

CURA ALTERIUS



REVISTA DIGITAL - VOL 37 - ENERO - MARZO 2026

Publicación de divulgación científica - Javesalud



JAVE **SALUD**

Todos Nuestros Sentidos en Usted

Hospital Universitario

DIRECTOR GENERAL

Director General saliente: Dr. Carlos Humberto Tobar González
(Enero-Febrero 2026)

Director General entrante: Dr. Sergio Andrés Navarrete Turriago.
(Desde Marzo de 2026.

SUBDIRECTORA GENERAL

Dra. Jazmin Edith Samaca Salas

DIRECTORA CIENTÍFICA

Dra. Norma Andrea Ruiz Vanegas

DIRECTORA ACADÉMICA Y DE INVESTIGACIÓN

Dra. Julieta Bastidas Rosas

DIRECTORA DE GESTIÓN HUMANA

Dra. Sandra Beatriz Morales Cepeda

DIRECTORA DE OPERACIONES Y CALIDAD

Jefe. Mónica Carolina Leal Ruíz

COLABORACIÓN ESPECIAL

Miembros de Comité de Ética en Investigaciones
Área Académica Javesalud

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Daryi Tatiana Salamanca Beltrán

EDICIÓN

Dra. Julieta Bastidas Rosas
Dra. Nelci Astrid Becerra Martinez

CRÉDITOS



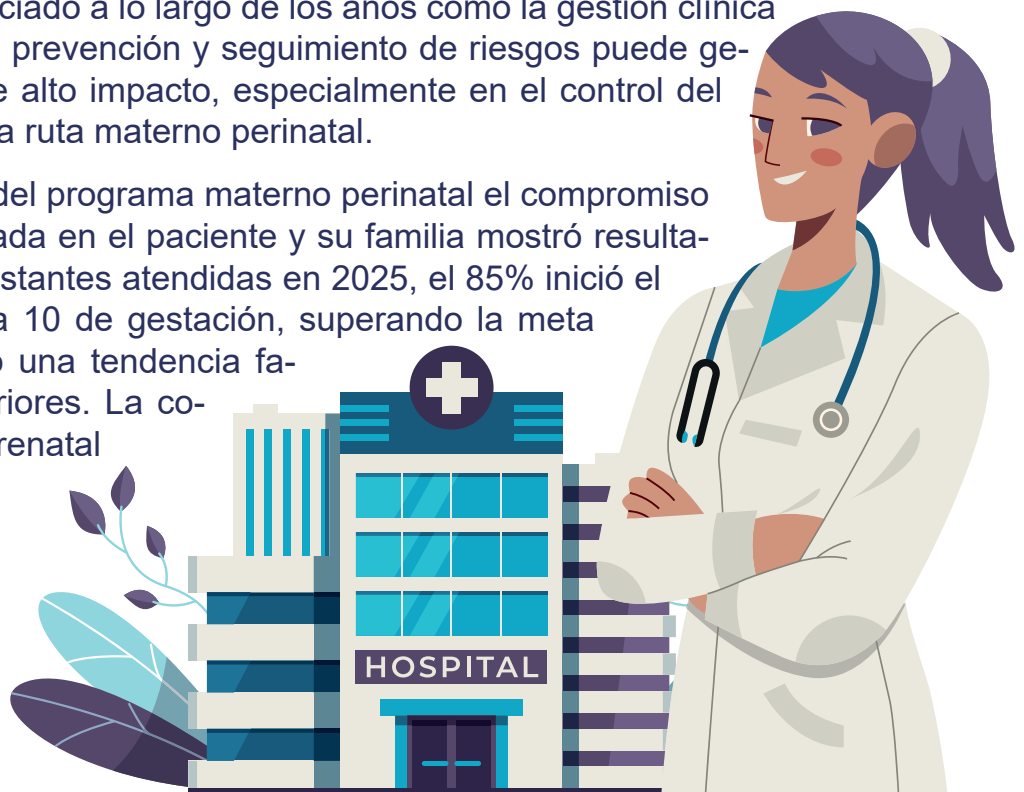
Norma Andrea Ruiz Vanegas
Directora Científica, Javesalud

GESTIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA AMBULATORIA: RESULTADOS QUE IMPACTAN VIDAS

La atención primaria ambulatoria constituye el pilar sobre el cual se sostiene la salud de la población, y en este contexto, la gestión clínica emerge como el mecanismo que permite materializar su impacto. La evidencia científica ha demostrado de forma consistente que una gestión clínica estructurada en el primer nivel de atención es esencial para mejorar resultados en salud, reducir disparidades y optimizar el uso de los recursos. De hecho, se ha descrito que sistemas de atención primaria bien organizados se asocian con menores tasas de mortalidad, mejor control de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, y mayor satisfacción de los pacientes. Desde una perspectiva conceptual, la gestión clínica que integre protocolos estandarizados, continuidad en el seguimiento y evaluación sistemática de resultados, permite identificar oportunamente factores de riesgo, personalizar las intervenciones y fortalecer la adherencia al tratamiento, traduciéndose en una salud poblacional más sólida y sostenible (Starfield et al., 2005).

En Javesalud, se ha evidenciado a lo largo de los años cómo la gestión clínica estructurada y enfocada en prevención y seguimiento de riesgos puede generar resultados clínicos de alto impacto, especialmente en el control del riesgo cardiovascular y en la ruta materno perinatal.

Para el 2025, en el ámbito del programa materno perinatal el compromiso con la gestión clínica pensada en el paciente y su familia mostró resultados destacados. De 961 gestantes atendidas en 2025, el 85% inició el control antes de la semana 10 de gestación, superando la meta institucional y manteniendo una tendencia favorable frente a años anteriores. La cobertura integral de control prenatal permitió que el 95% de los partos cumplieran con cinco o más controles, lo que favoreció que los indicadores de mortalidad materna, VIH en gestantes y sífilis congénita permanecieran en cero. Adicionalmente, el



porcentaje de bajo peso al nacer descendió a 11%, por debajo del promedio distrital de Bogotá (16,1% según SaludData 2025), mostrando el impacto de un seguimiento clínico oportuno, el trabajo de equipos interdisciplinarios y un programa de mejoramiento de la práctica clínica consolidado.



En el control de patologías crónicas con riesgo cardiovascular, los resultados también reflejan el valor de la gestión clínica en atención primaria. La hipertensión arterial mostró un control del 85% en 16.108 pacientes, superando ampliamente la meta institucional (67%) y mejorando de manera consistente frente a años previos. En diabetes, aunque el control promedio cerró en 64% frente a una meta de 44%, la problemática del desabastecimiento de medicamentos evidenció la importancia de articular estrategias logísticas con la gestión clínica para mantener la continuidad en el

tratamiento. Los resultados clínicos de Javesalud superan los reportes nacionales de CAC (2025), destacando el efecto positivo de intervenciones estructuradas de seguimiento y educación en salud (American Diabetes Association, 2025; Whelton et al., 2018).

Estos resultados son prueba fehaciente de que la gestión clínica no solo optimiza indicadores de salud, sino que impacta directamente en la calidad de vida de la población. La consolidación de programas estructurados de mantenimiento de la salud, enfocados en prevención, adherencia a protocolos y seguimiento personalizado, en el marco del modelo asistencial de Javesalud demuestra que la atención primaria ambulatoria articulada a una gestión clínica rigurosa pueden ser el motor de transformaciones sostenibles y medibles en salud. En Javesalud, la experiencia de este último año reafirma el valor de mantener una visión integral, basada en evidencia y centrada en el paciente, donde cada indicador no solo representa un número, sino vidas protegidas.



BIBLIOGRAFÍA:

1. Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
2. American Diabetes Association. (2025). Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(Suppl. 1), S1–S210. <https://doi.org/10.2337/dc25-S001>
3. SaludData. (2025). Indicadores de salud materno-perinatal en Bogotá 2021–2024. Secretaría Distrital de Salud.
4. Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., et al. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), e127–e248. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.006>

Artículo de
opinión.

1

EACPA del
momento.

6

Investigaciones
activas.

18

Investigación
del momento.

19

Investigación
finalizada.

22

Académicos
destacados por los
estudiantes 2025-2.

25

Transferencia de
conocimiento.

26

Noticias y
novedades.

31

¿Cuánto
aprendió?.

35



THERIANS: ¿BÚSQUEDA DE LA IDENTIDAD O TRASTORNO MENTAL?

ARTÍCULO DE OPINIÓN

Autor: Isabel Sofia Rueda.

Mg. Psicología Clínica, Centro Médico Allianz Norte, Javesalud.

Durante los últimos meses hemos observado un fenómeno en redes sociales en el que adolescentes y adultos que afirman identificarse como animales se reúnen en espacios públicos, caracterizándose como parte de una forma de expresión o representación performática, y se autodenominan “therians”. Su origen, aunque parezca reciente proviene desde la licantropía, un término originario del griego antiguo *lykos* (λύκος), que significa “lobo”, y *anthropos* (ἄνθρωπος), que significa “hombre”. Literalmente “hombre lobo”. En esta época esta terminología estaba asociada a creencias mitológicas y religiosas, particularmente en la cultura griega, donde se describían transformaciones humanas en animales como castigo divino o como una manifestación de



fuerzas sobrenaturales (Blom, 2014). Con el paso del tiempo, el término fue adoptado en el área de la salud mental para describir un fenómeno distinto: la licantropía clínica que desde el ámbito clínico se define como la creencia de haberse transformado en un animal o de poseer alguna característica animal (American Psychiatric Association, 2022).

En contraste, es importante diferenciar estos conceptos de términos como theriantropia y therianismo. La teriantropía (del griego *therion*, “bestia” o “animal salvaje”, y *anthropos*, “hombre”) que se refiere a la transformación o identificación del ser humano con cualquier animal, no exclusivamente el lobo, y tiene presencia en diversas tradiciones culturales (Owen, 2012).



Por su parte, el therianismo puede entenderse como un fenómeno contemporáneo, principalmente cultural y psicológico, en el cual algunas personas se identifican espiritualmente o a nivel de identidad con un animal. A diferencia de la licantropía clínica, **el therianismo no se considera en la mayoría de los casos como un trastorno mental**, ya que quienes lo experimentan generalmente mantienen contacto con la realidad y no presentan delirios de transformación física (Colpsic, 2026).

Resumiendo, los conceptos clave:

- **Licantropía:** Hombre lobo, mencionado en la antigua Grecia.
- **Licantropía clínica:** condición psiquiátrica donde el paciente considera que se ha transformado en animal, asociada a trastornos de la salud mental.
- **Theriantropía:** Hombre animal, mencionado en la antigua Grecia.
- **Therianismo:** Es un fenómeno cultural, no es un trastorno mental.

¿Cómo una conducta tan impactante puede no ser un trastorno mental?

Desde el análisis de la conducta, un comportamiento es un problema dependiendo de la “función” con la que se realice, cuando deteriora las áreas vitales o cuando se trata de licantropía clínica asociada a diagnósticos como esquizofrenia paranoide, trastornos delirantes o episodios afectivos con síntomas psicóticos (Blom, 2014).

No obstante, debemos reconocer que esta práctica puede llevar a conductas que pongan en riesgo la salud de sí mismos o de los demás, por eso debemos reconocer las **señales de alarma** y considerar realizar una evaluación clínica si la persona emite conductas como morderse,



rasguñarse, atacar físicamente a otras personas, realiza movimientos bruscos que puedan generar lesiones, confunde su autonomía y deja de conocerse como un humano biológico, abandona sus actividades académicas, laborales, sociales, presenta alucinaciones, permanece en espacios de alto riesgo como alturas o espacios donde conviva con animales salvajes.

Esta explicación científica basada en la psicopatología nos muestra que los therians tienen claro que físicamente no son animales, y no desean realizar cambios biológicos en su cuerpo, solo sienten un vínculo espiritual, simbólico y psicológico con el animal de su preferencia (Robertson, 2013). Por lo tanto, no cuentan con los síntomas suficientes para considerarse como un trastorno de la salud mental (Colpsic, 2026).

Es muy probable que quienes tengan estas conductas sean personas que han experimentado el rechazo de su alrededor, o que no han logrado hacer parte de su comunidad y encuentran en estos grupos una respuesta donde hay una aceptación, inclusión y pertenencia sin la necesidad de desarrollar habilidades en comunicación complejas.

El fenómeno therian puede interpretarse como una manifestación de la búsqueda de identidad que ha acompañado a la humanidad a lo largo de la historia, así como del deseo de pertenencia e inclusión. Este fenómeno no constituye un trastorno psicológico en sí mismo, sino que refleja aspectos relacionados con la construcción de identidad, posibles dificultades en habilidades sociales, los efectos del aislamiento preventivo durante la pandemia de COVID-19, el distanciamiento derivado del desarrollo tecnológico, el incremento del uso de inteligencia artificial y la sobrecarga emocional, que lleva a que idealicemos la existencia de un animal frente a las preocupaciones propias de la condición humana (Twenge & Campbell, 2018; Breaux et al., 2023).



Por tanto, como profesionales en salud se recomienda intervenir estos parámetros desde el respeto, evaluando cuales son las razones que tiene el paciente para identificarse como animal, tal vez sea por ser parte de un grupo o por encontrarse a sí mismo (Colpsic, 2026).

¿Cómo abordo profesionalmente a un paciente therian?

Cuando prestemos un servicio de salud diferente a una consulta de salud mental, el enfoque cambia y el objetivo principal sigue siendo el motivo de consulta, sin ignorar lo que el paciente expresa y sin perder el foco clínico; si consulta por ejemplo, por dolor, se resuelve el motivo sin cate-

gorizar automáticamente la identidad therian como una patología a tratar a través de preguntas cerradas, ¿sientes dolor en esta zona, podrías señalarme donde te duele?, y continuamos con la atención sin profundizar innecesariamente sobre su identidad, mientras que si el paciente lo menciona “me identifico de esta manera” procedemos a escuchar sin juicio, evitando remitir automáticamente al área de salud mental, primero evaluamos si esta práctica influye directamente en la salud (Cambios en alimentación, aislamiento, lesiones o disminución del autocuidado).



Es decir, si no hay señales de riesgo mantenemos neutralidad evitando confrontar “usted no es un animal” y nos enfocamos en el motivo de consulta, pero si vemos algún impacto negativo en la salud, el autocuidado, malestar emocional evidente, distorsión de la realidad o examen mental alterado realizamos remisión a psicología o psiquiatría.

Finalmente, desde nuestro rol humano fuera del ámbito clínico, es importante acercarnos con respeto y comprensión, evitando asumir la posición de educadores o expertos en conducta, sin juzgar o burlarnos de este comportamiento. Si es un desconocido evitamos confrontar y si es alguien cercano podemos acercarnos desde la curiosidad a través de preguntas ¿Qué significa eso para ti?, ¿por qué es importante para ti?”, estar atentos si hay aislamiento o disminución del autocuidado y establecer límites claros especialmente en menores de edad donde mantenga hábitos de sueño, alimentación, cumplimiento de actividades escolares, se mantenga alejado de lugares peligrosos como alturas o se abstenga de emitir conductas riesgosas como saltos o terrenos inestables.

Debemos recordar que se trata de personas que, pese a haber sido víctimas de agresiones por parte de individuos “comunes”, reportan enfáticamente el rechazo hacia la violencia y solo buscan encontrarse a ellos mismos y hacer parte de un grupo (Rodríguez, 2026).





REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
2. Blom, J. D. (2014). When doctors cry wolf: A systematic review of the literature on clinical lycanthropy. *History of Psychiatry*, 25(1), 87–102. <https://doi.org/10.1177/0957154X13512112>
3. Breaux, R., Cash, A. R., Lewis, J., Garcia, K. M., Dvorsky, M. R., & Becker, S. P. (2023). Impacts of COVID-19 quarantine and isolation on adolescent social functioning. *Current Opinion in Psychology*, 52, 101613. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101613>
4. Colegio Colombiano de Psicólogos – Colpsic. (24 de febrero de 2026). Consideraciones sobre la identidad therian (Comunicado a la opinión pública). <https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2026/02/2026-02-24-Consideraciones-sobre-la-identidad-Therian.pdf>
5. Owen, A. M. (2012). *The place of enchantment: British occultism and the culture of the modern*. University of Chicago Press.
6. Robertson, V. L. (2013). The beast within: Anthrozoomorphic identity and alternative spirituality in the online therian community. *Nova Religio*, 16(3), 7–30. <https://doi.org/10.1525/nr.2013.16.3.7>
7. Rodríguez, A. (2026, 21 de febrero). Comunidad therian: “He recibido amenazas, que me van a matar”. *Excélsior*. https://www.excelsior.com.mx/nacional/therian-he-recibido-amenazas-me-van-a-matar?utm_source=chatgpt.com
8. Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2018). Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. *Preventive Medicine Reports*, 12, 271–283. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.003>

EL EACPA DEL MOMENTO

DETECCIÓN TEMPRANA DEL BULLYING EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Autor: *Simón Sandoval Espinosa.*

Residente Pediatría, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Tutor: *María Lucía Castañeda.*

Pediatra Javesalud.

INTRODUCCIÓN Y METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA

El bullying, matoneo o acoso escolar se define como daño físico, emocional o psicológico. (1). Las principales características asociadas se resumen en la *tabla 1*. La detección e intervención oportuna ha cobrado relevancia dado el incremento de casos en Colombia, al igual que su impacto en la población pediátrica. (2)

A nivel internacional, aproximadamente 20% de la población estudiantil ha sido víctima de Bullying. En Colombia, se han documentado entre 8.000 y 20.000 muertes/año (suicidio u homicidio) relacionadas. (2) Asimismo, se estima 6 de cada 10 estudiantes sufren de algún tipo de bullying. (2)

Se realizó una búsqueda de literatura científica sobre detección temprana de bullying en población pediátrica y adolescente. Se tomaron artículos internacionales y nacionales. En dicha búsqueda, se utilizaron descriptores en español e inglés, con los siguientes operadores booleanos: (Bullying OR adversity OR matoneo OR acoso) AND (Children OR pediatrics OR adolescent) AND (screening OR detection OR interventions) Se consultaron las bases de datos: PubMed/MEDLINE, Scielo y Lilacs. Se delimitó la búsqueda con artículos entre 2020 y 2025. Se obtuvo un total de 110 artículos, de los cuales se redujo a 18 de ellos en base a actualidad, relevancia e impacto en la presente revisión.



Tabla 1: Características comúnmente descritas del concepto de bullying.

Fuente: Elaboración propia.

Característica	Descripción
Lugar de ocurrencia	En la mayoría de literatura se describe un ámbito escolar o similar. Sin embargo, se da validez a toda acción ocurrida dentro de la interacción con pares.
Intencionalidad del agresor	Cualquier grado de intencionalidad por parte del o los agresores. Se establece una relación de poder asimétrica en la cual el agresor ejerce algún tipo de presión sobre su víctima.
Efecto en víctima	Algún grado de afectación física o emocional.
Respuesta de la víctima	Imposibilidad de superar la adversidad por sí mismo.
Temporalidad	Eventos recurrentes y sistemáticos.
Relación víctima-agresor	Algún grado de superioridad social o física del agresor sobre víctima.
Figuras de autoridad involucradas	Generalmente, ocurre en ausencia de figuras de autoridad. En otros casos, ignorado o minimizado por dicha figura de autoridad.



Tabla 2: Niveles y grados de evidencia.

Fuente: *Elaboración propia, adaptado de Oxford 2011 Levels of Evidence*

Nivel de evidencia	Descripción	Grado de evidencia
Ia	Evidencia científica procedente de metaanálisis y/o revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados.	A
Ib	Evidencia científica procedente únicamente de ensayos clínicos aleatorizados.	
IIa	Evidencia científica procedente al menos un estudio prospectivo comparativo no aleatorizado.	B
IIb	Evidencia científica procedente estudio cuasiexperimental.	
III	Evidencia científica procedente de estudios observacionales.	C
IV	Evidencia científica procedente consenso de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades en la materia.	

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La presentación clínica es ampliamente heterogénea. La mayoría de literatura describe afectación directa en ámbitos como el psicosocial, académico y emocional. Sin embargo, es amplia la evidencia que respalda la asociación de este evento con manifestaciones psicósomáticas. (5) Dentro de estas manifestaciones psicósomáticas resalta: Dificultades en concentración y conciliación del sueño, cefalea, dolor abdominal, hiporexia, mareo.

Por otra parte, se ha descrito el incremento de episodios de alergia alimentaria en relación a un contexto de bullying (6) En la *tabla 3* se resumen los principales hallazgos asociados, junto a la calidad de evidencia que lo respalda.



Tabla 3. Principales hallazgos en el contexto del paciente víctima de bullying.

Fuente: *Elaboración propia.*

Categoría	Hallazgo	Evidencia
Problemas psicoemocionales	Depresión	Un metaanálisis realizado en población China identificó una prevalencia 2.7 veces más alta en pacientes víctimas de bullying. (7) <i>Nivel de evidencia 1A</i>
	Otras patologías psiquiátricas:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Auto agresividad • Estrés post traumático • Consumo de sustancias psicoactivas • Enuresis 	Descrito en múltiples artículos revisados (1, 2, 9, 10) <i>Nivel de evidencia 1A</i>
	Problemas de conducta:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Hetero agresividad • Vandalismo • Conducta antisocial 	Descrito en múltiples artículos revisados (1, 2, 9, 10) <i>Nivel de evidencia 1A</i>
Síntomas físicos	Psicosomáticos	Un estudio transversal en España, encontrar prevalencia de síntomas psicósomáticos descritos previamente en aproximadamente 10-20% de 844 pacientes víctimas de bullying. (5) <i>Nivel de evidencia 2C.</i>
	Alergia alimentaria	Una revisión sistemática de literatura encontró una asociación, de 17% - 60% según población, entre alergia alimentaria y bullying. El agresor realiza exposición intencional al alérgeno de la víctima con intencionalidad negativa (6) <i>Nivel de evidencia 1A</i>
	Signos de agresión física o autolesión	Descrito en múltiples artículos revisados (1, 2, 9, 10) <i>Nivel de evidencia 1A</i>



Categoría	Hallazgo	Evidencia
Dificultades escolares	<ul style="list-style-type: none"> • Ausentismo • Bajo rendimiento • Porte de armas 	Descrito en múltiples artículos revisados (1, 2, 9, 10) <i>Nivel de evidencia 1^a</i>

Así mismo, el bullying tendrá impacto más allá de la víctima. El impacto físico y psicosocial también se verá reflejado el entorno familiar, e inclusive en el mismo agresor. Se han descrito trastornos psicoemocionales y psiquiátricos similares tanto en el agresor como el entorno familiar de la víctima. (9). *Nivel de evidencia 1A*

DIAGNÓSTICO, MANEJO

¿Cuándo sospechar bullying en el paciente pediátrico?

El abordaje diagnóstico se compone de:

1. Identificar factores de riesgo
2. Definición de caso
3. Caracterización de síntomas
4. Estrategias de tamización

La siguiente tabla resume los factores de riesgo asociados (2, 3). *Nivel de evidencia 1A.*

Tabla 4. Factores de riesgo para ser víctima de bullying. Fuente: elaboración propia

Del agresor	Dificultades en control emocional o frustración
	Impulsividad
	Diagnóstico de TDAH
De la víctima	Baja autoestima
	Perteneciente a una minoría
	Sobrepeso u obesidad
	Cualquier tipo de anomalía física
	Diagnóstico de TDAH
	Diagnóstico de trastorno del espectro autista*
Del ambiente	Diagnóstico de asma, diabetes o acné
	Presión académica elevada
	Violencia intrafamiliar
	Contacto frecuente con redes sociales

*Un metaanálisis identificó una prevalencia de 67% de bullying en pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista. (4) *Nivel de evidencia 1A*

Tras detectar factores de riesgo, se caracteriza el cuadro. La *tabla 5* resume los tipos de bullying.

Tabla 5. Tipos de bullying y su descripción. Fuente: *Elaboración propia.*

Categoría	Hallazgo	Evidencia
Tradicional	<ul style="list-style-type: none"> • Agresión física o verbal directa • Comportamientos que afecten de manera indirecta a la víctima 	<ul style="list-style-type: none"> • Empujones o golpes. • Amenazas, burlas o tentar. • Exclusión, daño de propiedad personal. • Notas o dibujos degradantes en relación con víctima.
Sexual	Hace parte del apartado de violencia sexual, lo cual es motivo de otra revisión.	
Cyberbullying	Comportamiento agresivo o manipulativo a través de dispositivos electrónicos o redes sociales. *	

* *El concepto de cyberbullying ha sido materia de estudio. (15) Por otra parte, un metaanálisis identificó más de 30 herramientas de tamizaje para cyberbullying, todas con validación aceptada. (16) Nivel de evidencia 1A*

Una revisión sistemática identificó más de 25 herramientas clínicas para el tamizaje de bullying en la población pediátrica. (10, 11, 12, 13).

En Colombia, Cuevas et al. diseñaron el Cuestionario de intimidación escolar (CIE), abreviado por Moratto et al. Validado con 512 estudiantes en Medellín, con rendimiento comparable con otras herramientas. (14). De momento, es el único validado en Colombia, destinado para pacientes mayores de 5 años. La tabla 6 describe los componentes de esta herramienta. Nivel de evidencia 2C.

Tabla 6. Escala abreviada del cuestionario abreviado de intimidación escolar (CIE-A). Adaptación propia de abreviación realizada por Moratto et al (4)

Preguntas para la presunta víctima
No me dejan participar, me excluyen
Me obligan a hacer cosas peligrosas para mí
Rompen mis cosas a propósito

Me esconden las cosas

Dicen a otros que no estén conmigo o que no me hablen

Me insultan

Me pegan coscorriones, puñetazos, patadas

Me chiflan o gritan

Me desprecian

Me llaman por apodos

Me amenazan para que haga cosas que no quiero

Me obligan a hacer cosas que están mal

Si volviera a nacer pediría ser diferente a como soy

Creo que nadie me aprecia

Tengo sueños y pesadillas horribles

Me suelen sudar las manos sin saber por qué

A veces tengo una sensación de peligro o miedo sin saber por qué

Al venir al colegio siento miedo o angustia

A veces me encuentro sin esperanza

A veces creo que no tengo remedio

Algunas veces tengo ganas de morirme

Algunas veces me odio a mí mismo

A veces me viene recuerdos horribles mientras estoy despierto

Me vienen nervios, ansiedad o angustia sin saber por qué

Preguntas para el presunto agresor

No dejo participar, excluyo

Obligo a hacer cosas peligrosas para él o ella

Obligo a darme sus cosas

Rompo sus cosas a propósito

Robo sus cosas

Envío mensajes para amenazarle

Zarandeo o empujo para intimidar

Me burlo de él o ella

Riego chismes falsos sobre él o ella

Mando mensajes o dibujos ofensivos por internet y/o celular

Trato de hacer que otros les desprecien

Digo nombres ofensivos, comentarios o gestos con contenido sexual

* Cada ítem tendrá un valor: 0 = nunca, 1 = pocas veces, 2 = casi siempre. La sumatoria de puntos se interpretará: 0 puntos = no sufre, 1-5 = riesgo bajo, 6-12 = Riesgo moderado, ≥ 12 puntos = Riesgo alto

Por otra parte, según la evidencia, las intervenciones anti bullying tempranas tienen impacto positivo en el autoestima y nivel académico de la víctima, al igual que una reducción en las complicaciones. (17, 18) En la tabla 7 se resumen las principales intervenciones con mayor evidencia. Nivel de evidencia 1A, Grado de recomendación A.

Tabla 7. Principales intervenciones para el abordaje del bullying.

Fuente: elaboración propia

Intervención	Descripción
Enfoque multidisciplinario	<p>Valoración por pediatra, psiquiatría infantil, psicólogo y demás subespecialidades requeridas para tratar complicaciones derivadas.</p>
Articulación con personal de escuela	<p>Integración de profesores, psicólogos y personal en contacto con la víctima.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La familia de la víctima deberá notificar al rector y/o comité escolar de convivencia. 2. Se deberá activar el protocolo interno institucional. <p>Por otra parte, la institución educativa deberá realizar el reporte en el Sistema de Información Unificado de Convivencia Escolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dicho sistema es un aplicativo nacional generado a partir de la ley 1620 de 2013 para la identificación, registro y seguimiento de casos de bullying escolar y otros tipos de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes. <p>Finalmente, se podrá articular el caso con la Secretaría de Educación local en caso de ameritarlo. (20)</p>
Pautas estratificadas	<p>Institucional: Revisión de normas escolares, intensificación de vigilancia, formación a docentes.</p> <p>Aula de clase: Modificación de dinámicas de grupo, intensificación de vigilancia.</p> <p>Compañeros: Fomentar empatía comunitaria.</p> <p>Individual: Intervención dirigida a víctima, agresor y sus respectivas familias. Reforzar estrategias de resolución de conflicto adecuadas.</p>

<p>Promoción de programas y políticas institucionales</p>	<p>Promoción del liderazgo escolar, cultura de cero tolerancia, intensificación de supervisión.</p> <p>Dentro de dichas políticas, el Ministerio de TIC en conjunto con el ICBF ha diseñado iniciativas como “Te protejo”. Dicha iniciativa es un aplicativo para denunciar de manera virtual la vulneración de seguridad y derechos de niños y adolescentes, incluyendo bullying y ciberbullying. (21)</p>
<p>Detección y abordaje temprano de posibles desenlaces</p>	<p>Activación temprana de rutas de alarma según síntomas detectados en víctima.</p> <p>El reporte ante entidades protectoras de derechos para niños y adolescentes es recomendado en caso de vulneración de derechos, tal y como lo estipula la Ley 1098 de 2006.</p> <p>Ejemplo de ello es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Violencia reiterativa. • Riesgo de integridad física o psicoemocional • Bullying o ciberbullying tipificado como severo. <p>Dicho reporte debe realizarse en la Línea 141 del ICBF, ya que no se cuenta con tipificación de reporte en el SIVIGILA.</p>

SEGUIMIENTO Y REMISIÓN

El seguimiento del paciente es un reto multidisciplinario. (11) Debe ser dirigido por el médico tratante, articulado con grupo de salud mental, institución educativa y miembros de la familia. *Nivel de evidencia 2C, Grado de recomendación B.*

Debe ser individualizado, asociado a la capacitación en la detección de signos de alarma y complicaciones. Asimismo, la derivación urgente a otros niveles de atención dependerá de la severidad de los síntomas presentados. (5) *Nivel de evidencia 2C, Grado de recomendación B.*



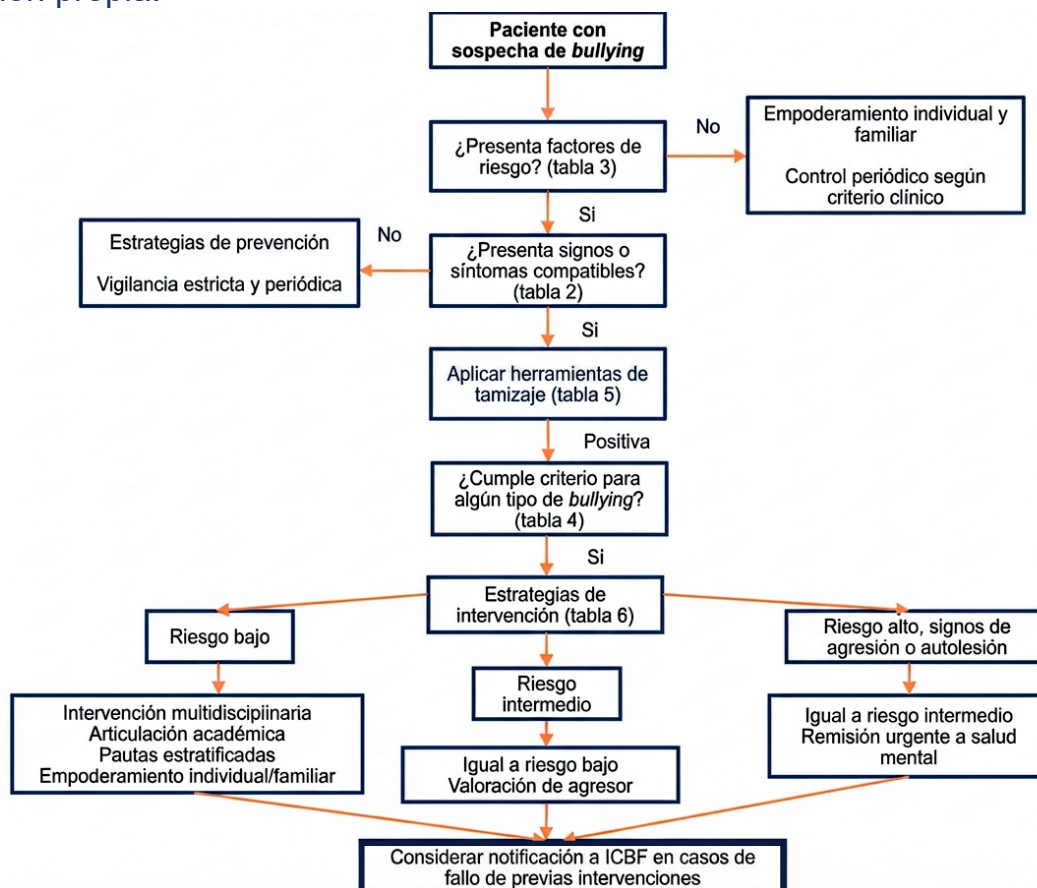
El abordaje diagnóstico, tratamiento y seguimiento tiene como objetivo restablecer los derechos del menor, al igual que promover empoderamiento individual y familiar. Así, todo caso persistente tras intervención adecuada se deberá escalar a instituciones protectoras de derechos de la población pediátrica. Lo anterior según lo estipulado en la Ley 1098 de 2006 (código de infancia y adolescencia) en su artículo 18, descrito en la tabla 8.

Tabla 8. Legislación relevante en el contexto del bullying. Fuente: elaboración propia

Ley 1098 de 2006 (código de infancia y adolescencia. Artículo 18	“Los niños, niñas y adolescentes son titulares de derechos, y cuando éstos sean amenazados o vulnerados, se deberá activar de manera inmediata el proceso administrativo de restablecimiento de derechos.”
Ley 1620 de 2013 (sistema nacional de convivencia escolar)	Marco normativo para la promoción, prevención y atención de la violencia escolar, bullying y ciberbullying. Ruta de atención integral.

FLUJOGRAMA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

Figura 1. Flujoograma de detección e intervención de paciente con sospecha de bullying. Fuente: elaboración propia.



BIBLIOGRAFÍA

1. Laboratorio de Economía de la Educación (LEE). El bullying escolar en Colombia: informe comparativo con otros países de la región [Internet]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2022. Disponible en: <https://www.javeriana.edu.co/recursosdb/5581483/5629089/INFORME-54-BULLYING-LEE-2022.pdf>
2. Gutiérrez-Vega I, Sánchez-Rodríguez CA, Londoño-Vásquez DA. El bullying: una mirada desde los niños y las niñas [Internet]. Villavicencio: Universidad de los Llanos; 2023. Disponible en: https://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-715X2023000300100&script=sci_arttext
3. Han ZY, Ye ZY, Zhong BL. School bullying and mental health among adolescents: a narrative review. *J Affect Disord*. 2025;
4. Park I, Gong J, Lyons GL, Hirota T, Takahashi M, Kim B, Lee SY, Kim YS, Lee J, Leventhal BL. Prevalence of and factors associated with school bullying in students with autism spectrum disorder: A cross-cultural meta-analysis. *Yonsei Med J*. 2020 Nov;61(11):909-922. doi: 10.3349/ymj.2020.61.11.909.
5. Fuentes Chacón RM, Simón Saiz MJ, Garrido Abejar M, Serrano Parra MD, Díaz Valentín MJ, Yubero Jiménez S. ¿Es posible detectar casos de acoso escolar a través de la presencia de problemas psicósomáticos? *Revista PCA*. 2019 Ago 1
6. Nocerino R, Mercuri C, Bosco V, Aquilone G, Guillard A, Simeone S, Rea T. Food allergy-related bullying in pediatric patients: A systematic review. *Children*. 2020
7. Ye Z, Wu D, He X, Ma Q, Peng J, Mao G, Feng L, Tong Y. Meta-analysis of the relationship between bullying and depressive symptoms in children and adolescents. *J Affect Disord*. 2020
8. Stephens MM, Cook-Fasano HT, Sibbalucca K. Childhood bullying: Implications for physicians. *Am Fam Physician*. 2018;97(3):187-192.
9. Armitage R. Bullying in children: impact on child health. *BMJ Paediatrics Open*. 2021;5:e000939. doi: 10.1136/bmjpo-2020-000939.
10. Lange BCL, Nelson A, Randall KG, Connell CM, Lang JM. A systematic review of brief, child-completed adversity screening measures. *J Child Fam Stud*. 2024;33:3272–3285. doi:10.1007/s10826-024-02905-z.
11. Celdrán-Navarro MC, Jiménez-Ruiz I, Leal-Costa C, Moore JR, López-Barranco PJ. Attitudes, self-confidence, and knowledge of primary care professionals towards school bullying. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(19):1942. doi:10.3390/healthcare12191942.
12. Hutson E, Melnyk B, Hensley V, Sinnott LT. Childhood bullying: screening and intervening practices of pediatric primary care providers. *J Pediatr Health Care*. 2019;33(6):e39–e45. doi:10.1016/j.pedhc.2019.07.003.
13. Hoover LA, Holstine JB, Williamson J, Samora JB. A quality improvement initiative to screen for bullying in pediatric orthopedic outpatient clinics. *Pediatr Qual Saf*. 2023;8:e677. doi:10.1097/pq9.0000000000000677.
14. Moratto NS, Cárdenas N, Berbesí D. Validación de un cuestionario breve para detectar intimidación escolar. *Rev CES Psicol*. 2012;5(2):70–78.
15. Zhang W, Huang S, Lam L, Evans R, Zhu C. Cyberbullying definitions and measurements in children and adolescents: summarizing 20 years of global efforts. *Front Public Health*. 2022;10:1000504. doi:10.3389/fpubh.2022.1000504.
16. Chicote-Beato M, Bodoque-Osma AR, Sierra-Díaz MJ, González-Villora S. What do we know about cyberbullying assessment tools for primary and secondary education students? A systematic review and meta-analytical study. *Comput Educ*. 2023;205:104853. doi:10.1016/j.compedu.2023.104853.
17. Fraguas D, Díaz-Caneja CM, Ayora M, Durán-Cutilla M, Abregú-Crespo R, Ezquiaga-Bravo I, Martín-Babarro J, Arango C. Assessment of school anti-bullying interventions: a meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Pediatr*. 2021;175(1):44–53. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.3541
18. Dailey SF, Roche RR, Sharkey MC. Addressing bullying and cyberbullying in public health: a systematic review of interventions for healthcare and public health professionals. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(4):3207. doi:10.3390/ijerph20043207.
19. OCEBM Levels of Evidence Working Group = Jeremy Howick, Iain Chalmers (James Lind Library), Paul Glasziou, Trish Greenhalgh, Carl Heneghan, Alessandro Liberati, Ivan Moschetti, Bob Phillips, Hazel Thornton, Olive Goddard and Mary Hodgkinson
20. República de Colombia. Ley 1620 de 2013 (15 de marzo). Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. *Diario Oficial*. 2013.
21. Te Protejo Colombia. Inicio [Ministerio de las TIC]. Disponible en: <https://teprotejocolombia.org/>

INVESTIGACIONES

ACTIVAS EN JAVESALUD

Nombre del proyecto de investigación	Línea de Investigación	Investigadores nacionales	Institución aliada
VALIDACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL CUESTIONARIO DDPPQ EN PERSONAL MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	Intervención de P y P	Claudia Robayo (IP). Jose Manuel Vivas, Paula Mahecha, Jorge Jaramillo García .	Javesalud - PUJ
Efecto cardiovascular del consumo habitual de café en pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2 con reciente diagnóstico (COCAFÉ)	Enfermedades Crónicas	Alejandra Rubiano, Juanita González, Jairo Rosas, Nora Badoui, Maylin Peñaloza, Nelci Becerra-Martínez , Juan Sebastián Castillo, Isabel del Socorro Moreno, Luz Helena Alba, Andrés Duarte Osorio.	PUJ - HUSI - Javesalud
Integración de la salud mental en la atención primaria en sitios rurales y urbanos en Colombia: estudio de implementación de un modelo de atención en salud mental (DIADA)	Modelos de Atención	Magda Cepeda (IP). Paola Rodríguez (Coi) , Ledy Yanibe Rivera Nestiel (Coi) , Magda Alba, José Miguel Uribe Restrepo, Laura Ospina Pinillos, Henry Porras.	PUJ - Javesalud - HUSI - Fundación Saldarriaga Concha, UNAD.
Caracterización del sobrepeso y la obesidad infantil en una institución de cuidado primario ambulatorio	Intervención de P y P	Alejandra María Mideros Mina (IP) ; Margarita Del Pilar Pedraza Galvis, María Lucía Castañeda Daguer , Lida Yazmin Suaza Gutiérrez .	Javesalud - HUSI - PUJ
Prevalencia y asociación de los niveles elevados de Hemoglobina glicada con las cifras de presión arterial alta en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial de un centro médico de atención primaria en Salud de la ciudad de Cali durante 2022 - 2023	Enfermedades Crónicas	Ivan Lisandro Velásquez Sarasty y Ninfa Andrea Fernández Joaqui, Stella Urdinola Cuellar, Britt Mary Whitake .	PUJ Cali - Javesalud
ATHEROLab: El impacto de la optimización del formato del panel lipídico en la mejora de las variables cardiovasculares en una cohorte de pacientes (Protocolo No. CKJX839D1C001R, Versión 1.0)	Modelos de Atención	Norma Ruiz , Juan Pablo Manosalva, Lina Cantor, Carolina Sanchez, Luis Felipe Navarrea, Diana Camila Buitrago, Luisina Carozza.	Novartis - IQVIA - Javesalud
Genética para la comunidad (GpC): Exploración de las Percepciones, Experiencias y Desafíos de la Apropiación Social del Conocimiento en Genética en una población de Bogotá entre 2025-2026	Educación en salud	Reggie García Robles, Daniel Fernando Higuera Boo , Paola Andrea Ayala Ramírez, Paola Liliana Páez Rojas , Natalia Godoy Casasbuena.	PUJ - IGH
Impacto de la enfermedad renal diabética en la presentación de eventos cardiovasculares mayores en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2	Enfermedades Crónicas	Kateir Mariel Contreras Villamizar, Karen Lucia Julio Torres, Joan Sebastián Amador, Diana Carolina Vargas Ángel, María Baquero, Isabel Cristina Zapata Soto .	HUSI - PUJ - Javesalud
Validación de la Escala DMTAS (Diabetes Medication Treatment Adherence Scale), versión adaptada culturalmente para población colombiana, en pacientes con diabetes tipo 2 en atención ambulatoria en Bogotá (Colombia)	Proceso diagnóstico y tamizaje	Laura Victoria Mancilla Sabbagh; Andrés Duarte Osorio; Silvia Tatiana González Gómez; Jose Manuel Vivas Prieto; David Fernando Ortegón Ardila .	PUJ - Javesalud

(IP) Investigador(a) principal Profesionales de Javesalud

(Coi) Coinvestigador(a)

(Col) Colaborador(a)

INVESTIGACIÓN DEL MOMENTO

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DMTAS (DIABETES MEDICATION TREATMENT ADHERENCE SCALE), VERSIÓN ADAPTADA CULTURALMENTE PARA POBLACIÓN COLOMBIANA, EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN ATENCIÓN AMBULATORIA EN BOGOTÁ (COLOMBIA)

Autores: Laura Victoria Mancilla Sabbagh¹, Andrés Duarte Osorio², Silvia Tatiana González Gómez³, José Manuel Vivas Prieto^{3, 4}, David Fernando Ortigón Ardila⁵.

¹ Residente de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

² Profesor asociado, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

³ Médico Familiar, Hospital Universitario San Ignacio – Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

⁴ Médico Familiar, Hospital San Ignacio, Bogotá, Colombia.

⁵ Médico Centro Médico Toberín - Javesalud, Bogotá, Colombia.

¿CUÁL ES EL PROBLEMA QUE EL PROYECTO AYUDARÁ A RESOLVER?



La diabetes fue responsable de más de 3,4 millones de muertes en 2024 y constituye una causa importante de discapacidad debido a sus complicaciones crónicas, como enfermedad cardiovascular, renal, ceguera y amputaciones. En la región de las Américas, se estima una pérdida cercana a ocho millones de años de vida ajustados por discapacidad, asociada al aumento de factores de riesgo como la obesidad, la inactividad física y otros determinantes conductuales. A esto se suma el impacto en la salud mental, donde un porcentaje significativo de pacientes experimenta ansiedad y temor frente a las complicaciones, lo que afecta su bienestar y calidad de vida.

En Colombia, esta problemática se refleja en una prevalencia creciente de la enfermedad, con millones de personas afectadas, una alta carga de complicaciones y una importante proporción de pacientes con factores de riesgo como sobrepeso y obesidad. Asimismo, persisten brechas

en el seguimiento clínico, evidenciadas por un control metabólico insuficiente en una parte considerable de la población.

Un factor determinante en estos desenlaces es la baja adherencia al tratamiento, presente en aproximadamente la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas como la DM2, lo que incrementa el riesgo de complicaciones, hospitalizaciones y mortalidad prematura. Sin embargo, en el contexto colombiano existe una limitación significativa en la medición sistemática de la adherencia, debido a la ausencia de instrumentos validados y adaptados culturalmente que permitan identificar de manera oportuna a los pacientes en riesgo.

En este sentido, el problema central que este proyecto busca resolver es la dificultad para evaluar de manera válida, confiable e integral la adherencia al tratamiento en pacientes con DM2 en Colombia, lo cual limita la implementación de intervenciones oportunas y efectivas. Por ello, se hace necesario contar con herramientas adaptadas al contexto local, como la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus (DMTAS), que permitan una evaluación completa de la adherencia tanto farmacológica como no farmacológica, favoreciendo un mejor control metabólico y la reducción de complicaciones.

¿CÓMO FORMULAMOS ESTE PROYECTO?

El proyecto se formuló como un estudio metodológico de validación de escala, orientado a evaluar las propiedades psicométricas de la versión adaptada al español de la DMTAS en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención ambulatoria en Bogotá. Se diseñó un estudio con muestreo no probabilístico por conveniencia, que incluye análisis de vali-

dez de constructo, consistencia interna y estabilidad temporal, con el fin de garantizar la confiabilidad y aplicabilidad del instrumento en el contexto colombiano.

¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS QUE ESPERAMOS ENCONTRAR?

Se espera que la validación de la Escala DMTAS en población colombiana con diabetes mellitus tipo 2 aporte evidencia sólida de validez de constructo, consistencia interna y estabilidad temporal, confirmando su utilidad como instrumento de medición.

En conjunto, estos resultados proporcionarán herramientas relevantes para la práctica clínica y la investigación en salud pública, al disponer de un instrumento adaptado culturalmente, válido y confiable, que permita la medición estandarizada de la adherencia al tratamiento en población colombiana con diabetes mellitus tipo 2.



¿CÓMO ESTÁ VINCULADO JAVESALUD AL PROYECTO?

Javesalud se encuentra vinculada al proyecto como institución escenario para la identificación, captación y seguimiento de los participantes. En uno de sus centros médicos (Toberín) y del programa de pacientes crónicos, se realizará la identificación de pacientes potencialmente elegibles, con el fin de verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y recopilar las variables clínicas relevantes para el estudio.

Adicionalmente, el equipo de investigación cuenta con la participación de un médico del centro médico Toberín en calidad de coinvestigador. La aplicación de



la escala se llevará a cabo en este contexto asistencial, garantizando la voluntariedad de la participación, la confidencialidad de la información y el cumplimiento de las normas éticas vigentes.

De esta manera, Javesalud actúa como el entorno clínico donde se desarrolla la recolección de la información y facilita los recursos necesarios para la ejecución del estudio en población con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria.

REFERENCIAS

1. Cuenta de Alto Costo (Colombia). Boletín: Día mundial de la diabetes – “Diabetes y bienestar” [Internet]. Bogotá, D.C.: Cuenta de Alto Costo; 2024. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/noticias/dia-mundial-de-la-diabetes-2024/>
2. Gast A, Mathes T. Medication adherence influencing factors—an (updated) overview of systematic reviews. *Syst Rev*. 2021;10(1):62. doi:10.1186/s13643-021-01519-2
3. Bosworth HB, Fortmann AL, Kuntz J, Zullig LL, Mendys P, Safford MM, et al. Recommendations for providers on person-centered approaches to assess and improve medication adherence. *J Gen Intern Med*. 2021;37(5):1210–8. doi:10.1007/s11606-021-07193-y
4. Muñiz J, Fonseca-Pedrero E. Diez pasos para la validación de una escala. *Psicothema*. 2021;33(1):7–16. doi:10.7334/psicothema2020.291
5. Hou G, Fang Z, Cao W, Shi Y, Xu X, Han M, et al. Development and validation of a diabetes mellitus treatment adherence scale (DMTAS). *Diabetes Res Clin Pract*. 2021;172:108629. doi:10.1016/j.diabres.2020.108629

INVESTIGACIÓN FINALIZADA

Caracterización de una cohorte retrospectiva de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y factores asociados a la declinación rápida de la función pulmonar en dos centros en Colombia .

Autores: Álvaro Cordero-Solarte (1.^{a,b}), Dolfus Santiago Romero (2.^a), María José Fernández (3.^{a,b,c}), Stela Baracaldo (4.^d), Alejandra Villadiego (5), Yair Carrero (6).

⁽¹⁾ Fellow de Neumología.

⁽²⁾ Internista Neumólogo, Hospital Universitario San Ignacio.

⁽³⁾ Internista Neumóloga, Hospital Universitario San Ignacio.

⁽⁴⁾ Médica epidemióloga, Hospital Universitario San Ignacio.

⁽⁵⁾ Médica, Gerente médico, Centro Médico Javeriana, Javesalud.

⁽⁶⁾ Enfermero, Gestor de enlace Javesalud, Centro Médico Javeriana, Javesalud.

^a Hospital Universitario San Ignacio, Departamento de Neumología, Bogotá, Colombia.

^b Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Interna, Bogotá, Colombia.

^c Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina, Departamento de Ciencias Fisiológicas, Bogotá, Colombia.

^d Hospital Universitario San Ignacio, Oficina de Investigaciones, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN



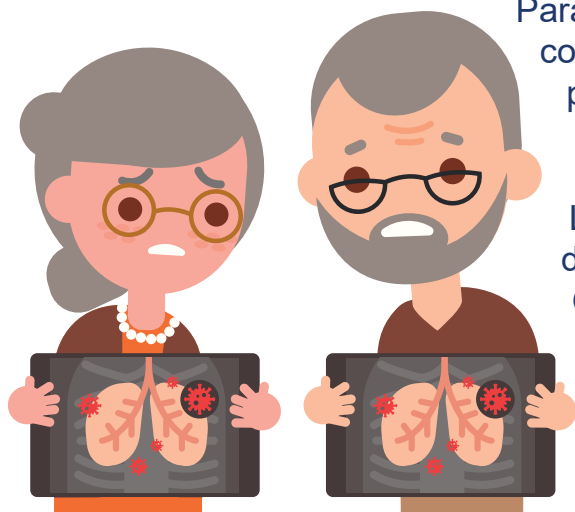
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es actualmente la tercera causa de mortalidad en el mundo y el 90% de estos fallecimientos ocurren en países de bajos y medianos ingresos. Dentro de los factores de riesgo más conocidos están: el tabaquismo, exposición a cigarrillo de segunda mano, contaminación del aire por la quema de combustibles de biomasa entre otros. En Colombia el estudio PREPOCOL (Prevalencia de EPOC en Colombia) encontró una prevalencia general del 8.9%. En el último tiempo se ha descrito el impacto del desarrollo pulmonar, su envejecimiento y la trayectoria de la función pulmonar como factor de riesgo para desarrollar la EPOC, así como los desenlaces adversos en aquellos que tienen una declinación progresiva de la función pulmonar, confiriéndoles un riesgo de mortalidad dos a tres veces mayor. Por lo tanto, se ha propuesto el concepto de declinación rápida de la función pulmonar, la

cual hace referencia a la disminución acelerada del VEF1, siendo superior al promedio anual, sin embargo, aún no hay consenso sobre un punto de corte. La mayoría de los trabajos de investigación que han usado este concepto toman como umbral 60 ml o más. Las exacerbaciones, anormalidades estructurales del parénquima pulmonar y el tabaquismo activo son los factores de riesgo principal para la declinación rápida del VEF1. Conocer un umbral de declinación rápida del VEF1 en nuestro medio e identificar los factores de riesgo asociados podría permitir intervenciones más tempranas que contribuyan a un mejor control de la enfermedad. En Colombia y en altitudes superiores a 2600 metros hay muy pocos estudios que describan el comportamiento de la función pulmonar en la EPOC.

¿CUÁL ES EL PROBLEMA QUE EL PROYECTO AYUDA A RESOLVER?

El proyecto busca resolver la falta de información sobre el umbral de declinación rápida de la función pulmonar en nuestro medio y sus factores asociados.

¿CÓMO HICIERON ESTE PROYECTO?



Para este proyecto se diseñó un estudio observacional de cohorte retrospectivo con componente analítico. Los datos provinieron de pacientes del programa de seguimiento ambulatorio de JAVESALUD y el Hospital Universitario San Ignacio, en Bogotá entre los años 2019 – 2025. Los pacientes incluidos eran mayores de 18 años, con diagnóstico de EPOC según los criterios de las guías GOLD, y al menos dos espirometrías con un tiempo de diferencia entre estas de mínimo 6 meses. Se excluyeron pacientes con datos incompletos, asmáticos, con enfermedad intersticial y cáncer de pulmón. Usamos nuestra propia definición de declinación rápida tomando la diferencia entre el VEF1 en litros de la segunda espirometría y el VEF1 en litros de la primera espirometría sobre el tiempo entre ambas (en meses). La gravedad de la enfermedad se categorizó con la definición de riesgo de mortalidad propuesta por la guía colombiana de EPOC. El punto de corte usado para eosinofilia fue >150 cel/ul. Las exacerbaciones fueron definidas de acuerdo con la guía GOLD.

Los datos del estudio fueron recolectados y gestionados mediante REDCap (Research Electronic Data Capture), una plataforma segura basada en web alojada en el Hospital Universitario San Ignacio, diseñada para apoyar la captura de datos en investigación.¹

¿CUÁLES FUERON LOS RESULTADOS MÁS IMPORTANTES?

Durante el periodo de estudio se identificaron 750 pacientes, de los cuales 621 fueron excluidos. La cohorte analizada incluyó 129 pacientes, en su mayoría hombres (61%). La edad promedio fue de 78 años (± 9.33). El 52% de la población estudiada tuvo declinación general de la

función pulmonar. El promedio de declinación fue 70 ml/año, por tanto, declinación rápida se consideró como una pérdida del VEF1 >70 ml/año. Los declinadores rápidos correspondieron al 21% de la población total. Al estratificar los pacientes según su velocidad de declinación pulmonar se encuentra que aquellos con declinación rápida tuvieron un VEF1 pre broncodilatador significativamente mayor (1.27 ± 0.53 L vs. 1.03 ± 0.46 L, $p = 0.032$ al igual que la CVF pre broncodilatador (2.57 ± 0.73 L vs 2.00 ± 0.76 L, $p = 0.013$). También se observaron diferencias sin significancia estadística en otras variables como un mayor conteo de eosinófilos en sangre (204 células/ μ L, DE: ± 360.8 vs 106 células/ μ L, DE: ± 143.2), mayor número de exacerbaciones (0.5, DE ± 0.5 vs 0.4, DE ± 0.5 , $p = 0.40$) y mayor exposición a material particulado diferentes a tabaco o biomasa, como tabaquismo de segunda mano (25% vs 13%, $p = 0.15$) en el grupo de declinadores rápidos.

¿CUÁLES FUERON LAS CONCLUSIONES DE ESTE PROYECTO?

El promedio de declinación de los pacientes con EPOC en nuestro medio y a 2600 mts de altura fue de VEF1 70 ml/año lo que podría considerarse como punto de referencia para definir declinación rápida de la función pulmonar. Por otra parte, la CVF pre broncodilatador y VEF1 pre y post broncodilatador en la primera espirometría se observó mayor en el grupo de declinadores rápidos posiblemente dada su mayor reserva de función pulmonar. Las exacerbaciones frecuentes y niveles elevados de eosinófilos son posibles predictores clínicos de declinación rápida del VEF1 en pacientes con EPOC. Estos hallazgos deben ser confirmados con cohortes prospectivas, multicéntricas y con cálculo de tamaño de muestra basado en los datos encontrados en el presente trabajo.



AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Oficina de Investigación del Hospital Universitario San Ignacio, al Programa de Registros Institucionales y a JAVESALUD en el marco del Convenio de Cooperación Académica, así como al personal de apoyo en la recolección y registro de datos.

REFERENCIAS

1. Agustí A, Celli BR, Criner GJ, Halpin D, Anzueto A, Barnes P, et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. *European Respiratory Journal*. 2023;61(4).
2. Caballero A, Torres-Duque CA, Jaramillo C, Bolívar F, Sanabria F, Osorio P, et al. Prevalence of COPD in five Colombian cities situated at low, medium, and high altitude (PREPOCOL study). *Chest*. 2008;133(2).
3. Melén E, Faner R, Allinson JP, Bui D, Bush A, Custovic A, et al. Lung-function trajectories: relevance and implementation in clinical practice. Vol. 403, *The Lancet*. 2024.
4. García Morales OM, Ali Munive A, Celis-Preciado CA, Londoño Trujillo D, Casas A, Bastidas Goyes A, et al. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico, manejo y seguimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Colombia 2023. *Revista Colombiana de Neumología*. 2024 Jun 7;35(2Supl-1).
5. Ramírez-Venegas A, Sansores RH, Quintana-Carrillo RH, Velázquez-Uncal M, Hernández-Zenteno RJ, Sánchez-Romero C, et al. FEV1 decline in patients with chronic obstructive pulmonary disease associated with biomass exposure. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014;190(9).
6. Lee HW, Lee JK, Kim Y, Jang AS, Hwang Y il, Lee JH, et al. Differential decline of lung function in COPD patients according to structural abnormality in chest CT. *Heliyon*. 2024;10(7).
7. Donaldson GC, Seemungal TAR, Bhowmik A, Wedzicha JA. Relationship between exacerbation frequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 2002;57(10).
8. Cerveri I, Corsico AG, Grosso A, Albicini F, Ronzoni V, Tripodi B, et al. The rapid FEV1 decline in chronic obstructive pulmonary disease is associated with predominant emphysema: A longitudinal study. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2013;10(1).
9. Rehman A ur, Shah S, Abbas G, Harun SN, Shakeel S, Hussain R, et al. Assessment of risk factors responsible for rapid deterioration of lung function over a period of one year in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Sci Rep*. 2021;11(1).



RECONOCIMIENTO

— SEGUNDO —

SEMESTRE 2025

DOCENTES CORE



**María Juliana
Ramírez Osorio**
Médico General
Centro Médico Cali



**Paola Ximena
Marquez Martínez**
Médico Pediatra
Centro Médico Toberin



**Ingrid Daniela
Sánchez Aguirre**
Médico Familiar
Centro Médico Cali



**Lina Paola
Ramírez Narváz**
Médico Pediatra
Centro Médico Toberin



**María Alejandra
Gongora Clevel**
Médico General
Centro Médico Cali



**Miguel Antonio
Bohorquez Arias**
Médico General
Centro Médico Javeriana

INSTRUCTORES



**Jesús Fernando
Rubiano García**
Médico General
Centro Médico Javeriana



**Thomas Santiago
Cortés Cuaran**
Médico General
Centro Médico Cali



**Deissy Viviana
Durán Rodríguez**
Jefe de Enfermería PYP
Centro Médico Toberin

PROFESIONAL EN CONTACTO CON EL ESTUDIANTE



**Natalia Carolina
Pardo Díaz**
Médico General
Centro Médico Cali



**Alejandra María
Mideros Mina**
Pediatra
Centro Médico Cali

RESIDENTE FORMADOR



**Alejandra Catherine
Rubiano Rojas**
Residente de Medicina Familiar

PROFESIONAL FACILITADOR



**Lida Yazmín
Suaza Gutiérrez**
Nutricionista










TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO





















En este volumen queremos recordar los **73 EACPAS** que hoy son guías complementarias de Javesalud. ¡¡¡El número más alto gracias a la participación de todos!!!





















Pero.. recordemos ¿Qué es un EACPA?





















Corresponde a la sigla: Evidencia Aplicada al Cuidado Primario Ambulatorio. Consiste en una **estrategia de búsqueda** y síntesis de la literatura vigente que busca resolver un problema clínico específico en el marco del cuidado primario ambulatorio. Esta actividad tiene un origen académico dentro de las prácticas formativas de residentes de Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría y Ginecología y **son producto académico de sus rotaciones** con implicaciones dentro de la evaluación. La revisión y retroalimentación está a cargo de los docentes, la dirección académica y de investigaciones, la Dirección Científica y el comité de ética en investigaciones. Tienen una metodología específica y rigurosa e intentan dar solución a **una problemática clínica específica**. Esta estrategia ha sido reconocida por el ICONTEC como una fortaleza institucional. **Los EACPAS de mayor calidad se han transferido a Javesalud como guías complementarias**. Si no los conoce y aún no los aplica es el momento de hacerlo.





EACPAS vigentes en Javesalud:

-  1. Guía EACPA calambres en miembros inferiores: abordaje desde la atención primaria Versión 2.
-  2. Guía complementaria EACPA de síndrome de ovario poliquístico Versión 2.
-  3. Guía complementaria EACPA abordaje del niño con Síndrome de Down Versión 2.
-  4. Guía de abordaje, diagnóstico y tratamiento del adolescente con obesidad.
-  5. Guía Complementaria EACPA Enfoque Diagnóstico del Paciente con Otaglia. Versión 2
-  6. Guía complementaria EACPA de síndrome premenstrual. Versión 2.
-  7. Guía EACPA aborto recurrente Versión 2.
-  8. Guía EACPA calambres en miembros inferiores.
-  9. Manejo del estreñimiento en niños.

-  10. Abordaje, diagnóstico y tratamiento de la paciente con hiperandrogenismo.
-  11. El niño que llora.
-  12. Patología Palpebral.
-  13. Abordaje terapéutico de la paciente con menopausia.
-  14. Diagnóstico, manejo y tratamiento de la alteración en el medro en pacientes pediátricos.
-  15. Molusco contagioso.
-  16. Síndrome del niño zarandeado.
-  17. Abordaje y manejo dolor pélvico crónico.
-  18. Actualización vacuna VPH.
-  19. Dermatitis atópica en niños.
-  20. Lesiones no cariosas en cuello dentario.
-  21. Abordaje, diagnóstico y manejo de la miomatosis uterina en atención primaria.
-  22. Guía EACPA para el enfoque del dolor abdominal agudo en el paciente adulto.
-  23. Manejo post covid agudo y crónico.
-  24. Manejo de la Enfermedad Hemorroidal.
-  25. Abordaje del Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad en atención primaria.
-  26. Dermatitis de contacto.
-  27. Manejo del Retardo del crecimiento intrauterino en atención primaria.
-  28. Abordaje del niño y adolescente con Ginecomastia.
-  29. Guía complementaria EACPA Dermatitis de contacto: la otra cara de la moneda en la higiene de manos.

-  30. Guía complementaria EACPA - Acné, una mirada desde el primer nivel de atención.
-  31. Guía complementaria EACPA cólico del lactante.
-  32. Guía complementaria EACPA Conjuntivitis.
-  33. Guía complementaria EACPA acné infantil y adolescente.
-  34. Guía complementaria EACPA hemorragia uterina anormal.
-  35. Guía complementaria EACPA Manejo y abordaje de ideación suicida en adolescente.
-  36. Guía complementaria EACPA Adenopatías Pediatría
-  37. Guía complementaria del Manejo de las Cefaleas en la Infancia EACPA
-  38. Guía complementaria EACPA Manejo del Dolor Agudo No Oncológico en Consulta No Programada.
-  39. Guía complementaria EACPA Abordaje de la isoimmunización en el embarazo.
-  40. Guía complementaria EACPA Abordaje Clínico Alopecias.
-  41. Guía complementaria EACPA Abordaje Detección Temprana Depresión Niños.
-  42. Guía complementaria EACPA Manejo de Rinitis en Adultos.
-  43. Guía complementaria EACPA Trombocitopenia en Atención Primaria.
-  44. Guía complementaria EACPA Manejo Reflujo Gastroesofágico en Embarazo
-  45. Guía complementaria EACPA Abordaje Integral de Depresión Post-Parto en Atención Primaria.
-  46. Guía complementaria EACPA Indicaciones tratamiento erradicación H.PYLORI.
-  47. Guía EACPA Tamización de la Displasia Desarrollo de Caderas en Lactantes.
-  48. Guía EACPA del Dolor de Rodilla en Cuidado Primario.
-  49. Guía complementaria EACPA de manejo no hormonal de la menopausia. Versión 2.

- 
- 50.** Guía complementaria EACPA abordaje del prurito en el cuidado primario ambulatorio.
- 
- 51.** Guía complementaria EACPA Abordaje inicial del síndrome anémico.
- 
- 52.** Guía Complementaria EACPA Ambliopía en niños.
- 
- 53.** Guía Complementaria EACPA Abordaje del hipotiroidismo subclínico.
- 
- 54.** Guía complementaria EACPA Halitosis abordaje en atención primaria.
- 
- 55.** Guía Complementaria EACPA Abordaje del paciente con elevación de enzimas hepáticas.
- 
- 56.** Guía Complementaria EACPA Abordaje de las infecciones de vías urinarias en embarazadas en cuidado primario ambulatorio.
- 
- 57.** Guía complementaria EACPA Enuresis en niños.
- 
- 58.** Guía complementaria EACPA Abordaje e intervención de la deserción escolar.
- 
- 59.** Guía complementaria EACPA Enfoque inicial del paciente con epistaxis.
- 
- 60.** Guía Complementaria EACPA Abordaje interrupción voluntaria de embarazo (IVE).
- 
- 61.** Guía Complementaria EACPA Uso de A-GLP1: ¿cuáles, ¿cuándo y por qué usarlos en atención primaria?
- 
- 62.** Guía Complementaria EACPA La pareja infértil: Abordaje inicial en atención primaria.
- 
- 63.** Guía Complementaria EACPA Abordaje del paciente con nódulo tiroideo.
- 
- 64.** Guía Complementaria EACPA planificación familiar en adolescentes o tiroideo.
- 
- 65.** Guía Complementaria EACPA Abordaje inicial de las infecciones de transmisión sexual en consulta externa.
- 
- 66.** Guía complementaria EACPA recomendaciones sobre realización del examen ocular en consulta externa según RIAS.
- 
- 67.** Guía Complementaria EACPA Síndrome de fatiga crónica.
- 
- 68.** Guía complementaria EACPA Fibromialgia en atención primaria: diagnóstico, manejo y estrategias para el cuidado integral.
- 
- 69.** Guía complementaria EACPA prevención del embarazo no deseado en adolescentes.

-  70. Guía complementaria EACPA recomendaciones actualizadas en alimentación complementaria en pediatría.
-  71. Guía complementaria EACPA Abordaje del síndrome obstructivo urinario bajo.
-  72. Guía complementaria EACPA fiebre de origen desconocido adultos.
-  73. Guía complementaria EACPA Detección temprana del bullying en niños y adolescentes.

Tip de ayuda para encontrar estos EACPAS en Javesalud:

Diríjase a **ALMERA**, en documentos busque la palabra “**EACPA**” y encontrará las revisiones de estos temas que son guías complementarias para la atención en salud, o bien, busque en **ALMERA** por las palabras claves subrayadas en el segmento anterior.



Nota final: si usted **identifica una necesidad** en su área sobre una pregunta clínica específica que pudiera ser resuelta a través de un EACPA no dude en escribir a la dirección académica y de investigaciones (jbastidas@javesalud.com.co), a la profesional del área de Investigación (nbecerra@javesalud.com.co) o a la profesional del área académica (yherrera@javesalud.com.co).

NOTICIAS Y NOVEDADES

Volumen 37

1. Presentaciones y eventos de interés

Durante el primer trimestre de 2026, Javesalud participó en los siguientes eventos académicos:

En Enero:

1. **Salud Visión Colombia 2040. Foro sectorial. (Secretaría de Salud de Bogotá-Pontificia Universidad Javeriana-Gressa).** Conversatorio para transformar el sistema de salud colombiano hacia el año 2040. Realizado el 20 de enero de 2026. Participaron de Javesalud: Carlos Tobar, Monica Leal, Norma Ruiz, Jazmin Samacá, Miguel Zambrano, Isabel Zapata, Sandra Herrera, Julieta Bastidas.
2. **IV Encuentro de investigación posgrados de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana.** Realizado el 29 de enero de 2026. Se presentaron 3 trabajos en modalidad posters (en negrita coautores de Javesalud):
 - a. Factores asociados a la declinación rápida de la función pulmonar en una cohorte de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (JAVEPOC) en el periodo 2019 a 2025. Autores: Álvaro Sebastian Cordero Solarte, Dolfus Santiago Romero Rojas, Maria José Fernández Sánchez, Stela Baracaldo, **Alejandra Villadiego Cortina, Yair Carrero.**
 - b. Barreras y facilitadores para la tamización de infección por virus del papiloma humano y lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en una institución de atención primaria en Bogotá. Colombia. Autores: Diana Katherine Chiquillo Lozano, Leidy Maritza Rojas Prieto, Raúl Hernando Murillo Moreno, Andrés Duarte Osorio, **Lina María Paredes Victorino.**
 - c. Patrones de consumo de café y riesgo cardiovascular en una cohorte de pacientes colombianos con hipertensión y diabetes tipo 2: Resultados preliminares del estudio COCAFÉ (cohorte sobre el efecto cardiovascular del café en enfermedades crónicas). Autores: Alejandra Rubiano, **Nelci Becerra,** Maylin Peñaloza, Martín Rondón, Andrés Duarte, Luz Helena Alba.

En Febrero:

1. **V Foro Nacional de Hospitales Universitarios Acreditados de Colombia**, realizado los días 12 y 13 de febrero en Bogotá. La **Dra. Julieta Bastidas** participó en el Panel: *“Retos y aspectos diferenciales en el proceso de reconocimiento para los Hospitales Especializados”*.
2. **Evento “VI Día Internacional Antifraude. Más allá de lo visible: fraude y crimen organizado”**, realizado el 18 de febrero, organizado por INIF y apoyado por la Pontificia Universidad Javeriana, en el que se desarrolló el Conversatorio: **“La transparencia como pilar para reconstruir el sistema de salud en Colombia”**, con la participación del **Dr. Carlos Tobar (Director General de Javesalud)**.
3. Evento de entrega oficial de las cartillas a las directivas de Javesalud, derivadas del proyecto: **“Integración de la salud mental en la atención primaria: modelo DIADA en las regiones Andina y Amazonía de Colombia y modelo DIADA en Javesalud Toberín”**. Este evento se realizó en Bogotá, en la Decanatura de la Facultad de Medicina de la PUJ el 23 de febrero de 2026. Estas publicaciones fueron elaboradas en el marco del programa “Ecosistema para el Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud Mental con Enfoque de Curso de Vida en Áreas Demostrativas de la Región Andina y la Amazonía”, iniciativa financiada por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, bajo el código 120391992331.

En Marzo:

1. **“El impacto de la obesidad en Colombia: respuestas desde el abordaje integral”**, organizado por Clúster Farmacéutico Bogotá-Región de la Cámara de Comercio de Bogotá, con el apoyo de OPEN (Obesity Policy Engagement Network). Realizado el 4 de marzo en la Cámara de Comercio de Bogotá. Panelista invitada: Dra. Norma Ruiz, Directora Científica de Javesalud.

o Publicaciones: Ninguna publicación en el primer trimestre de 2026.

o Convocatorias: Ninguna en este trimestre.

¡Sigamos motivandonos en la lectura con el volumen 37!



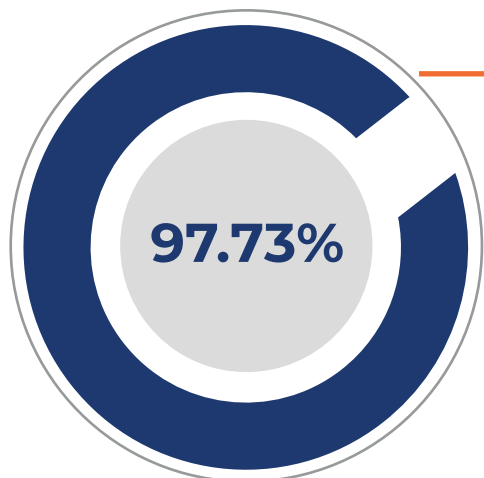
¡NO DEJEMOS DE LEER Y DE PARTICIPAR, ¡¡¡ES NUESTRA REVISTA!!!

Los invitamos a mantener la lectura de Cura Alterius, para poder darle mayor visibilidad y recuperar nuestro indicador de lectura.

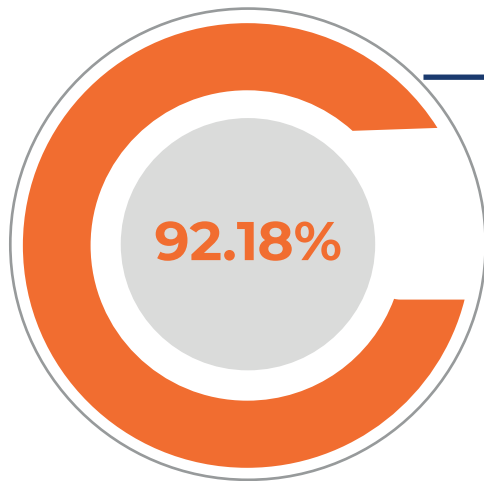
Y como es NUESTRA revista, el equipo editorial está dispuesto a apoyarlos para que se animen a escribir en ella. Pueden participar en la sección “Artículo de opinión” con un tema libre, con el propósito de compartir con los lectores sus reflexiones sobre un tema de interés común en el marco del cuidado primario ambulatorio.

3. ¿Cómo vamos en prácticas formativas (Balance docencia servicio)?

- Durante el **2025-2** se han ocupado **1574** cupos de estudiantes en prácticas formativas (rotaciones). “En este ítem se cambió la sumatoria de personas, por el cupo general de estudiantes recibidos.”



- El porcentaje de satisfacción de UNIVERSIDADES del **cuarto trimestre del 2025** es del **97.73%**. En los comités destacan el compromiso y la calidad de nuestros docentes. ¡¡Felicitaciones!!



- El porcentaje de satisfacción de los estudiantes evaluado a través del indicador: “Evaluación integral de prácticas formativas” durante el segundo semestre de 2025, fue del **92.18%**.

4. ¿Cómo vamos en investigación?

- Con corte a 31 de marzo de 2026, hay 10 proyectos de investigación activos a los cuales se ha dado continuidad al 100% en el seguimiento.



¿CUÁNTO APRENDIÓ EN ESTE NÚMERO?

Para este volumen se propone la realización de una actividad interactiva para saber cuánto aprendieron.

Reto Cura Alterius Vol 37 - Juego de memoria (Portadas: 5 sentidos)

¡Gracias por participar en esta su revista!

1. Ingrese al link e inicie sesión.

<https://javesalud.edu-labs.co/mod/hvp/view.php?id=15176>

2. Si no está matriculado en el curso, puede automatricularse con la contraseña CURA2025.

3. Una vez ingrese diríjase a la **Revista Cura Alterius 37**.

4. **Realice la actividad interactiva:** Reto Cura Alterius Vol 37 - Juego de memoria (Portadas: 5 sentidos)

¡¡¡Mucha suerte!!!





JAVE SALUD

Todos Nuestros Sentidos en Usted

Hospital Universitario