avances en la interpretación y complejización de la violencia contra las mujeres en sus relaciones de pareja, son de anotar los avances en la producción cultural que recrea y resignifica la denuncia y los estragos de la violencia contra las mujeres, en la literatura, la filmografía y las artes escénicas. Tales disciplinas, reflejo y problematización del ser de las sociedades, exploran con sus potencialidades otras posibilidades en las relaciones de género.

En las dos primeras décadas del siglo XXI persisten debilidades en la asimilación del discurso de los derechos humanos de las mujeres o, cuanto más, entre algunos sectores más o menos sensibles, se asume como un discurso políticamente correcto, sin convicciones plenas sobre sus alcances. El compromiso con el mismo en ocasiones es parcial, sujeto a la pragmática de la política. El cuestionamiento al sexismo en sus diferentes expresiones (en el lenguaje, en el humor y en la vida cotidiana) compromete a todas y a todos en un cambio necesario que coadyuvaría a la expansión de la democracia en las relaciones de género.

Entre ciertos servidores públicos se expresan reservas acerca de la obligatoriedad de la denuncia de la violencia en las relaciones de pareja. Esa denuncia se complejiza cuando

se trata de las adolescentes, quienes por ser menores de edad aún, suelen ser consideradas con capacidad de juicio limitado, y por lo tanto, no alcanzan a ser reconocidas como ciudadanas sujetas plenas de derecho (1).

Es pertinente reivindicar que el camino hacia la paz exige el compromiso estatal con la asignación de suficientes recursos económicos destinados al despliegue de las medidas requeridas para la garantía de los derechos humanos de las mujeres. El acceso a la justicia, el acompañamiento y apoyo psicosocial de emergencia, a las medidas precautelativas, requieren de la inversión pública sustentada en prácticas humanistas y éticas integrales, así como profesionalizadas, salvaguardadas de las prácticas del clientelismo y la corrupción.

La violencia de género en Colombia se ha constituido en un problema político que exige atención social y estatal, en un ambiente complejo de confrontaciones entre las tradiciones patriarcales que desestiman su relevancia y las transformaciones propiciadas por los movimientos feministas en alianza con otros sectores sociales. Su posicionamiento como un inadmisible ético significa avanzar en la construcción de las violencias contra las mujeres como un intolerable. La consigna “por el derecho a una vida libre de violencias” sintetiza una reivindicación vigente.

Los diálogos de paz, iniciados por el Gobierno Nacional colombiano en el año 2012, constituyen un escenario posible para concertar y definir responsabilidades en diferentes sectores de la población sobre la violencia de género, aunque sea notoria la tardía y escasa participación de mujeres en la mesa de las negociaciones (36). Pese a las dificultades para pactar los consensos necesarios para la defensa de los derechos de las mujeres, las colombianas merecen explicaciones claras y posibilidades reales para ejercer sus derechos y para garantizar el acceso a la justicia en condiciones de equidad. Es importante reiterar que la violencia en las relaciones de pareja, como un asunto público, requiere la intervención del Estado en la restitución de derechos, la garantía de no repetición y la reparación a las víctimas, aunque la vía legal es insuficiente para el cambio.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por las autoras.

Financiación

La tesis doctoral en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, a la que se hace referencia en este artículo, de Gladys Rocío Ariza Sosa fue dirigida por María Himelda Ramírez y mereció la distinción laureada otorgada

por el Consejo Académico de la Universidad Nacional de Colombia en 2011. Esa tesis contó con financiación de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá a través de la Convocatoria Nacional de investigación 2009, modalidad 5, apoyo a tesis de posgrado y de la ESE Metrosalud de la ciudad de Medellín. Ninguna de estas dos instituciones tuvo influencia en el diseño del estudio; en la recolección, análisis o interpretación de los datos; ni en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito de este artículo.

Agradecimientos

A la comunidad académica del doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia; asimismo a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad Nacional de Colombia y a la ESE Metrosalud por la financiación de la tesis doctoral.

Referencias

1. **Ariza-Sosa GR.** De inapalable a intolerable: violencia contra las mujeres en sus relaciones de pareja en Medellín. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
2. **Millet K.** Política Sexual. Madrid: Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la mujer; 1995.
3. **De Miguel-Álvarez A.** La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género. *Cuadernos de Trabajo Social*. 2005; 18:231-248.
4. **Ariza-Sosa GR.** Las transformaciones en los discursos sobre la violencia contra las mujeres en Colombia. *Boletín Anual Escuela de Estudios de Género*. 2011; (1):66-73.
5. **Vargas R, Ariza-Sosa GR.** Representaciones sociales de la violencia intrafamiliar en la prensa colombiana. *Forensis 2007, Datos para la vida*. 2008; 315-22.
6. **Puleo AH.** El reto de la igualdad de género : nuevas perspectivas en Ética y Filosofía Política. Madrid: Biblioteca Nueva; 2008.
7. **López-Jerez MP.** Las conyugicidas de la Nueva Granada : trasgresión de un viejo ideal de mujer (1780-1830). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2012.
8. **Thomas F.** Seis propuestas para una cultura de paz desde una nueva ética del amor. *Cuadernos del CES*. 2004; (7):3-9.
9. **Ariza-Sosa GR.** Las representaciones sociales de la violencia en las relaciones de pareja en la prensa de Medellín en el siglo XXI: El Colombiano 2001 - 2008. La Chiva 2002 - 2008. *Rev. venez. estud. sobre mujer*. 2009; 14(32):71-97.
10. **Ramírez MH.** La violencia en las relaciones de género. La violencia en la sociedad actual: contextos, impactos y respuestas. Memorias del sexto seminario internacional. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009. p. 177-86.
11. Ley 1257 de 2008, diciembre 4, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial 47193; 2008 [cited 2015 Jun 17] Available from: <http://goo.gl/Rrqlqh>.
12. **Guzmán-Campos G, Fals-Borda O, Umaña-Luna E.** La violencia en Colombia. Bogotá: Taurus; 2005.
13. **Jimeno M.** Crimen pasional : contribución a una antropología de las emociones. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
14. **Arendt H.** Comprensión y política & El pensar y las reflexiones morales. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2005.
15. Instituto Nacional de Medicina Legal. Grupo Centro de referencia nacional sobre violencia. Comportamiento del homicidio, Colombia. Comportamiento de la violencia intrafamiliar, Colombia. In: Forensis, Datos para la vida. 2013 [cited 2014 May 10]; 15(1). Available from: <http://goo.gl/w5AEmZ>
16. Colombia. Superintendencia de Notariado y Registro. 15.326 divorcios se presentaron el año pasado ante notario. 2012 mar. Available from: <https://goo.gl/s6TXee>.
17. Colombia. Superintendencia de Notariado y Registro. Colombianos se casaron más y se divorciaron menos en 2013. Barranquilla; 2013 dic. Available from: <https://goo.gl/saaOS7>.
18. **Avellaneda-Gutiérrez M.** De lo vivido a lo instaurado en salud pública sobre la violencia en las relaciones de pareja: el caso de mujeres profesionales y el uso de la teoría de redes sociales. *Cuadernos del doctorado Violencias en las relaciones de pareja*. 2013; (17):41-64.
19. Lizzette: rostro del maltrato a las mujeres. Ante el maltrato el silencio es cómplice. El Colombiano. 2006 Ago 5; 1 y 3a.
20. El asesinato de Clarena Acosta: Una historia de amor que terminó en tragedia. El Tiempo. 2010 Jan 9 [cited 2015 Oct 1]. Available from: <http://goo.gl/xK5ydE>.
21. Valerie Domínguez, diva hasta en las malas. Vanguardia. 2012 Sept 30 [cited 2014 Oct 1]. Available from: <http://goo.gl/QfMQjP>
22. **Jaramillo-Burgos A.** Obediencias íntimas. Puyana Y, Ramírez MH (edit.) Familias, Cambios y Estrategias. Bogotá : Universidad Nacional de Colombia, Alcaldía Mayor de Bogotá; 2007. p. 329-36.
23. **Gallo H, Jaramillo-Burgos A, López-Rodríguez RD, Ramírez-Ortiz ME.** Feminidades : sacrificio y negociación en el tiempo de los derechos. Medellín: Universidad de Antioquia; 2010.
24. **Guido L.** Violencia conyugal y salud pública: El sector salud y el derecho de las mujeres de vivir una vida sin violencia. *La Ventana*. 2002; (15):231-62.
25. **Castro R.** Violencia contra las mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de investigaciones Multidisciplinarias; 2004.
26. **Walker LE.** The battered woman syndrome: with research associates. New York, NY: Springer Publishing; 2009.
27. **Tolstoï LN.** Ana Karenina. Madrid: Espasa; 2010.
28. **Tolstoï LN.** Sonata a Kreutzer. Barcelona: Acantilado; 2003.
29. **Lerner G.** La creación del patriarcado. Barcelona: Editorial Crítica; 1990.
30. United Nations. Report of the Fourth World Conference on Women. Beijing; 1995. [cited 2015 Jun 17]. Available from: <http://goo.gl/UaUiGo>.

31. Naciones Unidas. Declaración y programa de acción de Viena. Viena; 1993. Available from: <http://goo.gl/tw7eKJ>.
32. Colombia, Congreso de la República. Por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar. Ley 296 de 1996 jul 22, 1996. Available from: <http://goo.gl/LJiiTC>.
33. Colombia, Congreso de la República. Por medio de la cual se modifica el artículo 229 de la Ley 599 de 2000. Ley 882 de 2004 jun 3, 2004. Available from: <http://goo.gl/ASgY9U>.
34. Colombia, Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. 1991. Available from: <http://goo.gl/bOCSTz>.
35. **Durán J.** Consultoría para la implementación de la Ley 1257 de 2008, Implementación ley de violencia contra las mujeres en materia de salud. Corporación Sisma Mujer; 2009. p. 1-66.
36. **Rubio M.** Sin mujeres en la mesa de negociación. El Espectador. Bogotá; 2012, sept 19 [cited 2012 Sept 20]; Available from: <http://goo.gl/8WFgpN>.



TÍTULO: MELANCOLÍA

AUTOR: EDWIN CUBILLOS

LUGAR: VALLE DEL COCORA, COLOMBIA

AÑO: 2013

OPINIONES, DEBATES Y CONTROVERSIAS

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.48961>**Alimentación penitenciaria: entre higiene y derechos***Prison feeding: between hygiene and rights***Jhon Jairo Bejarano-Roncancio¹ • Carlos Augusto Celedón-Dangond² • Liliana Socha-Gracia³****Recibido:** 07/02/2015 **Aceptado:** 23/02/2015¹ Departamento de Nutrición Humana. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.² Investigador independiente. Bogotá, D.C., Colombia.³ Grupo de Alimentación. Dirección de Atención y Tratamiento. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC. Bogotá, D.C., Colombia.

Correspondencia: Jhon Jairo Bejarano-Roncancio. Calle 45 No. 30-03, Edificio 471, Oficina 543, Departamento de Nutrición Humana, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia. Teléfono: +57 1 3165000, ext: 15115. Correo electrónico: jjbejaranor@unal.edu.co.

| Resumen |

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) recomiendan las condiciones en las cuales debe desarrollarse la detención de las personas privadas de la libertad, incluyendo las referidas al suministro de alimentación, permitiendo que sobre esa base se constituyan las normas, procesos y procedimientos en los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional (ERON). En Colombia, y en muchos otros países, estos escenarios de producción de alimentación resultan insuficientes; entre las variables a considerar se encuentran la infraestructura física, el tipo de contratación, los hábitos alimentarios regionales por la procedencia heterogénea de la población interna y muchas veces sus preferencias, las patologías crónicas que se manejan, la seguridad en el ingreso de materias primas y el suministro de la alimentación al interior de los ERON. Es importante mencionar que cualquier brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) puede desencadenar una epidemia que se complica aún más por la situación de reclusión. Otras dificultades son la comercialización no permitida, el ingreso de alimentos y la conservación de estos en las celdas, lo cual puede ocasionar la pérdida de calidad higiénico-sanitaria y pone en peligro la salud de esta población.

Palabras clave: Alimentación colectiva; Derechos humanos; Prisiones; Enfermedades transmitidas por alimentos (DeCS).

Bejarano-Roncancio JJ, Celedón-Dangond CA, Socha-Gracia L. Alimentación penitenciaria: entre higiene y derechos. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):527-35. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.48961>.

Summary

The Inter-American Commission on Human Rights (IACHR) and the International Committee of the Red Cross (ICRC) recommend the conditions under which the detention of persons deprived of liberty must be developed, including those relating to food supply. This establishes the basis for the standards, processes and procedures in National Order Detention Facilities (ERON, in its Spanish acronym). In Colombia, and in many other countries, these scenarios of food production are insufficient; among the variables to consider are the physical infrastructure, contract types, regional food habits due to the heterogeneous origin of the inmate population and often their preferences, chronic pathologies that are handled, the security for raw materials entrance and food supply within the ERON. It is noteworthy that any outbreak of foodborne disease (FBD) can trigger an epidemic that is further complicated by the situation in prison. Other difficulties are non-permitted marketing, food entrance and its conservation in cells, which can produce loss of sanitary quality and endanger the health of this population.

Keywords: Collective feeding; Human rights; Prisons; Foodborne diseases (MeSH).

Bejarano-Roncancio JJ, Celedón-Dangond CA, Socha-Gracia L. [Prison feeding: between hygiene and rights]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):527-35. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.48961>.

Introducción

La protección de las personas que se encuentran reclusas en los ERON considera diferentes variables como: condiciones de suministro de agua potable, higiene y salubridad, saneamiento básico, suministro de alimentos y prevención de enfermedades. De acuerdo al derecho internacional humanitario, las condiciones de detención deben ser dignas. Por otra parte, el CICR, recomienda que las condiciones de detención integren el grado de respeto de la integridad física y mental de los detenidos; que las condiciones materiales del alojamiento y la alimentación, deban considerar la higiene (1).

Las condiciones de vida en una prisión constituyen uno de los factores primordiales para determinar el sentimiento de autoestima y dignidad de los reclusos. La calidad de la alimentación que reciben los reclusos y el lugar en que se sirve esa alimentación, las prendas de vestir que se les permite llevar, el acceso a instalaciones sanitarias, son todos elementos que influyen enormemente en la sensación de bienestar del preso (2).

Por lo anterior, se deben proveer unas condiciones óptimas para mantener la salud de las personas privadas de la libertad. En ese sentido, la alimentación cobra gran importancia para cumplir con este objetivo; es así que mediante acciones como la elaboración de preparaciones inocuas, materias primas que cumplan con la normatividad, menús balanceados de acuerdo a una regionalización y con unas adecuadas características sensoriales se coadyuvará el mantenimiento de la salud y una adecuada nutrición. Para lograr este fin, se debe contar con unos procesos de producción que eviten la contaminación cruzada, las ETA y permitan cumplir con unos estándares mínimos de calidad. Este artículo abordará diferentes aspectos del derecho alimentario para los espacios de reclusión y las dificultades que puede presentar la manufactura por los hábitos y preferencias de los internos.

Desde esta perspectiva, este artículo recoge un acumulado normativo internacional y nacional de derechos en torno a la alimentación y del cómo incide en el bienestar de esta población, durante el periodo de penitencia, y una descripción de ciertas características encontradas en algunos ERON colombianos con la intención de visualizar de manera general su situación alimentaria.

Marco de derechos internacionales y nacionales para personas privadas de la libertad

El Derecho penitenciario es la más reciente de las disciplinas penales, sobre todo si se compara con otras ramas del ordenamiento jurídico (3). También se conoce bajo otros

títulos como “ciencia penitenciaria”, “sistemas penitenciarios” o, simplemente, “estudios penitenciarios”, en donde se abordan temas mayores, como la manera de organizar la ejecución penal optando por alguno de los sistemas que la doctrina, emanada de la práctica o menores como el régimen alimenticio o sanitario que debían tener la población privada de la libertad, la disciplina penitenciaria, etc., pero la sistematización jurídica per se brilla por su ausencia, y las someras referencias a “lo jurídico” no pasan de anecdóticas. El Derecho penitenciario es aquella rama del Derecho público conformada por el conjunto de normas que regulan la ejecución que la administración penitenciaria; bajo supervisión del Juez de Vigilancia, lleva a cabo las penas y medidas de seguridad privativas de libertad así como de la prisión y detención preventiva, impuestas a quienes quedan así vinculados jurídicamente con aquella por una relación jurídica que perdura hasta la extinción de las mismas (3).

Esta definición es recogida, en el caso colombiano, por el Código Penitenciario y Carcelario expedido mediante la Ley 65 de 1993, la cual regula el cumplimiento de las medidas de aseguramiento, la ejecución de penas privativas de la libertad personal y de las medidas de seguridad, en cuyo artículo 5º modificado por la Ley 1709 de 2014, el respeto a la dignidad humana, a las garantías constitucionales y a los derechos humanos, en cuyas circunstancias especiales de reclusión no son de recibo ningún tipo de agresión física, verbal o psíquica, así como tampoco son justificadas las razones de carencia en la provisión de recursos necesarios.

Se tiene además que pese a que la protección de los derechos de las personas reclusas se deriva de la declaración misma de los derechos del hombre, la literatura permite abordar con claridad este asunto desde la órbita misma de las obligaciones que le asisten a las autoridades en la consecución de los bienes y servicios en procura de la satisfacción de las necesidades que allí se registran; sin embargo, el gobierno nacional invierte discretamente unos recursos para este sector lo que resulta contradictorio con la génesis misma del Estado social de derecho.

No debe perderse de vista que pese a las circunstancias de hecho y de derecho que obligan la reclusión de esas personas, estas son consideradas igualmente vulnerables por su condición de inferioridad e indefensión al no contar con las herramientas primarias suficientes para valerse por sí mismos, demandando una mayor responsabilidad del Estado en el establecimiento de políticas lo suficientemente sólidas que involucren a los distintos actores.

Todo sistema penitenciario requiere, para funcionar adecuadamente, de espacio físico (terreno e instalaciones

edilicias adecuadas) y personal penitenciario adecuadamente seleccionado, capacitado y con estabilidad en su función (4). Por eso, la tarea de quienes trabajan en un sistema carcelario es ofrecer a los hombres y mujeres privados de libertad, la oportunidad de cambiar y transformar positivamente sus vidas (5).

Desde la Alimentación, los derechos de las personas privadas de libertad se resumen en estos aspectos: todo recluso recibirá de la administración, a las horas acostumbradas, una alimentación de buena calidad, cantidad, bien preparada y servida, cuyo valor nutritivo sea suficiente para el mantenimiento de su salud y de sus fuerzas; deberá tener la posibilidad de proveerse de agua potable cuando la necesite e instalaciones sanitarias adecuadas para la higiene personal, espacio, luz y ventilación apropiada. Dentro de los límites compatibles con un buen orden del establecimiento, los internos podrán, si lo desean, procurar su alimentación si las condiciones lo permiten, con dietas especiales determinadas por criterios médicos, que satisfagan las normas de la dietética y la nutrición, la higiene y, en la medida de lo posible, las exigencias religiosas y culturales (6,7). Similares condiciones las comenta el Manual de Buenas Prácticas Penitenciarias del Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH) (8), que se complementa con la Guía de la OMS a los elementos esenciales en salud penitenciaria (9) y la declaración sobre las condiciones carcelarias y la transmisión de la tuberculosis y otras enfermedades transmisibles (10). Todas estas garantías aplican también para los centros de rehabilitación para menores de edad.

Para las reclusas embarazadas, lactantes y con hijos en la cárcel, la ONU refiere que recibirán asesoramiento sobre su salud y dieta en el marco de un programa que elaborará y supervisará un profesional de la salud. Se suministrará gratuitamente a las embarazadas, los bebés, los niños y las madres lactantes alimentación suficiente y puntual, en un entorno sano en que exista la posibilidad de realizar ejercicios físicos habituales; además no se impedirá que las reclusas amamenten a sus hijos, a menos que existan razones sanitarias concretas para ello, y en los programas de tratamiento se tendrán en cuenta las necesidades médicas y de alimentación de las reclusas que hayan dado a luz recientemente y cuyos bebés no se encuentren con ellas en la prisión (11). Desde estas normas se plantea la importancia de brindar una alimentación adecuada para la población condenada y privada de la libertad en los establecimientos de reclusión del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) en Colombia. Las reglas penitenciarias europeas determinan que los detenidos disfrutarán de un régimen alimentario que tenga en cuenta su edad, su estado de salud, su estado físico, su religión, su cultura y la naturaleza de su trabajo. En la comunidad europea

la legislación del país determinará los criterios de calidad del régimen alimentario que precisarán en particular su contenido energético y proteico mínimo. La comida se preparará y servirá en condiciones higiénicas, se servirán tres comidas al día repartidas en intervalos razonables y los detenidos tendrán acceso a agua potable en todo momento. Se prescribirá la modificación del régimen alimentario de un detenido si esta medida resulta necesaria por razones médicas (12).

Por su parte, Argentina, desde su modelo del programa nacional de cárceles saludables, estipula como un objetivo asegurar una alimentación adecuada y condiciones ambientales y en su primer componente básico, promoción de la salud, la actividad de alimentación adecuada. Este programa desarrolla un importante componente sanitario desde la prevención y transmisión de enfermedades de transmisión sexual y VIH; para esta última entidad refiere que “la ingesta de medicamentos requiere de ciertas normas alimentarias que deben ser respetadas dentro de las posibilidades” (13).

En el estado de la Florida (USA), la compañía sin fines de lucro PRIDE (Prison Rehabilitative Industries and Diversified Enterprises) opera en el sistema de prisiones industriales desde 1981, apoyada por el departamento de correccionales de ese Estado. Su misión es reducir la reincidencia otorgando habilidades de trabajo a los internos cuando entran en prisión y ayudándolos a encontrar un trabajo cuando son liberados. Las empresas privadas arriendan instalaciones al interior de las cárceles para que los reclusos trabajen en la manufactura de productos. La mayor parte de los programas desarrollados incorporan trabajos agrícolas y servicios de mantención del establecimiento penitenciario (aseo, comida y lavandería) (14).

Una alternativa de rehabilitación que se plantea en Uruguay, dentro de la reforma penitenciaria, es la del derecho al trabajo en diferentes modalidades como la formación de emprendimientos, que servirán para la reinserción social de la persona privada de la libertad (15).

Chile es el país que más presos tiene en América Latina con alrededor de 318 por cada 100 mil habitantes; por eso, su política de reinserción social, actualmente, apunta a las acciones educativas, laborales o de capacitación (16).

Regulación colombiana en el contexto penitenciario y carcelario.

Las condiciones materiales que el Estado colombiano debe procurar a las personas privadas de la libertad se refieren básicamente a la alimentación, agua, vestuario, utensilios de higiene, celda, higiene, salubridad, seguridad, servicios sanitarios, asistencia médica y descanso nocturno, entre otras

(17-29); para el caso de la alimentación, el suministro de comida es contratado con particulares, sin embargo ello no exonera al Estado, a través de sus instituciones, del deber de supervisión de la calidad de los alimentos entregados, esto dado además de la obligación naciente con la celebración de cada contrato de suministro por parte de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), quien en conjunto con el INPEC se convierten en garantes continuos de la debida y correcta ejecución de las actividades contenidas en la ley. Para dar cumplimiento a dichas obligaciones, diferentes normas se han dictaminado. La Tabla 1 organiza esta reglamentación.

Tabla 1. Normas colombianas en alimentación penitenciaria.

| Norma | Díctamen |
|-------------------------|---|
| Ley 1709 de 2014 | La USPEC tendrá a su cargo la alimentación de los internos. Fijará las políticas y planes de provisión alimentaria que podrá ser por administración directa o por contratos con particulares. La alimentación será suministrada en buenas condiciones de higiene y presentación. Los internos comerán sentados en mesas decentemente dispuestas. La prescripción médica, la naturaleza del trabajo, el clima y hasta donde sea posible, las convicciones del interno, se tendrán en cuenta para casos especiales de alimentación. |
| Resolución 7302 de 2005 | Pautas para la atención integral y el tratamiento penitenciario. Orienta a ofrecer acciones protectoras mediante los servicios de salud, alimentación (...) que prevengan o minimicen, hasta donde sea posible los efectos del proceso de prisionalización. |
| Acuerdo 011 de 1995 | Reglamento General al cual se sujetarán los reglamentos internos de los ERON. La alimentación se distribuirá en las horas reglamentarias, propendiendo por que sea balanceada, para efectos de una adecuada nutrición. Menciona que el Consejo de Interventoría y Seguimiento de Alimentación (CISA) es el órgano encargado de efectuar el seguimiento del cumplimiento de los contratos de alimentación de cada centro de reclusión. |

Fuente: Organizado por los autores a partir de varias fuentes. (30-31-32).

Para cumplir estos preceptos normativos, se recurre a la escogencia contractual de empresas especializadas en la producción de alimentación que sigan los lineamientos técnicos determinados por la autoridad en la materia.

Es así como, el incumplimiento de los deberes —de gestión o de vigilancia— de la administración, relativos al suministro de alimentos a los internos, acarrea eventuales responsabilidades de orden disciplinario e incluso penal, sumadas a las demás de carácter civil y fiscal como consecuencia de la indebida,

incorrecta o no utilización de los recursos públicos; de acuerdo con lo manifestado en la Sentencia T-714 de 1996, existe, en cabeza de la administración, el deber legal de suministrar al interno alimentación que reúna ciertas condiciones mínimas que satisfaga las necesidades básicas de nutrición de la persona reclusa, y de esta forma minimizar los riesgos o amenazas a su salud o, eventualmente, su vida (33).

Debe considerarse que, según el Comité de Derechos Humanos de la ONU, la pena impuesta al delincuente no puede, de ninguna manera, comprometer aquellos derechos fundamentales a los cuales aquel es acreedor en forma plena, tales como la vida, la integridad personal o la salud; derechos que, justamente, se garantizan procurando la satisfacción de las necesidades mínimas del interno. De lo anterior se deriva claramente el derecho fundamental de las personas reclusas en establecimientos carcelarios o penitenciarios a recibir una alimentación que responda a sus necesidades básicas de nutrición. Es importante aclarar que los internos se hallan en absoluta imposibilidad de proporcionarse directamente la alimentación balanceada en la cantidad y calidad que necesitan para atender sus requerimientos nutricionales; en consecuencia, el Estado incurre en una violación de derechos humanos cuando se deja de proporcionar alimentación adecuada a los reclusos (34).

Características de la alimentación penitenciaria en Colombia

Desde hace 100 años, la Dirección General de Prisiones dispuso el mejoramiento de la estructura física y asignó funciones, deberes y responsabilidades al personal penitenciario, tanto al administrativo como al de custodia y vigilancia (35). Se podría afirmar que para dicha fecha y en adelante, la alimentación se manejó sin conocimiento de causa y se asumía la producción de una manera empírica, sin normas de calidad e inocuidad; además para esa fecha se carecía de regulación e investigación en este tema.

Históricamente han habido muchas dificultades en la tecnificación de las actividades y los procesos para la producción de la alimentación, que van desde la heterogeneidad de la población en gustos, preferencias, procedencia, costumbres alimentarias, y hasta las mismas exigencias jurídicas externas que se pueden dar por entender los derechos aquí estudiados hasta el momento, hasta la misma interpretación del alcance de la seguridad alimentaria y nutricional (SAN) como derecho del colombiano, independiente de la pérdida de la libertad, entre otras variables.

La población carcelaria que hoy en día supera los cien mil internos, se encuentra distribuida en seis regionales, como lo muestra la Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de ERON por regional y número de internos.

| REGIONAL | ERON | Internos* |
|--------------|------------|----------------|
| Central | 41 | 36.000 |
| Occidente | 24 | 25.000 |
| Norte | 16 | 14.000 |
| Oriente | 14 | 13.000 |
| Viejo Caldas | 21 | 14.000 |
| TOTAL | 116 | 102.000 |

Fuente: Datos Grupo de Alimentación - Dirección de Atención y Tratamiento. INPEC, Diciembre 2014. *hombres y mujeres.

Para esta colectividad, se vienen desarrollando estándares para la producción de la alimentación en donde las condiciones de ubicación, acceso y seguridad lo permitan; el objetivo principal es evitar los peligros dentro de la dinámica propia de este contexto que pueden poner en riesgo la inocuidad del alimento si no se toman las medidas pertinentes.

La cantidad de alimento corresponde a las recomendaciones nutricionales de dicha población determinada por patrones colombianos; actualmente las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) (36) del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) permiten tener una base técnica para orientar la alimentación y en consecuencia, teóricamente, suministrar los nutrientes esenciales para cualquier población. Para adaptarlas a los patrones culturales son necesarias unas modificaciones o un modelamiento diferencial en la composición de la dieta para dar cumplimiento a estas consideraciones.

La calidad y condiciones de higiene inician cuando el contratista de alimentación selecciona los proveedores y las materias primas, basadas en reglamentación técnica pública y cuando se carezca de estas se utilizan algunas privadas como las Normas Técnicas Colombianas (NTC).

En los contratos de suministro de alimentación, el Estado determina dicho contenido a partir de pliegos de condiciones y el acompañamiento de lineamientos técnicos que facilitan la interpretación del objeto en términos de ejecución y alcance. Así mismo, cada vez se exige más respuesta y compromiso social de los proveedores hacia los objetos contractuales, más cuando se habla de servicios de alimentación a colectividades vulnerables y en algunos casos excluidos socialmente (37).

En materia de calidad higiénica y sanitaria, el Código Sanitario Nacional o la Ley 9 de 1979 (38) del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en su Título V y la Resolución 2674 de 2014 (39), reglamentan los requisitos sanitarios que deben cumplir las personas naturales y jurídicas

que ejercen actividades de fabricación, procesamiento, preparación, envase, almacenamiento, transporte, distribución y comercialización de alimentos y materias primas de alimentos y los requisitos de notificación, permiso o registro sanitario de los alimentos, según el riesgo en salud pública, con el fin de proteger la vida y la salud pública de las personas, en síntesis la verificación de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM).

Otras normas que deben implementarse y se armonizan con las anteriores son la Resolución 719 de 2015, por la cual se establece la clasificación de los alimentos para consumo humano de acuerdo con el riesgo en salud pública (40), y el Decreto 60 de 2002 que promueve la aplicación del Sistema de Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico (HACCP) en las fábricas de alimentos y se reglamenta el proceso de certificación (41). Esta última va a asegurar que los procesos cuenten con técnicas limpias para alcanzar la inocuidad en la cadena alimentaria (42). Algo particular que se presenta en estos contextos es la preparación de dietas terapéuticas, por lo que se requiere acondicionar estos servicios a la atención y dinámica de la producción, similar a la planificación hospitalaria, dado que un importante número de personas privadas de la libertad cuentan con enfermedades crónicas no transmisibles como obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias, entre otras, como también algunas crónicas infecciosas como el VIH y algunos diagnósticos de desnutrición; todas estas patologías requieren de un cuidado específico en su alimentación, así como un proceso de vigilancia nutricional para verificar el impacto que genera dicha atención.

La logística de entrega de la alimentación por parte del operador se dificulta en muchos ERON, debido a la infraestructura física antigua, sin tener en cuenta unos criterios de arquitectura sanitaria y la misma dignidad que requieren los espacios físicos para tomar el alimento.

Uno de los problemas más evidentes es la mala práctica en el lavado de manos por parte de los internos previo a tomar la alimentación, pero también por no contar con espacios para dicha práctica, además de los elementos básicos para que sea efectiva como un adecuado jabón desinfectante. Estas situaciones pueden llevar a una contaminación del producto final, así el proveedor de alimentación haya llevado a cabo unas BPM y los procedimientos establecidos contractualmente para la protección de los alimentos.

Se podría afirmar que esta práctica tan sencilla, la falta de exigencias en la producción técnica de la alimentación y una supervisión efectiva, sumado a unas condiciones físicas en los ERON, han sido las causantes de los brotes de ETA. En cuanto a hábitos y preferencias se analizan diferentes situaciones alrededor de estos, por ejemplo, aunque la ubicación de los internos se

realiza de acuerdo a su sitio de residencia o cercano a su entorno familiar para permitir las visitas, el tipo de pena imputada puede llevarlo a una prisión de alta seguridad ubicada en cualquier parte del país o casos más aislados, fuera de Colombia.

De otra parte, las visitas han favorecido que las familias les lleven alimentación de diferente naturaleza que en muchos momentos puede ir en contravía a las disposiciones dietéticas del tratamiento médico de un recluso; por lo general la comida típica y las preferencias individuales, entre ellos algunos productos ultraprocesados, son los alimentos comunes. También se pueden notar ciertas diferencias entre los alimentos que se ofrecen a las mujeres internas y a sus hijos que difieren en cantidad y tipo por sus requerimientos nutricionales superiores.

Desde otra perspectiva, se resaltan las iniciativas de algunos ERON para articular proyectos productivos de alimentación a la rehabilitación de esta población, como es el caso de panaderías, asaderos de pollos, areperías, agricultura urbana,

entre otras, de acuerdo a la ubicación de la prisión, donde la mayoría de los auxiliares de producción son internos que están cerrando pena de delitos de baja gravedad.

Durante el 2014, se reportaron 20 brotes de enfermedad diarreica aguda (EDA), como síntoma de ETA, a través del Centro Nacional de Enlace del MSPS e Instituto Nacional de Salud (INS) del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). La Figura 1 clasifica los eventos de acuerdo a su origen, por ejemplo el servicio de alimentos representó el 35% y en el mismo porcentaje los alimentos “sin control” sanitario que corresponden a donaciones, elaboración de bebidas artesanales alcohólicas por parte de los internos y alimentos ingresados por los familiares y las visitas; este último representa un alto porcentaje de brotes que no ha sido abordado institucionalmente y que en este momento se está teniendo en cuenta para ser regulado. Por consumo de agua sin tratamiento adecuado un 18% y finalmente un 12% de casos indeterminados.

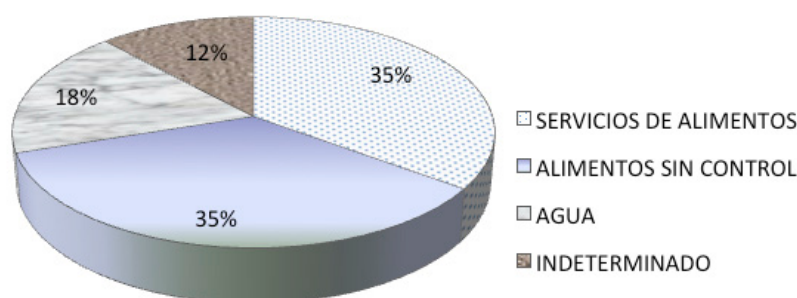


Figura 1. Origen del brote de ETA. Enero a diciembre 2014. INPEC. Fuente: Datos del Centro Nacional de Enlace MSPS, INS - Sivigila. Documento interno. INPEC, 2014.

Los brotes de ETA se presentaron en diferentes ciudades colombianas, de las seis regionales, como los distribuye la Figura 2.

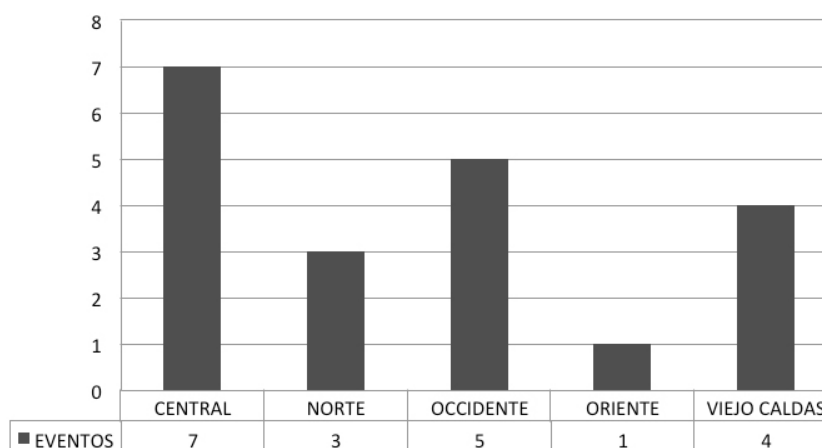


Figura 2. Ocurrencia de ETA en ERON por zona geográfica durante el 2014. Fuente: Datos del Centro Nacional de Enlace MSPS, INS - Sivigila. Documento interno. INPEC, 2014.

En total fueron 20 brotes de ETA en establecimientos penitenciarios del país; siete se desarrollaron en la Regional Central en los municipios de Yopal (tres eventos), Florencia, Fusagasugá, Monquirá y la Reclusión de Mujeres de Bogotá, cada uno de estos con un evento; estos fueron de etiología diversa como: alimentos sin control por donaciones, elaboración de bebidas fermentadas artesanales y por la alimentación suministrada en el establecimiento. En la Regional Occidente se presentaron cinco brotes, tres eventos en Cartago, uno en el Complejo de Jamundí y uno en Buga; la etiología fue por la baja disponibilidad de agua potable.

Por su parte, la Regional Viejo Caldas notificó cuatro eventos, dos en el establecimiento del municipio de Calarcá, uno en La Dorada y otro en Santa Rosa de Cabal. La Regional Norte presentó tres eventos, uno en Montería y dos en Sincelejo, con etiología indeterminada; finalmente la Regional Oriente con un evento en el Complejo de Cúcuta. En general, fueron 15 los establecimientos afectados.

En la aparición de las ETA en los ERO confluyen otras variables adicionales como el alto nivel de hacinamiento, ocasionando que un brote, que en teoría podría afectar pocos individuos, se incrementa de forma exponencial; la ubicación de los establecimientos en zonas alejadas del casco urbano con inadecuada potabilización del agua para consumo humano, el inadecuado almacenamiento de alimentos al interior de las celdas y la baja capacidad de respuesta sanitaria por parte de los entes territoriales.

En síntesis, un centro de producción debe cumplir con el rigor normativo colombiano y adaptarse a las directrices de acreditación institucional cuando se requiera, sin embargo esto solo es posible en la medida en que el Estado fije las políticas necesarias para la optimización de los recursos en procura de la asistencia a esta población, lo cual en todo caso no puede ser contrario a aquella que es recibida por cualquier ciudadano en condiciones de pleno goce de derechos.

Proyección de la alimentación a esta colectividad

Hoy en día, el INPEC viene trabajando con el MSPS, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) y el USPEC en la regularización de las condiciones higiénico-sanitarias con el fin de prevenir o reducir la aparición de nuevos brotes de ETA. Recientemente se creó el manual de manipulación de alimentos para servicios de alimentación en establecimientos penitenciarios y carcelarios del orden nacional, el cual busca estandarizar las exigencias sanitarias en el marco de las estructuras penitenciarias y la rigurosidad de las condiciones de seguridad, tanto para el suministro de alimentación a

la población privada de la libertad como a los proyectos productivos desarrollados por los mismos internos.

Adicional a ello, se está desarrollando una estandarización de los alimentos permitidos que pueden ingresar las familias en las visitas, en cuanto a cantidad, tipo de alimento y presentación, dado que se ha identificado que los brotes de ETA también se han desarrollado por estos alimentos.

Entre las especificaciones técnicas elaboradas para este suministro comprenden el desarrollo de ciclos de menús para cada regional teniendo en cuenta los gustos y hábitos de las regiones; además, se incluye el suministro de alimentación para los internos que salen de estos espacios a remisiones médicas, judiciales y de seguridad. Otro aspecto que se incluye es la adición de frutas, postres en los almuerzos, bebida adicional para cubrir necesidad de líquidos al día, y menús típicos y especiales para días festivos.

En cuanto a la profesionalización de la alimentación penitenciaria, se han vinculado nutricionistas e ingenieros de alimentos quienes participan en las labores de acompañamiento durante la ejecución contractual en los componentes técnicos y administrativos inherentes a los contratos de suministro.

Además, los contratistas de la alimentación deben desarrollar un plan de saneamiento e incluir otros programas prerequisite del HACCP. Otro punto que se exige es la dotación de menaje para el consumo de alimentos, el cual es entregado a cada uno de los internos.

Falta un buen camino por recorrer, sin embargo desde hace más de una década se ha llevado a especializar el tema de la alimentación bajo la contratación de empresas con experiencia en la producción y distribución de alimentación institucional que dentro de sus procesos cuentan con la implementación de sistemas gestión de la calidad que permiten la reducción de peligros biológicos y, consecuentemente, la aparición de una ETA.

El derecho a la alimentación sólo es efectivo cuando hay seguridad o certeza de que la disponibilidad, el acceso, el consumo y el aprovechamiento de los alimentos y el agua, en cantidad, calidad e inocuidad, son estables y sostenibles y no hay situaciones que pongan en riesgo o vulneren la materialización de ninguna de dichas dimensiones (43).

No debe perderse de vista que esta población, sin considerar los factores de hecho que originaron su reclusión, ya se encuentra en condiciones desfavorables al estar desplazadas de su entorno social, lo cual limita su participación en los procesos decisorios respecto de los recursos de que dispone el

Estado para la satisfacción de las necesidades de la sociedad, como sucede con los programas de salud; por lo que el esfuerzo en la definición, implementación, control y seguimiento de los programas alimenticios orientados a esta población deben corresponder con la situación especial en la que se encuentran, respondiendo a las exigencias de dignificación de las cárceles colombianas.

Comentarios finales

El articulado internacional de derechos integrales forma un piso mínimo de garantías al que tienen derecho todos los reclusos con independencia de su estatus político y cultural, de ahí la implementación de acciones en beneficio de esta población por parte del Estado. El derecho a la alimentación es uno de los más importantes ya que al estar el individuo privado de libertad la posibilidad de elegir le es vetada.

Los ERON deben ser entornos saludables para el bienestar físico y mental de los internos condenados y para aquellos que aún están siendo procesados, dado que posteriormente van a reintegrarse a la sociedad; la pena privativa de la libertad debe limitarse a la libertad de locomoción y no a la vulneración de los derechos fundamentales, lo cual ha venido replanteándose con la incorporación de programas y acciones que permiten a los reclusos el desarrollo de actividades propias de cualquier ciudadano en condiciones de plena libertad, tales como trabajo en distintas áreas en los cuales deseen desplegar sus destrezas.

En relación al servicio de alimentación, se deben estandarizar los procesos de producción, transporte y distribución de los alimentos mediante la definición e implantación de los procesos de seguimiento y control que evidencien el real cumplimiento de los prestadores a nivel nacional. Por otro lado, articular los esfuerzos con las instituciones responsables de la salud de la población interna, mejorar la infraestructura de los ERON; en especial, el diseño sanitario de los centros de producción y consumo alimentario resulta crucial para evitar el desarrollo de ETA.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

A la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios USPEC y al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC.

Referencias

1. **Nembrini P.** Agua, saneamiento, higiene y hábitat en las cárceles. Ginebra: Comité Internacional de la Cruz Roja; 2011 [cited 2014 Nov 2]. Available from: <https://goo.gl/dqhNvu>.
2. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Medidas privativas y no privativas de la libertad. El sistema penitenciario. Manual de instrucciones para la evaluación de la justicia penal. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2010 [cited 2014 Nov 8]. Available from: <http://goo.gl/WIS6b3>.
3. **Téllez-Aguilera A.** Novelli y su tiempo: una aproximación a los orígenes y al concepto del derecho penitenciario. *Revista de Estudios Penitenciarios. Estudios e Intervenciones*. 2011 [cited 2014 Dec 2];255:9-33. Available from: <http://goo.gl/jwkRur>.
4. **Carranza E.** Situación penitenciaria en América Latina y el Caribe ¿Qué hacer? In: Centro de Derechos Humanos, Universidad de Chile. Anuario de Derechos Humanos 2012. Centro de Derechos Humanos; 2012 [cited 2014 Dec 4]. p. 31-66. Available from: <http://goo.gl/CohafK>.
5. **Restrepo H, Málaga H.** Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. 1ª. ed. Bogotá: Editorial Panamericana; 2001. p.298.
6. Organización de las Naciones Unidas Derechos Humanos. Reglas mínimas para el tratamiento de reclusos. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 1996 [cited 2014 Dec 8]. Available from: <http://goo.gl/WA2EMH>.
7. Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas. Washington: OEA/CIDH; 2011 [cited 2014 Dec 8]. Available from: <http://goo.gl/pdRIIQ>.
8. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Manual de Buena Práctica Penitenciaria. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos; 1998 [cited 2014 Dec 12]. Available from: <http://goo.gl/uKr45o>.
9. World Health Organization Europe. Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: World Health Organization Europe; 2007 [cited 2014 Dec 10]. Available from: <http://goo.gl/DgIIIfY>.
10. World Medical Association. Declaration of Edinburgh on prison conditions and the spread of tuberculosis and other communicable diseases. Uruguay: WMA; 2011 [cited 2014 Dec 1]. Available from: <http://goo.gl/pYt2Zh>.
11. Organización de las Naciones Unidas. Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok), Resolución 65/229, (Mar 16, 2011). New York: ONU; 2011 [cited 2014 Dec 11]. Available from: <http://goo.gl/CvSO9j>.
12. Consejo de Europa, Comité de Ministros. Reglas penitenciarias europeas. Barcelona: Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya; 2010 [cited 2014 Nov 3]. Available from: <http://goo.gl/Q96u2C>.
13. Organización Panamericana de la Salud. Cárceles saludables: promoviendo la salud para todos. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2003 [cited 2014 Oct 31]. Available from: <http://goo.gl/VMZqkN>.

14. **Williamson B.** Políticas y programas de rehabilitación y reinserción en cárceles. *Revista Paz Ciudadana*. 2004 [cited 2014 Nov 13]: 23-7. Available from: <http://goo.gl/JF64c9>.
15. Organización Internacional del Trabajo, Ministerio del Interior República Oriental del Uruguay. El trabajo dentro de las cárceles y la inserción laboral de las personas liberadas del sistema penitenciario. Situación legal y reglamentaria. Uruguay: OIT; 2011[cited 2014 Nov 24]. Available from: <http://goo.gl/fWmkpE>.
16. **Sadá C.** A confesión de parte de Monseñor Ricardo Ezzati. *Revista 93 Cárceles*. 2011 [cited 2014 Nov 30];5(2):6-9. Available from: <http://goo.gl/Q8eTN2>.
17. Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-420 (septiembre, 1994). M.P. Cifuentes Muñoz, E. [cited 2015 Jun 19]. Available from: <http://goo.gl/5KgUWA>.
18. Sentencia T-714 (diciembre, 1996). M.P. Cifuentes Muñoz, E. [cited 2015 Jun 19]. Available from: <http://goo.gl/NSD81E>.
19. Sentencia T-153 (abril, 1998). M.P. Cifuentes Muñoz, E. [cited 2015 Jun 19]. Available from: <http://goo.gl/iSbDTn>.
20. Sentencia T-208 (abril, 1999). M.P. Naranjo Mesa, V. [cited 2015 Jun 19]. Available from: <http://goo.gl/XcWnQH>.
21. Sentencia T-718 (septiembre, 1999). M.P. Hernández Galindo, J.G. [cited 2015 Jun 19]. Available from: <http://goo.gl/b3svNW>.
22. Sentencia T-1030 (octubre, 2003). M.P. Vargas Hernández, C.I. [cited 2015 Jun 19]. Available from: <http://goo.gl/14CMCC>.
23. Sentencia T-490 (mayo, 2004). M.P. Montealegre Lynett, E. [cited 2015 Jun 19]. Available from: <http://goo.gl/vXNV6h>.
24. Sentencia T-639 (junio, 2005). M.P. Escobar Gil, R. [cited 2015 Jun 19]. Available from: <http://goo.gl/Y848fy>.
25. Sentencia T-792 (julio, 2005). M.P. Vargas Hernández, C.I. [cited 2015 Jun 19]. Available from: <http://goo.gl/PUjO9V>.
26. Sentencia T-1084 (octubre, 2005). M.P. Beltrán Sierra, A. [cited 2015 Jun 19]. Available from: <http://goo.gl/d8uxmj>.
27. Sentencia T-1145 (noviembre, 2005). M.P. Escobar Gil, R. [cited 2015 Jun 19]. Available from: <http://goo.gl/CJcc5S>.
28. Sentencia T-1180 (noviembre, 2005). M.P. Córdoba Triviño, J. [cited 2015 Jun 19]. Available from: <http://goo.gl/9Er4BN>.
29. Sentencia T-317 (abril, 2006). M.P. Vargas Hernández, C.I. [cited 2015 Jun 19]. Available from: <http://goo.gl/SeFLEv>.
30. Ley 1709 de 2014, enero 20, por medio de la cual se reforman algunos artículos de la Ley 65 de 1993, de la Ley 599 de 2000, de la Ley 55 de 1985 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial 49039; 2014 [cited 2015 June 18]. Available from: <http://goo.gl/pCCzzP>.
31. Resolución 7302 de 2005, noviembre 23, por medio de la cual se expiden pautas para la atención integral y el tratamiento penitenciario. Bogotá: Diario Oficial 46476; 2006 [cited 2015 Jun 18]. Available from: <http://goo.gl/gL7MdK>.
32. Acuerdo 11 de 1995, octubre 31, por medio del cual se expide el Reglamento General al cual se sujetarán los reglamentos internos de los Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario; 1995 [cited 2015 Jun 18]. Available from: <http://goo.gl/Wu9HyB>.
33. Sentencia T-714 (abril, 1998). M.P. Cifuentes-Muñoz, E. [cited 2015 Jun 19]. Available from: <http://goo.gl/Mtyikt>.
34. Observación general 21 al artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Ginebra: Oficina de las Naciones Unidas Alto Comisionado para los Derechos Humanos; 1999 [cited 2014 Nov 8]. Available from: <http://goo.gl/rJWGj3>.
35. **Téllez A.** Derecho Penitenciario colombiano: Una aproximación desde la experiencia española. *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*. 1996 [cited 2014 Nov 28];49(2):591-625. Available from: <http://goo.gl/9oN5Kr>.
36. ICBF. Guías Alimentarias para niños y niñas colombianos menores de dos años. Resumen ejecutivo. ICBF: Bogotá; 2013 [cited 2014 Nov 30]. Available from: <http://goo.gl/48Pj2D>.
37. **Bejarano J, Forero L.** El derecho a la alimentación desde la contratación pública de servicios sociales de suministro. *Rev. Fac. Med.* 2014 [cited 2015 Feb 10];62 Suppl 1:S95-100. Spanish. <http://doi.org/5h8>.
38. Ley 9 de 1979, por la cual se dictan Medidas Sanitarias. Bogotá: Diario Oficial 35208; (Jan 24, 1979)[cited 2015 Jun 18]. Available from: <http://goo.gl/pzCSE>.
39. Resolución 2674 de 2013 por la cual se reglamenta el artículo 126 del Decreto-Ley 19 de 2012 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial 48862; (Jul 22, 2013)[cited 2015 Jun 18]. Available from: <http://goo.gl/36C6aQ>.
40. Resolución 719 de 2015, por la cual se establece la clasificación de alimentos para consumo humano de acuerdo con el riesgo en salud pública. Bogotá: Diario Oficial 49452; (Mar13 2015)[cited 2015 Jun 18]. Available from: <http://goo.gl/YL6xQ8>.
41. Decreto 60 de 2002, por el cual se promueve la aplicación del sistema de análisis de peligros y puntos de control crítico - HACCP en las fábricas de alimentos y se reglamenta el proceso de certificación. Bogotá: Diario Oficial 44686; (Jan 18, 2002)[cited 2015 Jun 18]. Available from: <http://goo.gl/pelhu2>.
42. Alcaldía Mayor de Bogotá. Manual para el diseño de los servicios generales. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2009 [cited 2014 Dec 2]. Available from: <http://goo.gl/s6SNIJ>.
43. Decreto 508 de 2007, por el cual se adopta la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá, Distrito Capital, 2007-2015, Bogotá sin hambre. Registro Distrital 3868; (Nov 6, 2007)[cited 2015 Jun 18]. Available from: <http://goo.gl/Ic1mMK>.



TÍTULO: PUNTO DE FUGA

AUTOR: EDWIN CUBILLOS

LUGAR: EL PROGRESO, ALTOS DE CAZUCÁ, COLOMBIA

AÑO: 2008

OPINIONES, DEBATES Y CONTROVERSIAS

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43219>

El riesgo suicida y los significados de las minorías sexuales: un nuevo reto para la salud pública

*Suicide risk and meanings of sexual minorities: a new challenge for public health*Anderson Rocha-Buelvas¹

Recibido: 29/04/2014 Aceptado: 20/05/2014

¹ Grupo de Investigación de Violencia y Salud, Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.

Correspondencia: Anderson Rocha-Buelvas. Calle 44 No. 45-67. Unidad Camilo Torres, Modulo 2. Bloque C. Oficina 501. Bogotá, D.C., Colombia. Tel: +57 4 316 5000, ext:10908. Correo electrónico: rochabuelvas@gmail.com.

| Resumen |

El objeto de este artículo fue presentar los avances y rezagos normativos, sociales, epidemiológicos y políticos de las conductas suicidas en minorías sexuales como problema de salud pública desde una perspectiva analítica, interpretativa y crítica. Dado que el conocimiento teórico de este tema es considerablemente reducido, es de suprema importancia que desde el discurso de la salud pública se incluyan en la agenda pública las políticas y servicios de salud óptimos para la población LGBT con las particularidades y complejidades de su proceso salud-enfermedad.

Palabras clave: Suicidio; Violencia; Estigma social; Sexismo; Homofobia (DeCS).

Rocha-Buelvas A. El riesgo suicida y los significados de las minorías sexuales: un nuevo reto para la salud pública. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):537-544. Spanish. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43219>

Summary

The purpose of this article was to present regulatory, social, epidemiological and political advances and delays of suicidal behaviors in sexual minority as a public health problem from an analytical, interpretative and critical perspective. Given that the theoretical knowledge of the subject is substantially reduced, it is of paramount importance that, from the public health discourse, optimal policies and health care services for LGBT population—with the particularities and complexities of the health-disease process—are included in the public agenda.

Keywords: Suicide, Violence, Social stigma, Sexism, Homophobia (MeSH).

Rocha-Buelvas A. [Suicide risk and meanings of sexual minorities: a new challenge for public health]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):537-544. Spanish. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43219>.

Introducción

Los términos lesbiana, gay, bisexual, transgénero y/o transexual (LGBT) son a menudo utilizados como una mínima consideración de las complejidades de la sexualidad y el género en nuestros tiempos. Por consiguiente, estos términos complejos referentes a una minoría poblacional deben ser comprendidos por la estrecha relación existente entre la orientación sexual, la identidad de género (si se identifica con ser hombre o mujer) y la conformidad con el género, como lo ratifica en Colombia la Sentencia C-098 de 1996 (1,2). Siendo así, el género corresponde a una construcción cuyos contextos sociales, cultural, histórico y político consideran masculino o femenino a un individuo porque anatómicamente es hombre o mujer, de modo que aquellos sujetos inconformes con el género son calificados como *travestis*. Pero, si la inconformidad se refiere a las características sexuales primarias y secundarias del sexo, transformándolo física y políticamente, a estos sujetos se les califica como transexuales (3).

Cabe destacar, entonces, que la identidad sexual es un constructo multidimensional que incluye la identidad de sexo, la identidad de género, la identidad sociosexual y la identidad erótica. Esto contradice el patrón normativo hegemónico

donde debe existir una congruencia entre el sexo biológico, la identidad, la función de género y la identidad erótica (3). Según un estudio de Pruitt (4), el 10% de la población se considera no heterosexual y no está de acuerdo con la identidad sexual.

Es importante mencionar que Colombia es uno de los primeros países latinoamericanos en tener una audiencia sobre los derechos de la población LGBT ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH); esto gracias a la Corte Constitucional, que ha considerado que estos derechos son objeto de una protección especial. Cabe resaltar que la jurisprudencia ha prohibido la discriminación de la población LGBT en las Fuerzas Armadas y en las escuelas. La jurisprudencia inició en la década del noventa con sentencias proferidas contra la Comisión Nacional de Televisión por censurar expresiones LGBT, luego realizó aclaraciones técnicas por causa de negaciones en contra de la adopción de huérfanos en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) por parte de homosexuales, y acuñó un discurso por el derecho de los individuos a no ser discriminados por su escogencia de pareja (1). Es así como, con respecto a esta audiencia, la CIDH ha reconocido los avances significativos de la Corte, pero también, la contradicción entre las normas y la práctica. Según Lemaitre en la página 85 de este texto:

“...la diferencia entre los derechos y el goce efectivo no es la única paradoja; la otra es el contraste entre la violencia contada y lo pedestres que aparecen tanto en los derechos conquistados (a beneficiarse de un seguro; a no ser despedido de un trabajo) como en los dolores que no logran ser protegidos por derechos (discriminación precontractual; el recurso a operaciones peligrosas en los travestis) frente a los crímenes de odio” (5, p.85).

Se ha evidenciado que el estigma social, el sexismo y la homofobia han detonado violencias de género, violencias sexuales y violencias autoinfligidas, que han transgredido los derechos humanos de esta población, ya que estas personas han visto afectadas su vida, salud física, salud mental, salud social, su integridad, su libertad e igualdad, entre otros aspectos. Por lo tanto, estas violaciones se convierten en una problemática de salud pública, pues históricamente no sólo han involucrado a minorías sexuales sino también a mujeres, niñas, niños, y adolescentes (6).

Hay que destacar que actualmente es inconcebible la invisibilización de las violencias infligidas y autoinfligidas en minorías sexuales en la agenda pública. Esto si se tiene en cuenta que actualmente se priorizan las violencias como eventos de interés en salud pública en el marco de las competencias para el funcionamiento del sector salud, establecidas en las leyes 715 de 2001 y 1122 de 2007, en los

decretos 4107 de 2011, 3039 de 2007 y 2968 de 2010, y en la Resolución 1841 de 2013. En caso de concebirse una política pública, se podría dar un paso importante para comenzar a ahondar en la compleja problemática de las conductas suicidas en la población LGBT (7,8).

Estigma social, sexismo y homofobia

Es claro que el prejuicio sexual es una gran amenaza para el bienestar físico y mental de lesbianas, gays, bisexuales y travestis y/o transexuales. En un estudio de Bartoş *et al.* (9), se examinó la efectividad de las intervenciones diseñadas para reducir dicho perjuicio en evidencia publicada. Los resultados demostraron que la manipulación de las normas sociales es una herramienta eficaz para reducir el comportamiento antigay, siendo las estrategias que requieren mayor investigación las relacionadas con el uso de los medios de entretenimiento para promover la tolerancia.

El miedo irracional no es el rasgo característico de las actitudes antihomosexuales; esto difiere de la *homofobia* u *homoprejuicio*, que tienen que ver con cuatro temas de la homosexualidad con implicaciones sociales, médicas y legales. El primer tema se refiere a la permanente persecución y represión de la homosexualidad; el segundo a la medicalización de la homosexualidad (especialmente en el hombre); el tercero a la aparición gradual de campañas de los mismos homosexuales para proteger sus derechos humanos, así como de algunos profesionales de la salud para despatologizar la homosexualidad; y el último, tiene que ver con el estado legal de la homosexualidad y las relaciones homosexuales. Hay que destacar que, durante más de 20 años, ha habido cambios significativos en la experiencia de homosexuales en lugares como el Reino Unido. Entre estos cambios, son relevantes los políticolegales, los socioculturales y los médicosanitarios, que juegan un papel en la forma en que la homofobia ha sido abordada en la sociedad. Sin embargo, las actitudes antihomosexuales permanecen (10).

Un estudio de Herek *et al.* (11) demostró que el autoestigma en las minorías sexuales es una actitud cuyo desarrollo es paralelo al del prejuicio sexual en los heterosexuales. Esto no es difícil de comprender cuando se reconoce que la homosexualidad ha sido entendida como una enfermedad o un desorden mental. La psicología y la psiquiatría, se supone, ayudan a gays, lesbianas y bisexuales a convertirse en heterosexuales (12). Estas se han convertido en ciencias basadas en el estigma y en el prejuicio sexual generados históricamente con respecto a la población LGBT por la discriminación, la violencia y el acoso; es decir, una medicina que no ha entendido aún los fenómenos sociológicos y psicológicos de las minorías sexuales (13).

Violencia contra minorías sexuales

La violencia en contra de las minorías sexuales ha impedido un ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos. Esto, indudablemente, afecta la autoestima, favorece la desesperanza e, indefectiblemente, les conduce al riesgo de experimentar ansiedad, victimización, persecución, abuso de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, depresión y suicidio o riesgo suicida (14).

Es necesario aclarar que la ley no niega la violación de los derechos de la población LGBT por medio de la violencia de género y la violencia sexual; pero si niega sus efectos interpretativos, que son los que construyen los significados sociales actuales de la violencia contra la población LGBT. En Colombia, esta violencia es evidente en los casos escabrosos de homosexuales víctimas de la limpieza social, que han sido publicados en algunos diarios y en los resultados de investigaciones.

Sobre la encuesta hecha por el Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM), Profamilia y la Universidad Nacional en 2008 a los marchantes del orgullo gay, Lemaitre:

“...el 77% ha sufrido alguna forma de discriminación y el 67.7% alguna forma de agresión. Ambas están imbricadas en todos los espacios del día a día: el (49.3%) de los que reportan ser discriminados lo fueron en las escuelas y universidades, por profesores y compañeros; el (43.8%) en la calle, por policías; el (42.8%) en sus casas, por vecinos y el 34.1% por sus familias. Y si bien la agresión más común es la verbal (87.9%) seguida por las amenazas (36.2%), no deja de sorprender lo frecuente de la agresión física: del 67.7% que ha sufrido alguna forma de agresión, en el 31.6% de los casos fue física” (5, p86).

Esta violencia que dispara suicidios empieza en la intimidación, es decir, en el seno de sus familias, donde son criados en medio del rechazo, insultos y golpes. A esto se suma el abuso en las cárceles, si es el caso, en que en su vida adulta son sancionados penalmente y la violencia engendrada por el control social permanente en lugares donde cohabitan con milicias ilegales y con la comisión de crímenes violentos, extorsión y abuso policial (5). Esta violencia hacia la identidad sexual de la población LGBT genera elevados niveles de estrés y angustia en sus miembros, lo cual contribuye a la aparición de otra violencia, la autoinfligida (15).

Es imposible dejar de pensar que las minorías sexuales no son más proclives a las conductas suicidas cuando la violencia rampante al interior de la sociedad exige el castigo

público y privado para los homosexuales. Por consiguiente, hay que reconocer que esta violencia no es una violencia fruto de la discriminación sino de la exclusión, ya que el castigo de la cotidianidad pública y privada se transforma en una clara forma de expulsión de esta población del cuerpo social y erradica la diferencia de una sociedad que lucha por ser democrática (5).

Una consecuencia de esta violencia en contra de la población LGBT —a través de la discriminación y la exclusión incluso en sectores como el de la salud— es el aumento notable del riesgo suicida, especialmente en la población joven, teniendo el mayor riesgo los transexuales. Por tales motivaciones, las recomendaciones para reducir el riesgo están dirigidas a erradicar el estigma y el prejuicio en el nivel institucional e individual.

Hay que mencionar que la población joven LGB (lesbiana, gay y bisexual), según varios estudios, tiene entre 1.5 y 3 veces más ideación suicida que otros jóvenes no-LGB (o heterosexuales) (15). Si bien estos estudios no incluyen jóvenes transgéneros y/o transexuales y la información está limitada porque la orientación sexual no es un dato de mortalidad, si es plausible inferir que el riesgo suicida se ha elevado, puesto que son menos los factores protectores y son altas las tasas de suicidio. Por consiguiente, es importante incrementar la capacidad de los proveedores de atención primaria en salud para prevenir las conductas suicidas; esto incluye los recursos disponibles para el incremento de las precauciones y la educación del público en general (15).

Por ejemplo, un importante estudio transversal realizado en Dinamarca por un periodo de 12 años demostró que el riesgo suicida estaba fuertemente asociado a indicadores como la orientación sexual, siendo solo significativa entre hombres; pues la tasa de suicidio ajustada por edad en hombres homosexuales fue 8 veces mayor que la de hombres heterosexuales con historia de matrimonio y dos veces mayor que la de hombres heterosexuales que nunca se casaron (16).

En varios estudios, es evidente que los jóvenes LGBT, a diferencia de los jóvenes heterosexuales, poseen más factores de riesgo: abuso de sustancias y depresión; así como menos factores protectores: apoyo familiar y seguridad escolar. Por lo tanto, el impacto del estigma y la discriminación contra los individuos LGBT están directamente relacionados con los factores de riesgo, que a su vez interactúan con la variabilidad de la edad, el sexo y la raza. Por ejemplo, la discriminación tiene una fuerte asociación con los padecimientos mentales, el aislamiento por parte del heterosexismo, el rechazo familiar y la falta de acceso a salud y educación (17,18).

Para entender el fenómeno de las conductas suicidas, hay que considerar las diferencias existentes entre la conducta suicida de hombres y la de mujeres, las cuales, desde luego, tienen una fuerte interacción con aspectos de salud mental y factores culturales como la masculinidad tradicional y la vida familiar de estos individuos. Por lo anterior, la salud pública debe abordar de otra manera los factores protectores y de riesgo de estos individuos; es decir, de una forma diferente a como suelen recomendar la literatura científica, las guías y los protocolos, que en muchos casos parecieran no estar dirigidos a la realidad actual de las personas heterosexuales. Por ejemplo, social y políticamente se niegan factores protectores a los homosexuales tales como: I. Matrimonio con hijos; II. Acceso a tratamientos con antidepresivos, que no cumplen su objetivo dada la constante y creciente discriminación y exclusión de los LGBT en los servicios de salud, pues el talento humano en salud no está educado ni preparado para comprender y aceptar los significados de estas minorías sexuales; III. Ejercicio y dieta apropiada, que están íntimamente relacionados con el nivel socioeconómico y la inserción laboral, y que son de bajo nivel en muchas de estas personas, especialmente en los transgéneros y/o transexuales; y IV. Flexibilidad cognitiva o habilidad para adaptarse a procesos cognitivos, para tolerar y manejar situaciones inesperadas, cualidades difíciles de desarrollar cuando la desesperanza, la angustia y el estrés son los sentimientos producidos por la violación sistemática de los derechos de la población LGBT (15,19).

No obstante, hay que destacar que la incidencia de suicidio en hombres y su interacción con factores de riesgo psicológicos son similares en algunos aspectos. A pesar de que las mujeres heterosexuales y LGBT sufren dos veces más de depresión que los hombres heterosexuales y LGBT, los hombres consuman con más frecuencia el suicidio. Lo anterior se atribuye a que los hombres tienden más a evadir esos sentimientos depresivos con el consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y conductas como rehusarse a buscar ayuda profesional. Es decir, normalmente, los hombres tienden más a autocontrolar una situación difícil; por ello, invisibilizan los síntomas físicos. En efecto, la experiencia de la depresión es diferente para los hombres; por ejemplo, los hombres no siempre manifiestan los síntomas de depresión mediante la tristeza, sino más bien a través de irritabilidad, conducta antisocial, mucho estrés, dolores en el cuerpo y dificultades cognitivas. Si bien este autocontrol dificulta diagnosticar la depresión a nivel médico o detectarlo a nivel familiar o social, estos síntomas cambian y se distorsionan cuando el individuo, especialmente los transexuales, sufren modificaciones corporales por causa del consumo de hormonas y otras sustancias (15,17).

Por lo tanto, sobre el suicidio de la población LGBT cabe ratificar que los reportes médicos y forenses rara vez incluyen

información sobre la identidad sexual de estos pacientes. Hay estudios sobre el suicidio que, mediante encuestas, han podido revelar que una de las limitaciones para definir este dato es su elusión por causa de la estigmatización de la homosexualidad, pese al anonimato y la confidencialidad que ofrecen habitualmente los investigadores. Según otros estudios forenses, durante la realización de la autopsia, si el suicida es parte de la población LGBT adulta, los familiares tienden a reconocer más fácilmente su identidad sexual; pero si es de la población adolescente, los familiares no están siempre seguros de su identidad sexual, por eso se prefiere no preguntar exactamente sobre la categoría sexual (20,21).

La conducta suicida en minorías sexuales

De acuerdo con el Estudio de Carga Global de Enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés) del año 2010 (22), el cual estimó la carga atribuible a los trastornos mentales y al abuso de sustancias, el suicidio se caracterizó como una de las muertes causadas por envenenamiento intencional o por lesión autoinfligida (23). El suicidio representó la decimotercera causa de años potencialmente perdidos en todo el mundo (24,25); es decir, un millón de personas mueren por suicidio al año, el 50% de estas muertes ocurre en personas entre 15 y 44 años (26-27), más del 80% suceden en países con ingresos bajos y medios, y cerca del 50% ocurren en India y China (27,28). Las causas más comunes en países de ingresos altos son el arma de fuego y el envenenamiento, mientras en países de ingresos bajos y medios como Colombia, las causas son la intoxicación con pesticidas, el ahorcamiento y la autoinmolación (29).

Hay diferencias en la epidemiología global del suicidio con respecto a la cuantificación de la carga atribuible por trastornos mentales y adicciones (26-32). Algunos autores (26) consideran que incluir el suicidio como parte de las estimaciones de los trastornos mentales y el consumo de sustancias en estudios anteriores de carga global de enfermedad llevó a una subestimación de la magnitud de la carga (33,34). Li *et al.* (31) encontraron que el riesgo de suicidio fue de 7.5 (IC 6.2-9.0) veces mayor en los hombres y 11.7 (IC 9.7-14.1) veces mayor en las mujeres con algún trastorno mental o que consumen sustancias, siendo la depresión y el trastorno bipolar los que concentran el mayor riesgo. Asimismo, otros factores de riesgo asociados al suicidio son los efectos adversos conyugales, laborales y socioeconómicos (31,34). Contrariamente, otros autores afirman que estas causas no se asocian con el riesgo de suicidio (35).

Si bien estas importantes estimaciones de mortalidad y morbilidad por edad, sexo y región del suicidio dan luz sobre la etiología del mismo, existen diversas causas sociales,

poco exploradas en salud pública, que están relacionadas con la ideación y el intento suicida en personas LGBT. Por ejemplo, algunos estudios han identificado que la familia es uno de los principales espacios de homonegatividad. De igual manera, en el contexto latinoamericano, esta homonegatividad es percibida en instituciones educativas donde se omite el tema de la diversidad sexual, mientras, al mismo tiempo, la religión se opone con posturas morales y políticas en contra del matrimonio entre homosexuales y la adopción por parejas del mismo sexo. A este fenómeno se le ha denominado *homofobia institucionalizada*. De manera que es la etiología social la que ha demostrado que las opciones diferentes a las hegemónicas en materia de orientación sexual, identidad de género y conformidad con el género no son pecado, ni delito, ni mucho menos enfermedad (36).

A pesar de los resultados del GBD 2010, se desconoce el elemento biológico implicado en el suicidio y las enfermedades mentales que lo precipitan, que son a las que normalmente se atribuye la tendencia a mayores tasas de suicidio. De esta manera, se desconoce que la población LGBT percibe la presión social y la interioriza, y se subvalora su condición sexual respecto con la heterosexualidad normativa. Lo anterior desmitifica que las minorías sexuales son más patológicas que los heterosexuales, pues la orientación sexual *per se* no es factor de riesgo de suicidio, es el contexto social el que ha impuesto barreras que obstaculizan el libre desarrollo de la personalidad y el ascenso social de esta subcultura (36).

El estigma social ha generado que los sitios de encuentro y de homosocialización, como bares y zonas de esparcimiento, se conviertan en especie de guetos, donde hay diferencias incluso entre los sitios de gays, lesbianas, transgeneristas y transexuales. Esto es lo que Cantor denomina la *endodiscriminación*, que promueve el aislamiento, la pérdida de apoyo social, las conductas suicidas, y en la mayoría de los casos, “el deterioro de la salud mental” (37). Esta situación propia de las grandes ciudades podría mitigarse a través de una legislación que incorpore a los grupos vulnerables al ejercicio de una ciudadanía plena. A este respecto, el avance más destacado en Colombia es la Ley 1482 de 2011 sobre antidiscriminación. Sin embargo, se requieren políticas públicas específicas para los colectivos sexualmente diversos con un alcance a todos los niveles (local, nacional e internacional) y estrategias que integren un diálogo de saberes sin distinción de raza, orientación sexual, creencia religiosa, género, situación política, social y cultural (36).

Acceso a los servicios de salud de las minorías sexuales

La única información disponible en Colombia sobre barreras de acceso a servicios de salud, específicamente

de personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero, corresponde a una iniciativa de la Alcaldía Mayor de Bogotá. Este proyecto determinó que el sistema de salud era excluyente y poco sensible a las necesidades en salud de estas personas, dado el estigma y la discriminación hacia la orientación sexual e identidad de género. Por tanto, son los problemas administrativos, las dificultades para la afiliación, la mala calidad de los servicios, la falta de personal capacitado y sensibilizado, los largos tiempos de espera y de atención los que suelen impedir el acceso a los servicios de salud a esta población en la ciudad de Bogotá. Se identificó que las personas LGBT que revelan su orientación sexual a los profesionales de salud tienen más probabilidad de ser discriminadas en los servicios (RR: 2.08, IC 1.2853-3.3925). También se halló que los bisexuales son los que presentan mayor cobertura de afiliación (90.5%) y los transexuales, menor afiliación (65.5%). Asimismo, los que más asistieron a la consulta médica en los últimos 6 meses fueron los y las bisexuales (85.4%) y los que menos asistieron fueron las transexuales femeninas (50%) (14).

De modo que es necesario que se formulen políticas públicas para la población LGBT. En otras palabras, es necesario un proceso político por medio del cual el gobierno de turno traduzca sus propósitos en programas y acciones para las minorías sexuales, teniendo como punto de partida las políticas en salud, y dando valor a los significados de esta población desde la salud pública. Por ello, es ideal comenzar con la promoción de la ciudadanía LGBT a partir del combate a la homofobia. Así pues, a favor de los significados de las minorías sexuales desde la salud pública, la política pública debe contener componentes como los que se han planteado en países latinoamericanos como Brasil (38):

1. Articulación de la política de promoción de los derechos de los homosexuales,
2. Legislación y justicia,
3. Cooperación internacional,
4. Seguridad,
5. Educación,
6. Salud: Formalización del Comité Técnico en Salud de la Población LGBT en el Ministerio de Salud con el objetivo de estructurar una Política Nacional de Salud para esta población,
7. Trabajo,
8. Derechos culturales,

9. Política para juventudes,
10. Política para mujeres,
11. Política contra el racismo y la homofobia.

Además, es fundamental entender que también al interior de la población LGBT hay serias diferencias y, por tal razón, se deben tener en cuenta algunos aspectos adicionales. Por ejemplo, para los transexuales, deben contemplarse sus derechos en un documento para mujeres, y para travestis, en un documento para hombres; por consiguiente, los lugares de atención deben ser de elección de los travestis y transexuales dadas las disputas de identidad marcadas por el binarismo de género. Igualmente, hace falta sensibilizar a los profesionales de la salud hacia la no discriminación de la población LGBT, con unos servicios de referencia debidamente habilitados para estas minorías (39,40).

Otro aspecto importante sobre el servicio de salud para estas minorías debe ser la apertura de un debate sobre la prestación de servicios multidisciplinarios de dermatología, endocrinología, urología y coloproctología demandados por la población transexual. Se deben tener en cuenta particularidades como el uso regular de hormonas para el proceso transexualizador y el sometimiento gradual a cirugías reconstructivas. Por tanto, siendo la salud un derecho, los servicios de salud no pueden discriminar su provisión por razones como la identidad sexual, el nivel socioeconómico, la escolaridad, la raza y la apariencia física de los individuos (41,42).

En consecuencia, el objeto de una política integral en salud para la población LGBT debe contener las tres principales intervenciones en salud pública: vigilancia epidemiológica, prevención y asistencia; además de la superación de la demanda de los servicios de salud, partiendo entonces de las diferencias existentes en cada segmento poblacional e incluyendo a los más marginalizados socialmente. Por tales motivaciones, y reconociendo que en Colombia aún hay grandes desigualdades estructurales, se considera que un acontecimiento esencial para atender las necesidades de todos los segmentos de la población sería que el gobierno y la sociedad civil definieran las prioridades en salud de la población LGBT, su formulación, implementación y monitoreo de políticas públicas LGBT de forma intersectorial (43,44).

También es necesario definir marcos jurídicos que den fundamento legal y legitimidad a las políticas que pudieran ser ejecutadas por el poder ejecutivo en beneficio de la población LGBT y en aras de un modelo de democracia participativa. Pues de lo contrario, continuarán existiendo barreras simbólicas, morales y estéticas que impiden que la población

LGBT acceda a los servicios públicos de salud con calidad, libres de preconceptos, discriminación y exclusión; sobre todo cuando algunas de estas personas son muy pobres y son cuestionadas por sus binarismos de género, al ser transexuales, travestis, mujeres masculinizadas u hombres afeminados (14). No comprender la complejidad de esta población y no facultar el adecuado ejercicio de sus derechos se manifiesta mediante la violencia como causa y efecto.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por el autor.

Financiación

Ninguna declarada por el autor.

Agradecimientos

Ninguno declarado por el autor.

Referencias

1. Brasil. Secretaria Especial dos Direitos Humanos . Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2008.
2. Turizo JM, Almanza M. Comunidad LGBT: Historia y reconocimientos jurídicos. *Revista Justicia*. 2010 [cited 2015 jun 17]; 17:78-110. Spanish. Available from: <http://goo.gl/qifebq>.
3. Campo-Arias A. Essential aspects and practical implications of sexual identity. *Colomb Med*. 2010 [cited 2015 jun 17];41(2):179-85. Available from: <http://goo.gl/ykkFgL>.
4. Pruitt MW. Size matters: A comparison of anti- and pro-gay organizations' estimates of the size of gay population. *J Homosex*. 2002 [cited 2015 jun 17];42(3):21-9. <http://doi.org/dwrz5v>.
5. Lemaitre J. El amor en tiempos de cólera: Derechos LGBT en Colombia. SUR - revista internacional de derechos Humanos 2009; 6 (11): 79-97. http://www.scielo.br/pdf/sur/v6n11/es_05.pdf
6. Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH). Informe anual de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en Colombia. A/HRC/10/032; 2008 [cited 2015 jun 17]. Available from: <http://goo.gl/grJG1b>.
7. Gómez MM. Usos jerárquicos y excluyentes de la violencia. En: Motta, Cristina; Cabal, Luisa, editores. Más allá del Derecho: Género y justicia en América Latina. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; 2006.
8. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2013. Comportamiento de lesiones de causa externa, Colombia, 2012. In: Moreno Lozada, Sandra Lucia. Forensis 2012. Datos para la vida. Bogotá: Grupo Centro Referencia Nacional sobre Violencia (Eds), p. 11-106.

9. **Bartoş SE, Berger I, Hegarty P.** Interventions to reduce sexual prejudice: A study-space analysis and meta-analytic review. *J Sex Res.* 2014 [cited 2015 jun 17];51(4):363-82. <http://doi.org/5f3>.
10. **Ahmad S, Bhugra D.** Homophobia: an updated review of the literature. *Sex Relation Ther.* 2010 [cited 2015 jun 17];25(4):447-55. <http://doi.org/cfq7c>.
11. **Herek GM, Gillis JR, Cogan JC.** Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *J Couns Psychol.* 2009 [cited 2015 jun 17];56(1):32-43. <http://doi.org/bp8qpq>.
12. **Herek GM.** Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *J Soc Issues.* 2007 [cited 2015 jun 17];63(4):905-25. <http://doi.org/d54vj6>.
13. **Herek GM.** The psychology of sexual prejudice. *Curr Dir Psychol Sci.* 2000 [cited 2015 jun 17];9(1):19-22. <http://doi.org/b7fdb8>.
14. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Planeación. Por una ciudad de derechos. Lineamientos generales de la política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas—LGBT—y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el distrito capital; 2008 [cited 2015 jun 17]. Available from: <http://goo.gl/Dxsl10>.
15. Alberta Mental Health Board. Literature Review: Men at risk suicide prevention program evaluation. En: Meyers Norris Penny LLP, editor. Calgary: Alberta Health Services. Calgary; 2007. p.1-21.
16. **Mathy RM, Cochran SD, Olsen J, Mays VM.** The association between relationship markers of sexual orientation and suicide: Denmark, 1990–2001. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011 [cited 2015 jun 17];46(2):111-7. <http://doi.org/cpt6rg>.
17. Suicide Prevention Resource Center. Suicide risk and prevention for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. Newton, MA: Education Development Center, Inc; 2008. p. 13-23.
18. **Barreto I, Sandoval M, Cortés OF.** Prácticas de consumo y estilo de vida de la población LGTB de Bogotá. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología.* 2010 [cited 2015 jun 17];6(1):165-84. Available from: <http://goo.gl/HV3aif>.
19. **Sudak H, Maxim K, Carpenter M.** Suicide and stigma: a review of the literature and personal reflections. *Acad Psychiatry.* 2008 [cited 2015 jun 17]; 32(2):136-42. <http://doi.org/bw3tqp>.
20. Alberta mental Health Board. Using evidence to inform action in Alberta-consolidated evidence of at-risk groups; 2006.
21. **Anderson M, Jenkins R.** The challenge of suicide prevention: an overview of national strategies. *Disease Manage Health Outcomes.* 2005 [cited 2015 jun 18];13(4):245-53. <http://doi.org/bgkgw5>.
22. **Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, Baxter AJ, Pirkis JE, Harris MG, et al.** The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS ONE.* 2014 [cited 2015 jun 18];9(4):e91936. <http://doi.org/5gq>.
23. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
24. **Wang H, Dwyer L, Lofgren KT, Rajaratnam JK, Marcus JR, Levin A, et al.** Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet.* 2012 [cited 2015 jun 18];380(9859):2071-94. <http://doi.org/j25>.
25. **Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Abo-yans V, et al.** Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet.* 2012 [cited 2015 jun 18];380(9859):2095-128. <http://doi.org/j3w>.
26. **Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al.** No health without mental health. *The Lancet.* 2007 [cited 2015 jun 18];370(9590):859-77. <http://doi.org/fkj7b9>.
27. **Phillips MR, Cheng HG.** The changing global face of suicide. *The Lancet.* 2012 [cited 2015 jun 18]; 379(834):2318-19. <http://doi.org/f2ff8j>.
28. **Patel V, Ramasundarahettige C, Vijayakumar L, Thakur JS, Gajalakshmi V, et al.** Suicide mortality in India: a nationally representative survey. *The Lancet.* 2012 [cited 2015 jun 18];379(9834): 2343-51. <http://doi.org/f2ff97>.
29. **Vijayakumar L.** Suicide and mental disorders in Asia. *Int Rev Psychiatry.* 2005 [cited 2015 jun 18];17(2):109-14. <http://doi.org/bgknzg>.
30. **Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G.** Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2004 [cited 2015 jun 18];37(4):1-11. <http://doi.org/b7jdb4>.
31. **Li Z, Page A, Martin G, Taylor R.** Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. *Soc Sci Med.* 2011 [cited 2015 jun 18];72(4):608-16. <http://doi.org/csrjzm>.
32. **Harris EC, Barraclough B.** Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry.* 1997 [cite 2015 jun 18];170(3):205-28. <http://doi.org/dkvrq3>.
33. **Murray CJL, Lopez AD.** The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank; Distributed by Harvard University Press; 1996.
34. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 update; 2008.
35. **Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K.** Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med.* 2008 [cited 2015 jun 18];13(5):243-56. <http://doi.org/b9mpvn>.
36. **Pineda C.** Etiología social del riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes lesbianas, gay y bisexuales: una revisión. *Rev Psico-gente.* 2013 [cited 2015 jun 18];16(29):218-34.
37. **Cantor E.** Los rostros de la homofobia en Bogotá, descifrando la situación de derechos humanos de homosexuales, lesbianas y transgeneristas. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional; 2007.
38. **Fonseca AF.** Políticas de HIV/Aids no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. En: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, editor. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz; 2005. p. 183-205.

39. **Friedman MS, Marshal MP, Guadamuz TE, Wei C, Wong CF, Saewyc E, Stall R.** A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *Am J Public Health.* 2011 [cited 2015 jun 18];101(8):1481-94. <http://doi.org/c6fv3d>.
40. **Mello L, Perilo M.** La respuesta brasileña al VIH y los avances en el combate a la epidemia de SIDA. *Revista Crítica.* 2008 [cited 2015 jun 18];953:58-61. Available from: <http://goo.gl/j0x7Qy>.
41. **Neville S, Henrickson M.** Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services. *J Adv Nurs.* 2006 [cited 2015 jun 18];55(4):407-15. <http://doi.org/djbmvb>.
42. **King M, Nazareth I.** The health of people classified as lesbian, gay and bisexual attending family practitioners in London: a controlled study. *BMC Public Health.* 2006 [cited 2015 jun 18];6:27. <http://doi.org/bw47jk>.
43. **Gil-Hernández F.** Fronteras morales y políticas sexuales: apuntes sobre “la política LGBT” y el deseo del Estado. *Sex. Salud Soc. (Rio J.).* 2013 [cited 2015 jun 18];13:43-68. <http://doi.org/5gw>.
44. **Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaria Distrital de Planeación.** Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C. En: Mejía A, Benavides LF. Bogotá: Secretaria Distrital de Planeación; 2008.

Indicaciones a los autores

Alcance y política editorial

La Revista de la Facultad de Medicina apareció por primera vez en junio de 1932, es una publicación oficial de la Universidad Nacional de Colombia y su finalidad es la divulgación del conocimiento en los diversos campos científicos, sociales y artísticos relacionados con las profesiones del área de la salud su ejercicio y enseñanza. Se dirige en especial a los profesionales y estudiantes del área de la salud y de las ciencias sociales y humanas relacionadas con su ámbito profesional.

Los trabajos enviados a la Revista de la Facultad de Medicina se deben ceñir a normas que aparecen bajo el título de “Instrucciones a los autores”. La revista se reserva el derecho de hacer modificaciones de forma al texto original.

Los trabajos que cumplan con los requisitos formales serán sometidos a arbitraje por pares académicos. La nómina de árbitros consultados se publica una vez al año, en el número de diciembre.

Forma y preparación de manuscritos

1. Los trabajos enviados a la Revista de la Facultad de Medicina se deben ajustar a los “Requisitos uniformes para los manuscritos sometidos a revistas biomédicas”, establecidos por el International Committee of Medical Journal Editors en el sitio web www.icmje.org.

El trabajo debe ser escrito en papel tamaño carta (21,5 x 27,5 cm), dejando un margen de al menos 2,5 cm en los cuatro bordes con espaciado doble; con tamaño de letra 12 pt y fuente verdana, preferiblemente en documento Word. Las páginas deben ser numeradas en el ángulo superior derecho, empezando por la página del título. Los artículos postulados a la Revista se reciben mediante la plataforma OJS del Portal de Revistas de la Universidad Nacional de Colombia: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed>. Se reciben artículos en español e inglés.

2. Los “Artículos de Investigación” se deben dividir en secciones tituladas “Antecedentes”, “Objetivo”, “Materiales y métodos”, “Resultados”, “Discusión” y “Conclusiones”.

Otros tipos de artículos, tales como los “Casos clínicos” y “Artículos de revisión”, se pueden acomodar mejor a otros formatos pero deben ser aprobados por los editores.

3. El ordenamiento de cada trabajo será el siguiente:

3.1. Página del título: la primera página del manuscrito debe contener:

1) El título del trabajo, en español e inglés, que deben ser concisos pero informativos sobre el contenido central de la publicación y un título corto de máximo 40 caracteres, incluidos los espacios entre palabras.

2) El o los autores, identificándolos con sus nombres y apellidos. Al término de cada nombre de autor se debe identificar con número en “superíndice”.

3) Nombre de la o las secciones, departamentos, servicios e instituciones a las que perteneció dicho autor durante la ejecución del trabajo.

4) Nombre y dirección completa del autor con quien establecer correspondencia. Debe incluir su número de teléfono con los indicativos o códigos correspondientes y correo electrónico, ciudad y país.

5) Fuente de apoyo financiero, si lo hubo, en forma de subsidio de investigación (beca), equipos, drogas, o todos ellos. Se debe declarar toda ayuda financiera recibida, especificando si la organización que la proporcionó tuvo o no tuvo influencia en el diseño del estudio; en la recolección, análisis o interpretación de los datos; en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito.

Cada una de las secciones siguientes (3.2 a 3.8) se debe iniciar en nuevas páginas:

3.2. Resumen: la segunda página debe contener un resumen, de no más de 200 palabras, que describa los propósitos del estudio o investigación, el material y métodos empleados, los resultados principales y las conclusiones más importantes. Utilizar el modelo de resumen “estructurado”. No emplee abreviaturas no estandarizadas.

Debe tener antecedentes, objetivo, materiales y métodos, resultados y conclusiones, su respectiva versión al inglés (de máximo 200 palabras). Los autores deben proponer 3 a 6 “palabras clave”, las cuales deben ser elegidas de la lista de los DeCS Bireme, para las key words del Index Medicus (Medical Subjects Headings), accesibles en <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> y www.nlm.nih.gov/mesh/.

3.3. Antecedentes: resuma la racionalidad del estudio y exprese claramente su propósito. Cuando sea pertinente, haga explícita la hipótesis cuya validez pretendió analizar. No revise extensamente el tema y cite sólo las referencias bibliográficas que sean estrictamente concernientes a su propio estudio.

3.4. Materiales y métodos: describa la selección de los sujetos estudiados; pacientes o animales de experimentación, órganos, tejidos, células, etc., y sus respectivos controles. Identifique los métodos, instrumentos o aparatos y procedimientos empleados, con la precisión adecuada para permitir a otros observadores que reproduzcan sus resultados. Si se emplearon métodos bien establecidos y de uso frecuente (incluso métodos estadísticos), límitese a nombrarlos y cite las referencias respectivas. Cuando los métodos han sido publicados pero no son bien conocidos, proporcione las referencias y agregue una breve descripción. Si los métodos son nuevos o aplicó modificaciones a métodos establecidos, descríbalas con precisión, justifique su empleo y enuncie sus limitaciones.

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

Identifique los fármacos y compuestos químicos empleados, con su nombre genérico, sus dosis y vías de administración. Identifique a los pacientes mediante números correlativos, pero no use sus iniciales ni los números de fichas clínicas de su hospital.

Indique siempre el número de pacientes o de observaciones, los métodos estadísticos empleados y el nivel de significación elegido previamente para juzgar los resultados.

3.5. Resultados: presente sus resultados siguiendo una secuencia lógica y concordante, en el texto, las tablas y las figuras. Los datos se pueden mostrar en tablas o figuras, pero no simultáneamente en ambas. En el texto, destaque las observaciones importantes, sin repetir los datos que se presentan

en las tablas o figuras. No mezcle la presentación de los resultados con su discusión, la cual se debe incluir en la sección.

3.6. Discusión: se trata de una discusión de los resultados obtenidos en este trabajo y no de una revisión del tema en general. Discuta únicamente los aspectos nuevos e importantes que aporta su trabajo y las conclusiones que Ud. propone a partir de ellos. No repita detalladamente datos que aparecen en “Resultados”. Haga explícitas las concordancias o discordancias de sus hallazgos y sus limitaciones, comparándolas con otros estudios relevantes, identificados mediante las citas bibliográficas respectivas. Conecte sus conclusiones con los propósitos del estudio, que destacó en los “Antecedentes”. Evite formular conclusiones que no estén respaldadas por sus hallazgos, así como apoyarse en otros trabajos aún no terminados. Plantee nuevas hipótesis cuando le parezca adecuado, pero califíquelas claramente como tales. Cuando sea apropiado, proponga sus recomendaciones.

3.7.1. Conflicto de intereses: Indicar si hay o no.

3.7.2. Financiación: Indicar si hay o no.

3.7.3. Agradecimientos: exprese su agradecimiento sólo a personas e instituciones que hicieron contribuciones sustantivas a su trabajo. Los autores son responsables por la mención de personas o instituciones a quienes los lectores podrían atribuir un apoyo a los resultados del trabajo y sus conclusiones.

3.8. Referencias: en el caso de las revisiones el artículo debe traer un mínimo de 50 referencias. Numere las referencias en el orden en que se las menciona por primera vez en el texto. Identifíquelas mediante numerales arábigos, colocados (entre paréntesis) al final de la frase o párrafo en que se las alude. Las referencias que sean citadas únicamente en las tablas o en las leyendas de las figuras se deben numerar en la secuencia que corresponda a la primera vez que se citen dichas tablas o figuras en el texto. No se aceptan referencias no publicadas.

Los resúmenes de presentaciones a congresos pueden ser citados como referencias una vez publicados en revistas de circulación común. Si se publicaron en “Libros de Resúmenes”, se pueden citar en el texto (entre paréntesis), al final del párrafo pertinente. Al listar las referencias, su formato debe ser el siguiente:

a. Para artículos en revistas. Apellido, e inicial del nombre del o los autores, en mayúsculas. Mencione todos los autores cuando sean seis o menos; si son siete o más, incluya los seis primeros y agregue “et al”. Limite la puntuación a comas que separen los autores entre sí. Sigue el título completo del artículo, en su idioma original. Luego, el nombre de la revista

en que apareció, abreviado según el estilo usado por el Index Medicus, año de publicación; volumen de la revista: página inicial y final del artículo. Ejemplo: Thompson JE, Fortalenza S, Verma R. Amebic liver abscess: a therapeutic approach. *Rev Inf Dis*. 1985;7:171-9.

b. Para capítulos en libros. Ejemplo: Botero D, Restrepo M. Amebiasis. En: *Parasitosis Humanas*. Cuarta edición. Medellín: Corporación Investigaciones Biológicas; 2003. p. 30-58.

c. Capítulo en libro con editor: Pinilla A. Amebiosis. En López JH, Pérez GE, eds. *Ejercicios de Terapéutica en Medicina Interna*. Bogotá: 2005. p.159-72.

d. Para artículos en formato electrónico: citar autores, título del artículo y revista de origen tal como para su publicación en papel, indicando a continuación el sitio electrónico donde se obtuvo la cita y la fecha en que se hizo la consulta. Ej: *Rev. Fac. Med.* 54(1):12-23.2005. Disponible en: www.imbiomed.com [Consultado el 6 de junio de 2006].

Para otros tipos de publicaciones, atégase a los ejemplos dados en los “Requisitos uniformes para los manuscritos sometidos a revistas biomédicas”. Los autores son responsables de la exactitud de sus referencias.

3.9. Tablas: presente cada tabla dentro del documento e inmediatamente después de mencionarla, separando sus celdas con doble espacio. Numere las tablas en orden consecutivo y asígneles un título que explique su contenido sin necesidad de buscarlo en el texto del manuscrito (Título de la tabla). Sobre cada columna coloque un encabezamiento corto o abreviado. Las columnas de datos y las filas se deben separar por espacios y no por líneas. Cuando se requieran notas aclaratorias, agréguelas al pie de la tabla. Use notas aclaratorias para todas las abreviaturas no estándar. Se aceptan seis (6) tablas y/o figuras como máximo.

3.10. Figuras: denomine “Figura” a cualquier ilustración que no sea tabla (Ejs.: gráficos, radiografías, electrocardiogramas, ecografías, fotografías, dibujos, esquemas, etc.). Los gráficos deben ser dibujados por un profesional, o empleando un programa computacional adecuado, deben presentarse en 300 dpi como mínimo. Envíe cada figura en blanco y negro cuando sea posible. Las letras, números, flechas o símbolos deben ser claros, nítidos y tener un tamaño suficiente como para seguir siendo legibles cuando la figura se reduzca de tamaño en la publicación. Sus títulos y leyendas no deben aparecer en la figura sino que se incluirán debajo de la misma.

En cada figura se debe anotar el número, el nombre del autor principal, y una flecha indicando su orientación espacial.

Los símbolos, flechas o letras empleadas en las fotografías de preparaciones microscópicas, deben tener un tamaño y contraste suficientes para distinguirlas de su entorno. Cite cada figura en el texto, en orden consecutivo. Si una figura reproduce material ya publicado, indique su fuente de origen y obtenga permiso escrito del autor y del editor original para reproducirla en su trabajo. Las fotografías de personas deben cubrir parte(s) de su rostro para proteger su anonimato y/o el autor enviar copia de la carta de autorización para su publicación.

3.11. Unidades de medida: use unidades correspondientes al sistema métrico decimal y siga las caeptadas internacionalmente.

4. Guía de exigencias para los manuscritos y declaración de responsabilidad de autoría.

Ambos documentos deben ser entregados junto con el manuscrito, cualquiera sea su naturaleza: artículo de investigación, caso clínico, artículo de revisión, carta al editor, u otra, proporcionando los datos solicitados, la identificación y firmas a mano de los autores. Cuando la revisión editorial exija una nueva versión del trabajo, con cambios sustantivos, los editores podrán pedir que los autores deben renovar la Declaración de Responsabilidad de Autoría para indicar su acuerdo con la versión que se publicará.

Derechos de autor. Los autores deben aceptar transferir los derechos de autor de los manuscritos publicados a Revista de la Facultad de Medicina. La editorial tiene el derecho del uso, reproducción, transmisión, distribución y publicación en cualquier forma o medio. Los autores no podrán permitir o autorizar el uso de la contribución sin el consentimiento escrito de Revista de la Facultad de Medicina.

La carta de cesión de derechos de autor y de responsabilidad de autoría deben ser entregados junto con el manuscrito.

Antes de enviar su artículo, por favor verifique el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Este trabajo (o partes importantes de él) es inédito y no se enviará a otras revistas mientras se espera la decisión de los editores de esta revista.

2. El texto está escrito a doble espacio en hojas tamaño carta, numeradas.

3. Respeta el límite máximo de longitud permitido por esta revista: 4.000 palabras para los “Artículos de Investigación” y “Artículos de reflexión”; 2.000 palabras para los “Casos clínicos”; 5.000 palabras para los “Artículos de Revisión”, 1.000 palabras para “Cartas al Editor y Editoriales”.

4. Incluye un resumen de hasta 200 palabras, en castellano y traducido al inglés. Se anotan de 3 a 6 palabras claves en español e inglés, tomadas del DeCS (términos MeSH).

5. Las referencias bibliográficas se presentan con el formato internacional exigido por la revista y se eligieron según se recomienda en las “Instrucciones a los Autores”. Se recomienda incluir los números DOI.

6. Incluye como referencias sólo material publicado en revistas de circulación amplia, o en libros. Los resúmenes de trabajos presentados en congresos u otras reuniones científicas se pueden incluir como citas bibliográficas únicamente cuando están publicados en revistas de circulación amplia.

7. Si este estudio comprometió a seres humanos o animales de experimentación, en “Materiales y métodos” se deja explícito que se cumplieron las normas éticas exigidas internacionalmente. Para los estudios en humanos, se debe identificar a la institución o el Comité de Ética que aprobó su protocolo.

8. El manuscrito fue organizado de acuerdo a las “Instrucciones a los Autores” y comprobado mediante la lista de chequeo del envío en el paso 1 en la plataforma OJS del sitio web oficial de la revista.

9. Las tablas y figuras se prepararon considerando la cantidad de datos que contienen y el tamaño de letra que resultará después de la necesaria reducción en imprenta.

10. Si se reproducen tablas o figuras tomadas de otras publicaciones, se proporciona autorización escrita de sus autores o de los dueños de derechos de publicación, según corresponda.

11. Las fotografías de personas y las figuras (radiografías, etc.) respetan el anonimato de las personas involucradas en ellas.

12. Se indica la dirección completa, con nombre de ciudad y país, números telefónicos y el correo electrónico del autor que mantendrá contacto con la revista.

dissemination of knowledge/know-how in scientific, social and artistic fields related to professions in the area of health/healthcare and its exercise and teaching. It is especially directed towards professionals and students in the area of health and the social and human sciences related to their professional setting.

Work sent to the Revista de la Facultad de Medicina must adhere to the standards appearing in the section entitled, “Guide to authors”. The journal reserves the right to modify the form of the original text.

Work fulfilling the formal requirements will be submitted to academic peer review. The list of peers to be consulted is published once a year, in the December issue.

The form and preparation of manuscripts

1. Work sent to the Revista de la Facultad de Medicina must have been prepared in line with, “Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals,” laid down by the International Committee of Medical Journal Editors at the following website: www.icmje.org. Authors can send articles in English or Spanish.

Work must be written on a letter-size paper format (21.5 x 27.5 cm), leaving a margin of at least 2.5 cm on the four edges, text being double-spaced in letter-size 12 and in Arial, preferably in a Word document. The pages must be numbered in the upper right-hand corner, beginning with the title page. The article for consideration must be sent to the following e-mail address: revista_fmbog@unal.edu.co and/or the editor: feescobarc@unal.edu.co, Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, Ciudad Universitaria, Carrera 30 No. 45-03, Facultad de Medicina, Edificio 471, oficina 225, Bogotá, Colombia.

2. Research articles should be divided into sections headed “Background”, “Objective”, “Materials and Methods”, “Results”, “Discussion” and “Conclusions”. Other items, such as “Clinical cases”, and “Review articles” may use other formats, but they must have been approved in advance by the editors.

3. Each piece of work must be presented in the following order:

3.1. Title page: the first page of a manuscript submitted for consideration must contain:

1) The full title of such work, both in English and Spanish, which must be concise but informative regarding the publication’s main content. And a short title with a maximum

Guide to authors

Editorial scope and policy

The Revista de la Facultad de Medicina appeared for the first time in June 1932; it is one of the Universidad Nacional de Colombia’s official publications and its purpose is the

of 40 characters, including spaces between words.

2) The authors, identified by their forenames and paternal surname; the use of maternal surname or its initial is up to each author's discretion. It is recommended that authors always write their names in the same way, on all their publications in journals indexed in Index Medicus and other international indices. A number in superscript will at the end of each author's name will be used to indicate their current affiliation, as in 3.

3) The name of sections, departments, services and institutions to which such authors belonged while the work was being carried out.

4) The name and full address of the corresponding author or the person from whom reprints should be requested. This should include their indicative phone number or corresponding codes and e-mail address, city and country.

5) Any source of funding must be stated, if so received, how research was subsidised (grant), equipment, drugs, or all these. All financial aid received must be declared, specifying whether any organisation providing it influenced the study's design, regarding data collection, analysis or interpretation, or in preparing, reviewing or approving the manuscript.

Each of the following sections (3.2 to 3.8) must begin on a fresh page:

3.2. The summary: the second page must contain a summary of no more than 200 words describing the study or research purpose, the materials and methods used, the main results and most important conclusions. The "structured" summary model be used. Non-standardised abbreviations must not be used.

It must contain background, objective, materials and methods, results and conclusions.

Authors must provide their own version of the summary written in English, along with the respective version of the work's title. The editors may modify how the summary provided by the authors has been written if they consider that it would benefit from such rewriting for international dissemination (the authors' approval will be sought). The authors may propose 3 to 6 key words, which must be chosen from the list found in Index Medicus (Medical Subjects Headings), accessible at: www.nlm.nih.gov/mesh/ or <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>.

3.3. Background: this section summarises a study's rationale and clearly expresses its purpose. Whenever pertinent, it will

make explicit a hypothesis whose validity is being investigated. The topic does not need to be extensively reviewed and only the bibliographic references strictly concerning its study need to be cited.

3.4. Materials and Methods: this section describes how the subjects being studied were selected (i.e. patients or experimental animals, organs, tissue, cells, etc.) and their respective controls. It identifies the methods, instruments or apparatus and procedures used, involving suitable precision to allow other observers to reproduce their results. If well-established, frequently-used methods are used (including statistical methods), then these should just be named and the respective references cited. When the methods have already been published but are not well-known, then the pertinent references must be cited and a brief description added. If the methods are new or modifications have been made to established methods, then these must be described precisely, justifying their use and stating their limitations.

When experiments have been carried out on human beings, then the procedures must be made explicit regarding whether they were in line with ethical standards laid down in the Declaration of Helsinki (updated in 2013) and whether they were reviewed and approved by an ad hoc committee from the institution where the study was carried out. When so requested by the editors, the authors must attach the respective approval document. Studies on experimental animals must be accompanied by approval from the respective ethics committees. The drugs and chemical compounds used must be identified by their generic name, dose and administration routes. Patients must be identified by sequential numbers; neither their initials nor the clinical record numbers issued by the hospital they attended must be used.

The number of patients or observations, the statistical methods used and previously chosen level of significance must always be indicated to judge/compare the results.

3.5. Results: this section presents the results, following a logical, consistent sequence regarding the text, Tables and Figures. The data may be shown in Tables or Figures, but not simultaneously in both. Important observations must be highlighted in the text, but without repeating the data presented in the Tables and/or Figures. The presentation of results must not be mixed with their discussion; there is an appropriate section for this.

3.6. Discussion: this section deals with a discussion of the results obtained in a particular piece of work and must not present a review of the topic in general. It should only discuss new, important aspects provided by the work and

the conclusions drawn from them. Any material appearing in the "Results" section must not be repeated in detail here. The agreement or lack of agreement of the work's findings with the already known body of knowledge must be made explicit, as must the study's limitations; they must be compared to other relevant studies in the field, identified by the respective bibliographic citations. The conclusions must be connected with the study's stated purpose which must have been highlighted in the "Background". Conclusions must be avoided which are not backed up by the stated findings, as well as any which have been based on still unfinished work. It may pose a new hypothesis when this seems suitable, but such supposition must be clearly labelled as such. Recommendations may be made when appropriate (i.e. arising from points clearly made in the Discussion).

3.7. Acknowledgements: this section expresses gratitude to just the people and institutions who/which made a substantial contribution to the work. The authors are responsible for mentioning people or institutions to whom the readers could attribute having made a reasonable contribution to the work and its conclusions.

3.8. References: an article must have a minimum of 50 references in the case of updates; it is preferred that they refer to original work published in journals included in Index Medicus and Pubindex. The references must be numbered in the order in which they are mentioned for the first time in the text. They must be identified by Arabic numbers, placed (within brackets/parenthesis) at the end of the sentence or paragraph to which they allude. References which are only cited in the Tables or Figure legends must be numbered in the sequence corresponding to the first time such Tables or Figures are cited in the text. References not yet published are not accepted.

Summaries regarding presentations at congresses may be cited as references once they have been published in journals in ordinary circulation. If they have been published in "Books of Abstracts", they may be cited in the text (within brackets/parenthesis), at the end of the pertinent paragraph. Work which has been accepted by a journal but which is still pending publication may be included as a reference; in this case, the complete reference must be annotated, adding the expression "(in press)" after the journal's abbreviated name. Work sent for consideration for publication but which has not yet been officially accepted may be cited in the text (within brackets/parenthesis) as "unpublished observations" or "submitted for publication", but must not be listed in the references.

When listing references, their format must be as follows:

a. For articles published in journals. The authors' Surname (first last name only), and Initial of their Christian name (first name), in capital letters. All authors must be mentioned when there are six or less; if there are seven or more, then the first six must be listed and "et al.," added after the sixth one. Punctuation must be limited to comas separating the authors from one another. This is followed by the complete title of the article, in its original language and then the name of the journal in which it appeared, abbreviated according to the style used by Index Medicus, year of publication; journal volume: the initial and final pages for the article.

Example: Thompson J, Fortalenza S, Verma R. Amebic liver abscess: a therapeutic approach. *Rev Inf Dis*. 1985; 7: 171-179.

b. Chapters in books. Example: Botero D, Restrepo M. Amebiasis. In: *Parasitosis Humanas*. Cuarta edición. Medellín: Corporación Investigaciones Biológicas; 2003. p. 30-58.

c. Chapter in a book having a named editor: Pinilla A. Amebiosis. In López JH, Pérez GE, eds. *Ejercicios de Terapéutica en Medicina Interna*. Bogotá: 2005. p.159-72.

d. For articles published in electronic format: cite the authors, title of the article and journal of origin just as it appeared for its publication on paper, followed by indicating the electronic site from which the citation was obtained and the date when it was consulted. E.g. *Rev. Fac. Med.* 54(1):12-23.2005. Available at: www.imbiomed.com [consulted on the 6th June, 2006].

For other types of publication, follow the examples given in "Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals." The authors are responsible for their stated references' correctness.

3.9. Tables: each Table must be presented on separate sheets, their cells being separated in double spacing. The Tables must be numbered consecutively and a title assigned to each one explaining their content without the need to search for them in the text of the manuscript (title of the Table). A short or abbreviated heading must be placed at the head of each column. The columns and rows giving data must be separated by spaces and not by lines. When explanatory notes are required, they must be added at the foot of the respective Table. Explanatory notes must be used for all non-standard abbreviations. A maximum of six (6) Tables and/or Figures will be accepted.

3.10. Figures: "Figure" refers to any illustration which is not a Table (e.g. graphs, diagrams, radiographs, electrocardiograms, echographs, photographs, drawings, schemes, etc.). Such graphs/diagrams must have been drawn by a professional, or by using suitable computer software and it must have 300

dpi as minimum. Three black and white reproductions of each Figure must be sent. Letters, numbers, arrows or symbols must be clear and sharp and be of sufficient size to continue being legible when Figure size becomes reduced in the final publication. Their titles and legends must not appear on the Figure, but must be included under it.

The following must appear: the number of the Figure, the name of the main author and an arrow indicating the Figure's its spatial orientation. Symbols, arrows or letters used in photographs of microscopic preparations must be of a size and have sufficient contrast to distinguish them from their setting. Each Figure must be cited in the text, in consecutive order. If a Figure reproduces already published material, indicate its source of origin and obtain the original author and editor's written permission to reproduce their work. Part of the face must be covered in photographs of people to protect their anonymity and/or the author must send a copy of the letter authorizing its publication.

3.11. Measurement units: metric (decimal) system units must be used and follow the international accepted ones.

4. Reprints must be requested from the journal in writing, after receiving an official communication stating that the work has been accepted. Related costs must be paid by the authors.

5. Completed manuscript requirement guides and declaration of authorship responsibility.

Both completed/signed documents must be delivered together with the manuscript, regardless of the nature of a document (i.e. research article, clinical case, review article, letter to the editor, or other form), providing the requested data, identifying all the authors and signed by them. When editorial review demands a new version of the work, involving substantial changes, then the editors may ask the authors to renew their declaration of authorship responsibility to indicate their agreement with the version which will be published.

Authors' rights

The authors must accept the transfer of their rights (copyright/intellectual property rights) regarding authorship of their manuscripts to be published to the Universidad Nacional de Colombia's Revista de la Facultad de Medicina. The editorial board has the right to use, reproduce, transmit, distribute and publish the aforementioned material in any form or medium. The authors may not permit or authorise the use of their contribution without express written consent from the Universidad Nacional de Colombia's Revista de la Facultad de Medicina. The authors must send an accompanying

letter certifying the transfer of author's rights regarding the proposed article to the Rev. Fac. Med., making it clear that any total or partial reproduction, in any other part or medium or printed disclosure is forbidden without prior and necessary authorisation having been sought in writing and having been obtained from this journal.

Manuscript requirement guides. These must be reviewed by the responsible author, marking his/her approval in the corresponding boxes. All the authors must be identified and sign the back of the page. Both documents must be delivered together with the manuscript or sent by e-mail in PDF format.

Before sending your article, please check the meeting of the following requirements:

1. The work (or important parts of it) is unedited and will not be sent to any other journals whilst waiting for a decision from the editors of this journal.
2. The text is written double-spaced on numbered, letter-sized sheets.
3. The work respects the maximum limit for length allowed by this journal: 4,000 words for "research articles", 2,000 words for "clinical cases", 5,000 words for "review articles" and 1,000 words for "letters to the editor".
4. There is a Spanish summary of up to 200 words has been included, and this has been translated into English. 3 to 6 key words, taken from DeCS (MeSH terms), have been noted at the end in both Spanish and English.
5. The bibliographic references are presented in the international format demanded by the journal and have been chosen in line with that recommended in "Author guidelines". It is recommended to include DOI numbers.
6. Only material published in widely-circulating journals, or in books, has been included in the bibliographic references. I am aware that summaries of work presented during congresses or other types of scientific meeting may be included as bibliographic citations only when they have been published in widely-circulating journals.
7. I am aware that if this study involved human beings or experimental animals, then the "Materials and methods" section has clearly stated that internationally-required ethical standards have been complied with and that for studies involving humans the institution or ethics committee approving such protocol has been duly identified.

8. The manuscript has been organised in line with the Rev. Fac. Med “Author guidelines” and confirmed by using the check list at the step one sending process in the OJS of the Journal’s official website.

9. The Tables and Figures have been prepared considering the amount of data which they contain and the letter size resulting from any necessary reduction in press.

10. I am aware that if Tables or Figures taken from other

publications have been included, then written authorisation has been obtained from their authors or the owners of the publication rights, accordingly.

11. The photographs of people and Figures (radiographs, etc.) respect the anonymity of the people involved in them.

12. The full address, city and country, telephone numbers and e-mail of the author who will maintain contact with the journal have been indicated.



SIN TÍTULO

AUTOR: EDWIN CUBILLOS

PROYECTO: DISPARÁNDO CAMARAS EN CAZUCA

LUGAR: EL PROGRESO, ALTOS DE CAZUCÁ, COLOMBIA

AÑO: 2010

Cuerpo Directivo

| | |
|-------------------------------|---|
| Luis Ignacio Mantilla | <i>Rector</i> |
| Jorge Iván Bula | <i>Vicerrector General</i> |
| Alexánder Gómez | <i>Vicerrector de Investigación y Extensión</i> |
| Alfonso Correa | <i>Vicerrector Académico</i> |
| Catalina Ramírez | <i>Secretaria General</i> |
| Diego Hernández | <i>Vicerrector de Sede</i> |
| Jimmy Matiz Cuervo | <i>Secretario de Sede</i> |
| Juan Manuel Tejeiro Sarmiento | <i>Director Académico</i> |

Facultad de Medicina

Cuerpo Directivo

| | |
|------------------------------|---|
| Ariel Iván Ruíz Parra | <i>Decano</i> |
| Javier Eslava Schmalbach | <i>Vicedecano de Investigación</i> |
| Juan Manuel Arteaga Díaz | <i>Vicedecano Académico</i> |
| Doris Amanda Ramírez de Peña | <i>Directora de Bienestar</i> |
| Édgar Cortés Reyes | <i>Secretario de Facultad</i> |
| Vivian Marcela Molano Soto | <i>Coordinadora Unidad de Publicaciones</i> |

Universidad Nacional de Colombia
Ciudad Universitaria • Carrera 30 No. 45-03 • Bogotá D. C., Colombia
Facultad de Medicina • Edificio 471 • Oficina 225
Teléfonos: 316 5145 / 316 5000 ext. 15161 • Bogotá, D. C., Colombia
• <http://www.unal.edu.co>
• revista_fmbog@unal.edu.co
• <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed>