

REVISTA MÉDICA DEL CESAR



El adulto mayor
también se suicida.

Pág
4

Ética

Pág
7

Intoxicación por Paraquat:
Caso en Etnia Indigena

Pág
21

Volumen 2
No. 1
Mayo 2024

ISSN: 2981-7935
COLEGIO MEDICO DE VALLEDUPAR
Y EL CESAR NIT. 901019592

INFORMACION PARA LOS CONTRIBUYENTES - REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

La Revista Médica del Cesar tendrá un tiraje semestral y es el órgano oficial del Colegio Médico de Valledupar y del Cesar, ofrece contribuciones variopintas, entre otras:

Trabajo de investigación y artículos originales. Esta sección abarca los trabajos inéditos y las investigaciones que puedan ser de interés para los lectores de Revista Médica del Cesar

Revisión de temas: Son revisiones completas y exhaustivas de diferentes problemas con el fin de poner al día a los lectores. Serán realizadas por personas de reconocido prestigio en su área y aportan una abundante bibliografía actualizada.

Comunicaciones breves: Son escritos cortos, donde se dan enseñanzas sobre temas específicos, se comenta algún problema reciente o plantea alguna inquietud. La bibliografía se debe limitar a un máximo de diez (10) citas

Literatura médica: De las publicaciones de otras revistas se tomarán artículos de importancia, que con la debida autorización del editor de la revista original se podrán publicar en esta revista. El comité editorial sugiere respetuosamente incluir referencias de autores colombianos con publicaciones e investigaciones en el tema tratado.

Los artículos que aparezcan en la revista son de exclusiva responsabilidad del autor(es) y no necesariamente reflejan el pensamiento del Comité Editorial. Revista Médica del Cesar se reserva el derecho de publicar los artículos que lleguen al Comité Editorial, además se entiende que los originales corresponden a estudios no publicados previamente, que no se presentarán a otras revistas antes de conocer la decisión de Comité Editorial y, si son aceptados para publicar, los derechos de reproducción corresponden a la revista.

Se prohíbe reproducir el material publicado en Revista Médica del César sin previa autorización.
Reglamento de publicaciones

1. Los artículos se deben remitir al editor de Revista Médica del Cesar en original y una copia en medios magnéticos, escrito a doble espacio y en letra arial de 12 puntos.

2. El Comité estudiará cada artículo y decidirá sobre la conveniencia de su publicación; en algunos casos podrá aceptar el artículo con algunas modificaciones o podrá sugerir la forma más adecuada para una presentación nueva

3. El nombre del autor(es) título profesional y posición actual se deberán colocar en la primera página con el título del artículo.

4. El título debe ser corto, específico y claro. Deberá hacer clara referencia al trabajo o hallazgos presentados.

5. Cada artículo tendrá un resumen no mayor de 140 palabras que describa la metodología y los hallazgos más importantes; irá al comienzo del artículo y hace necesario otro extracto dentro del texto. Además, este resumen debe estar en inglés (Summary). También debe llevar máximo 6 palabras claves.

6. Todas las referencias deberán enumerarse consecutivamente de acuerdo con el orden en que aparezcan en el texto. Para la cita de las revistas se incluirá en su orden: apellidos e iniciales del nombre del autor o autores si son 6 o menos se citan todos; si son más de 6 solo los tres primeros y después la abreviatura et al., el título del artículo, nombre de la revista y según la abreviatura aceptada por el index medicus, año de publicación, volumen entre paréntesis destacado y número de la primera y última página del trabajo consultado.

7. Los cuadros se numeran consecutivamente y se deben presentar uno por página al final del texto; lo mismo se hará con las figuras que deben llevar una numeración independiente de la de los cuadros; las figuras se deben presentar en papel blanco y tinta negra, las fotografías se presentan en formato JPG, cada cuadro o figura se acompañara de una leyenda que describa claramente el material presentado; los cuadros las figuras y las fotografías deben ser original es del autor o autores, si son modificaciones o reproducciones de otro artículo es necesario acompañar el permiso del editor correspondiente.

COLEGIO MÉDICO DE VALLEDUPAR Y DEL CESAR

PERSONERIA No. NIT. 901019592

Revista Médica del Cesar

Comité editorial

Damaris Romero M.D.

Joaquín Alfonso Maestre Vega M.D.

Azael Hernández Castilla M.D.

José Miguel Salgado Zequeda M.D.

José Manuel Romero Churio M.D.

José Alfonso Maestre Manjarrés M.D.

Editor

José Alfonso Maestre Manjarrés M.D.

Composición y Diagramación

Colegio Médico de Valledupar y del Cesar.

Dirección: Calle 13 No. 8-62 Barrio Cañahuatú Valledupar – Cesar

Email: colegiomedicovalleduparcesar@gmail.com / revismedcesar@gmail.com

Tel: 3203223228



EDITORIAL	Pag. 1
ÉTICA MÉDICA	Pàg. 4
<i>Deysi Padilla Abello</i>	
SUICIDIO: Un analisis desde la perspectiva global	Pàg. 6
<i>Alex Sandro Mindiola Romero M.D.</i>	
ANALISIS DESCRIPTIVO DEL INTENTO DE SUICIDIO EN EL DEPARTAMENTO DE CORDOBA - COLOMBIA A LA SEMANA EPIDEMIOLOGICA 52 DE 2023.	Pàg.12
<i>Angelica Ortiz Arroyo, Laura Cristina Martinez, Victoria Rodriguez Solano.</i>	
EL ADULTO MAYOR TAMBIEN SE SUICIDA	Pàg. 18
<i>Jose Alfonso Maestre Manjarres M.D.</i>	
CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS Y FACTORES DE RIESGO DE LITIASIS RENAL EN PACIENTES DE LA CLÍNICA SANTA ISABEL DE VALLEDUPAR, 2021-2022.	Pàg. 23
<i>Alejandra Melo</i>	
DEPRESIÓN INFANTIL	Pàg. 31
<i>Alejandra Isabel Moreno Rodríguez</i>	
INTOXICACIÓN POR PARAQUAT: UN CASO EN ETNIA INDIGENA	Pàg. 34
<i>Urón Pinto René, Gamez Arango Liceth Paola, Olmedo Ávila María Laura, Maestre Diab Josias</i>	
SINDROME DE BURNOUT	Pàg. 42
<i>Joaquin Alfonso Maestre Vega M.D.</i>	
	Pàg. 53
SALUD MENTAL, UN DESAFIO PARA VIVIR	Pàg. 45
<i>Maria Victoria Rodriguez Campis</i>	
RAZÓN DE SER: “Más allá de lo evidente”	Pàg. 49
<i>Ivonne Isabel Jiménez Silva</i>	
RELACION DEPRESION DESEMPLEO	Pàg. 53
<i>Katerine Vargas Florez</i>	
OBITUARIO- El Legado de Fredy Pumarejo Valle: Recordando a un médico	Pàg. 56

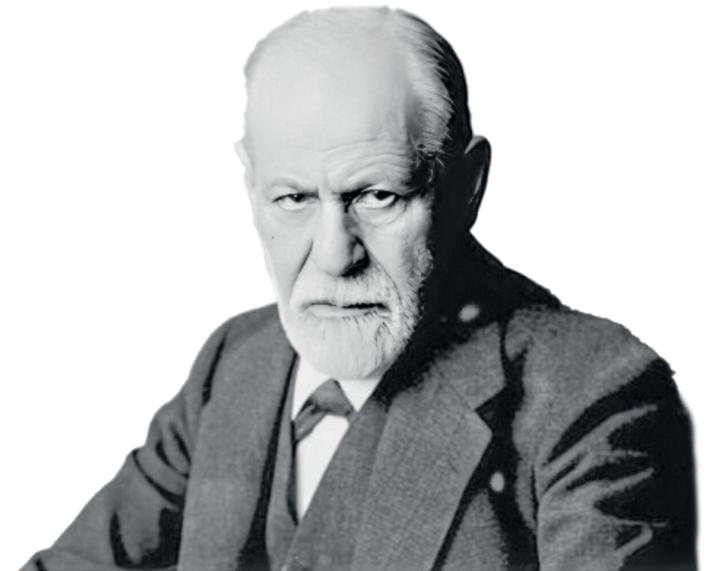
Pulsión de vida y pulsión de muerte, según Freud

José Alfonso Maestre Manjarrés, M.D. *
Editor

El suicidio es un problema de salud pública en el mundo, en nuestro país y, más sentidamente, en nuestro departamento, razones suficientes para que los trabajadores de la salud hagan un llamado de atención a las políticas de estado y a la sociedad en general para visibilizar una situación grave que no puede ni debe silenciarse.

La vida, en contraposición, tiene sus características propias que incluyen calidad, salud, trabajo, nivel socioeconómico y político, tanto que nuestro país se abanderó como potencia de la vida. En estos dos extremos, vida y muerte, transcurre el movimiento de la una hacia la otra, con todas las interpretaciones que se le han dado y con todas las varias posibilidades de ocurrencia.

La pulsiones, como impulsos o tendencias instintivas, se relacionan íntimamente con la vida y con la muerte; la primera abarca impulsos



y conductas que motivan nuestra supervivencia, sumando al bienestar sin renunciar al placer; la pulsión de muerte es una fuerza que se instala de súbito y exige sumergirse en un mundo de dolor cada vez más doloroso, con una energía que se alimenta de ese mismo dolor y se satisface del sufrimiento.

Sigmund Freud opinó que todo el comportamiento humano estaba



motivado por las pulsiones, las cuales son las representaciones neurológicas de las necesidades físicas. Inicialmente se refirió a ellas como pulsiones de vida. Estas pulsiones perpetúan: (1) la vida del sujeto, motivándole a buscar comida y agua y (2) la vida de la especie, motivándole a buscar sexo, a través de la libido o energía motivacional de estas pulsiones de vida, que impulsan el psiquismo y las llamó libido, del latín “yo deseo”.

Freud categorizó el sexo como una necesidad mucho más importante que otras en la dinámica de la psiquis. Se trata, después de todo, de criaturas sociales y el sexo es la mayor de las necesidades sociales. Pero, aunque se debe recordar que cuando Freud hablaba de sexo, se trataba de mucho más que solo el coito, la libido se ha considerado como la pulsión sexual.

Posteriormente, Freud creyó que las pulsiones de vida no explicaban toda la historia. La libido es una cosa viviente; el placer mantiene al ser en movimiento constante. Y el fin de todo este movimiento es lograr la quietud, estar satisfecho, estar en paz, no tener más necesidades.

Se podría decir que la meta de la vida, bajo este supuesto, es la muerte. Freud empezó a considerar que “debajo” o “a un lado” de las pulsiones de vida había una pulsión de muerte. Empezó a defender la idea de que cada persona tiene una necesidad inconsciente de morir.

Ésta idea, extraña en principio, fue rechazada por muchos de sus críticos y estudiantes, pero posiblemente tiene cierta base en la experiencia: la vida puede ser un proceso bastante doloroso y agotador. Para la gran mayoría de las personas existe más dolor que placer, algo que nos cuesta trabajo admitir. La muerte promete la liberación del conflicto.

Freud se refirió a esta liberación como el principio de Nirvana, una idea budista usualmente traducida como “Cielo”, aunque su significado literal es “soplido que agota”, como cuando la llama de una vela se apaga suavemente, por un soplo. Se refiere a la no-existencia, a la nada, al vacío; lo que constituye la meta de toda vida en la filosofía budista.

La evidencia cotidiana de la pulsión de muerte y su principio de nirvana está en nuestro deseo de paz, de escapar a la estimulación, en nuestra atracción por el alcohol y los narcóticos, en nuestra propensión a actividades de aislamiento, como cuando nos perdemos en un libro o una película y en nuestra apetencia por el descanso y el sueño. En ocasiones, ésta pulsión se representa de forma más directa como el suicidio y los deseos de suicidarse. Y en otros momentos, tal y como Freud decía, en la agresión, crueldad, asesinato y destructividad.

Ética Médica



Deysi Padilla Abello*

**Abogada especialista en derecho administrativo*

Tribunal de ética Médica del Cesar

La ética, como disciplina filosófica, es un elemento determinante en los actos de todos los integrantes o miembros de la sociedad. Su relevancia forja un conjunto de costumbres, normas y valores que inciden en el comportamiento humano. Muchos sino todos los aspectos de la vida están influenciados por la ética, entre ellos las profesiones u oficios, y, según las posibilidades, acciones y funciones, la ética se despliega y caracteriza.

Así pues, la ética también puede ser definida como el estudio de la moral, la teoría racional de cómo actuar en sociedad. La moral es la forma en que actuamos, el comportamiento, el hábito. La ética tiene que ver más con cumplir lo que está escrito y la moral, con actuar u obrar en función de lo que está bien o está mal.

Se puede decir que, la ética es un análisis sistemático y crítico de la moralidad, de los factores morales que guían la conducta humana en una determinada

práctica o sociedad.

En el plano de la medicina, que es el objeto de estas líneas, la ética médica es un concepto específico de la bioética. La bioética a su vez establece el conjunto de falta de principios éticos que regulan la relación de los profesionales de la salud con la vida y todo lo vivo. En ella, se le llama ética médica a los principios que distinguen lo que es o no es correcto en relación con todo acto médico.

¿Qué se considera como ética médica?

La ética médica es una manifestación de la ética en general y se refiere, específicamente, a los principios y normas que rigen la conducta de los médicos en el ejercicio de su profesión. La naturaleza del trabajo en la profesión médica requiere que las reglas de conducta sean estrictas. Juzga los actos médicos con base en cuatro principios fundamentales: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Los actos de los médicos de otros profesionales de la salud deben guiarse por estos principios.

Los aspectos éticos del acto médico son fundamentales para garantizar una atención de calidad y respetuosa hacia los pacientes. A continuación, se presentan algunos de los principios éticos relevantes:

1. Beneficencia: El médico debe buscar el bienestar del paciente. Esto implica no solo curar o aliviar la enfermedad, sino también prevenir daños y promover lo que beneficia al paciente.
2. No maleficencia: También conocido como “primum non nocere”, este principio establece que el médico tiene la obligación de no causar daño



al paciente. Esto incluye evitar acciones que puedan perjudicar al paciente.

3. Autonomía: Se refiere al respeto por las decisiones informadas del paciente. El paciente tiene derecho a decidir sobre su propio tratamiento de acuerdo con sus valores, creencias y preferencias personales.

4. Justicia: Todos los pacientes deben recibir un trato igual, sin discriminación por raza, género, edad, creencias o posición social.

La Organización Mundial de la Salud- OMS ha dejado en claro cuál es el punto clave en el ámbito de la ética: la vigilancia de la salud pública, realizada de manera que prevea los retos éticos y procure de forma proactiva reducir los riesgos innecesarios, proporcionar las condiciones básicas que se requieren para el bienestar social.

En resumen, la ética, en su concepto inicial, analiza las conductas y el comportamiento de las personas y las califica como correctas o incorrectas, a condición de que sean deliberadas y conscientes. Mientras que, la ética médica, encamina el ejercicio del médico hacia la realización de un acto médico correcto, propiciando el logro de un modelo ideal y de excelencia de las relaciones que debe establecer con los pacientes, con las instituciones y con la Sociedad, en cumplimiento de los deberes y/o principios declarados por Hipócrates. Por su parte, la deontología médica integra a la ética médica como un complemento que se expresa en un código de ética para tipificar, calificar y sancionar los problemas éticos que aparezcan en la relación médico-paciente, en las relaciones de los médicos entre sí y con las instituciones de salud.

Las bases fundamentales frente a las cuales se enmarca la preparación del médico y del profesional de la salud son: la científico-técnica y la ético-humanista. Las dos son esenciales; deben dignificarse y retroalimentarse.

La primera permite adquirir los conocimientos y habilidades primordiales en la profesión médica. La segunda, apunta a que el médico además de sus conocimientos y habilidades debe tener ciertas condiciones de carácter, actitudes y valores. Es tal vez la condición más profunda de la medicina y la más difícil de formar, transmitir y educar. La calidad científico-técnica tanto del médico como del profesional de la Salud está indisolublemente ligada a la solvencia moral de su proceder. La ética médica, en definitiva, guía la conducta de los médicos hacia el bien, la excelencia y el respeto por los derechos y decisiones de los pacientes.

Luego entonces, se puede decir que, la ética médica es vital en el mundo actual, donde los avances médicos y científicos de todo tipo son exponenciales, y la velocidad de la invención humana y la ciencia pueden desbordar la relación del médico frente al respeto hacia la vida y los actos médicos. La ética médica regula los actos médicos en este mundo de retos y avances tecnológicos. También permite cuestionar si en realidad todo lo que se hace en materia médica, debería hacerse

¿Cuáles son los Dilemas éticos en Medicina?

Entre los principales dilemas éticos de los médicos se encuentran los agravios a la autonomía del paciente (mala relación médico-paciente); la inexperiencia- imprudencia; los problemas relativos al derecho a la información; la negligencia médica; el error médico; el intrusismo profesional- impericia; no dedicar al paciente el tiempo necesario para hacerle una valoración completa y adecuada, entre otros.

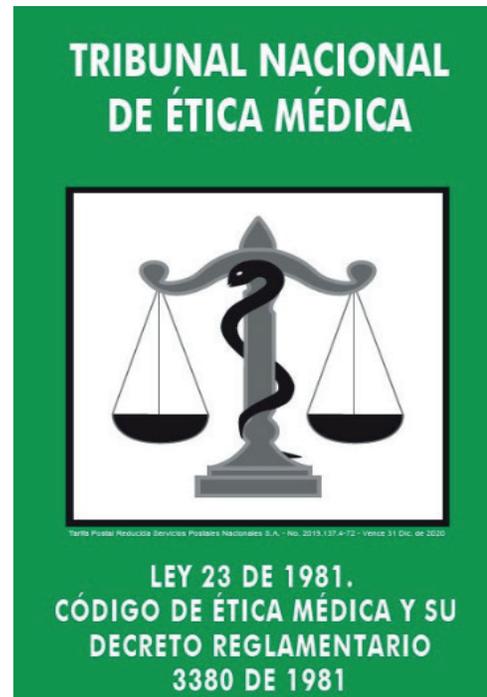
¿Qué se juzga desde la ética médica?. Que los actos de los médicos deben guiarse con base en cuatro principios fundamentales: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

¿Qué es una falta de ética profesional o médica?. Es no hacer por el profesional, en la medida de sus posibilidades y en función de sus conocimientos, todo lo posible para

que se cumpla el fin de preservar la salud, que es uno de los objetivos de la medicina.

¿Cómo debe actuar un médico con el paciente?.

Tratar a todos los pacientes por igual, sin distinción de su procedencia, clase social, religión, creencias, estilo de vida. El médico tiene que tratar a los pacientes, no juzgarlos. Luego entonces, la ética médica es una disciplina que acompaña al médico a lo largo de su vida profesional. Permite, en su condición de ética aplicada, analizar los problemas éticos para tomar decisiones que utilizan el bagaje de sus valores personales y la conciencia moral que ha adquirido previamente, y puede aplicar desde muy temprano desde los claustros universitarios a complementar con sus expectativas vocacionales y obligaciones académicas; desde sus primeros contactos con la vida, enfermedad, dolor, muerte y realidades sociales.



*“La Ética Médica encamina
hacia la realización de un acto
médico correcto”*

Bibliografía

<https://www.studocu.com/es-mx/document/benemerita-universidad-autonoma-de-puebla/etica/principios-etica-medica/29642360/>
http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Alzheimer/MODULO_IV/UNIDAD_3/Recursos_psicosociales.pdf/



Suicidio: Un análisis integral desde la perspectiva global



Alex Sandro Mindiola Romero*

**Médico especialista en Psiquiatría de la Universidad del Bosque. Especialista en Gerencia a la calidad y auditoría de servicios de salud de la universidad UDES. Coordinador de salud mental de la facultad de medicina de la Universidad del área Andina y la Universidad UDES. Ex Magistrado del Tribunal de Ética Médica del Cesar. Miembro del Colegio Médico de Valledupar.*

Resumen

El suicidio es una preocupación creciente en el mundo, en Colombia y en el Departamento del Cesar. Este artículo examinó la situación del suicidio en personas desde una perspectiva nacional y regional, con énfasis en factores de riesgo, las estrategias de prevención y las recomendaciones para futuras

investigaciones. Se destacó la importancia de abordar este tema de manera integral y coordinada entre diferentes sectores de la sociedad.

Abstract

The suicide is a growing concern in worldwide, Colombia and department of Cesar. This article examines the situation of suicide in individuals from a National and regional perspective, reviewing the risk factors, prevention strategies, and recommendations for future research. It emphasizes the importance of addressing this issue comprehensively and coordinately among different sectors of society.

Palabras clave

Suicidio, Adolescentes, Genero, Colombia, Cesar, Factores de riesgo, Prevención.

Keywords

Suicide, Adolescents, Gender, Colombia, Cesar, Risk Factor, Prevention.

Introducción

El suicidio en adolescentes es un fenómeno complejo que afecta a individuos, familias y comunidades en todo el mundo. A nivel mundial, se ha observado un aumento preocupante en los casos de suicidio entre jóvenes, lo que ha generado la necesidad

de investigar a fondo las causas y posibles estrategias de prevención. En este artículo, se analizó la situación actual del suicidio en adolescentes colombianos, especialmente cesarenses, así como las perspectivas globales sobre este tema.

La salud mental en Colombia se encuentra estigmatizada por la sociedad, como consecuencia de ello los pacientes evitan recibir ayuda profesional, hasta enmascarar su sufrimiento para no ser rechazados, lo cual conlleva a una serie de eventos traumáticos y fatales.

Antecedentes

Los estudios epidemiológicos han mostrado que el suicidio en adolescentes es un problema multifactorial, influenciado por aspectos individuales, familiares, sociales y culturales. Se ha identificado la depresión, el acoso (“bullying”), el abuso de sustancias y la falta de acceso a servicios de salud mental como algunos de los principales factores de riesgo. A nivel nacional, la falta de apoyo social, la discriminación y la violencia también han sido identificados como factores importantes de riesgo.

El suicidio es un problema de salud pública, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la tercera causa de mortalidad en jóvenes, sin embargo, actualmente hay una gran cifra que envuelve a los menores de 10 años, como a los adultos mayores. En los últimos 8 años en el departamento del Cesar, se ha registrado un número significativo para suicidio e intento de suicidio, con mayor población en el intento de suicidio; cada año aumenta el número de casos de suicidio registrados: para estos últimos 3 años (2021-2022-2023) 249 casos.

En el año 2021, en el municipio de la Jagua de Ibirico, donde se estima que, para _aproximadamente_ 3.000 estudiantes de Colegio, hay una sola persona encargada del área de orientación psicológica, se presentó un número importante de suicidios de jóvenes en etapa escolar, a pesar de la realización de charlas profesionales dirigidas por el Instituto

Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF, pero que no fueron ni son suficientes.

En el 2023, se registraron 87 casos de suicidio en el departamento del Cesar, con 3 modalidades: por ahorcamiento, seguido de intoxicación (ingesta voluntaria de medicamentos - veneno) y por último, heridas con elementos cortopunzantes. Para los intentos de suicidio, más común en mujeres, utilizaron formas menos letales, mientras que, para el suicidio, más común en hombres, utilizaron armas más letales y determinantes; las dificultades económicas, el desempleo y el uso de sustancias psicoactivas, son las motivaciones más frecuentes para suicidarse.

Estado del arte

Se revisaron trabajos previos sobre el suicidio en adolescentes, destacando la importancia de programas de prevención basados en la evidencia y adaptados al contexto colombiano. Se resaltan los esfuerzos de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), para promover estrategias de prevención del suicidio en adolescentes a nivel global. También se hizo revisión de los eventos de salud mental en el departamento del Cesar con enfoque en violencia de género e intrafamiliar.

Resultados

Se presentan datos y hallazgos de estudios recientes sobre el suicidio en adolescentes y se destaca la prevalencia de factores de riesgo como la depresión, el “bullying”, violencia de género e intrafamiliar.





Municipio procedencia	Casos	% de Casos
VALLEDUPAR	272	43,9%
AGUACHICA	63	10,2%
CURUMANI	25	4,0%
LA JAGUA DE IBIRICO	23	3,7%
PUEBLO BELLO	22	3,5%
BOSCONIA	19	3,1%
EL PASO	19	3,1%
SAN MARTIN	17	2,7%
AGUSTIN CODAZZI	17	2,7%
SAN ALBERTO	16	2,6%
ROBLES (LA PAZ)	16	2,6%
EL COPEY	15	2,4%
CHIRIGUANA	14	2,3%
CHIMICHAGUA	13	2,1%
BECERRIL	12	1,9%
PELAYA	10	1,6%
SAN DIEGO	8	1,3%
RIO DE ORO	7	1,1%
PAILITAS	6	1,0%
MANAURE BALCON DEL CESAR	6	1,0%
GAMARRA	5	0,8%
GONZALEZ	5	0,8%
TAMALAMEQUE	5	0,8%
LA GLORIA	3	0,5%
ASTREA	2	0,3%
TOTAL, GENERAL	620	100,0%

Tabla N°21. INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN MUNICIPIO DE PROCEDENCIA, DEPARTAMENTO DEL CESAR A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 52 DEL 2023

Grupo Edad	Casos	% de casos
10-14	102	16,5%
15-19	180	29,0%
20-24	114	18,4%
25-29	61	9,8%
30-34	57	9,2%
35-39	36	5,8%
40-44	24	3,9%
45-49	8	1,3%
50-54	15	2,4%
55-59	11	1,8%
>60	12	1,9%
TOTAL, GENERAL	620	100,0%

Tabla N°22. INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN GRUPO DE EDAD, DEPARTAMENTO DEL CESAR A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 52 DEL 2023

METODO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	PORCENTAJE
Intoxicación	280	133	413	66,6%
Ahorcamiento o asfixia	21	37	58	9,4%
Elemento Cortopunzante	64	51	115	18,5%
Arma de Fuego	2	7	9	1,5%
Inmolación	1	1	2	0,3%
Lanzamiento al vacío	9	4	13	2,1%
Lanzamiento a vehículo	6	2	8	1,3%
Lanzamiento a cuerpo de agua	2	0	2	0,3%
TOTAL, GENERAL	385	235	620	100,0%

Tabla N°23. INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN MECANISMO UTILIZADO, DEPARTAMENTO DEL CESAR A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 52 DEL 2023

Tabla N°23. INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN MECANISMO UTILIZADO, DEPARTAMENTO DEL CESAR A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 52 DEL 2023

No. de intentos previos	Casos	% de casos
Una vez	48	7,7%
Dos veces	75	12,1%
Tres veces	28	4,5%
Más de Tres veces	30	4,8%
No refiere	439	70,8%
TOTAL, GENERAL	620	100,0%

Tabla N°24. SEGÚN NÚMERO DE INTENTOS, DEPARTAMENTO DEL CESAR, A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 52 DEL 2023

Se analizó la efectividad de intervenciones preventivas, como programas escolares de promoción de la salud mental y campañas de educación en los medios de comunicación.

Se destaca las estadísticas del departamento del Cesar:

Violencia de Género e Intrafamiliar: En la semana epidemiológica 52 del 2023, se reportaron 1089 casos de violencia física en mujeres y 175 en hombres, donde la violencia psicológica fue la segunda más común en ambos sexos; la violencia de género e intrafamiliar varió según grupos de edad, con un mayor número de casos en el grupo de 10-14 años y una disminución en

los grupos de mayor edad. Valledupar fue el municipio con más casos de violencia de género en la semana 52 del 2023, seguido por Aguachica y San Alberto.

Suicidio:

En la semana epidemiológica 52 del 2023, se registraron 87 casos de suicidio en el Departamento del Cesar, de los cuales el ahorcamiento fue el más común. Se observó un aumento del 11,7% en los intentos de suicidio comparado, con 2022 y 2023, lo que genera preocupación. Los intentos de suicidio se dieron principalmente por intoxicación en mujeres y hombres, seguido por ahorcamiento y elementos cortopunzantes.

En los últimos 8 años, se observó una tendencia al aumento de los eventos de salud mental en el Departamento del Cesar, con enfoque especial en violencia de género y los intentos de suicidio. A pesar de una ligera

disminución en los eventos de violencia de género entre 2022 y 2023, es necesario seguir trabajando en intervenciones para abordar estos problemas.

Se resalta entonces, la necesidad de fortalecer intervenciones integrales y específicas para abordar los factores desencadenantes, con el objeto de promover la salud mental y el bienestar de la población.

El departamento del Cesar incrementó los eventos de capacitación y orientación de las personas, con énfasis en el intento de suicidio y cuyos objetivos principales son evitar el primer intento suicida, su repetición y la consumación.

Propuesta

Se propone la realización de programas integrales de prevención del suicidio en adolescentes, que incluyan medidas

Tabla N°25. SUICIDIO SEGÚN MUNICIPIO DE OCURRENCIA, DEPARTAMENTO DEL CESAR, A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 52 DEL 2023

Municipio de procedencia	Casos	% de Casos
VALLEDUPAR	41	47,1%
AGUACHICA	8	9,1%
AGUSTÍN CODAZZI	7	8%
CURUMANI	6	6,8%
CHIMICHAGUA	5	5,7%
EL PASO	3	3,4%
PUEBLO BELLO	3	3,4%
BOSCONIA	2	2,2%
LA JAGUA DE IBIRICO	2	2,2%
LA PAZ	2	2,2%
ASTREA	2	2,2%
BECERRIL	1	1,1%
CHIRIGUANÁ	1	1,1%
GONZALEZ	1	1,1%
LA GLORIA	1	1,1%
MANAURE	1	1,1%
PAILITAS	1	1,1%
TOTAL, GENERAL	87	100,0%

Tabla N°26. SUICIDIO SEGÚN GRUPOS DE EDAD, DEPARTAMENTO DEL CESAR, A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 52 DEL 2023

Grupo Edad	Casos	%casos
10-14	6	6,8%
15-19	9	11,4%
20-24	8	9,1%
25-29	8	9,1%
30-34	11	12,6%
35-39	5	5,7%
40-44	1	1,1%
45-49	5	5,7%
50-54	5	5,7%
55-59	2	2,2%
>60	27	31%
TOTAL, GENERAL	87	100,0%

Fuente: SIVIGILA 2018 - 2020.
Secretaría de Salud del Cesar



Tabla N°27. SUICIDIO SEGÚN MÉTODO, DEPARTAMENTO DEL CESAR, A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 52 DEL 2023

MUNICIPIO	FRECUENCIA
AHORCAMIENTO	71
LANZAMIENTO AL VACIO	2
ENVENENAMIENTO	5
ARMA DE FUEGO	6
EN ESTUDIO	3
TOTAL, GENERAL	87

Fuente: SIVIGILA 2018 - 2020. Secretaría de Salud del Cesar

de detección temprana, intervención oportuna y seguimiento continuo. Se sugiere fortalecer la educación en salud mental en las escuelas, promover el acceso equitativo a servicios de salud mental y fomentar la participación de la comunidad en la prevención del suicidio.

Cabe resaltar que en la región del Cesar se dispone de múltiples IPS con apoyo de psicología y psiquiatría para los usuarios, pero el personal experto en salud mental es limitado e insuficiente para toda la población.

Conclusiones

Tabla 35. INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN MUNICIPIO DE PROCEDENCIA DEPARTAMENTO DEL CESAR, CORTE SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 18 DEL 2024

Municipio de procedencia	Casos	% de Casos
VALLEDUPAR	96	37,9%
AGUACHICA	37	14,6%
PELAYA	11	4,3%
EL PASO	10	4,0%
LA JAGUA DE IBIRICO	10	4,0%
CURUMANI	9	3,6%
BOSCONIA	8	3,2%
PUEBLO BELLO	8	3,2%
EL COPEY	7	2,8%
AGUSTIN CODAZZI	7	2,8%
SAN ALBERTO	7	2,8%
SAN MARTIN	5	2,0%
CHIRIGUANA	5	2,0%
BECERRIL	5	2,0%
ASTREA	4	1,6%
PAILITAS	4	1,6%
LA GLORIA	4	1,6%
RIO DE ORO	4	1,6%
SAN DIEGO	3	1,2%
ROBLES (LA PAZ)	3	1,2%
GONZALEZ	2	0,8%
TAMALAMEQUE	2	0,8%
MANAURE BALCON DEL CESAR	1	0,4%
GAMARRA	1	0,4%
TOTAL, GENERAL	253	100,0%

Fuente: SIVIGILA. 2024



Tabla 36. INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN GRUPO DE EDAD, DEPARTAMENTO DEL CESAR, CORTE SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 18 DEL 2024

Grupo Edad	Casos	% de casos
5-9	1	0,4%
10-14	33	13,0%
15-19	65	25,7%
20-24	52	20,6%
25-29	26	10,3%
30-34	19	7,5%
35-39	16	6,3%
40-44	16	6,3%
45-49	10	4,0%
50-54	4	1,6%
55-59	2	0,8%
>60	9	3,6%
TOTAL, GENERAL	253	100,0%

Fuente: SIVIGILA 2018 - 2020. Secretaría de Salud del Cesar

Tabla 37. SEGÚN NÚMERO DE INTENTOS, DEPARTAMENTO DEL CESAR, CORTE SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 18 DEL 2024

No. de intentos previos	Casos	% de casos
Una vez	29	11,5%
Dos veces	29	11,5%
Tres veces	7	2,8%
Mas de tres veces	5	2,0%
No refiere	183	72,3%
TOTAL, GENERAL	253	100,0%

Fuente: SIVIGILA 2024



Se concluyó que el suicidio en adolescentes es un problema complejo que requiere de intervenciones coordinadas y sostenidas a nivel individual, familiar, comunitario y político. Es necesario fortalecer la colaboración entre diferentes sectores de la sociedad, que incluyan el gobierno, el sector salud, la educación y la sociedad civil, para fortalecer estrategias efectivas de prevención del suicidio en adolescentes. Es necesario realizar estudios longitudinales para evaluar el impacto de las intervenciones y profundizar en la comprensión de los factores de riesgo específicos en diferentes grupos de adolescentes.

Bibliografía:

Martin, A. González, C. Bustamante, J. (2013) *El suicidio en adolescentes* (archivo PDF). Mexico D.F. Recuperado de: <https://suicidioadolescente.com.ar/detección/detect004.pdf>

Cañon, S. Carmona, J. (2018) *Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes* (archivo PDF). Manizales. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v20n80/1139-7632-pap-20-80-387.pdf>



ANALISIS DESCRIPTIVO DEL INTENTO DE SUICIDIO EN EL DEPARTAMENTO DE CORDOBA - COLOMBIA A LA SEMANA EPIDEMIOLOGICA 52 DE 2023

Autores: Angélica Ortiz Arroyo*, Laura Cristina Martínez Mercado**, Victoria Rodríguez Solano***

*. Psicóloga, Especialista en promoción psicosocial para la salud, Referente de vigilancia de los eventos de salud mental en el departamento de Córdoba, Epidemióloga de campo de primera línea (FRONTLINE) INS.

** . Magister en psicología clínica, Referente de Salud mental de Córdoba.

***. Coordinadora Equipo de salud mental de Córdoba.

Resumen

El suicidio es una problemática de Salud pública que afecta de manera individual, familiar, social y además tiene un impacto económico en el país, teniendo en cuenta que una muerte por suicidio incrementa los años potencialmente perdidos de un territorio, aunado a que es un evento de interés por las medidas de prevención que llegan a ser efectivas ante este flagelo, pues en la actualidad se está presentando exponencialmente, no solo en el Departamento de Córdoba, sino en el país y en el mundo entero. Es por ello que, este artículo analizó el comportamiento del intento de suicidio, mediante la notificación al sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) hasta la semana epidemiológica 52 del año 2023 en el departamento de Córdoba en circunstancias de tiempo, lugar y persona, identificando las características sociodemográficas más significativas del evento, a fin de orientar la toma de acciones para la mitigación de esta problemática de salud pública. Además de ello, se calculó la tasa de incidencia del intento de suicidio para el año 2023 en el departamen-

to de Córdoba. Y, se describe la proporción de notificación del intento de suicidio de acuerdo a las UPGD presentes en el Departamento.

Abstract

Suicide has become a public health problem due to the effects at the individual, family, social and economic level of a country that this behavior represents, taking into account that a death by suicide increases the potentially lost years of a territory, combined This is an event of interest due to the prevention measures that become effective against this scourge that attacks current society, Córdoba, the country and the entire world. That is why this article analyzed the behavior of suicide attempts, through notification to the public health surveillance system (SIVIGILA) until epidemiological week 52 of the year 2023 in the department of Córdoba in terms of time, place and person, identifying the most significant sociodemographic characteristics of the event in order to guide the taking of actions to mitigate this public health problem. In addition, the incidence rate of attempted suicide was calculated for the year 2023 in the department of Córdoba. And the proportion of suicide attempt notification is described according to the UPGD present in the departmen-

Palabras clave; Intento de Suicidio, Sistema de vigilancia en Salud pública (SIVIGILA), Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD).

Keywords; Suicide Attempt, Public Health Surveillance System (SIVIGILA), Primary Data Generating Unit (UPGD).

Introducción

El intento de suicidio se define como un acto autolesivo con intención de provocar la muerte, pero que finalmente no resulta mortal. Esta conducta puede dar lugar a lesiones, pero no necesariamente. Iniciada y realizada por un individuo con el uso de diferentes métodos, sin la intervención de otros, y sin resultado fatal. El intento de suicidio tiene un carácter multicausal, sin embargo, diversos estudios han identificado factores asociados importantes como los trastornos psicopatológicos, (depresión, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas). Además de ello, la existencia de intentos de suicidio previos es uno de los factores de riesgo más importantes para la ocurrencia del suicidio consumado en la población general. (1) La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó para el año 2019 una tasa global de suicidio ajustada por edad de 9,0 por 100.000 habitantes (12,6 en hombres y 5,4 en mujeres). En el mismo año ésta fue la tercera causa de muerte en el grupo de 10 a 24 años y la causa número 22 en la población general, y el 1,3% de las muertes a nivel mundial. La información disponible sobre el comportamiento del intento de suicidio presenta algunas limitaciones, debido a la complejidad de su definición, su estigmatización en algunos países, y a la falta de un sistema apropiado de vigilancia; sin embargo, la OMS estima que a nivel global la frecuencia del intento de suicidio es 20 veces mayor que la del suicidio consumado (2). Por su parte en Colombia se vigila el intento de suicidio a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, desde el año 2016; con código de notificación INS 356, desde entonces se observa un aumento gradual de la tasa de incidencia nacional. La muerte por lesiones autoinfligidas intencionalmente fue la tercera causa externa de muerte en 2019 con el 9,6% de todo este grupo de causas y presenta tendencia al aumento continuo desde 2013. El 79,9% del total de muertes por suicidio en 2019, se presentó en hombres (3). También cabe destacar que el suicidio es una conducta prevenible, si se tiene en cuenta que la mayoría de las personas con intencionalidad suicida realizan manifestaciones relacionadas con este hecho, como comunicar o dar señales

a alguien de su entorno sobre sus intenciones autodestructivas. Es por ello que cobra gran importancia analizar y describir el comportamiento epidemiológico del intento de suicidio debido al aumento sostenido a lo largo de los años en el departamento de Córdoba. Debido a este comportamiento; se realiza análisis de la notificación registrada hasta semana epidemiológica 52 del año 2023, vale la pena acentuar que en este año se encuentran fechas álgidas en lo relacionado a salud mental.

Objetivo general

Analizar el comportamiento del intento de suicidio, mediante la notificación al sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) hasta la semana epidemiológica 52 del año 2023 en el departamento de Córdoba.

Objetivos específicos

- * Describir las variables de tiempo, lugar y persona, identificando las características sociodemográficas más significativas del evento a fin de orientar la toma de acciones para la mitigación de esta problemática de salud pública.
- * Calcular la tasa de incidencia del intento de suicidio para el año 2023 en el departamento de Córdoba.
- * Describir la proporción de notificación del intento de suicidio, de acuerdo a las UPGD presentes en el departamento.

Metodología

El presente artículo es observacional descriptivo; se utilizó como fuente principal de información el reporte de casos del evento de intento de suicidio del SIVIGILA – Córdoba a través de la ficha de notificación con código INS 356, esta información fluyó gracias al reporte de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) en el departamento al sistema de vigilancia a través de los diferentes niveles de acuerdo con

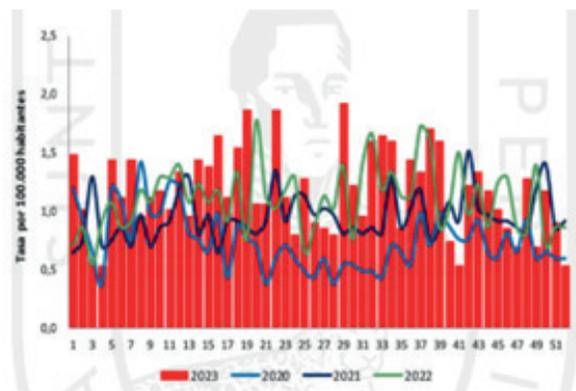


la periodicidad, teniendo en cuenta que debe ser inmediata en los casos confirmados de intento de suicidio en menores de 5 a 9 años y los casos confirmados de cualquier edad con intentos previos, mientras que los casos confirmados de intento de suicidio captados de manera rutinaria deben notificarse semanalmente. La población de estudio corresponde a los casos confirmados de intento de suicidio en los distintos cursos de vida, ya sean reincidentes o casos nuevos notificados por los entes territoriales durante el año 2023 en el departamento de Córdoba. La fuente primaria de información fueron las Unidades primarias generadoras de datos (UPGD) o Unidades Informadoras (UI) donde se obtuvieron los datos por medio de fichas de notificación individual, en la cual se registró información sociodemográfica con relación a persona, tiempo y lugar, así mismo variables de interés en los datos complementarios, cumpliendo con lo establecido por el Instituto Nacional de Salud. Teniendo en cuenta el reporte suministrado por la Entidad Territorial, se tuvo en cuenta para el análisis, los casos confirmados clínicamente, previamente se eliminaron de la base de datos los casos duplicados y los casos con ajuste D y 6, además los que por procedencia no correspondían a Córdoba. El análisis de la información se realizó a través de estadística descriptiva de variables en términos de tiempo, persona y lugar utilizando medidas de frecuencia, proporciones, de tendencia central y dispersión en variables sociales y demográficas incluyendo grupos poblacionales, factores de riesgo, factores desencadenantes y mecanismos de intento de suicidio las cuales se presentan en tablas, mapa y gráficas, utilizando la hoja de cálculo Microsoft Excel. De acuerdo a las definiciones operativas de caso para intento de suicidio se habla de Caso confirmado clínicamente, a toda conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia implícita o explícita de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede causar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método. Y se descartan los casos que no cum-

plen con la definición, como el plan o la idea de suicidio, y las intoxicaciones accidentales. (1)

Resultados

Durante el año 2023, el cual incluye las semanas epidemiológicas (SE) 1 a la 52. Al SIVIGILA - Córdoba se notificaron en total 1144 casos de intentos de suicidio en el departamento de Córdoba, observándose fluctuaciones tendientes al aumento en la notificación de los intentos de suicidio en el departamento, con los picos más altos de manera histórica en las SE 19, 22 y 29 en el último cuatrienio. Grafica 1. Comparativo de casos de intentos de suicidio notificados en Córdoba en los años 2020 a 2023.



Fuente: S/VIGILA Córdoba.

La magnitud del evento según la variable persona, se evidencia que la mayor tasa de incidencia se presentó en el sexo femenino con el 82 caso cada 100.000 mujeres, Según el régimen de seguridad social el que más aporta a esta variable es el subsidiado con un 75,9%. El 2,7% se auto reconocen como indígenas, mientras que el 96,0% indican otro tipo de pertenencia étnica, y según el curso de vida el 34,2% del total de casos corresponden a la adolescencia (15 a 19 años), además de ello esta población tiene la tasa de incidencia más elevada por grupo de edad, ya que presentó 242 casos cada 100.000 adolescentes. Con relación al área de procedencia el 73,5% viven en la cabecera municipal, con la tasa de incidencia más alta por área; 86 casos cada 100.000 habitantes de cabecera municipal.

Tabla 1. Distribución de casos confirmados de intento de suicidio, según deter-

minantes sociodemográficos, departamento de Córdoba, SE 1 a 52 del 2023.

Edad	Categoría	Casos	%	Tasa de incidencia
0-4	Prevalencia	797	98,5%	82,4
5-9	Adolescentes	191	11,5%	12,6
10-14		5	0,3%	1,8
15-19		173	13,1%	106,2
20-24		990	34,2%	242,3
25-29		213	16,0%	113,9
30-34		119	9,4%	60,5
35-39		67	5,0%	48,7
40-44		46	3,5%	35,6
45-49		29	2,2%	14,9
50-54		31	2,3%	16,4
55-59		19	1,4%	10,9
60-64		24	1,8%	15,6
65-69		7	0,5%	3,1
70-74		40	2,9%	16,4
75-79		130	9,8%	14,8
80-84		170	12,8%	18,8
85-89		189	14,5%	18,8
90-94		2	0,2%	0,3
95-99		20	1,5%	2,4%

Fuente: SIVIGILA Córdoba. 2023

La tasa de incidencia departamental para el año 2023 fue de 61,2 casos por 100.000 habitantes. Teniendo en cuenta la población de cada uno de los municipios a corte al mes de julio por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

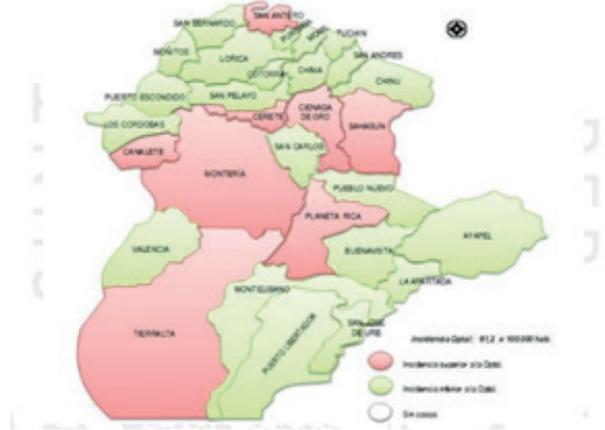
Tabla 2. Tasa de incidencia del intento de suicidio de SE 1 A 52 del año 2023.

Tasa de incidencia de intento de suicidio	
Número de casos nuevos confirmados notificados en el período	1.411
Población expuesta a riesgo de presentar este evento en el período de tiempo	
Coefficiente de multiplicación	
1.868.166	
Resultado	100.000
61	Proporción de notificación de intento de suicidio

Fuente: SIVIGILA Córdoba. 2023

Según la distribución por municipios de procedencia, en el departamento de Córdoba todos los municipios registraron intentos de suicidio y el mayor número de casos confirmados de fueron notificados en el municipio de Montería con el 41,4 %, seguido de Sahagún con el 7,3%, Cereté con el 6,5 %, Tierralta con el 6,1 %. Se observa que Montería, San Antera, ciénaga de oro, Cerete, Canalete, Planeta rica, Sahagún y Tierralta tuvieron una incidencia municipal de intento de suicidio por encima de la incidencia departamental.

Mapa 1. Mapa tasa de incidencia por municipio de procedencia, evento intento de suicidio en el departamento de Córdoba a Semana Epidemiológica 52 del 2023.



Fuente: SIVIGILA Córdoba. 2023

En relación a la proporción de la notificación del evento en el municipio se encontró que las UPGD con más reportes en SIVIGILA son la ESE Vida sinu con el 15,3% de la notificación total del 2023, seguido por ESE Hospital San Diego de Cerete con un 5,8%. Teniendo en cuenta que la proporción de notificación del evento fue del 40% de las UPGD presentes en el Departamento.

Tabla 3. Proporción de la notificación del intento de suicidio en el año 2023.

61	Proporción de notificación de intento de suicidio
Número de UPGD notificando el evento en el período	80
Número de UPGD caracterizadas en SIVIGILA	211
Coefficiente de 100 multiplicación	100



Resultado

37.9%

Como variables de interés se encuentran los mecanismos utilizados para realizar el intento de suicidio, donde se evidencia una prevalencia de intoxicación, seguido por elemento cortopunzante y el ahorcamiento respectivamente. Así mismo se observaron dos casos de inmolación en el año 2023, los cuales representan un error en el diligenciamiento de la ficha de notificación. De igual forma los principales desencadenantes del intento de suicidio en donde se sitúa en primer lugar los conflictos con la pareja. En cada caso notificado es posible encontrar el uso de uno o más mecanismos. Una combinación frecuente es el uso de la intoxicación y el corte en un mismo intento

Tabla 4. Mecanismos utilizados en el intento de suicidio en el primer semestre del año 2023.

Mecanismo utilizado	Femenino	Masculino	Total	%
Ahorcamiento o asfixia	42	71	113	9,9%
Elemento Cortopunzante	149	62	211	18,4%
Arma de Fuego	1	2	3	0,3%
Inmolación	2	0	2	0,2%
Lanzamiento al vacío	9	11	20	1,7%
Lanzamiento a vehículo	11	4	15	1,3%
Lanzamiento a cuerpo de agua	5	0	5	0,4%
Intoxicación	592	218	810	70,8%

Fuente: SIVIGILA Córdoba. 2023

Tabla 5. Principales factores desencadenantes del intento de suicidio en el año 2023.

Principales Factores desencadenantes	Casos	%
Conflictos con pareja o expareja	344	30,1%
Problemas económicos	110	9,6%
Escolar/Educativa	64	5,6%
Maltrato físico psicológico o sexual	77	6,7%

Fuente: SIVIGILA Córdoba. 2023

Discusión

Durante el año 2023 se registró en el departamento de Córdoba una tasa de intento de suicidio del 61,2 por 100.000 habitantes, cifra que se encuentra por debajo de la nacional. Cabe resaltar que esta es superior a la observada en años anteriores a nivel nacional y departamental. Esta última con un aumento del 7% comparado con el año 2022, para el mismo periodo evaluado. El comportamiento de la notificación del intento de suicidio en 2022 y 2023 es similar en sus aumentos y disminuciones a lo ocurrido en los años anteriores (2020 a 2021) hasta las semanas epidemiológicas de la 14 a la 17, 19, 22 y 29: hay aumento en la notificación al inicio y en la mitad del año, y un aumento en el tercer período epidemiológico, que se convierte en un comportamiento inusual dado que se registra como la notificación más alta en los últimos cuatro años para estas semanas epidemiológicas, mientras que en la semana 20 del 2023 se observó que la tasa de incidencia estuvo por debajo de la registrada en el 2022. Los mecanismos más usados en el intento de suicidio son aquellos de más de fácil acceso. En Colombia la intoxicación por medicamentos y plaguicidas son el mecanismo y las sustancias más usados por hombres y mujeres, seguidos por el corte con arma cortopunzante, (2) lo cual se encuentra en consonancia con lo registrado en el departamento. Los problemas en las relaciones familiares y de pareja permanecen como las principales situaciones que motivan la ocurrencia del evento. En este sentido, el intento de suicidio se presenta como una manifestación o respuesta a situaciones conflictivas que confluyen en el indi-

viduo y en su relación con quienes le rodean. (2)

Conclusiones

* La notificación de casos de intento de suicidio en 2023 es superior a la alcanzada en 2022, año postpandémico que había sido de mayor notificación en los últimos cuatro años de la vigilancia del evento en el departamento de Córdoba.

* Se observan algunos patrones del comportamiento del evento de 2020 a 2023; estos son: *baja notificación en las semanas epidemiológicas 3 y 4; la presencia de picos epidemiológicos más altos durante el período V y VI; el descenso de casos hacia la semana epidemiológica 24; la tasa de incidencia por edad y sexo es más alta en mujeres de 15 a 19 años y en hombres de 19 a 26 años; y la tasa desciende a medida que aumenta la edad a partir de los 27 años en ambos sexos, y en hombres es ligeramente superior de los 55 años en adelante, al igual que de los 5 a los 9 años.*

* *Las tasas de incidencia más altas de intento de suicidio en 2023 se concentran en la capital; Montería, en Ciénaga de Oro, cerete, Sahagún, Tierralta, san antera, Canalete y Planeta Rica. Durante el análisis de vigilancia de este evento se identificaron falencias en la calidad del dato en la notificación realizada por las diferentes UPGD del departamento. Específicamente en el diligenciamiento de los grupos poblacionales, mecanismo y factores de riesgo y desencadenantes.*

Recomendaciones

Unidades Primarias Generadoras de Datos: Socializar e implementar en la red de prestadores de servicios de salud el protocolo del evento, garantizando la notificación y atención oportuna de los casos por parte de las instituciones prestadoras, con el fin de tener presente la definición operativa para el evento y así identificar los casos confirmados clínicamente, ya que existen lesiones autoinfligidas sin intencionalidad suicida. Así mismo favorecer la correcta identificación y diligenciamiento de la fecha de ocurrencia ya que es una variable clave que permite determinar si existe repetición de un caso. Dirección local de salud: Realizar el proceso de depuración, validación de la calidad del dato y análisis de la información generada de la notificación del evento.

Divulgar la información generada de manera oportuna y permanente por medio del Sistema de vigilancia en salud pública sobre el intento de suicidio en los espacios en los cuales es posible decidir sobre acciones individuales y colectivas para la prevención de la ocurrencia, las repeticiones del intento de suicidio o el desenlace fatal.

Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba:

Promover el desarrollo de actividades intersectoriales orientadas al autocuidado de la salud mental, mediante el estímulo de conductas responsables que incluyan el mantenimiento de una buena comunicación con redes de apoyo, principalmente la familia desde los planes de intervención colectivo.

Referencias bibliográficas.

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Intento de Suicidio. [Online]; 2022 [cited 2023 noviembre 2]. Available from: [chrome-extension://efaidn_bmnib_pcajpcgl_clefind_mka_j/https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/Pro_Intento%20de%20suicidio.pdf](https://efaidn.bmnib.pcajpcgl.clefind.mka.j/https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/Pro_Intento%20de%20suicidio.pdf).
2. Instituto Nacional de Salud. Informe de Evento Primer Semestre Intento de Suicidio, 2023. Informe epidemiológico. Bogotá, DC: 2023.
3. Moutier C. Manual MSD version para público general. [Online]; 2023 [cited 2024 marzo 17]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-de-la-saludmental/conducta-suicida-y-automutilacion/conducta-suicida>.
4. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Intento de suicidio. [Online]; 2022. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Vista-BoletinEpidemiologico.aspx>.

El Adulto Mayor también se suicida

The elderly also commit suicide.



José Alfonso Maestre Manjarrés, M.D.*

Médico – Cirujano – U. del Valle, Cali-Colombia
Especialista Medicina Física y Rehabilitación– U. del Valle, Cali-Colombia
Especialista en Gerontología– U. del Valle, Cali-Colombia
Especialista en Docencia Universitaria– U. del Valle, Cali-Colombia
Especialista en Gerencia de Instituciones de Salud– U. del Valle, Cali-Colombia
Miembro Colegio Médico de Valledupar y del Cesar
Magistrado Tribunal de Ética Médica de Valledupar y del Cesar

RESUMEN

Se definió el proceso de envejecimiento y el estado de vejez, con sus cambios estructurales y funcionales, se incluyeron algunos datos demográficos de Colombia y universales y se definió el suicidio en el adulto mayor con énfasis en su frecuencia.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó

búsqueda por internet y, con aplicación de mapa conceptual, se analizaron artículos sobre suicidio del adulto mayor.

Análisis y resultados: Se describen los hallazgos más importantes de la literatura revisada

Conclusiones: Se destacaron las principales recomendaciones para prevenir actos y conductas suicidas en el adulto mayor.

Palabras claves: Suicidio, Adulto mayor, anciano

ABSTRACT

Introduction: The aging process and the state of old age are defined, along with their structural and functional changes. Some demographic data from Colombia and universal ones are included, and suicide in the elderly is defined with emphasis on its frequency.

Material and method: An internet search was conducted, and with the application of a conceptual map, articles on elderly suicide were analyzed.

Analysis and results: The most important findings from the reviewed literature are described.

Conclusions: The main recommendations to prevent suicidal acts and behaviors in the elderly are highlighted.

KEYWORDS: Suicide, Elderly, Senior.

Introducción

El envejecimiento es un proceso continuo, individual y dinámico que inicia con la concepción, se establece con el nacimiento y se desarrolla a lo largo de la vida, llega a la etapa después de los 60 años de edad para terminar con la muerte. Ésta última etapa se le conoce como vejez, senectud, ancianidad o tercera edad.

En la ancianidad ocurren cambios estructurales y funcionales, después de la madurez, que imponen una disminución en la capacidad para adaptarse a factores nocivos que implican aumento de la probabilidad de muerte.

La expectativa de vida en Colombia es de 73,6 años en hombres y de 80 años en mujeres. El Departamento Nacional de Estadística (DANE) ha proyectado que para el 2024, 523.222 personas, cumplirán la edad de pensión: 299.013 mujeres nacidas en 1.967 (tendrán 57 años) y 224.209 hombres nacidos en 1.962 (alcanzarán 62 años).

El suicidio causa, aproximadamente, un millón de muertes al año en todo el mundo, que son tantas como las causadas por los accidentes de tráfico. El suicidio en la última etapa de la vida no es raro y suele relacionarse con la depresión del paciente; sin embargo, no está claro el papel de las enfermedades que se puedan denominar “físicas” para diferenciarlas de las puramente mentales y este desconocimiento está afectado por las pocas investigaciones al respecto.

Se considera el suicidio una manera de morir, causada por autoagresión, mediante el uso de formas variadas; es decir, constituye un acto deliberado, por medio del cual la persona se quita la vida.

Material y método

Se hizo una revisión bibliográfica de textos, documentos y artículos especializados sobre envejecimiento, suicidio y depresión en el anciano; para esto, se utilizó el buscador Google, de internet, se escogieron los escritos cuyos autores

fueran académicos o profesionales de la salud.

Se elaboró una ficha técnica con un mapa conceptual del trabajo estudiado y se organizaron los conceptos emitidos, para, posteriormente, sacar algunas conclusiones.

Analisis y resultados

Básicamente, se describen dos grandes grupos de poblaciones y tipos de suicidio, en el adulto mayor:

_El suicidio verdadero, caracterizado por el uso de un procedimiento eficaz, efectivo, que consigue el objetivo de autoeliminarse. Generalmente es un grupo que corresponde a varones o mujeres, entre los 40 y los 60, o más años con una relación varón/mujer de 3:1. En este grupo, también se incluye el suicidio frustrado, como aquel suicidio verdadero que, por alguna razón imprevista, falla.

_El parasuicidio, intento de suicidio o acto suicida, cuyos procedimientos y motivaciones no están dirigidas, propiamente, a producir el suicidio, sino que pueden ser tanto por ganancia secundaria, como un medio de demostrar su valentía o su ira o, quizás, la más importante, como forma de buscar un cambio en su situación personal. Incorpora una gran variedad de comportamientos autolesivos, desde actos potencialmente peligrosos hasta otros sin ningún riesgo para la vida del paciente. Cualquier intento de suicidio debe ser considerado como una forma de enfermedad y debe ser manejado por psiquiatría. Este grupo incluye el suicidio involuntario, intento suicida que falla y se convierte en suicidio verdadero.

Plantean, por ello, aclarar si se trata de dos

poblaciones bien diferenciadas: a) los que hacen un intento de suicidio con alta probabilidad de morir, y b) los que hacen un intento donde es improbable morir; o, contrariamente, se trata de un continuo poblacional que intenta el suicidio y en el que la probabilidad de lograrlo es variable. Otros autores confieren gran importancia a la ideación suicida, como el deseo expreso de morir,



la idea de muerte por cualquier causa, la idea de matarse, ya sea con planes inespecíficos de cómo hacerlo o con una planificación detallada. Para poder plantear la existencia de ésta, es preciso que no se acompañe de ninguna acción.

Las razones por las que una persona decide acabar con su vida son, habitualmente, diversas y complejas, pero detrás de esa decisión tan dramática e impactante, emerge habitualmente, una serie de factores personales y sociales que son predisponentes o precipitantes.

De los más de 1,1 millones de suicidios que se llevan a cabo cada año, en el mundo, la mayoría son cometidos por adultos de más de 60 años.

Estudios epidemiológicos realizados sobre el suicidio, han establecido la existencia de una serie de factores que representan un mayor riesgo: ser varón, mayor de 60 años, con historia de un intento previo, con antecedentes familiares de suicidio o trastornos del estado del ánimo, con pérdida reciente de pareja (separación, divorcio, viudez o fallecimiento de la pareja permanente), el transcurso de fechas señaladas con gran carga afectiva, sufrir aislamiento social, dificultades económicas, desempleo, sentimientos de incompreensión reales o imaginarios hacia el entorno, humillaciones sociales recientes, abuso de alcohol o drogas.

Casi todos los autores coinciden en que el suicidio y sus variantes son el resultado de una interacción compleja de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales.

Relacionar la edad avanzada como factor de riesgo favorecedor del suicidio se basa en que, desde el punto de vista psíquico, el proceso de envejecimiento se caracteriza por los siguientes hechos fundamentales:

- Los cambios corporales, tanto anatómicos como funcionales; ya que la vivencia corporal en el anciano cobra una importancia singular: el cuerpo joven, sano y bien funcionante no se percibe conscientemente. Para muchos ancianos,

el cuerpo “se nota todo el tiempo” y es percibido con mayor frecuencia de manera negativa.

- Un aumento de la interioridad o desapego psicológico, hacen que los elementos externos, ocupen un lugar, progresivamente, menos importante.

- Una menor capacidad de adaptación al estrés y situaciones nuevas, con una mayor tendencia a la autoprotección y a la evitación.

- Un empobrecimiento del tejido relacional y social en el que se mueve el anciano, por pérdida de sus pares y el rechazo frecuente del entorno.

Contrariamente, que en jóvenes, la mayoría de actos de autolesiones deliberadas en ancianos, tiene una elevada intencionalidad suicida.

En países desarrollados, el método más frecuente de suicidio en ancianos es mediante una sobredosis con hipnóticos, analgésicos y antidepresivos. Generalmente, los hombres ancianos usan métodos más violentos que las mujeres ancianas; esto puede ser una de las causas de las diferentes tasas entre ambos sexos. Las armas de fuego son las más utilizado en EE.UU., mientras que la sobredosis farmacológica (más frecuente en mujeres) y el ahorcamiento (más frecuente en hombres) son los métodos más utilizados en el Reino Unido; el paracetamol, la combinación de analgésicos y los antidepresivos fueron las tres clases de fármacos más frecuentemente implicados.

La realización de actos autolíticos en esta población, alcanza la mayor proporción de casos con respecto a otros grupos etarios.

El origen del suicidio en el anciano debe hallarse en una conjunción de síntomas psicológicos, físicos y sociales, siendo el cuadro de depresión el más común en el diagnóstico de estos casos y adquiere un papel preponderante, no sólo en su poder incapacitante, sino también en lo poco que se diagnostica en los ancianos.



Estudios epidemiológicos revelaron que los trastornos depresivos en la tercera edad afectan a:

- * 10% de los que viven en comunidad.
- * 15-35% de los que viven en ancianatos o residencias.
- * 10-20 % de los hospitalizados.
- * 40% de los que padecen trastornos somáticos y están en tratamiento.



En los diferentes trastornos depresivos, el riesgo de suicidio aumenta de manera alarmante en presencia de depresión mayor y éste aumento puede ser hasta veinte veces más el riesgo de cometer suicidio y aproximadamente, 15% se suicidan. En ancianos, esto es agravado por la coexistencia de otros factores que favorecen el suicidio como las comorbilidades clínicas y el aislamiento social.

Hay otros factores de riesgo relacionados con la depresión y la conducta suicida en la tercera edad, como:

A) Factores predisponentes.

- » *Estructura de la personalidad:*
- » *Dependientes.*
- » *Pasivo-agresivos.*
- » *Obsesivos.*
- » *Aprendizaje de respuestas en situaciones de tensión.*
- » *Predisposiciones biológicas (genéticas, neurofisiológicas y neurobioquímicas).*

B) Factores contribuyentes:

- » *Socioeconómicos.*
- » *Dinámica familiar.*
- » *Grado de escolaridad.*
- » *Actividades laborales y de recreación.*
- » *Pertenencia a un grupo étnico específico.*
- » *Formas de violencia y maltrato.*
- » *Jubilación.*
- » *Comorbilidad orgánica y mental.*

C) Factores desencadenantes:

- » *Crisis propias de la edad.*
- » *Abandono.*
- » *Aislamiento.*
- » *Violencia.*
- » *Muerte de familiares y allegados.*
- » *Pérdidas económicas.*
- » *Agudización de enfermedades crónicas o cronificación de enfermedades.*
- » *Discapacidades y disfuncionalidades.*
- » *Dependencia.*

Entre las quejas de tipo psicológico y mental, la depresión establece la disfuncionalidad mental que prepara al anciano a un estado disfórico y permite que la unión global de éste se oscurezca, la rutina diaria carezca de objetivo, disminuya día a día lo positivo de su sentimiento y el adulto mayor se considere inútil, caduco, un ser que espera el momento de la muerte, que no llega, pero la sintomatología premonitora de su tendencia al suicidio presenta frecuentemente, desesperanza, insomnio, angustia, irritabilidad, incomunicación, pasividad, apatía, desinterés, estado de tensión, agitación constante y sentimientos depresivos.

Otros síntomas clínicos que pueden presentarse en un anciano con riesgo de suicidio, son: somatizaciones, anhedonia, mal humor, disforia, disminución del cuidado de sí mismo, indecisión e inseguridad ante las tareas, falta de confianza en sí mismo y pensamientos constantes sobre el suicidio o la muerte.

El 14% de los colombianos tiene 60 años o más, cifra que, para el 2070, aumentará, según estimaciones, al 32%.

En 2022 el departamento del Cesar tenía 136,699 adultos mayores: 71,655 mujeres (52.4%) y 65,044 hombres (47.6%). Los adultos mayores representaban el 10.1% de la población total de Cesar en 2022. Destacan que el único grupo de edad que aumentará en los decenios venideros



resulta, precisamente, el de 60 y más años.

El adulto mayor es uno de los grupos poblacionales cuya atención está priorizada por la Carta Magna, el Ministerio de Salud y Protección Social y es en la Atención Primaria de Salud donde pueden desarrollarse estrategias preventivas y de intervención con más eficacia, que contribuyan a la erradicación de los factores que favorecen la conducta suicida en los ancianos.

La literatura recomienda acciones específicas a desarrollar en el área de salud como la promoción, que contribuya a una disminución de los actos suicidas en los adultos mayores, como son:

- Constituir agrupaciones de adultos mayores en el ámbito comunitario.
- Ofrecer asesoramiento personal.
- Fomentar la responsabilidad individual en el cuidado de la propia salud.
- Educar y capacitar a la población con respecto al proceso de envejecimiento.
- Organizar actividades culturales y recreativas en la comunidad para rescatar sus tradiciones, juegos y bailes, acorde con las necesidades de la población anciana.
- Realizar clases grupales y charlas educativas sobre temas relacionados con el envejecimiento saludable.
- Realizar acciones de educación y difusión sobre preparación para la vejez que incluyan autocuidado, autoestima y respeto a la dignidad humana.

Utilizar la experiencia de los adultos mayores en actividades educativas en escuelas primarias, secundarias, así como en grupos y casas de cultura.

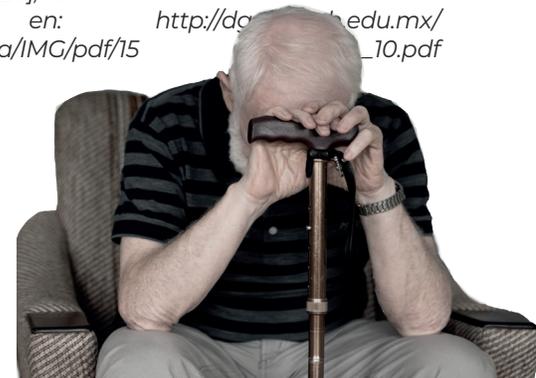
Todas estas acciones, además de una identificación temprana y abordaje adecuado de los factores de riesgo, por el personal sanitario, deben llevar a una disminución de la conducta suicida en la población anciana.

Conclusiones

La conducta suicida en el anciano tiene rasgos característicos como la realización de menos intentos de suicidio que los jóvenes, uso de formas más mortales y menos señales de aviso o más difíciles de detectar. El factor de riesgo principal es la depresión, asociada o no a otros factores como enfermedades invalidantes, pérdidas sociales, familiares y personales. La integración a la familia y la comunidad como individuos activos y participativos, es el factor protector más importante contra la depresión y la conducta suicida. El personal sanitario, la familia y la comunidad en general, ante cualquier cambio de actitud física, mental o social del anciano, deberá consultar y tener presente, que el adulto mayor también se suicida.

Referencias bibliográficas

1. Ham, RJ, *Atención primaria en Geriatría*. Mosby, 2ª ed. 1995, 427-437
2. Blazer D. *Depression in Late Life*. St- Louis.CV Mosby, 1981
3. Campos Zamora M, Hernández Cuellar CX, Sotolongo García Y, Oliva Sánchez R. *La depresión en el adulto mayor. Algunas consideraciones para su diagnóstico en la atención primaria*. *Revista Médica Electrónica [revista en la Internet] 2008 [citado 2012 Ene 26]; 30(5)*. Disponible en: <http://index.html/vol5%202008/revista%20medica%20vol5%202008.htm>
4. Pérez Barrero SA. *Glosario de términos suicidológicos*. [citado 2011 Dic. 7]. Disponible en: <http://www.psicologia-line.com/ebooks/suicidio/glosario.shtml>
5. Geijo Uribe M. *Suicidio*. En: *Manual del residente*. [CD-ROM]. AMA; 1996.
6. Benton T, Staab J, Evans DL. *Medical co-morbidity in depressive disorders*.
7. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2012;11(5)699-708
8. Moreno Toledo A. *El suicidio en el anciano institucionalizado*. *Revista Científica Electrónica de Psicología*. [revista en la Internet] s/f [citado 2012 Ene 26]; 10. Disponible en: http://dga.ipsicologia.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/15_10.pdf



CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES DE RIESGO DE LITIASIS RENAL EN PACIENTES DE LA CLÍNICA SANTA ISABEL DE VALLEDUPAR, 2021-2022.



Alejandra María Melo Arias*,
Ariana Perrony Parra**.

**Microbióloga Esp. en Epidemiología, Universidad Popular del Cesar.*

***Enfermera Esp. en Epidemiología, Universidad Popular del Cesar.*

Resumen

Objetivo:

En esta investigación se determinaron las características clínico-epidemiológicas y factores de riesgo asociados a litiasis renal en un grupo de pacientes de 20 a 45 años diagnosticados mediante ultrasonografía, en la clínica Santa Isabel de Valledupar Cesar, junio 2021- junio 2022, para lo cual se realizó un estudio retrospectivo descriptivo en un universo de 72 pacientes. Resultado: se obtuvo que la litiasis renal afectó a ambos sexos por igual, la edad media fue de 32.6 ± 2.1 años, estrato socioeconómico 1, como comorbilidad la urolitiasis. El dolor lumbar fue el síntoma más frecuente, los fármacos como el tratamiento de

elección y una media de hospitalización de 2.1 días. La mayoría de los pacientes tenían cálculos renales en ambos riñones, con un tamaño de 5 a 10 mm, en cuanto a los factores de riesgo, los pacientes no consumen la suficiente cantidad de líquido, consumen alimentos altos en sodio, azúcares y grasas. Se concluye que la realización de este estudio permitió comprender cómo es el comportamiento de la litiasis renal en esta población.

Palabras clave: Litiasis renal, factores de riesgo, ultrasonografía, hidronefrosis.

Abstrac

The objective of this research was to determine the clinical-epidemiological characteristics and risk factors associated with kidney stones in patients between 20 and 45 years old diagnosed by ultrasonography at the Santa Isabel de Valledupar Cesar clinic, June 2021-June 2022, for which a retrospective descriptive study with a population of 72 people. As a result, it was found that kidney stones affected both sexes equally, the mean age was 32.6 ± 2.1 years, socioeconomic stratum 1, with urolithiasis as a comorbidity. Low back pain was the most frequent symptom, drugs were the treatment of choice and a mean hospitalization time was 2.1 days. Most of the patients had kidney stones in both kidneys, with a size of 5 to 10 mm. Regarding the risk factors, the patients do not consume enough fluid, they consume foods high in sodium, sugars and fats. It is concluded that carrying out this study allowed us to understand how kidney stones behave in this population.



Keywords: Kidney stones, risk factors, ultrasonography, hydronephrosis.

Introducción

La litiasis renal, es una enfermedad caracterizada por la presencia de cálculos o “piedras”, los cuales son depósitos duros, hechos de minerales y sales que se forman dentro de cualquier parte del aparato urinario (Susaeta et al., 2018).

Los síntomas asociados a la litiasis renal varían de acuerdo con la localización y tamaño del cálculo (Gamboa, et al., 2020); los adolescentes y adultos comparten la misma sintomatología, que se acompaña de dolor o cólico nefrítico de gran intensidad intermitente que puede o no estar localizado en la fosa iliaca y que puede irradiarse desde la zona lumbar en un 40 a 70% de los casos hacia el escroto o labios, también puede presentarse hematuria en un 22,4% de los casos y en un 20% síndrome miccional (Sicha, 2017).

Los factores de riesgo para la presentación de los cálculos renales varían según la geografía, sexo, edad, su composición genética, el consumo de medicamentos y la alimentación (Lumbreras, 2022), por ejemplo, se ha establecido mayor prevalencia en hombres (11-16%) que en mujeres (7-8%) (Astudillo, 2018), así mismo contar con antecedentes familiares o personales de la enfermedad, ingerir una inadecuada cantidad de líquidos y una dieta rica en sodio y proteínas; a nivel medioambiental se relaciona con las personas que trabajan a temperaturas muy calurosas (Herrera et al., 2018).

Existen diferentes métodos para la detección de la litiasis renal, entre los que resaltan las ultrasonografías, (Vásquez 2019), ya que se trata de un procedimiento no invasivo, fácilmente reproducible, de bajo costo y que brinda resultados bastante precisos, con una sensibilidad por encima del 90%, por lo que resulta ser una de las opciones favoritas a la hora del diagnóstico (Guisa, 2020).

Materiales y métodos

Área de estudio y tipo de Investigación

El estudio se llevó a cabo en la Clínica Santa Isabel de Valledupar, Cesar.

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo transversal.

Población.

La población estuvo conformada por 72 pacientes de 20 a 45 años que asistieron al servicio de urgencias de la clínica Santa Isabel de Valledupar en el periodo comprendido entre junio 2021- junio 2022 y que fueron diagnosticados con litiasis renal mediante ultrasonografía.

Recolección de la información.

Los datos sociodemográficos y clínico epidemiológicos de los pacientes se obtuvieron de una revisión rigurosa y detallada de las historias clínicas de los pacientes y de los resultados de las ultrasonografías realizadas conforme a las variables establecidas.

Para determinar los factores de riesgo de litiasis renal relacionados al estilo de vida, se aplicó una encuesta telefónica a los 72 pacientes en estudio usando un cuestionario con preguntas de selección múltiple. Antes de proceder a la realización de la encuesta cada uno de ellos tuvo que dar su consentimiento informado oral.

Tabulación de datos.

Para la tabulación, registro y análisis efectivo de los datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS 25.0

Tabla 1. Distribución de litiasis renal en relación a edad y sexo.

DESCRIPCIÓN	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
	N(%)	N(%)	N(%)
Edad	36(50%)	36(50%)	72(100%)
20 - 25	7 (9.7%)	7 (9.7%)	14 (19.4%)
26 - 30	6 (8.3%)	7 (9.7%)	13 (18.1%)
31 - 35	9 (12.5%)	10 (13.9%)	19 (26.4%)
36 - 40	8 (11.1%)	8 (11.1%)	16 (22.2%)
41 - 45	6 (8.3%)	4 (5.6%)	10 (13.9%)
Total	36(50)%	36(50)%	72(100%)

Resultados

Descripción de las características sociodemográficas de la población.

Fuente: Historias clínicas de los pacientes.

El predominio de litiasis renal respecto al sexo fue equitativo, afectando tanto a pacientes masculinos como femeninos en proporciones iguales (50%). La edad media de los pacientes fue de 32.5 años, con una desviación estándar (DE) de 7.2 años. Ver tabla 1.

Tabla 2. Litiasis renal según características sociodemográficas.

DESCRIPCIÓN	FEMENINO N(%)	MASCULINO N(%)	TOTAL N(%)
Ocupación			
Estudia	4 (5.6%)	2 (2.8%)	6 (8.3%)
No trabaja	17 (23.6%)	6 (8.3%)	23 (31.9%)
Trabaja	15 (20.8%)	28 (38.9%)	43 (59.7%)
Lugar de Residencia			
Otros municipios	2 (2.8%)	2 (2.8%)	4 (5.6%)
Valledupar	34 (47.2%)	34 (47.2%)	68 (94.4%)
Estrato Socioeconómico			
1	20 (27.8%)	22 (30.6%)	42 (58.3%)
2	11 (15.3%)	10 (13.9%)	21 (29.2%)
3	5 (6.9%)	4 (5.6%)	9 (12.5%)
Regimen de Salud			
Subsidiado	22 (30.6%)	23 (31.9%)	45 (62.5%)
Contributivo	14 (19.4%)	13 (18.1%)	27 (37.5%)
Nivel Educativo			
Básica primaria	6 (8.3%)	2 (2.8%)	8 (11.1%)
Básica secundaria	14 (19.4%)	15 (20.8%)	29 (40.3%)
Ninguno	1 (1.4%)	1 (1.4%)	2 (2.8%)
Profesional	4 (5.6%)	3 (4.2%)	7 (9.7%)
Técnico	9 (12.5%)	14 (19.4%)	23 (31.9%)
Tecnólogo	2 (2.8%)	1 (1.4%)	3 (4.2%)

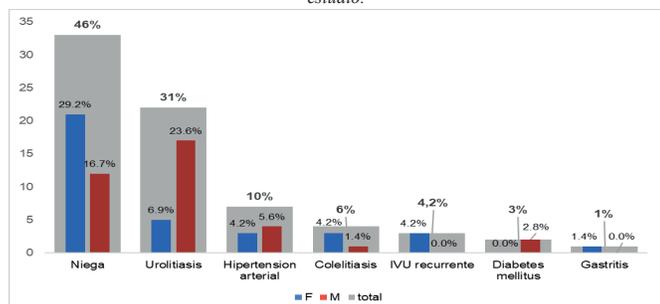
Fuente: Historias clínicas de los pacientes

Fuente: Historias clínicas de los pacientes

Respecto a la ocupación, se observó que el 57.9% de la población en estudio trabaja, el 31.9% de los participantes no trabajan, y el 8.3% estudian. La mayoría reside en Valledupar (94.4%). El estrato socioeconómico más frecuente en la población fue el 1 con un 58.3%. El principal régimen en salud fue el subsidiado con un 62.5%. El (40.3%) de los pacientes alcanzaron la educación básica secundaria. Ver Tabla 2.

Figura 1. Representación gráfica de los antecedentes personales de los pacientes en estudio.

Figura 1. Representación gráfica de los antecedentes personales de los pacientes en estudio.



Fuente: Historias clínicas de los pacientes

Fuente: Historias clínicas de los pacientes

Del total de la población, el 69.4% reportó antecedentes personales de diversas afecciones, destacando la urolitiasis con un 30.6% seguido de la hipertensión arterial con un 9.7%. Ver figura 1.

Tabla 4. Características clínicas de la población.

DESCRIPCIÓN	Nº PACIENTES	FRECUENCIA (%)
Sintomatología		
Hematuria	6	8.3%
Disuria	20	27.8%
Fiebre	9	12.5%
Dolor Lumbar	48	66.7%
Dolor Abdominal	40	55.6%
vómitos	12	16.7%
Nauseas	22	30.6%
Tratamiento		
Expulsivo	1	1.4%
Farmacológico	60	83.3%
Quirúrgico	11	15.3%
Días de hospitalización		
No requirió	23	31.9%
1	21	29.2%
2	8	11.1%
3	7	9.7%
4	3	4.2%
5	3	4.2%
6	2	2.8%
9	2	2.8%
12	2	2.8%
15	1	1.4%

El principal síntoma presentado por los 72 pacientes en estudio fue el dolor lumbar, 48(66.7%). En cuanto al tratamiento, el más común fue el farmacológico representando un 83.3%. La media de los días de hospitalización fue de 2.1 con una (DE) de 3.0. Ver tabla 4.

Tabla 5. Características y distribución de los cálculos renales en la población.

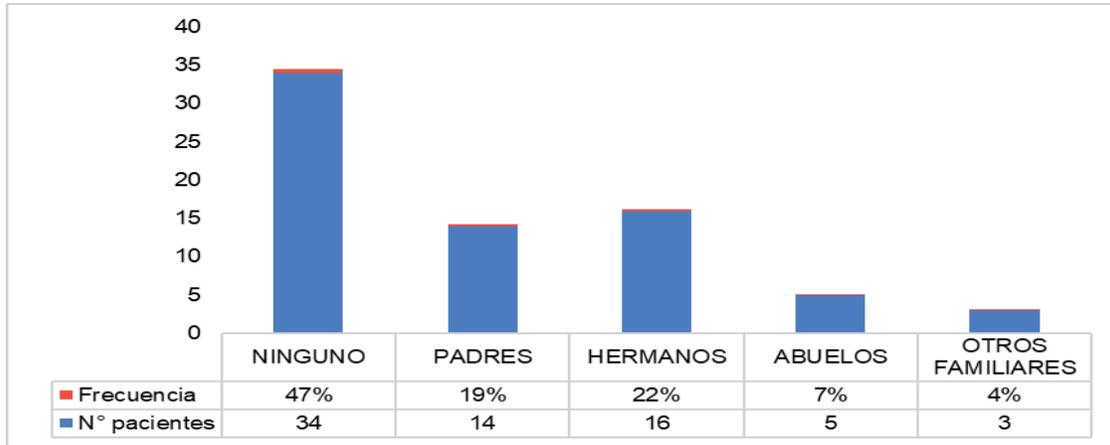
DESCRIPCIÓN	Nº PACIENTES	FRECUENCIA (%)
Órgano afectado		
Riñón derecho	22	30.6%
Riñón izquierdo	23	31.9%
Bilateral	27	37.5%
Cantidad		
Único	54	75.0%
Múltiple	18	25.0%
Ubicación del cálculo		
Infrarenal (calices y pelvis)	66	91.7%
Ureteral	2	2.8%
Vesical	1	1.4%
Mixto	3	4.2%
Hidronefrosis (grado)		
1	12	16.7%
2	7	9.7%
3	3	4.2%
4	6	8.3%
Tamaño de los cálculos		
< 5 mm	11	15.3%
5.1-10 mm	53	73.6%
>10 mm	8	11.1%



Ambos riñones resultaron igualmente afectados a causa de litiasis renal (37.5%). Se identificó la presencia de un solo cálculo renal (75.0%). La ubicación anatómica del cálculo predominante fue la intrarrenal (97.1 %). La hidronefrosis se

presentó en el 38.9% de los pacientes, siendo el Grado 1 el de mayor frecuencia. En cuanto al tamaño de los cálculos, se encontró que un 73.6% de ellos oscilaba entre 5 - 10 mm. Ver tabla 5.

Figura 5. Presencia de antecedentes familiares de litiasis renal en la población en estudio.



Fuente: Encuesta telefónica

Figura 6. Cantidad de líquido ingerido por día en la población en estudio.

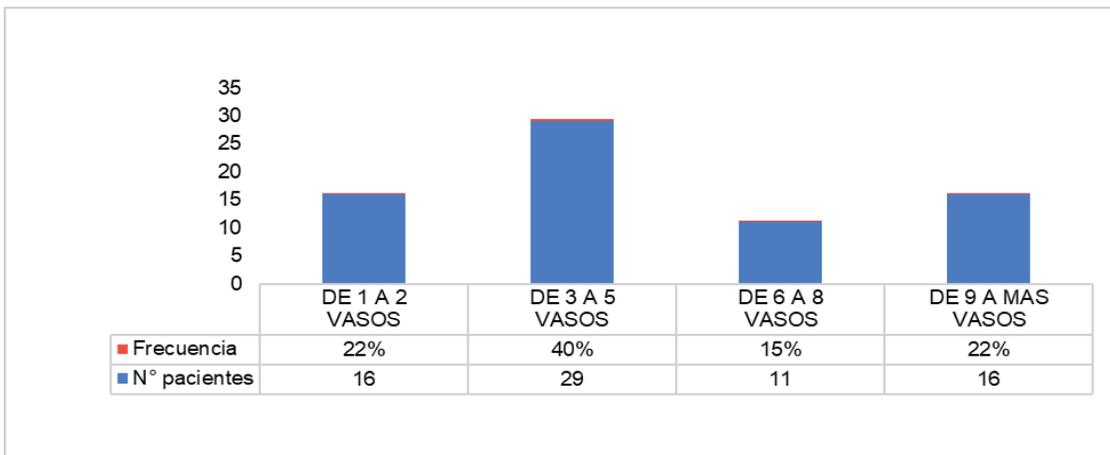


Tabla 6. Consumo de alimentos por semana.

CONSUMO DE ALIMENTOS POR SEMANA	LÁCTEOS Y/O DERIVADOS	CARNES ROJAS	PESCADOS Y/O MARISCOS	FRUTAS Y/O VERDURAS	COMIDAS RÁPIDAS	ALIMENTOS ALTOS EN AZÚCAR
NUNCA	11(15%)	4(6%)	18(25%)	8(11%)	15(21%)	11(15%)
DE 1 A 2 VECES	18(25%)	33(46%)	47(65%)	22(31%)	45(63%)	26(36%)
DE 3 A 4 VECES	15(21%)	27(38%)	6(8%)	19(26%)	9(13%)	17(24%)
TODOS LOS DIAS	28(39%)	8(11%)	1(1%)	23(32%)	3(4%)	18(25%)

Fuente: Encuesta telefónica

Discusión

La distribución de edades indica que la mayoría de los pacientes se concentran en el rango de 25 a 39 años alrededor de la edad media, los especialistas atribuyen la prevalencia de cálculos renales en adultos jóvenes a que este grupo suelen tener estilos de vida poco saludables y malos hábitos alimenticios, consumiendo dietas ricas en sodio, proteínas animales, azúcares y grasas (Zumba et al., 2023).

Valledupar se caracteriza por sus altas temperaturas, por lo que las personas tienden a sudar más y pueden no beber suficiente agua para compensar la pérdida de líquidos lo que puede aumentar la concentración de minerales en la orina, favoreciendo la formación de cálculos renales (Susaeta et al., 2018).

(Núñez, 2023) menciona que las personas con una clase social baja pueden tener dificultades para acceder a una dieta equilibrada y a una adecuada hidratación, factores fundamentales para la prevención de la formación de cálculos renales

La principal manifestación clínica de la litiasis renal fue lumbago (66.7%), (Martínez et al., 2021) lo atribuyen a que cuando un cálculo se desplaza y obstruye parcial o completamente el flujo de orina desde el riñón hacia la vejiga, puede causar

una acumulación de presión en el riñón y en el tracto urinario, lo que provoca este dolor intenso en la región lumbar.

La estancia media de la mayoría de los pacientes (68.1) fue de (2.1) días \pm 3.0, lo que indica que el tiempo en observación médica puede variar ampliamente según la gravedad de los síntomas, la presencia de complicaciones y a la respuesta al tratamiento.

En cuanto a la letalidad, se reporta la bilateral como la más frecuente (37.5 %), con predominio a nivel intrarrenal (97.1%), lo anterior se atribuye a que existen factores comunes que afectan ambos órganos por igual, tales como la dieta, la hidratación y alteraciones metabólicas (Velásquez, 2019).

La litiasis renal tiene una predisposición genética, y que aproximadamente un 25% de los pacientes con urolitiasis tienen antecedentes familiares, por lo que el riesgo relativo en esta población es mayor que en aquellos sin antecedentes (Cruz, 2019).

La cantidad ingerida de líquido por día en los pacientes en estudio, no es suficiente teniendo en cuenta que Valledupar es una ciudad calurosa y



las personas tienden a sudar y a deshidratarse con mayor facilidad. (Deossa, et al., 2019).

El consumo de lácteos en los pacientes puede atribuirse a que el Cesar es el departamento del país en donde mayor peso tiene la elaboración de productos lácteos dentro de la industria, especialmente Valledupar, por lo que las personas tienen mayor acceso a los mismos (Aaron, 2018).

Según la organización Mundial de la Salud, la frecuencia de consumo de carnes rojas presentada en nuestra investigación se considera considerable, resaltando el ingerir de carne roja más de dos veces por semana, produce un aumento en la excreción de calcio, uratos y fosfatos, lo que puede conducir a la formación de cálculos renales.

En cuanto al consumo de pescados o mariscos, la frecuencia de consumo está acorde a la descrita por (Martínez et al., 2019), resaltando que estos alimentos representan una influencia en la formación de cálculos renales si se consume en

gran medida debido a su alto contenido de purinas y sodio.

El 31% de los pacientes consume fruta solo de 1 a 2 veces por semana. Según (Coello, 2022), la ingesta de estos alimentos resulta ser un factor protector, ya que estos alimentos son ricos en nutrientes, antioxidantes y fibra, además son bajos en sodio, purinas y altos en potasio.

Respecto al consumo de comidas rápidas, según (Baixauli, 2018), estos alimentos deben ser eliminados de la dieta en pacientes litiásicos, ya que tienen un exceso de grasas saturadas, colesterol, contenido energético y es bajo fibras, lo que puede afectar la función intestinal y la eliminación adecuada de minerales en la orina.

La alta ingesta de alimentos ricos en azúcar representa un factor de riesgo para estos pacientes, así lo confirmaron en su investigación, (Johnson et al., 2018), quienes concluyeron que el alto consumo de azúcar, incrementa el riesgo de padecer cálculos renales, porque reduce significativamente el pH urinario y aumenta los niveles de

magnesio y de oxalato en la orina.

Conclusiones

-En cuanto a las características sociodemográficas de los pacientes, se observó un predominio de la litiasis renal en ambos sexos por igual con una edad media de 29 a 35 años; el lugar de residencia más frecuente fue Valledupar, estrato socioeconómico 1, régimen en salud subsidiado, la básica secundaria como nivel educativo y su principal comorbilidad fue la urolitiasis.

-El dolor lumbar fue el síntoma más frecuente en la población en estudio, los fármacos como el tratamiento de elección y una media de hospitalización de 2.1 días.

-La mayoría de los pacientes tenían cálculos renales en ambos riñones, ubicados principalmente a nivel intrarrenal y con un tamaño de 5 a 10 mm, además, los pacientes presentaron con más frecuencia hidronefrosis grado 1.

-El estilo de vida de los pacientes con urolitiasis constituye un factor esencial en el riesgo de recurrencia de cálculos urinarios. Una dieta equilibrada junto con el consumo adecuado de líquidos son herramientas protectoras de esta afectación.

Referencias bibliográficas

-Aguilar, L; Santos, R & Peña, E. (2021). *Diagnóstico por imagen de la litiasis urinaria. Monográfico: manejo médico de la litiasis urinaria*. Vol. 74 (1), pp 24-34.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en;/ibc-199434>

-Arias, R. (2017). *¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a la litiasis renal en la población española de 40 a 65 años?* <https://helvia.uco.es/xmlui/handle/10396/17031>

-Bratta, D; Salinas, M. (2022). *Características clínico epidemiológicas y enfermedad renal crónica en pacientes con litiasis renal*. *Revista del Grupo de Investigación en Comunidad y Salud*. Vol. 7(1), pp 183-194.

https://www.researchgate.net/publication/359510010_Caracteristicas_clinico_epidemiologicas_y_enfermedad_renal_cronica_en_pacientes_con_litiasis_renal

-Gamboa, E; Varela, M & Varela, C. (2020-febrero-20). *Litiasis renal en Costa Rica: bioquímica y epidemiología*. *Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica*, Vol. 62(2), pp. 79-83.

<https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v62n2/0001-6002-amc-62-02-79.pdf>

-Licona, E et al., (2022-diciembre-22). *Caracterización clínica y metabólica de pacientes con diagnóstico de urolitiasis atendidos en una clínica de cuarto nivel de Barranquilla, Colombia*. *Rev. Colombiana de nefrología*. Vol 18(1), pp. 1-24. <https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/472/908>

“Adoptar hábitos como una adecuada hidratación, una dieta balanceada y ejercicio regular ayuda a evitar la litiasis renal”



Foto tomada de: <https://radioguatapuri.com/noticias/22051>

Depresión Infantil: Educando para una mejor salud mental en la niñez.



Alejandra Isabel Moreno Rodríguez*

**Psicóloga, Especialista en psicología clínica y del desarrollo infantil.*

Resumen

Se plantea la creciente preocupación sobre la depresión infantil, con énfasis en el impacto sobre el bienestar emocional de los niños y adolescentes. Se describe la depresión según el DSM-5 y se destacan las diferencias en su manifestación entre niños, adolescentes

y adultos. Se señalan factores de riesgo y causas subyacentes, haciendo hincapié en la importancia de un enfoque terapéutico adaptado a la edad y un tratamiento multidisciplinario que involucre a la familia y la escuela. Se concluye con la necesidad de proporcionar un entorno de apoyo para promover la resiliencia y el bienestar emocional de los jóvenes afectados.

Material y método

Se realizó una revisión de literatura relevante y confiable, utilizando bases de datos académicas, libros especializados y revistas científicas, con el fin de enriquecer y respaldar los argumentos presentados en el artículo. Por último, se siguieron los principios éticos aplicables a la recopilación y análisis de datos

Introducción

La depresión infantil es una preocupación



creciente en la sociedad contemporánea, con impactos significativos en el bienestar emocional y el desarrollo de los niños y adolescentes. En Colombia, como en muchos otros países, se ha observado un aumento alarmante en los casos de depresión infantil en los últimos años. Datos recientes del Ministerio de Salud y Protección Social revelan que aproximadamente el 10% de los niños y adolescentes colombianos sufren de algún tipo de trastorno depresivo, una cifra que continúa en aumento. Lo que lo convierte en motivo de preocupación debido a las graves consecuencias que la depresión puede tener en la etapa infantil, incluyendo un mayor riesgo de suicidio. Más allá de las cifras, es crucial comprender la complejidad de la depresión infantil, así como los factores que contribuyen a su aparición y desarrollo.

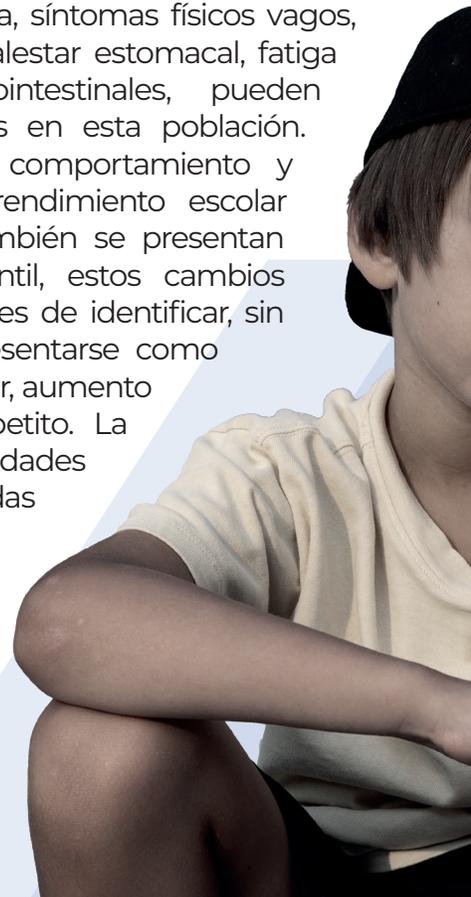
A pesar de su prevalencia y consecuencias significativas de este trastorno, ha sido durante mucho tiempo subestimada y muchas veces pasada por alto en nuestra sociedad. Sin embargo, en la actualidad, la comprensión de este trastorno ha experimentado un crecimiento considerable, impulsado por una mayor conciencia y atención a las necesidades emocionales de los niños y adolescentes.

Análisis y Resultados

El psiquiatra Peter D. Kramer autor del libro *Contra la depresión*, la definió como un trastorno del estado de ánimo caracterizada por una profunda sensación de tristeza, desesperanza, y una pérdida de interés en las actividades cotidianas. Además, puede ir acompañada de cambios en el apetito, el sueño, la energía y la concentración (Kramer, 2006). Por otro lado, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5), la depresión infantil se describe como Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en niños, estos síntomas deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, académico o en otras áreas importantes de la vida del niño. Igualmente, los síntomas no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una

sustancia (por ejemplo, drogas, medicamentos) o a otra afección médica (por ejemplo, hipotiroidismo). Así mismo, la depresión infantil en el DSM-5 también reconoce especificadores como la edad de inicio y el patrón de recurrencia.

La depresión es un trastorno incapacitante que, además, muestra una serie de manifestaciones clínicas distintas cuando se presenta en niños y adolescentes en comparación con adultos; aunque comparten similitudes en términos de síntomas principales, como la tristeza persistente y la pérdida de interés en actividades placenteras. Existen diferencias reveladoras que requieren una atención especializada y enfoques terapéuticos adaptados a la edad. En los niños y adolescentes, la depresión puede manifestarse de manera diferente a la de los adultos. Mientras que los adultos pueden comunicar abiertamente sus sentimientos de tristeza y desesperanza, los niños pueden expresar su malestar a través de síntomas somáticos, irritabilidad crónica, cambios en el comportamiento, explosiones de rabia o comportamientos agresivos. Adicionalmente, los niños y adolescentes con depresión presentan quejas somáticas en lugar de expresar directamente tristeza o desesperanza, síntomas físicos vagos, dolores de cabeza, malestar estomacal, fatiga y problemas gastrointestinales, pueden ser los más comunes en esta población. Los cambios en el comportamiento y un deterioro en el rendimiento escolar son síntomas que también se presentan en la depresión infantil, estos cambios pueden ser más difíciles de identificar, sin embargo, pueden presentarse como dificultades para dormir, aumento o disminución del apetito. La evitación de actividades previamente disfrutadas es un síntoma común tanto en adultos como en niños, pero en los niños puede expresarse como rechazo a participar en juegos o actividades escolares. En cuanto al desempeño



escolar, los niños pueden mostrar una disminución en el rendimiento académico o comportamiento, como dificultades para prestar atención en clase, falta de participación y aumento de la impulsividad.

Por último, dificultades en las relaciones interpersonales, en los niños puede manifestarse como conflicto con compañeros o maestros en la escuela, así como dificultades para establecer y mantener amistades. En cuanto a la autocrítica, los adultos con depresión pueden expresar sentimientos de culpa o inutilidad. En los niños, esto puede manifestarse de manera excesiva, con comentarios negativos sobre sí mismos o sobre su valía.

Como cualquier psicopatología la depresión infantil tiene algunos factores de riesgos y causas subyacentes, además tiene una condición multifactorial, influenciada por una combinación de factores genéticos y ambientales. Estudios han demostrado que la predisposición genética desempeña un papel significativo en el desarrollo de la depresión infantil. Los niños con antecedentes familiares de depresión tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Además de los factores genéticos, diversos factores ambientales también pueden aumentar el riesgo de depresión infantil.

Mientras que en los adultos los factores de estrés laboral, las dificultades en las relaciones y los eventos traumáticos pueden desencadenar la depresión, en los niños y adolescentes los factores familiares, trauma o separación de los padres, pueden aumentar el riesgo de desarrollar depresión, hogares disfuncionales, como el conflicto parental, la historia de abuso o negligencia, y las dificultades académicas suelen tener un papel más prominente.

El tratamiento de la depresión infantil requiere un enfoque multidisciplinario que aborde tanto los aspectos biológicos como los psicosociales del trastorno. A diferencia de los adultos, los niños y adolescentes pueden beneficiarse particularmente

de intervenciones terapéuticas que involucren a la familia y al entorno escolar, así como de enfoques psicoterapéuticos adaptados a su desarrollo cognitivo y emocional. Además, la farmacoterapia debe ser considerada con precaución y solo bajo la supervisión de un profesional de la salud mental, dada la sensibilidad de los niños y adolescentes a los efectos secundarios de los medicamentos antidepresivos. Entre los factores preventivos clave para la depresión infantil. Se destaca la importancia de un entorno familiar estable y comprensivo, así como el apoyo emocional y relaciones sociales saludables. Un estilo de crianza amoroso, donde los límites y reglas de la casa estén claros, junto con el fomento de la autoestima y la educación emocional.

Conclusión

En conclusión, es primordial proporcionar tratamiento y una red de apoyo efectiva a los niños que sufren de depresión. Los niños y adolescentes son especialmente vulnerables a los efectos devastadores de la depresión, y es esencial abordar sus necesidades emocionales y psicológicas de manera temprana y adecuada. La participación activa de cuidadores, padres y educadores en el proceso de tratamiento es fundamental para garantizar el éxito a largo plazo y mejorar el bienestar emocional y el funcionamiento global de los niños afectados. Al proporcionar un entorno de apoyo comprensivo y compasivo, se puede promover la resiliencia y ayudar a los niños a superar los desafíos asociados con la depresión. En última instancia, al priorizar el bienestar emocional de los niños y adolescentes, podemos construir un futuro más saludable y equitativo para las futuras generaciones.

Referencia Bibliográfica

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Garber, J. (2006). *Depression in children and adolescents: Linking risk research and prevention*. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6), S104-S125.
- Kramer, P. D. (2006). *Contra la depresión*. España: Seix Barral.



INTOXICACIÓN POR PARAQUAT: UN CASO EN ETNIA INDÍGENA



Urón Pinto René*, **Gamez Arango Liceth Paola****, **Olmedo Ávila María Laura***** **Maestre Diab Josias******

* Médico, especialista en toxicología clínica

**Médico interno del Hospital Rosario Pumarejo de López

***Médico general

Resumen

El Paraquat es un herbicida de tipo bipyridilo utilizado de forma amplia en la agricultura. Las cifras de morbimortalidad debido a la intoxicación por esta sustancia varían, llegando a ser hasta del 100%, y estando relacionada con ingesta de forma intencional. Lo cual constituye un problema de salud pública, donde los grupos étnicos indígenas representan un importante grupo de riesgo. A continuación, se presenta un caso de intoxicación por Paraquat en una joven perteneciente a un grupo indígena de Colombia con fin autolítico en el cual se desarrolló fracaso multiorgánico y concluyó en una evolución fatal.

Palabras claves: Herbicida, Paraquat,

autólisis, grupos étnicos.

Abstract

Paraquat is a bipyridyl-type herbicide widely used in agriculture. Morbidity and mortality rates due to poisoning by this substance vary, reaching up to 100%, and being related to intentional ingestion. Which constitutes a public health problem, where indigenous ethnic groups represent an important risk group. Below is a case of paraquat poisoning in a young woman belonging to an indigenous group in Colombia with an autolytic end in which multiple organ failure developed and ended in a fatal evolution.

KEY WORDS: Herbicide, paraquat, autolysis, ethnic groups.

1. Introducción:

El Paraquat es un herbicida altamente efectivo no selectivo de tipo bipyridilo utilizado de forma amplia en la agricultura. La afectación sistémica en la intoxicación por Paraquat se da en casi todos los niveles, sin embargo, el compromiso pulmonar resulta ser una de las principales causas de mortalidad. Las cifras de morbimortalidad por intoxicación varían dependiendo los países, siendo hasta del 100% la causa de forma intencional, esto debido a que se carece de un antídoto eficaz y específico(1).

En algunos países la venta de Paraquat está prohibida, sin embargo, en Colombia aún se distribuye. Según el Instituto Nacional de Salud para el año 2020 se registraron 17.332 casos de intoxicaciones por diferentes sustancias, de estos, el 20.3% (3272 casos)

correspondieron a plaguicidas, las cuales se presentaron principalmente en el hogar y estaban relacionados con intento de suicidio (1). En cuanto a la mortalidad se presentaron 181 casos, con una letalidad de 0.55% correspondiendo el 42% por plaguicidas; cifras que varían con respecto a otros países; en Estados Unidos existe una letalidad del 54%, en Francia del 74% y en Asia del 80% (2).

La conducta suicida representa un fenómeno biológico y sociocultural, y se considera un problema de salud pública según la Organización Mundial de la Salud. Siendo una de las poblaciones en mayor riesgo de sufrir este evento de salud mental el grupo étnico indígena. Desde la década de los 90, se viene documentando la presentación sistemática de esta conducta en los pueblos indígenas, aun así, el país tiene dificultades para calcular las tasas de suicidio en esta población, ya que no hay datos exactos del tamaño poblacional y además el subregistro de los suicidios rurales. Este problema constituye una causa importante de muerte entre adolescentes y jóvenes indígenas colombianos y a nivel mundial en general(3).

2. Presentación de caso:

Paciente femenino de 17 años de edad, procedente de el municipio de Pueblo Bello, Cesar, perteneciente a comunidad indígena Arahuaca, quien ingresó al servicio de urgencias remitida de unidad de primer nivel debido a cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por dificultad respiratoria, asociado a disfagia e ictericia generalizada posterior a la ingesta voluntaria de aproximadamente 50 cc de Gramafin, herbicida con principio activo Paraquat. Según referencia de los familiares, la paciente había sido tratada con medicina ancestral por líder de comunidad indígena durante los días anteriores a la consulta.

Al ingreso se encontraba alerta, sin respuesta verbal aunque obedeciendo órdenes, con marcada ictericia mucocutánea generalizada, hemodinámicamente con cifra tensional

normal, taquicardica, taquipneica y con saturación de oxígeno en límite inferior a aire ambiente (ver tabla No. 1). En la exploración física se evidenció lesiones eritematosas y ulceradas en labios, mucosa yugal, lengua y orofaringe (ver imagen No 1). Además tirajes intercostales con murmullo vesicular disminuidos en ambos campos pulmonares a la auscultación; abdomen levemente distendido, no masas, ni visceromegalias, sin signos de irritación peritoneal, y con orina colúrica.

Los estudios de laboratorio revelaron leucocitosis con neutrofilia, compromiso renal aguda, uremia, transaminitis e hiperbilirrubinemia. Los tiempos de coagulación, el ionograma y los gases arteriales se encontraban en límites normales (ver tabla No. 2). La Tomografía axial computarizada (TAC) de tórax evidenció signos de enfisema subcutáneo a nivel de cuello el cual se extendía hacia el mediastino superior, medio e inferior; silueta aumentada de tamaño; parénquima pulmonar con áreas de mayor y menor atenuación alternantes que adquirieron un patrón en mosaico, sugestivo de signos de atrapamiento aéreo; además zonas de mayor atenuación en ambos campos pulmonares a predominio vía apical y segmento superior de ambos lóbulos inferiores, con atenuación en vidrio deslustrado.

Inicialmente la paciente se le fue instaurado tratamiento basado en las Guías del Ministerio de Salud colombiano, OPS, OMS, el cual consiste en la administración de N-acetilcisteína en Dextrosa 5% en dosis de 150 mg/kg en bolo I.V. administrado en 15 minutos, seguido por 50 mg/kg I.V. administrados en 4 horas en infusión continua, luego 100 mg/kg I.V. administrados en 16 h. en infusión continua hasta completar 10 días de tratamiento I.V. intrahospitalario. Propanolol, en dosis de 40 mg V.O. cada 6 horas; vitamina E, en dosis de 400 U.I. V.O. cada 12 horas. Este esquema acompañado de terapia inmunosupresora con metilprednisolona en dosis de 15 mg/kg en 200 ml de DAD 5% y



ciclofosfamida, en dosis de 15 mg/kg en 200 mL de dextrosa en agua destilada (DAD) 5%. La paciente fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos pediátrica, donde falleció 40 horas después del ingreso hospitalario por falla multisistémica y ventilatoria.

Tabla No 1. Signos vitales de la paciente al ingreso

Signos vitales al ingreso	
Tensión arterial(mmHg)	PS: 114 PD: 67
Frecuencia cardiaca(latidos/minuto)	102
Frecuencia respiratoria(respiraciones/minuto)	46
Saturación de oxígeno(%)	95
Temperatura(°C)	36,7

PS: Presión sistólica

PD: Presión diastólica

Imagen No 1. Lesiones en mucosas de cavidad oral



Foto tomada por autores

Tabla No 2. Paraclínicos de ingreso

Hemograma	Leucocitos(ul): 14.350 Neutrófilos(ul): 13.470 Linfocitos(ul): 620 Hemoglobina(g/dL): 14,6 Hematocrito(%): 43,1
	Plaquetas(ul): 323.000
Tiempos de coagulación	Tiempo de protrombina(s): 12,8 Tiempo parcial de tromboplastina(s): 23,3
Glicemia(mg/dL)	99
Creatinina sérica(mg/dL)	5,66
Nitrogeno Ureico(mg/dL)	63,2
Transaminasas(U/L)	GPT: 654 GOT: 210
Fosfatasa alcalina(U/L)	413
Bilirrubinas(mg/dL)	Total: 6,94 Directa: 5,87 Indirecta: 1,1
Ionograma	Sodio(mmol/L): 135,4 Potasio(mmol/L): 5,06 Cloro(mmol/L): 103, 5 Calcio ionico(mmol/L): 1, 91 Magnesio(mg/dL): 2
Gases arteriales	PH: 7.40 PCO2: 26.6 HCO3 16.4 PO2: 99.7 BE: -6.8 PO2/FIO2: 4.75, Na 129.4, K 3.66, Ca 0.66, Cl 96 Anion GAP: 20.7.

U/L: unidades/litro; ul: microlitro; g: gramo; mg: miligramo; dl: decilitro; mmol: milimol; %: porcentaje; s: segundo; GPT: Alanino Amino Transferasa; GOT: Aspartato aminotransferasa; pH: potencial de hidrogeniones; PCO₂: presión de dióxido de carbono; HCO₃: bicarbonato; PO₂: presión de oxígeno; BE: Base exceso; FIO₂: fracción inspirada de oxígeno; Na: sodio; K: potasio; Ca: calcio; Cl: cloro; Anión GAP: brecha aniónica.

Imagen No 2. Rx de tórax de ingreso

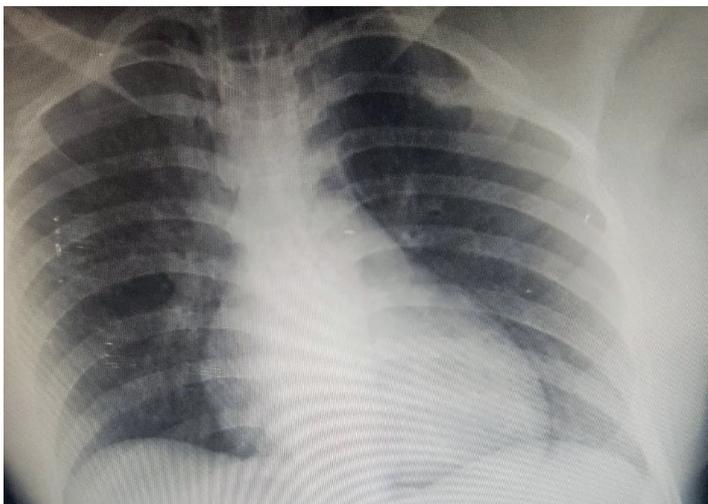


Foto autorizada para publicación

3. Discusión

El Paraquat (PQ) es una sustancia altamente tóxica para los humanos, solo basta con una cucharadita de PQ concentrado para provocar la muerte. La dosis letal estimada para un humano adulto es de aproximadamente 30 mg/kg o menos de 10 g del ion Paraquat (entre 3 – 6 g) lo que equivale a 10 – 20 ml de solución al 20% (4).

El Paraquat se absorbe rápida pero incompletamente y luego se elimina en gran medida sin cambios en la orina en un plazo de 12 a 24 h. Las características clínicas se deben principalmente a la generación de especies reactivas de oxígeno (ROS) intracelular que causan daño celular mediante peroxidación lipídica, activación del factor nuclear kappa B, daño

mitocondrial y apoptosis en muchos órganos; además induce la óxido nítrico sintetasa, llevando a un aumento del óxido nítrico el cual se combina con los aniones superóxido conduciendo a la producción de peróxido de nitrilo. La generación en gran medida de ROS y su acumulación genera lo que se conoce como peroxidación lipídica que conlleva a daño celular de múltiples organelas, así mismo hipotensión, muerte celular y fibrosis pulmonar. Tiene una cinética tricompartmental: luego del plasma se distribuye en órganos como corazón, riñones e hígado, para finalmente acumularse a nivel pulmonar en los neumocitos tipo I y II, donde alcanza concentraciones 6 a 10 veces mayor que las del plasma(4,5).

La intoxicación por Paraquat va generando cambios en el organismo de la víctima con el pasar de las horas las cuales se conocen como fases de intoxicación, en las cuales se dan manifestaciones clínicas específicas, esto asociado a la cantidad del tóxico consumido y el tiempo transcurrido desde el consumo. Se evidencian las siguientes fases:

1. Fase 1: aparece en las primeras 24 horas y se observa fundamentalmente el efecto corrosivo del tóxico.

2. Fase 2: suele ocurrir entre el segundo y el quinto día, y se caracteriza por la instauración de una falla multiorgánica.

3. Fase 3: ocurre a partir del quinto día, se caracteriza por el desarrollo de fibrosis pulmonar(6).

En cuanto a las características clínicas del envenenamiento por Paraquat va a depender del área expuesta, por ejemplo, por vía tópica genera irritación del área (ojos o piel) y dependiendo de la concentración, tiempo de exposición y manejo del paciente puede progresar a ulceración o lesiones más graves como descamación del área afectada.

En el presente caso la intoxicación se dio por vía enteral, en la que se presentan manifestaciones más graves incluso fatales aun con concentraciones muy mínimas del producto,



como son: náuseas, emesis, dolor abdominal, diarrea o incluso casos de íleo, ulceración y necrosis de las mucosas expuestas (oral, esofágica, digestiva), las cuales se evidenciaron en la paciente. La presencia de disfagia y odinofagia pueden ser marcadores de complicaciones posteriores a la ingesta del veneno como la ruptura esofágica, mediastinitis, enfisema subcutáneo entre otros(5).

La gravedad de la intoxicación va a depender de múltiples factores, pero en primer lugar de la cantidad del veneno ingerido y el tiempo post exposición, por lo cual se presenta:

Grado de intoxicación	Cantidad de Paraquat consumido (presentación al 20%)	Manifestaciones
Leve	Menos 10 ml (<20 mg/kg)	Síntomas gastrointestinales, falla renal leve.
Moderado	10 a 20 ml. (20-40 mg/kg)	30 a 60% de mortalidad luego del quinto día. Síntomas gastrointestinales, falla renal, hepatitis, fibrosis pulmonar, que suelen llevar a la muerte.
Grave	Más de 20 ml (>40 mg/kg)	100% de mortalidad en uno a cinco días. Falla multisistémica de rápida instauración, choque o perforación del tracto gastrointestinal.

Fuente: adaptado del Ministerio de Salud y Protección Social, OMS/OPS. Guía para el Manejo de Emergencias Toxicológicas. 2017.

La base del diagnóstico de la intoxicación por PQ es circunstancial. Por lo tanto, es importante determinar la hora y evidencia de exposición y la cantidad de veneno ingerido en los casos que sea posible conocer esta información. Existen pruebas que pueden ser de apoyo en el pronóstico y para evaluar la toxicidad sistémica del Paraquat, como es el caso de la prueba de ditionato de sodio en

plasma y en orina. En un medio alcalino, el ditionato reduce al Paraquat a un radical azul (si la concentración en orina es >1 mg/L o en plasma >2 mg/L). por lo cual es una ayuda en la evaluación cualitativa de envenenamiento por Paraquat (5).

Además de esta prueba, se deben realizar paraclínicos como hemograma, pruebas de función hepática, función renal, electrolitos séricos de forma diaria para evaluar el comportamiento de cada analítica; también pueden ser de gran ayuda según la condición del paciente el uso de endoscopia digestiva superior (debe realizarse de forma temprana), radiografía de tórax (para detectar lesiones tempranas a nivel pulmonar como una alveolitis, fibrosis pulmonar, síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) e incluso complicaciones más raras como neumomediastino o neumotórax), el uso de la tomografía computarizada de tórax también es un predictor temprano de SDRA, por lo cual es de gran ayuda diagnóstica y pronóstica; electrocardiograma, gases arteriales, citoquímico de orina, lactato y se sugiere realizar espirometría posterior al manejo de la fase aguda para buscar alteraciones restrictivas residuales(5,7). Podría decirse que el presente caso corresponde a uno grave, debido al volumen de Paraquat ingerido y los hallazgos pulmonares y clínicos.

Entrando a la parte terapéutica, el tratamiento de la intoxicación por Paraquat se debe realizar con el paciente hospitalizado en un centro de alta complejidad en el que cuente con el servicio de toxicología clínica. En primer lugar, la hidratación del paciente con cristaloides es fundamental para reducir el daño renal debido a que la excreción de este veneno se da por los riñones (5).

En el caso de la oxigenación se debe tener en cuenta que en hipoxia leve a moderada no se debe tratar con oxígeno suplementario debido a que el Paraquat es un generador de ROS y puede empeorar el estrés oxidativo

instaurando falla respiratoria en el paciente de forma acelerada. En el caso que se trate de un paciente que haya ingerido dosis del veneno elevadas se debe iniciar un manejo fundamentalmente paliativo y depende de los especialistas tratantes (toxicólogo clínico, urgenciólogo o intensivista) el traslado a una unidad de cuidados especiales o intensivos. En el libro Goldfrank's toxicologic emergencies 10 ed., se habla del uso de ventilación en pacientes con intoxicación por Paraquat y afines, en donde mencionan que puede ser beneficioso limitar la FiO₂ al mínimo para mantener una PaO₂ entre 60-65 mmHg o una SpO₂ entre 88-90% pero no hay datos concluyentes que respalden esta hipótesis. De hecho, los pacientes que llegan a ser intubados por insuficiencia respiratoria tienen un curso tórpido y tienden a deteriorarse de forma rápida en horas o días (8).

El lavado gástrico se recomienda principalmente para los pacientes que sean ingresados una hora después de la exposición al cáustico, para disminuir la absorción se recomienda el uso de carbón activado a una dosis de 1 gr/kg en dosis repetidas cada 4 horas por tres días, con posterior administración de catártico (manitol 5ml/kg), según la guía del ministerio de salud de Colombia no se recomienda el uso de tierra Fuller debido a su baja disponibilidad, pero según Sukumar et al. Se ha demostrado también beneficios a nivel de la absorción del veneno, estos mismos investigadores mencionan que no existe una indicación definitiva para el uso de catárticos como el manitol o el sorbitol en el tratamiento de la intoxicación por Paraquat, por lo cual es de criterio de la organización de cada país y de los protocolos que realicen el usar o no estos tratamientos (7). En el caso de la paciente en cuestión, debido al tiempo de evolución desde la ingesta del herbicida, no fue indicado el lavado gástrico.

El uso de sonda nasogástrica puede ser de ayuda en caso de que el paciente sobreviva a la fase aguda de la intoxicación para poder

ser alimentado, pero es contradictorio debido a que el efecto del cáustico en la primera fase de exposición es corrosivo al intentar introducir la sonda por vía digestiva puede causar complicaciones como sangrado e incluso perforación, por lo que es mejor dejar al paciente nada por vía oral y evitar el uso de esta en la medida que sea posible(7).

El uso de hemoperfusión y hemodiálisis es un recurso útil para la eliminación masiva del tóxico en las primeras 12 horas postexposición, combinado con las medidas de descontaminación gastrointestinal y la terapia farmacológica. Según la guía del Ministerio de Salud no se recomienda el uso rutinario de hemoperfusión con carbón activado, pero este método ha demostrado ser eficiente al momento de la remoción directa del Paraquat de la circulación sistémica. La hemoperfusión continua no salva vidas, pero prolonga la supervivencia al mejorar la estabilidad del sistema circulatorio. En el estudio realizado por Dinis-olivera y col. Propusieron una estrategia en la cual se utilizarán hasta 7 sesiones de hemoperfusión con carbón activado en un rango de 6 a 8 horas de duración/sesión, la cual debería iniciarse dentro de las 4 horas posteriores a la ingestión y se mantendrían hasta que los niveles en plasma de Paraquat fueran < 0,2mg/L (5,9).

La intoxicación por Paraquat no cuenta con un antídoto específico que pueda detener o revertir el curso de la misma, pero se tiene como recurso el uso de antioxidantes como es el caso de la N-acetilcisteína. Gracias a que el Paraquat es formador de radicales libres y estos son los que impulsan en gran medida las alteraciones hepáticas, renales, pulmonares y nerviosas, la N-acetilcisteína es un antioxidante donador de glutatión reducido el cual reduce la formación de radicales superóxido reduciendo así el efecto del estrés oxidativo. El uso de este medicamento es diferente en varios países pues los protocolos varían de acuerdo a los



resultados en la mayoría de los pacientes. La guía de manejo que nos presenta el Ministerio de Salud en asociación con la OMS/OPS nos habla de una dosis de 150 mg/kg en bolo I.V. administrado en 15 minutos, seguido por 50 mg/kg I.V. administrados en 4 horas en infusión continua, luego 100 mg/kg I.V. administrados en 16 h. en infusión continua hasta completar 10 días de tratamiento I.V. intrahospitalario; continuando ambulatoriamente con dosis 600 mg V.O. cada 6 horas durante otros 10 días (5). Esta indicación varía un poco para los protocolos establecidos en la India donde la dosis de N-acetilcisteína es de 50 mg/kg durante 3 horas; 300 mg/kg durante 24 horas durante 3 semanas (4).

Se ha encontrado evidencia de avances en terapias antioxidantes, un estudio realizado en china en 2019 sobre el Edaravone que es un antioxidante eliminador de radicales libres y tiene efectos antiapoptóticos, necróticos y antiinflamatorios, en el cual se evidenció que su uso es beneficioso como nefro y hepatoprotector en el envenenamiento por Paraquat al reducir el estrés oxidativo e inhibir la respuesta inflamatoria, también se demostró el retraso en la instauración de la fibrosis pulmonar y prolongación en el tiempo de supervivencia (10).

También se ha mencionado el uso de vitamina C al ser un donante de electrones para los radicales libres y así neutralizarlos, en dosis de 300 mg vía oral dos veces al día. Por otro lado la vitamina E, que es recomendada por los protocolos colombianos, ha demostrado que ayuda en la reducción de la toxicidad pulmonar y a captar radicales libres en dosis de 400 UI vía oral cada 12 horas (5,7).

Acompañada de la terapia antioxidante antes mencionada va la terapia inmunosupresora, la cual ha demostrado ser efectiva en la disminución del riesgo de mortalidad en intoxicación moderada a grave; se recomienda

el uso de ciclofosfamida y esteroides, pero es importante tener en cuenta que se debe administrar teniendo al paciente en una zona de aislamiento para evitar infecciones oportunistas. La dosis de la ciclofosfamida es de 15 mg/kg en 200 ml de dextrosa en agua destilada (DAD) al 5% pasar en 2 horas cada 24 horas en 2 dosis. Y en el caso de la metilprednisolona se administra a dosis de 15 mg/kg en 200 mL de DAD 5% para pasar cada 24 horas por 2 dosis, puede repetirse hasta una tercera dosis, continuando dexametasona 5 mg I.V. cada 6 horas, hasta que la PO₂ sea mayor a 80 mmHg (5, 10,11). El uso de este esteroide debe ser vigilado principalmente por sus efectos adversos como leucopenia, hiperglucemia, entre otros.

En España, según la guía de intoxicaciones de la Societat Catalana de Medicina Intensiva Crítica (SOCMIC) el tratamiento inicial depende también del grado de intoxicación. Las medidas utilizadas incluyen lavado gástrico y descontaminación gastrointestinal con carbón activado y/o tierra de Fuller dentro de la primera hora post ingestión; uso de betabloqueantes, antioxidante como la N-acetilcisteína o las Vitaminas E y C y el uso incluso de anticuerpos específicos dirigidos contra el Paraquat para inhibir la captación del herbicida por el neumocito tipo II. Por otro lado, el uso de melatonina para reducir la capacidad oxidativa del Paraquat, y del litoespermato magnésico para la reducción de la toxicidad renal. Otras medidas comprenden el uso de inmunosupresores como los corticoides y la ciclofosfamida, al igual que la restricción de uso de oxígeno para reducir la producción de radicales superóxidos (12). Todas estas medidas no son diferentes a las establecidas por el ministerio de salud colombiano.

4. Conclusiones:

La intoxicación por Paraquat constituye un método importante de conducta suicida en el mundo, debido a que el consumo de

esta sustancia tiene una alta tasa de mortalidad, pudiendo llegar hasta el 100%. El caso presentado corresponde a uno grave, esto debido al volumen de Paraquat ingerido y el estado clínico con el que ingresó la paciente de acuerdo al tiempo de evolución de la ingesta del herbicida. Es un caso interesante debido a que no se sabe de qué manera pudo haber empeorado el cuadro clínico la utilización de sustancias de medicina ancestral, teniendo en cuenta la procedencia étnica de la paciente. El desenlace final fue desfavorable pero esperado, concluyendo en muerte, secundaria a la falla multisistémica y ventilatoria ocasionada por el Paraquat.



Referencias:

1. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUÍMICAS COLOMBIA 2020. Gov.co. [citado el 11 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTOXICACIONES_2020.pdf
2. Marín Cuartas M, Berrouet Mejía MC. Intoxicación por paraquat. CES Med [Internet]. 2016 [citado el 11 de marzo de 2024];30(1):114–21. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052016000100013
3. Vargas-Espíndola A, Villamizar-Guerrero JC, Puerto-López JS, Rojas-Villamizar MR, Ramírez-Montes OS, Urrego-Mendoza ZC. Conducta suicida en pueblos indígenas: una revisión del estado del arte. Rev Fac Med Univ Nac Colomb [Internet]. 2017;65(1):129–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.54928>
4. Delirrad M, Majidi M, Boushehri B. Clinical features and prognosis of paraquat poisoning: a review of 41 cases. Int J Clin Exp Med. 2015;8(5):8122–8.
5. Ministerio de Salud y Protección Social, OMS/OPS. Guía para el Manejo de Emergencias Toxicológicas. 2017. Disponible en: [https://retoxlac.org/wp-content/uploads/2023/04/guia-manejo-](https://retoxlac.org/wp-content/uploads/2023/04/guia-manejo-emerg-tox-colombia_compressed.pdf)

[emerg-tox-colombia_compressed.pdf](#)

6. Marín Cuartas M, Berrouet Mejía MC. Intoxicación por paraquat. CES Med. 2016;30(1):114–21.
7. Sukumar CA, Shanbhang V, Shastry AB. Paraquat: The Poison Potion. Indian J Crit Care Med. 2019;23(4):S263–6.
8. Roberts DM. Herbicides. In: Hoffman RS, Howland M, Lewin NA, Nelson LS, Goldfrank LR., editors. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 10th ed., New York, NY: McGraw-Hill; 2015. ch. 112.
9. Li LR, Sydenham E, Chaudhary B, Naser KA, Jeganathan K, Munasinghe A, et al. Glucocorticoid with cyclophosphamide for paraquat-induced lung fibrosis. Cochrane Database Syst Rev. 2014;8. doi: 10.1002/14651858.CD008084.pub4:CD008084.
10. Yi R, Zhizhou Y, Zhaorui S, Wei Z, Xin C, Shinan N. Retrospective study of clinical features and prognosis of edaravone in the treatment of paraquat poisoning. Medicine. 2019;98(19):e15441. doi: 10.1097/MD.00000000000015441.
11. Li C, Hu D, Xue W, Li X, Wang Z, Ai Z, et al. Treatment outcome of combined continuous venovenous hemofiltration and hemoperfusion in acute paraquat poisoning: a prospective controlled trial. Crit Care Med. 2018;46(1):100–107. doi: 10.1097/CCM.0000000000002826.
12. Morán I, Martínez J, Marruecos L, Nogué S. Toxicología clínica. SOCMIC. 2011. Disponible: http://www.fetoc.es/asistencia/Toxicologia_clinica_libro.pdf

SINDROME DE BURNOUT



Joaquín Alfonso Maestre Vega*

**Médico Ortopedista y Traumatólogo
Director Centro Ortopédico del Cesar
Presidente del Colegio Médico de Valledupar y del Cesar
Magistrado del Tribunal de Ética Médica del Cesar*

El síndrome de Burnout o síndrome de agotamiento o de desgaste profesional, es un problema psicosocial causado por un inadecuado manejo del estrés crónico en el ámbito laboral. Este síndrome se caracteriza por la presencia de agotamiento emocional, despersonalización y la percepción de una baja realización personal. Los profesionales de la salud, debido a la naturaleza exigente de su profesión y del entorno de trabajo, son especialmente susceptibles de padecer el síndrome de burnout.

El primer caso reportado de síndrome de desgaste profesional en la literatura fue reportado por Graham Greens en 1961, en su artículo "a burnout case". Luego, en 1974, el psiquiatra germano-estadounidense Herbert J. Freudenberger realizó la primera conceptualización de esta patología, a partir de observaciones que realizó mientras laboraba en una clínica para toxicómanos en New York y notó que muchos de sus compañeros de trabajo, luego de más de 10 años de trabajar, comenzaban a sufrir pérdida progresiva de la energía, idealismo, empatía con los pacientes, además de agotamiento, ansiedad,

depresión y desmotivación con el trabajo.

Los trabajadores de la salud están sometidos a un régimen laboral que muchos casos exceden la jornada ordinaria laboral de 8 horas diarias que se pueden extender a 12 horas y hasta más. En el Departamento del Cesar, el gremio de la salud, como enfermeras y médicos están realizando jornadas hasta de 36 horas continuas para poder subsistir, de lo contrario no pueden cumplir con sus obligaciones mensuales por no contar con una remuneración mensual fija, como si sucede con otras profesiones o actividades desarrolladas por los Jueces, Fiscales, Docentes, y/o funcionarios de diferentes entidades Gubernamentales del Estado, etc.

En la actualidad el personal de la Salud, sale de turno de una clínica para otra con el fin de aumentar las probabilidades de pago e ingreso, por la falta de oportunidad en el pago que existe en algunas instituciones de salud, aunado a la baja remuneración y honorarios que reciben por la prestación de sus servicios, pese al elevado número de pacientes que deben atender y a las extenuantes jornadas de trabajo que limitan el quehacer del médico como profesional y como persona.

Muchos de los especialistas se están jubilando sin haber siquiera gozado de vacaciones; además de la falta de descanso, pues como ya se ha dicho en líneas anteriores, trabajan con sobrecarga de pacientes, por ejemplo: los intensivistas como norma deben atender 10 pacientes, sin embargo, hay clínicas en las que tienen que velar por 25.

Otra variable que sobrecarga emocionalmente a los médicos es la atención de los familiares de los pacientes, toda vez que al momento de tener que darles información acerca del estado de salud de su familiar, se produce un ambiente

alto de tensión y estrés, debido a la reacción de los mismos; factores todos estos que traen como resultado el síndrome de agotamiento o burnout, cuyos signos principales son agotamiento físico y mental, despersonalización y bajo rendimiento en el ejercicio profesional, traduciéndose en síntomas de irritabilidad, ansiedad, problemas de sueño, depresión, hipocondría, alienación, desgaste, problemas familiares; manifestaciones cognitivas: dificultad para concentrarse, recordar, aprender cosas nuevas, tomar decisiones.

Este síndrome afecta a más profesiones que requieren contacto directo con las personas y con un sentir humanístico del trabajo.

La tranquilidad emocional da la prudencia, la tolerancia de los médicos, que caracterizaba a nuestros antecesores; valores estos que se han venido perdiendo, pues a diario se escuchan comentarios y noticias en los que se encuentran involucrados médicos; existen rencillas y discusiones entre colegas; médico con el paciente y/o con sus familiares e incluso con personal subalterno por situaciones de poca relevancia en el ejercicio de la profesión.

Es preciso mencionar, que, el descanso laboral, que se constituye como un derecho para los trabajadores, se garantiza mediante el tiempo libre, la limitación de la jornada laboral, los dominicales y festivos, y, las vacaciones anuales, esto permite al médico un desarrollo integral como persona, mejorar la productividad, el cambio y fortalecimiento de las condiciones de trabajo del personal de la salud, propendiendo por una medicina más personalizada con apego al respeto por la dignidad humana, promulgando la generosidad, la bondad, solidaridad, como bienes preciados del ser humano. Y todo ello se enmarcaría en volver a ser empáticos con los pacientes.

Los beneficios del descanso en el trabajo, que se mencionan a continuación han sido destacados por estudios científicos:

- Permite la recuperación de energías
- reduce el estrés y la ansiedad
- disminuye la fatiga

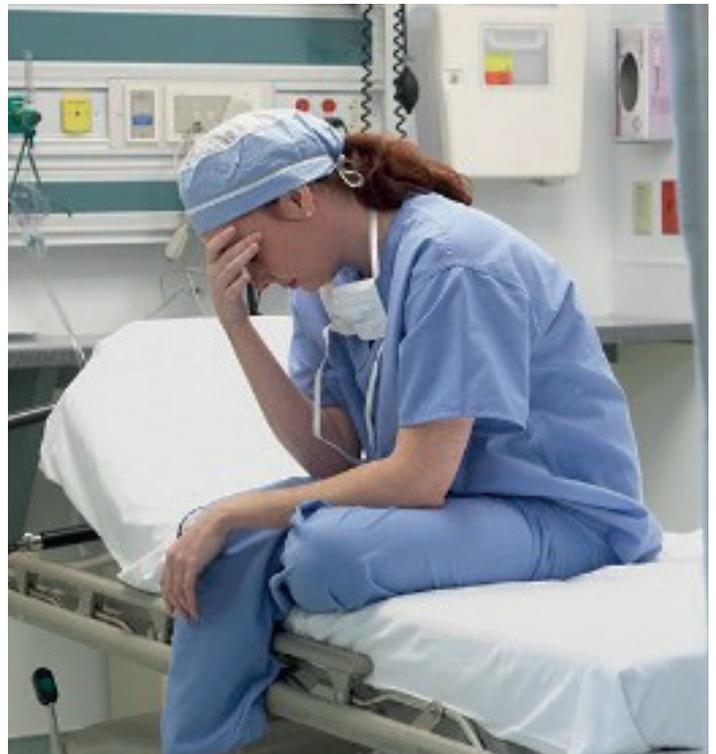
- mejora la calidad del sueño
- mejora los niveles de desempeño
- evita problemas de salud

En Estados Unidos en una revisión se encontró que, la tasa de suicidio en médicos es del 28 al 40 por 100 mil habitantes, mientras que en la población en general es del 12.3 por cada 100 mil.

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la tasa de suicidio en Colombia es del 35.4 por cada cien mil. En el 2022 fue del 5.49 por cien mil habitantes.

En reciente estudio realizado por el Colegio Médico Colombiano (CMC), se detectaron elevados índices de afectación del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud en el país.

Se trata de un mal que afecta a trabajadores de diferentes sectores de la economía y que se caracteriza por traer consecuencias físicas, mentales y emocionales, los cuales amenazan la salud, así como el desempeño laboral y social de quienes lo padecen.





Este síndrome se caracteriza principalmente por tres grandes síntomas: Agotamiento y deterioro físico y emocional (cansancio excesivo, falta de concentración y dificultad de realizar actividades motoras), despersonalización (actitudes negativas y falta de interés hacia los pacientes) y falta de realización personal (problemas de autoestima, frustración, ansiedad y elevados niveles de estrés). El estudio, en el que participaron 6.600 médicos que se desempeñan en diferentes áreas, encontró que son las mujeres las más afectadas por esta condición.

Según el CMC, el 70% de las médicas se sienten cansadas emocionalmente, 61% reconocen despersonalización y el 45% no se sienten realizadas personalmente. Todo esto acompañado de dolencias y problemas en su desempeño.

En el caso de los hombres, 61% tienen problemas de agotamiento emocional, 57,3% de despersonalización, mientras que el 31% reconocen falta de realización personal.

Otros preocupantes datos que reveló el estudio demostrarían que el 63% de los encuestados se sienten agotados emocionalmente en sus labores cotidianas al menos una vez a la semana. Entre los factores que desencadenan este hecho se encuentran que los pacientes suelen culparlos de los problemas en el sistema de salud.

De igual manera, se llegó a la conclusión que son los cirujanos y anesthesiólogos los menos afectados por este mal, mientras que los ginecólogos son quienes presentan más síntomas, los cuales, explica el CMC, podrían ser resultado no solo de su labor sino de las constantes demandas judiciales que reciben por la naturaleza de su trabajo.

Tenemos que hacer un llamado al gremio médico y a todo el personal de la salud, al descanso como medio indispensable para una buena salud; mencionar los altos índices de suicidio que se presentan en el gremio, el cual ha venido aumentando, luego de enfrentar la Pandemia por COVID-19.

Los médicos soportan silenciosamente una grave sobrecarga laboral. Los médicos en el mundo sufren una 'pandemia de agotamiento' que pone en riesgo tanto su salud, como la de la sociedad en general. El agotamiento de los médicos es síntoma de un problema mayor, un sistema de salud que sobrecarga de trabajo cada vez más a los médicos y subestima sus necesidades.

Las agremiaciones y entidades científicas del gremio médico deben crear y fortalecer sus acciones hacia el mejoramiento de las condiciones laborales del personal médico y de la salud en general para contribuir a la optimización de la calidad de vida laboral de estos profesionales y la de los servicios de salud.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben incluir en sus sistemas de gestión de salud y seguridad en el trabajo, proyectos que ayuden a minimizar o contrarrestar las diferentes demandas judiciales e investigaciones penales y/o éticas que aumenten el estrés laboral crónico, del cual se deriva el síndrome de burnout, lo que aporta o resta a la calidad del cuidado de la salud.

Advertir y alertar a las entidades gubernamentales, la importancia de este tema y la necesidad de crear políticas públicas encaminadas a disminuir los factores desencadenantes del burnout en médicos y en los demás profesionales de salud, ya que sus consecuencias, repercuten negativamente en los costos en salud derivados de la atención médica y en la seguridad del paciente.

Indudablemente las mejoras en la humanización de la medicina en el país y en el Departamento del Cesar, está ligada a una mejora en las condiciones salariales y laborales para el gremio de la salud, y, en velar por el cumplimiento de las mismas.

¡SALUD MENTAL, EL DESAFIO PARA VIVIR ...!

La salud mental, abarca en su definición, el estado de “Bienestar emocional, psicológico y social”. En otros términos, se habla del equilibrio social y conductual de una persona con su entorno (entiéndase equilibrio como el nivel o la capacidad de enfrentar fuerzas opuestas sin dejarse afectar por alguna de ellas), garantizando su participación, la capacidad de afrontar dificultades, percepción y juicio de la realidad y de sí mismo para alcanzar el bienestar y una buena calidad de vida.

La salud mental es el estado que permite evaluar, comparar, y apreciar la conducta de una persona, su interacción con el entorno familiar, social, laboral, etc., y la manera de reaccionar y responder a las demandas, exigencias, retos y desafíos de la cotidianidad; esto nos conduce a un sinnúmero de otras afirmaciones similares.

Se plantea que la definición anterior nos enfrenta a inferir que, si una persona no tiene alguna de las habilidades mencionadas, entonces carece de Salud Mental y esto, por supuesto que, es relativo, ya que se puede carecer de habilidad para interactuar socialmente, pero contar con una capacidad de adaptación y recuperación admirable. Todo lo anterior es insuficiente para hacer un diagnóstico. Sin embargo, existen algunos trastornos (ansiedad y depresión como los más frecuentes) que se encuentran presentes en la historia de una persona



**MARIA VICTORIA RODRIGUEZ
CAMPIS***

**PSICOLOGA TP. 10028 COLPSIC
mariavictoriarodriguezcampis@gmail.com*

con alteraciones de tipo emocional, que le impiden participar socialmente de manera acorde y no por esto carecer de salud mental. La salud mental es un estado de bienestar amplio, que cobija aspectos como lo social, económico, laboral, afectivo, físico, etc. padecer en alguna de ellas no afecta las otras áreas, pero sí ejerce un desequilibrio sobre ellas (se carece de la capacidad de enfrentar fuerzas opuestas e iniciar el proceso de afectación y sus consecuencias).

Al observar y analizar cada día comportamientos y actitudes particulares y colectivas en nuestro entorno, percibimos el



proceso de deterioro de la salud mental, con el temor por la pasividad e indiferencia con que esta importante área del ser humano está siendo abordada; no como algo integral, sino como un área derivada o aislada del todo. Se han normalizado comportamientos negativos y equívocos que desfiguran al ser humano como sujeto de una comunidad sana y responsable. Enfrentamientos, riñas, robos, asesinatos, suicidios; en general y bajo la premisa de que “el país está sumergido en la violencia y esto no lo arregla nadie”.

En términos de responsabilidad, “el arreglo” hace parte del aporte de todos y cada uno de nosotros, acompañados de profesionales cualificados, con acciones, planes y programas acordes al diagnóstico situacional y sin desconocer que en Colombia y en nuestro territorio, se han presentado y superado eventos violentos, en otras épocas, y la evolución de estos a otras manifestaciones violentas y lesivas para la salud mental.

Desde los entes territoriales se han adelantado programas de atención, sin continuidad, que dificultan analizar el impacto para la creación de nuevas rutas de atención. Se proyecta desde nuevos planes de desarrollo y no desde los documentos que dan cuenta de las necesidades de la población que van surgiendo y deben ser atendidas para complementar las acciones que antecedieron el proceso actual y que permitan evaluar la trazabilidad y las experiencias significativas aplicables y replicables a otros entornos (rural, por ejemplo).

La salud mental hoy nos reclama a gritos, un “salvamento”, con acciones urgentes, que permitan tratar y minimizar eventos, con ideas y pensamientos de muerte como primera fase de la conducta suicida. Las estadísticas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (subdirección de servicios forenses), Boletín estadístico mensual marzo 2023 muestra el siguiente panorama:

MUERTES VIOLENTAS SEGÚN SEXO – Colombia comparativo años 2022 y 2023 (enero – marzo)

Manera de muerte	Año 2022				Año 2023				%
	Hombres	mujer	Indeterm.	Total	hombre	mujer	Indeterm.	Total	
Homicidio	2826	264	2	3092	2980	220	4	3204	48.20
Eventos de transporte	1478	340	-	1818	1577	333	-	1910	28.73
Accidental	675	123	-	798	694	127	-	821	12.35
Suicidio	509	121	-	630	544	168	-	712	10.71
TOTAL	5488	848	2	6338	5795	848	4	6647	99.99

MUERTES VIOLENTAS SEGÚN GRUPO DE EDAD

Grupo de edad	Homicidio	Eventos de transporte	accidental	sucidio	TOTAL
00-04	10	22	36	-	68
05-09	5	11	15	1	32
10-14	10	22	26	20	78
15-17	124	80	22	51	277
18-19	155	84	24	42	305
20-24	599	260	50	94	1003
25-29	605	270	67	81	1023
30-34	533	181	46	66	826
35-39	363	149	41	53	606
40-44	290	144	65	44	543
45-49	167	95	34	40	336
50-54	122	100	53	50	325
55-59	91	105	65	32	293
60-64	49	112	56	37	254
65-69	38	70	45	42	185
70-74	22	71	46	27	166
75-79	9	58	43	16	126
80 y más	11	76	87	16	190
Por determinar	1	-	-	-	1
TOTAL	3204	1910	821	712	6647

MUERTES VIOLENTAS SEGÚN CICLO VITAL

CICLO VITAL	homicidio	Eventos de transporte	accidental	suicidio	TOTAL
primera infancia 0-05	11	26	39	-	76
Infancia 6-11	6	10	17	4	37
Adolescencia 12 - 17	132	99	43	68	342
Juventud 18 - 28	1252	658	123	205	2148
Adulthood temprana 29 - 44	1293	520	170	175	2158
Adulthood intermedia 45 - 59	380	300	152	122	954
Anciano joven 60 - 74	109	253	147	106	615
Anciano 75 - 89	19	131	115	30	295
Anciano longevo 90 +	1	3	15	2	21
Por determinar	1	-	-	-	1
TOTAL	3204	1910	821	712	6647

POR MUNICIPIO

Municipio del hecho	homicidio	Eventos de transporte	accidental	suicidio	Total
Valledupar	40	15	3	13	71
	Violencia contra NNA	Violencia contra el adulto mayor	Violencia de pareja	Violencia otros familiares	Total
	11	5	166	47	229
Bogotá D.C.	415	109	2275	595	3394
Bucaramanga	15	11	156	55	237
Medellin	90	59	564	213	926
Cali	30	31	470	88	619
Barranquilla	25	30	229	85	369

Con esta perspectiva, solo queda la decisión de realizar una propuesta respetuosa, tal como el desarrollo de una estrategia de abordaje psicosocial en salud (familia, comunidad, y sociedad). Construir espacios de liberación o transformación interior (individuales y colectivas) desde el nivel educativo, donde se le permita al niño, al joven, o al adolescente, formar parte activa de estos espacios y liderarlos, acompañados de sus educadores; replicarlos en sus hogares, su grupo de amigos, y en general donde interactúen. Hablar de lo que les preocupa, pero también de lo que les interesa y que, desde su horizonte, propongan posibles soluciones y alternativas; implementar la normatividad desde el área de atención primaria en los servicios de salud (prevención y rehabilitación). Algunos dirán: eso se hace. Se les invita a revisar los resultados de ese hacer, como líneas de atención que hoy día no funcionan.

El abordaje psicosocial además, debe permitir a la persona considerar su relación entre él y su contexto, que transforme su interacción

comunitaria, que inspire el conjunto de prácticas y valores; que le permita visitar a un Psicólogo, con la confianza y frecuencia de quien acude al odontólogo a cuidar su salud oral, que le infunda valor a la vida, que le permita al joven expresar sus emociones y sentimientos, sin temor alguno; al anciano o adulto mayor,

sentirse parte de su núcleo y entorno, que encuentre a quienes quieran escuchar sus vivencias y aprender de sus experiencias.

Prevenir debe ser el objetivo primordial del abordaje. Acciones de Prevención (antes) y no de contención (durante). Fomentar la importancia de la salud mental disminuirá los índices de violencia y suicidios que hoy día alcanza cifras alarmantes.

Ofrecer esperanza, promover la salud mental y el bienestar, es salvar vida. Siempre será mejor "live life".



RAZÓN DE SER: “Más allá de lo evidente”



Ivonne Isabel Jiménez Silva*

**Estudios en Derecho y Filosofía, postgrado en Educación, Consultora en Educación y Desarrollo Social, funcionaria del Estado, Bogotá.*

En 2018, por cuestiones de trabajo, debí desplazarme a Valledupar; era costumbre mía observar la cotidianidad de la ciudad, las conversaciones, las noticias de moda, en fin..., hubo una serie de sucesos que llamaron mi atención y poco a poco, cada vez que había noticia sobre ello me llenaba de desesperanza porque, pasaban como una información más, tan normal que la conmoción y la novelería tomaban poco tiempo en la mente de los valduparenses: me refiero a la cadena de suicidios, que ocurrieron entre septiembre del 2018 y mayo del 2019. En el imaginario colectivo, se referían a sucesos aislados, como resultado de decepciones amorosas, dificultades económicas, pérdida de año escolar; algo de ello puede ser verdad,

motivos detonantes, pero no la causa central, que a mi juicio responde a “algo más profundo” y es en lo que me quiero detener.

Los hechos:

- » De acuerdo con Medicina legal, entre el 2010-2018, se registraron, en 2010, 15 muertes por suicidio, en 2017, 23 sucesos y en 2018, 34 suicidios.
- » El 29 de junio del 2018, el diario El Pílon reportó 4 menores de 17 años, cinco personas entre los 20 y los 50 años de edad y cuatro adultos de 60 años, suicidadas.
- » En un artículo publicado en el pílon el 20 de enero de 2019, elaborado por el CESORE, “comportamiento de las muertes violentas en Valledupar, en 2018”, se muestra que en septiembre de 2018 se registraron 3 muertes por suicidio en 72 horas.
- » Las víctimas en su mayoría son hombres
- » La modalidad de suicidio es muerte por ahorcamiento
- » El diagnóstico inicial, enfermedad afectiva, depresión.

Interpretación del Hecho: En el intento de aproximación al fenómeno, me he apoyado en el sociólogo francés, Émile Durkheim, 1897, en su estudio sobre el suicidio, una de sus obras más importantes, y en mi experiencia personal. Tuve un diagnóstico de depresión severa hace 20 años, situación que me obligó a adentrarme en la complejidad de esta enfermedad como parte del trabajo terapéutico; comprender el fenómeno para sanar. Esa circunstancia desarrolló en mí,



una cierta sensibilidad por el tema de la salud mental y a entrenarme para reconocer los síntomas en el otro.

Durkheim, define el suicidio como un Hecho Social, es decir, todo comportamiento, forma de ver, pensar, actuar y sentir exterior a la conciencia que repercute en la conciencia, en tanto el Hecho Social se erige en discurso. El sujeto es parte del discurso del otro, a partir de ello construye su identidad.

El hecho de poner la mirada en el constructo social, permite separar el fenómeno del suicidio del diagnóstico de una patología, del padecimiento mental, únicamente. La ecuación sería: Hecho Social = Padecimiento, un afuera que incide.

Si se acepta esta interpretación, tendríamos una pista para comprender el porqué del fracaso del

Estado en esta materia, la dificultad para implementar una política pública en Salud Mental y más aún apropiar recursos para una inversión significativa. Socialmente un suicida es un enfermo mental que toma la decisión de eliminarse, lo reduce a la esfera de lo privado, de la intimidad de la familia. De hecho, religiones como la católica y las cristianas consideran al suicida como un pecador porque solo Dios, el padre, es el único que puede dar y quitar la vida; hasta en el sepelio se respira la culpa y la vergüenza.

¿Cuáles serían los factores asociados al fenómeno del suicidio en el caso de Valledupar? Tenemos una ciudad en construcción que ha pasado de ser la sorpresa caribe, al estancamiento. En ámbitos como el

educativo, en donde se supone que se sientan las bases para el desarrollo de la identidad de los y las jóvenes, dónde se hacen las apuestas para las transformaciones sociales, el pensamiento crítico, la formación de ciudadanos y ciudadanas, es evidente no solo por los resultados en las pruebas SABER, en los estudios comparativos y los resultados del ICFES evidencian un estancamiento, el fracaso del sistema educativo, ausencia de “Ilustración”.

“...El hecho de poner la mirada en el constructo social, permite separar el fenómeno del suicidio del diagnóstico de una patología, del padecimiento mental, únicamente...”

Una ciudad que adolece de falta de proyectos que incentiven la creatividad, la disciplina, los retos. Un déficit de regulación e integración que da como resultado individuos solos, sin cohesión social, que no se sienten parte de, lo que se convierte en padecimiento, en tanto no se cuenta con los otros para la construcción de autoconciencia,

individuos escindidos que son conscientes del malestar en la cultura, que se esconde en la tan mentada costeñidad.

En mi observación y análisis del contexto encuentro que se ha profundizado la brecha social, la estratificación, las inequidades, las “buenas familias”, excluyentes e imperativas, donde todo el ordenamiento gira en torno de ellas: los referentes sociales en todos los niveles, son dictados desde los patios de sus casas; la moral y las costumbres tienen sus autores en los “clanes”, que se autodenominan así para generar miedo y sometimiento; que excluyen e imponen tendencias, la falta de oportunidades que obliga a salir adelante a codazo limpio. Una sociedad arribista y servil. Todo ello sumado, la convierte en una sociedad Suicidógena, término con el que Durkheim



la tasa de suicidios es alta, comparativamente. En ese sentido debe ser observado y analizado como un Hecho Social, que debe ser analizado desde la perspectiva sociológica, antropológica y filosófica y no validar solamente la patología psiquiátrica, la afección mental, las motivaciones individuales, que se presentan como la explicación a la noticia suicida. Debe haber investigación solidaria y colaborativa, en donde el análisis del hecho sea visto, analizado y comprendido en su totalidad.

No puede seguir validándose únicamente el concepto psiquiátrico o psicológico, porque, en materia de atención del Estado se le exige de responsabilidad, en tanto termina siendo una cifra más en medicina legal, y no hay entonces interés ni obligación por la construcción e implementación de política pública, planes de atención en todos los frentes, rutas de atención y protocolos.

Estoy de acuerdo en que el suicidio se determina como una urgencia vital que debe ser atendida en tanto compromete la salud y el bienestar de una persona, es menester entonces, aliviar el sufrimiento, sin olvidar el contexto social que lo produce, que se habita. En ese sentido debe observarse como un problema de salud pública.

La desesperanza, la percepción de no futuro en los individuos se ha convertido en epidemia y un factor calificativo como fracaso de la modernidad.

Justo al terminar esta nota me encuentro con una noticia: “una mujer de 23 años fue hallada muerta en su vivienda, en Valledupar. Al parecer, la víctima padecía de depresión y tomó la decisión de quitarse la vida”. Modalidad, ahorcamiento. El Heraldo, abril 28/24.

denominaba a las sociedades donde se tiende al suicidio.

Por último, en línea con factores asociados, considero que está haciendo daño el imperio de la religión, la emergencia de corrientes sociales de desánimo o tristeza. No podemos olvidar por ningún motivo las décadas de dolor, de muerte, de impotencia, que se vivió en la región, duelos inconclusos que parecieran superados, pero no, ahí están, como fantasmas esperando ser sanados.

A manera de conclusión:

Teniendo en cuenta que Valledupar es una ciudad que para el período referido entre el 2010-2018 se acercaba al millón de habitantes,



Relación depresión desempleo



Katherine Vargas Florez*

Abogada, Activista social y política

Según estudio realizado por la Universidad Javeriana, en torno a la relación “Depresión – Desempleo” se pudo conocer que uno de los efectos más comunes asociados a la pérdida del trabajo o desempleo es la depresión; se encontró que los desempleados tienen una probabilidad muy alta de presentar episodios de depresión mayor, ratificando lo concluido por el estudio epidemiológico realizado en estados unidos, a comienzos de los años 80, citado por Dooley, (1994). Algunos factores colocan

en riesgo la salud mental, como los eventos negativos, entre los que están la separación de pareja, la pérdida del empleo o desplazamiento forzado. T. Harpham mostró una relación de consecuencias entre salud mental y los eventos negativos como el desempleo. Otras investigaciones buscaron establecer la relación existente entre desempleo y depresión, con el modelo de carencia latente propuesto por Jahoda (1982), que considera que el trabajo remunerado ofrece beneficios manifiestos (asociados con el ingreso económico) y latentes (asociados con la satisfacción de necesidades psicológicas). Las personas se comprometen con trabajo remunerado en un principio para lograr beneficios manifiestos, pero mientras están empleados, logran beneficios latentes: estructuración del tiempo, contacto social, metas comunes y actividad.

Mucho se ha hablado sobre salud mental, depresión, trastorno de ansiedad, consumo de sustancias psi-coactivas, trastorno afectivo bipolar y un sin número de trastornos mentales; sin embargo, es importante comprender que la salud mental no solo es la ausencia de dichos trastornos sino también el bienestar de una persona para



La ausencia del empleo implica una privación tanto de los beneficios latentes como manifiestos

afrontar los desafíos de la vida y contribuir positivamente a la sociedad; en Colombia la salud mental es reconocida como una prioridad de salud pública. Hablar sobre la depresión, que, aunque sigue siendo un tabú, sobre todo en nuestra región, no deja de ser una cruda y dura realidad experimentada actualmente y que además, es una consecuencia de factores biológicos, psicológicos y sociales. Uno de los factores sociales que ejerce un papel desencadenante en el deterioro de la salud mental es el desempleo, que en nuestro país tiene un alto índice, a pesar de que, para los primeros tres meses de 2024, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) haya tenido una disminución. Es claro que el fenómeno del desempleo es en esencia un problema de la economía, pero a lo largo del tiempo se ha estudiado desde diferentes disciplinas, con el fin de tener un entendimiento completo del problema

y conocer las consecuencias del mismo; por esta razón es importante hablar, entonces, de la relación del desempleo y la depresión en la sociedad. 32

La ausencia del empleo implica una privación tanto de los beneficios latentes como manifiestos; pero es la pérdida de los beneficios latentes lo que tiene un impacto negativo en el bienestar psicológico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que “una buena salud mental permite a las personas desarrollar su potencial, enfrentar las situaciones vitales estresantes, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad”, razón por la que las afecciones a la salud mental se asocian con discapacidad y con detrimento de la calidad de vida. Es necesario tomar medidas sobre los altos índices de enfermedades mentales en el país, que no solo son una consecuencia de factores biológicos, sino que también tienen causas sociales originadas en otras áreas como la económica y social, que dificultan el goce pleno de una buena salud mental.

El Legado de Fredy Pumarejo Valle: Recordando a un médico excepcional y un ser humano inolvidable



José Antonio Fernández Orozco M.D.*

** Médico Internista
Especialista en Gastroenterología*

Hablar sobre Fredy, o Yoyo como lo conocíamos todos, es todo un reto, especialmente ahora que nos ha dejado. Es muy difícil expresar en unas pocas palabras, todo lo que significó para nosotros, dado que compartimos una gran parte de nuestras vidas, tanto en lo personal como en lo profesional. Lo que más admiraba de Yoyo era su sentido del humor y la alegría que

siempre irradiaba en cada reunión. Era una persona honesta y excepcional, que brindaba a sus pacientes un cuidado lleno de cariño y confianza, algo que a menudo se echa de menos en la relación médico-paciente. Pasamos muchos años juntos en México, donde completó sus estudios en la Universidad Nacional Autónoma de México y se especializó en Reumatología en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Durante 28 años ejerció como Médico Especialista en Reumatología en Valledupar, donde junto a su querida esposa, María Doris Villazón Castro, construyó un hogar sólido desde una edad temprana. Yoyo siempre se sintió orgulloso de sus tres hijos: Julio Alberto, Doris María y José Antonio

Además de su compromiso con la medicina, sobresalía en otras actividades a las que dedicaba sus fines de semana, como el



cultivo de palma africana, la cría de caballos de Paso Fino Colombiano y la ganadería, obteniendo resultados notables en cada proyecto.

Como familiar era excepcional: un ejemplo de padre y esposo. Todos los que lo conocieron guardarán un recuerdo entrañable de él, por su amabilidad y su manera especial de relacionarse con los demás. La pérdida de Yoyo ha dejado un vacío palpable en nuestras vidas y en la comunidad en la que tanto impacto tuvo. Su ausencia se siente en cada conversación amena y en cada actividad en la que solía destacarse con su entusiasmo característico. Sin embargo, su legado perdura en cada paciente al que trató con dedicación y empatía, en cada colega al que inspiró con su profesionalismo y en cada amigo al que brindó su amistad sincera. Su vida fue un ejemplo de compromiso, integridad y amor por los demás, y su recuerdo seguirá iluminando nuestro camino en los días por venir.

Aunque nos duela su partida, encontramos consuelo en los recuerdos compartidos y en la certeza de que su espíritu vivirá para siempre en nuestros corazones. Yoyo dejó una huella imborrable en este mundo, y mientras recordemos su sonrisa contagiosa y su espíritu bondadoso, su legado perdurará en cada uno de nosotros.



Foto del Dr. Fredy Pumarejo Valle (Archivo)



Nuestros Servicios

Unidad de Cirugía

- Modernas salas de cirugía
- Áreas de recuperación
- Rayos X y Arco en C
- Central de esterilización
- Orientación e información al paciente y su familia.

Consulta Médica Especializada y procedimientos quirúrgicos

- Ginecología y Obstetricia
- Anestesia y Manejo Del Dolor
- Ortopedia y/o Traumatología
- Cirugía Artroscópica (Medicina Deportiva)
- Reemplazos Articulares
- Cirugía de Pie
- Cirugía de Mano
- Cirugía Plástica y Estética
- Coloproctología
- Ortopedia Pediátrica
- Otorrinolaringología

Terapia y Rehabilitación

- Psicología
- Fisioterapia
- Fonoaudiología
- Terapia Ocupacional



Horarios de atención: Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sábados de 7:00 a.m. a 12:00 m.

Asignación y cancelación de citas médicas
Tel: 317 370 4661



Volumen 2

No. 1

Mayo 2024