

Archivos en Medicina Familiar

An International Journal

• Práctica de la Medicina Familiar • Instrumentos de Evaluación Familiar • Salud Reproductiva • Pobreza y Familia • Educación Médica • Bioética

ÓRGANO DE DIFUSIÓN DE LA ASOCIACIÓN ACADÉMICA PANAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR AC



Contenido

Artículos Editoriales: Educación en diabetes y su importancia en la consulta del médico familiar / La obesidad como problema de salud pública global.

Artículos Originales: Asociación entre calidad del sueño y control glucémico en una Unidad de Medicina Familiar de Ciudad Madero, Tamaulipas, México / Detección de síntomas relacionados con ansiedad, depresión y estrés en pacientes con VIH mediante la escala DASS-21 / Infección del tracto urinario bajo en embarazadas: frecuencia y etiología en una Unidad de Medicina Familiar de Mexicali, Baja California, México / Embarazo en adolescentes y estigmatización: experiencia en una unidad de medicina familiar de Michoacán, México / Funcionamiento Familiar en una Unidad de Medicina Familiar utilizando el Instrumento BAMI-Muñoz.

Artículo de Revisión: Telemedicina... ¿la revolución de la consulta del médico familiar?.

Casos Clínicos: Eccema por *Staphylococcus aureus*: a propósito de un caso y revisión de la literatura / Miasis cutánea por *Hypoderma spp*: un caso desafiante en la consulta del médico familiar.


Carta al Editor: Identidad médica: crecer como profesionales y como personas.



Con el apoyo del:

**Consejo Mexicano de
Certificación en Medicina
Familiar**

Archivos en Medicina Familiar (ISSN 1405-9657) es el Órgano de Difusión de la Asociación Académica Panamericana de Medicina Familiar AC recibe artículos originales sobre las distintas áreas de desarrollo científico en Medicina Familiar, Práctica Médica General y Atención Primaria a la Salud, los cuales podrán ser publicados previa aprobación del Comité Editorial. La revista promueve la participación interdisciplinaria y la contribución de diversas ciencias tanto de la salud como sociales.

Archivos en Medicina Familiar es una publicación bimestral. Editada por la Editorial Medicina Familiar Mexicana.  Miembro de la CANIEM No.1812, Calzada Vallejo 747, Col. Nueva Vallejo, México, 07750, D.F. Correspondencia: Calzada Vallejo 747, Col. Nueva Vallejo, México, 07750, D.F. Certificado de Reserva de Derechos 04-2000-060610353900-102, Secretaría de Educación Pública. Certificado de Licitud de Título No.11354. Certificado de Licitud de Contenido No.7960.

Editora

HERLINDA MORALES LÓPEZ

Editores Eméritos

ARNULFO E. IRIGOYEN CORIA

PABLO GONZÁLEZ BLASCO

COMITÉ EDITORIAL

JOSÉ SAURA LLAMAS (ESPAÑA)

GUILHERME AYRES ROSSINI (BRASIL)

GRAZIELA MORETO (BRASIL)

MARCELO ROZENFELD LEVITES (BRASIL)

MARIA AUXILIADORA CRAICE DE BENEDETTO (BRASIL)

JUAN FIGUEROA GARCÍA (MÉXICO)

Corrección de estilo en portugués: Dra. MARIA AUXILIADORA CRAICE DE BENEDETTO

Corrección de estilo en inglés: Dr. VÍCTOR HUGO VÁZQUEZ MARTÍNEZ

Los conceptos publicados en los artículos son responsabilidad exclusiva de los autores.

Arch Med Fam 2024;26(6): 275-323.

Correo electrónico de la EDITORIAL MEDICINA FAMILIAR MEXICANA : olivos661@gmail.com y archmedfam@hotmail.com

Contenido

Artículos Editoriales

Educación en diabetes y su importancia en la consulta del médico familiar / *Diabetes Education and its Importance in the Family Doctor's Office / Educação sobre diabetes e sua importância na consulta do médico de família* 275

La obesidad como problema de salud pública global / *Obesity as a Global Public Health Issue / A obesidade como um problema global de saúde pública* 279

Artículos Originales

Asociación entre calidad del sueño y control glucémico en una Unidad de Medicina Familiar de Ciudad Madero, Tamaulipas. México / *Association between quality of sleep and glycemic control in a Family Medicine Unit of Ciudad Madero, Tamaulipas. Mexico / Associação entre qualidade do sono e controle glicêmico em uma Unidade de Medicina Familiar de Ciudad Madero, Tamaulipas. México* 281

Detección de síntomas relacionados con ansiedad, depresión y estrés en pacientes con VIH mediante la escala DASS-21 / *Detection of Symptoms Related to Anxiety, Depression, and Stress in Patients with HIV using the DASS-21 SCALE / Detecção de sintomas relacionados à ansiedade, depressão e estresse em pacientes com HIV por meio da escala DASS-21* 287

Infección del tracto urinario bajo en embarazadas: frecuencia y etiología en una Unidad de Medicina Familiar de Mexicali, Baja California, México / *Lower Urinary tract Infection in Pregnant Women: Frequency and Etiology in a Family Medicine Unit in Mexicali, Baja California, Mexico / Infecção do trato urinário inferior em gestantes: frequência e etiologia em uma Unidade de Medicina Familiar em Mexicali, Baja Califórnia, México* 293

Embarazo en adolescentes y estigmatización: experiencia en una unidad de medicina familiar de Michoacán, México / *Pregnant Adolescents and Stigmatization: Experience in a Family Medicine Unit in Michoacan, Mexico / Adolescentes grávidas e estigmatização: experiência em uma unidade de medicina familiar em Michoacán, México* 299

Funcionamiento Familiar en una Unidad de Medicina Familiar utilizando el Instrumento BAMI-Muñoz / *Family Functioning in a Family Medicine Unit using the BAMI-Muñoz Instrument / Funcionamento Familiar em Unidade de Medicina Familiar utilizando o Instrumento BAMI-Muñoz* 305

Artículo de Revisión

Telemedicina... ¿la revolución de la consulta del médico familiar? / *Telemedicine... a Revolution in the Family Doctor's Office?* / Telemedicina... a revolução no consultório do médico de família? 311

Casos Clínicos

Eccema por *Staphylococcus aureus*: a propósito de un caso y revisión de la literatura / *Staphylococcus aureus Eczema: a case Report and Review of the Literature* / Eczema por *Staphylococcus aureus*: relato de caso e revisão da literatura 315

Miasis cutánea por *Hypoderma spp*: un caso desafiante en la consulta del médico familiar / *Cutaneous Myiasis Caused by Hypoderma spp: a Challenging case in the Family Doctor's Office* / *Miíase cutânea por Hypoderma spp: um caso desafiador no consultório médico de família* 319

Carta al Editor

Identidad médica: crecer como profesionales y como personas / *Medical identity: growing both professionally and personally* / Identidade médica: crescendo como profissionais e como pessoas 323

*Médico especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 61, Instituto Mexicano del Seguro Social, Naucalpan, Estado de México (México).
ORCID: 0000-0003-0436-7945

El presente es un artículo *open access* bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Educación en diabetes y su importancia en la consulta del médico familiar

Diabetes Education and its Importance in the Family Doctor's Office

Educação sobre diabetes e sua importância na consulta do médico de família

"la educación en el automanejo de la diabetes no es parte del tratamiento, es el tratamiento"
doctor Elliott Joslin

Marco Antonio Tavera Vilchis.*

DOI: 10.62514/amf.v26i6.96

Puede afirmarse que para nadie es un secreto -que la diabetes es una condición presente en nuestra población- todos podríamos admitir que conocemos al menos a una persona que vive con diabetes. Para 2021 se estimaba que en el mundo existían 537 millones de personas con diabetes; para 2030 la cifra alcanzará los 643 millones y se espera que sean 783 millones en 2045.¹ Los profesionales de la salud han reconocido desde hace tiempo, la importancia del conocimiento sobre esta enfermedad y en particular la participación activa de los pacientes en su manejo. En el escenario de la medicina familiar se puede señalar que uno de los factores decisivos: es la acción de sus recursos humanos, los que resultan fundamentales para una atención a la salud de calidad. No obstante, aún se deben sortear muchos retos y es preciso comentar que la educación en diabetes es uno de los más importantes.^{2,3}

La educación en diabetes, igualmente conocida como formación para el autocontrol de la diabetes, es un proceso interactivo de colaboración a través del cual las personas que viven con diabetes o en riesgo de padecerla, adquieren los conocimientos y las habilidades necesarias para modificar su comportamiento y autogestionar con éxito el padecimiento y sus afecciones relacionadas.⁴ Este proceso educativo, va más allá de la adquisición de conocimientos y desarrollo de habilidades en los aspectos teóricos y prácticos de la diabetes y su manejo, incluye además la modificación de conductas o comportamientos. El consultante es quien debe llevar la mayoría de las acciones necesarias para lograr y mantener un buen control de su condición. El objetivo de dicha intervención es lograr un estado óptimo de salud, una mejor calidad de vida y reducir la necesidad de costosos cuidados sanitarios. Para esto, se han identificado siete conductas de autocuidado⁵ que se han convertido en aspectos esenciales en este proceso (Figura 1).

Figura 1. Los siete comportamientos de autocuidado de la diabetes.

CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO

- 01 Comer saludablemente,**
- 02 Mantenerse activo,**
- 03 Automonitoreo de la glucemia,**
- 04 Toma de medicamentos,**
- 05 Enfrentar retos de cada día,**
- 06 Reducir riesgos y complicaciones,**
- 07 Afrontar positivamente los problemas.**

Tomado de: AADE. AADE7 Self-Care Behaviors. Diabetes Educ. 2008;34(3):445-9.

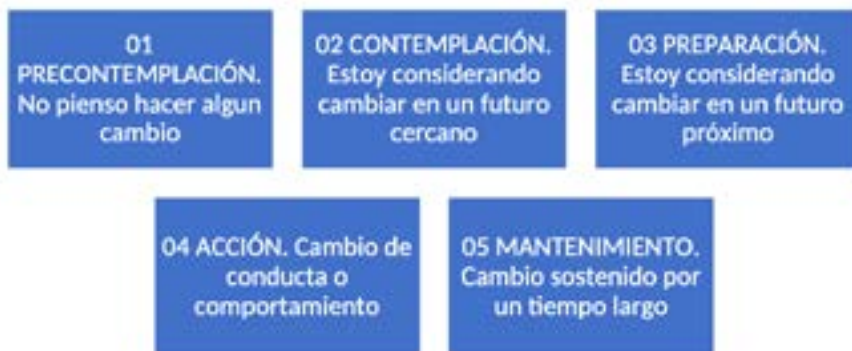
De acuerdo con la Asociación de Especialistas en Educación y Cuidado de la Diabetes (ADCES)^{6,7} los Educadores en Diabetes son profesionales de la salud que se enfocan en ayudar a las personas que viven con diabetes o están en riesgo de desarrollarla, a alcanzar metas de cambio de comportamiento que, a su vez, conducen a mejores resultados clínicos y a un mejor estado de salud. Los siete hábitos o conductas saludables, constituyen el marco para que los especialistas en atención y educación en diabetes se asocien con las personas que viven con diabetes, para apoyar la toma de decisiones informadas. Al utilizar estos comportamientos como base para su práctica, pueden ir más allá de la educación, para concatenar un cambio de comportamiento exitoso que esté orientado a los resultados utilizando objetivos centrados en la persona.

Es de importancia mencionar, que contrario a la creencia popular de que este proceso solo consiste en transferir información del profesional de salud al paciente, donde el primero es el experto y el segundo el receptor pasivo de la información; la educación

en diabetes *hace del consultante el protagonista en el automanejo de su condición*, no únicamente para controlar sus niveles de glucosa, sino para mejorar sus condiciones clínicas y su calidad de vida.^{8,9} Para lograr este proceso el educador debe realizar una entrevista con el fin de tener una evaluación diagnóstica y con base en la misma realizará un programa educativo. El programa educativo es la realización de una serie ordenada de procedimientos para transmitir conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar al tiempo que se enfatiza en el desarrollo de capacidades físicas e intelectuales, habilidades y destrezas. Para lograr la adhesión, el programa educativo debe ser individualizado, siendo importante que el educador tenga las bases y los conocimientos para establecer y facilitar una comunicación con el consultante. Para poder aterrizar las estrategias y necesidades identificadas, además, debe usar herramientas educativas adecuadas al estilo de aprendizaje de su consultante según sus objetivos de aprendizaje y comportamiento.^{4,10}

Al igual que en la práctica de la medicina familiar, se utiliza un enfoque centrado en la persona para manejar la condición, reconociéndola en su totalidad, en el contexto de su vida y sus relaciones. En este sentido comparten aspectos como la atención centrada en el paciente; el uso de modelos teóricos de aprendizaje como las etapas de motivación al cambio de Prochaska¹¹ (Figura II) ligada a cada uno de los siete comportamientos de autocuidado y el modelo de empoderamiento (el paciente es el total responsable de su autocuidado); la entrevista motivacional; uso de herramientas educativas para fomentar su proceso de enseñanza-aprendizaje-evaluación; el análisis integral de la persona y sus necesidades por medio del programa educativo (en medicina familiar para estos fines se realiza el estudio de salud familiar).^{3,12}

Figura II. Modelo Transteórico de cambio. (Prochaska & Di Clemente)



Tomado de: Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot AJHP. 1997;12(1):38-48?

De acuerdo con los estándares nacionales para la educación y el apoyo del autocontrol de la diabetes, todas las personas que viven con diabetes deben

participar en la educación del autocontrol de la condición y recibir el apoyo necesario para facilitar el conocimiento, la toma de decisiones y el dominio de las habilidades necesarias para el autocuidado (Figura III).^{4,10}

Figura III. Representación infográfica de la importancia de la educación en diabetes.



En conclusión, el educador en diabetes es el guía que acompañará a su consultante para ayudarlo a establecer metas alcanzables de comportamiento y la superación de los múltiples obstáculos y dificultades que deberá sortear en ese camino. El médico familiar puede integrar adecuadamente las bases de la educación en diabetes y trabajar de forma interdisciplinaria para lograr el automanejo de la condición de sus consultantes.

Referencias

- Magliano DJ, Boyko EJ, IDF Diabetes Atlas 10th edition scientific committee. IDF DIABETES ATLAS. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021. (IDF Diabetes Atlas). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK581934/>
- Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hosen GM, Jensen B, et al. National standards for diabetes self-management education. Diabetes Care. 2012;35 Suppl 1(Suppl 1):S101-108.
- Cabrera de León A. Manual de medicina familiar y comunitaria. Madrid: Panamericana; 2022. 241-265.
- Pérez-Pastén E, Bonilla A. Educación en diabetes Manual de apoyo. 1. Aufl. Saarbrücken: Editorial Académica Española; 2013. 341-348.
- AADE. AADE7 Self-Care Behaviors. Diabetes Educ. 2008;34(3):445-9.
- American Association of Diabetes Educators. An Effective Model of Diabetes Care and Education: Revising the AADE7 Self-Care Behaviors®. Diabetes Educ. 2020;46(2):139-60.

7. American Association of Diabetes Educators. Role of the Diabetes Educator in Inpatient Diabetes Management. *Diabetes Educ.* 2019;45(1):60-5.
8. Fain JA. Revisiting The Association of Diabetes Care & Education Specialists (ADCES) 2019-2023 Strategic Plan and Research Agenda. *Sci Diabetes Self-Manag Care.* 2022;48(3):148.
9. Harris AN. Diabetes Self-management Education Provision by an Interprofessional Collaborative Practice Team: A Quality Improvement Project. *Nurs Clin North Am.* 2019;54(1):149-58.
10. de Wit M, Trief PM, Huber JW, Willaing I. State of the art: understanding and integration of the social context in diabetes care. *Diabet Med J Br Diabet Assoc.* 2020;37(3):473-82.
11. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot AJHP.* 1997;12(1):38-48.
12. Huerta González JL. *Medicina familiar: la familia en el proceso salud-enfermedad.* 1. edition. México, D.F.: Editorial Alfil; 2005. 153-163.

*Médico residente de la especialidad de Medicina Familiar, adscrita a la UMF 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Tapachula, Chiapas. México.

El presente es un artículo *open access* bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La obesidad como problema de salud pública global

Obesity as a Global Public Health Issue

A obesidade como um problema global de saúde pública

Sissi Karina Arias Antonio.*

DOI: 10.62514/amf.v26i6.97

Debido a su gravedad, la obesidad se ha convertido en un problema de salud pública global con características epidémicas. Su crecimiento rápido y su impacto negativo en la salud de la población, ha llevado a un aumento significativo del riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la alimentación.¹ En el siglo XIX, se pensaba que la obesidad era más común entre los grupos desfavorecidos debido a los bajos niveles de seguridad alimentaria, el desempleo, mayor disponibilidad de alimentos bajos en nutrientes y el menor acceso a la atención médica. Sin embargo, a inicios del siglo XX, este enfoque empezó a modificarse en todo el mundo.² En un análisis de datos en el que se incluyeron a 199 países entre 1980 y 2008 se muestra que la prevalencia de la obesidad se está incrementando a nivel mundial, debido a que también está afectando a países de bajos y medianos ingresos. El mayor incremento se ha observado en los países de ingresos altos; durante 28 años de estudio, el Índice de Masa Corporal (IMC) global aumenta 0.4 kg/m² para los hombres y 0.5 kg/m² para las mujeres cada diez años.³

La Federación Mundial de Obesidad informó que en 2019, el 13% de los adultos del mundo eran obesos, el 39% padecían sobrepeso y 5 millones de personas murieron a causa de esta enfermedad.⁴ De acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad, se estima que actualmente mil millones de adultos tienen sobrepeso y 475 millones de adultos son obesos. En América del Sur y del Norte se tiene la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, se reporta al 62% de hombres y mujeres con sobrepeso y 26% con obesidad. Las tasas de obesidad más bajas se encuentran en el sudeste asiático, con sobrepeso en 14% de los hombres y mujeres; y 3% con obesidad. En la actualidad, México ocupa el primer lugar mundial en prevalencia de obesidad infantil, en cuanto a la prevalencia de obesidad en adultos ocupa el segundo lugar, por arriba de Estados Unidos. Estos países tienen una prevalencia de obesidad del 30% en el mundo, es diez veces más alta que Japón, Corea del Sur y otros países.^{5,6} En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2016 realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública mostró un aumento sostenido en la prevalencia; 6.1% en niños menores de 5 años, 33.2% entre los escolares, 33.6% entre los jóvenes y 72.5% entre los adultos. Según estimaciones

de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), 1 de cada 3 adultos mexicanos son obesos. Según ENSANUT 2018-2019 en su informe anual, la mayor prevalencia de obesidad por región geográfica en el país se encuentra en el norte con 41.6%, el centro con 33% y el sur con 36.1%. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2022, muestran la obesidad es más común entre las mujeres con una prevalencia del 41% y del 32.3% entre los hombres. Estas epidemias suponen una carga significativa para el sector salud y los mexicanos que padecen la enfermedad, debido al impacto negativo en la morbilidad, la mortalidad y la economía.⁵⁻⁹

Factores de riesgo en la obesidad

Es una enfermedad crónica multifactorial causada por factores endocrinos, psicológicos, genéticos, metabólicos y ambientales. En los últimos 20 años se ha producido un aumento de las investigaciones encaminadas a estudiar la genética de esta enfermedad; en la actualidad se han descrito más de 200 mutaciones genéticas únicas causantes de obesidad. Lo que llama la atención es que estas mutaciones se encontraron en sólo 10 genes. Se han encontrado 75 loci de susceptibilidad a la obesidad en todo el genoma. Según estudios realizados en todas las etapas del ciclo de vida y etnias, los FTO (*fat mass and obesity associated gene*) tienen un efecto mayor.⁷⁻⁹

Desde una perspectiva psicológica, la obesidad se atribuye a la naturaleza simbólica de la "conducta alimentaria", esta a su vez se asocia con la neurosis externa y la neurosis se asocia con la melancolía, la culpa y la ansiedad. Otra condición asociada a la obesidad es un conflicto emocional subyacente u otra alteración psicológica. La mayoría de las personas con sobrepeso ven la comida como una gratificación temporal y un escape de la vida real. Comer en exceso es la causa principal y la enfermedad ocurre cuando una persona consume más energía que la que gasta, es decir, el resultado de un equilibrio energético insuficiente.^{1,9}

La exposición de un individuo al medio ambiente refleja estados epigenéticos adquiridos a través de factores como la dieta, el estilo de vida y los hábitos

ambientales que pueden estar asociados con el riesgo de enfermedades en la vejez. Los estilos de vida pueden modificarse mediante el comportamiento; como el sedentarismo y los malos hábitos alimentarios, pueden causar sobrepeso y obesidad. El uso y el consumo de energía pueden estar vinculados a factores ambientales y genéticos, lo que significa que los genes y diversos factores, incluido nuestro entorno -el costo, la disponibilidad y las opciones de consumo de alimentos- determinan el uso y el consumo de energía, y todos ellos están condicionados por factores socioculturales y económicos.⁸⁻¹¹

Tres elementos útiles para recordar por el médico familiar

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso y la obesidad como “acumulación anormal o excesiva de grasa” que puede ser perjudicial para la salud.¹ El índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet es útil para los adultos y refleja la relación entre el peso y la altura; se utiliza para clasificar a las personas en bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la altura en metros cuadrados (kg/m²). La OMS propone una clasificación para categorizar el IMC establecida de la siguiente manera⁷:

Clasificación	IMC (Kg/m ²)
Desnutrición	Menor 18.5 kg/m ²
Normal	18.5 – 24.9 kg/m ²
Sobrepeso	25 - 29.9 kg/m ²
Obesidad	≥ 30 kg/m ²
Obesidad Grado I o moderada	30 – 34.9 kg/m ²
Obesidad Grado II o severa	35 - 39.9 kg/m ²
Obesidad Grado III o mórbida	Mayor o igual 40 kg/m ²

El incremento en el perímetro abdominal también es considerado signo de obesidad, se deben tomar en cuenta las siguientes cifras: Hombres: ≥ a 102 cm; Mujeres: ≥ a 88 cm. Pero el IMC nos ofrece la medida más útil para diagnosticar el sobrepeso y la obesidad en una población porque puede usarse en adultos; hombres y mujeres de todas las edades.

Referencias

- Girón-Cervantes J, García-Jiménez A, Sánchez-González DJ, Ramos-Ligonio Á, Ramírez-Sánchez I, Méndez-Bolaina E. Obesidad: presencia global, implicaciones en la salud y tratamiento médico. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana* 2016;16(2): 57-85.
- Shamah-Levy T, Campos-Nonato I, Cuevas-Nasu L, Hernández-Barrera L, Morales-Ruán M del C, Rivera-Dommarco J, Barquera S. Overweight and obesity in Mexican vulnerable population. Results of Ensanut 100k. *Revista Salud Publica de México* 2019;61(6):852-865.
- Kaufner-Horwitz M, Pérez Hernández JF. La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos. *Revista Interdisciplina* 2021;10(26):147-175.
- Campos-Nonato I, Galván-Valencia O, Hernández-Barrera L, Oviedo-Solís C, Barquera S. Prevalence of obesity and associated risk factors in Mexican adults: results of the Ensanut 2022. *Revista Salud Publica de México* 2023;65(supl 1): S238-S247.
- Juárez Cruz J. C, Soto Guzmán A, Martínez López A, Navarro Tito N. OBESIDAD Y CÁNCER DE MAMA: UNA RELACIÓN ENTRE EPIDEMIAS MODERNAS. *Biocencia [Internet]*. 2019;21(1):60-67. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=672971082008>
- Dávila-Torres J, González-Izquierdo J de J, Barrera-Cruz A. Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social* 2015;53(2):240-249.
- Barquera S, Hernández-Barrera L, Trejo-Valdivia B, Shamah T, Campos-Nonato I, Rivera-Dommarco J. Obesidad en México, prevalencia y tendencias en adultos. *Ensanut 2018-19*. *Revista Salud Publica de México* 2020;62(6):682-92.
- Ceballos-Macías JJ, Pérez Negrón-Juárez R, Flores-Real JA, Vargas-Sánchez J, Ortega-Gutiérrez G, Madriz-Prado R, Hernández-Moreno A. Obesidad. *Pandemia del siglo XXI*. *Revista Sanidad Militar México* 2018;72(5-6):332-38.
- Carrasco F, Carrasco G. Identificación del fenotipo ahorador para la personalización del manejo del sobrepeso y la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2022;33(2):154-62.
- Rivera Pérez IA, Urrutia Téllez JA, García Herrera MG, Farrach Úbeda GA. La obesidad: una amenaza para nuestra salud. *Revista Científica de FAREM-Estefi* 2019;8(31):155-160.
- Martínez Sánchez LM, Pérez S. Obesidad: Mecanismos, fisiopatología y tratamiento integral. *Revista Ciencia y Salud* 2022;6(1):71-80.

*Profesora Titular Residencia Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 77 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad Madero, Tamaulipas, México. **Servicio de Atención Familiar. Hospital General de Zona No.3 Ciudad Mante del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad Madero, Tamaulipas, México. ***Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 77 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad Madero, Tamaulipas, México. ****Profesora Adjunta Residencia Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 77 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad Madero, Tamaulipas, México. *****Facultad de Medicina de Tampico "Dr. Alberto Romo Caballero", Universidad Autónoma de Tamaulipas. Tampico, Tamaulipas, México. *****Servicio de Atención Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 38 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tampico, Tamaulipas, México. Liliana Aurora Carrillo-Aguilar: ORCID: 0000-0003-1640-925X. Luis Tadeo Torres-García: ORCID: 0009-0003-3034-6379. Orquídea Elizabeth Martínez-Pérez: ORCID: 0009-0005-4664-7496. Ricardo Salas-Flores: ORCID: 0000-0002-3987-2493. Francister Medina-Alemán: ORCID: 0000-0002-7565-563X. Brian González-Pérez: ORCID: 0000-0002-5089-5792

Autor de correspondencia:
Dr. Brian González-Pérez
Correo electrónico:
brian.gonzalez.perez@gmail.com

Recibido: 20-07-2024
Aceptado: 02-09-2024

El presente es un artículo *open access* bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Asociación entre calidad del sueño y control glucémico en una Unidad de Medicina Familiar de Ciudad Madero, Tamaulipas, México

Association between quality of sleep and glycemic control in a Family Medicine Unit of Ciudad Madero, Tamaulipas, Mexico

Associação entre qualidade do sono e controle glicêmico em uma Unidade de Medicina Familiar de Ciudad Madero, Tamaulipas, México

Liliana Aurora Carrillo-Aguilar,* Luis Tadeo Torres-García,** Orquídea Elizabeth Martínez-Pérez,*** Francister Medina-Alemán,**** Ricardo Salas-Flores,***** Brian González-Pérez.*****

DOI: 10.62514/amf.v26i6.98

Resumen

Objetivo: Evaluar la asociación entre la calidad de sueño y el control glicémico en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). **Métodos:** Estudio transversal, se realizó un muestreo no probabilístico entre los pacientes con DM2 de la UMF No. 77. Se obtuvo una muestra de 200 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Finalmente, 68 pacientes fueron excluidos por tener incompleto su expediente electrónico, confirmando una muestra de 132 pacientes. Previo consentimiento informado se obtuvieron las características sociodemográficas, determinación de hemoglobina glucosilada (HbA1c) estableciendo como control glicémico valores de <6.5%. Se aplicó un instrumento validado para evaluar el índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI). **Resultados:** Del total de 132 pacientes el 25% tuvo un buen control glicémico. El sobrepeso se encontró con cuatro veces más riesgo de presentar descontrol glucémico: Los pacientes sin problema en su sueño obtuvieron 12 veces menos riesgo de descontrol glucémico, mientras que los pacientes que merecieron atención médica por su calidad de sueño y los que requirieron atención médica obtuvieron 5 y 3 veces más riesgo de descontrol glucémico. **Conclusiones:** La calidad del sueño se asoció al control o descontrol de la hemoglobina glucosilada en pacientes con DM2.

Palabras clave: Control glicémico, Calidad de sueño, Hemoglobina glicosilada, Diabetes mellitus tipo 2.

Abstract

Objective: To evaluate the association between sleep quality and glycemic control in adult patients with type 2 diabetes mellitus (DM2). **Methods:** Cross-sectional study, non-probabilistic sampling was performed among patients with DM2 at UMF No. 77. A sample of 200 patients who met the inclusion criteria was obtained. Finally, 68 patients were excluded due

to having incomplete electronic records, confirming a sample of 132 patients. After informed consent, sociodemographic characteristics were obtained, determination of glycosylated hemoglobin (HbA1c), establishing values of <6.5% as glycemic control. A validated instrument was applied to evaluate the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). **Results:** Of the 132 patients, 25% had good glycemic control. Overweight patients had a fourfold increased risk of glycemic imbalance: Patients without sleep problems had a 12-fold lower risk of glycemic imbalance. In contrast patients who required medical attention for their sleep quality and those who required medical attention had a five- and three-fold increased risk of glycemic imbalance. **Conclusions:** Sleep quality was associated with glycosylated hemoglobin control or no control in patients with DM2.

Key words: Glycemic control, Sleep quality, Glycated hemoglobin, Type 2 diabetes mellitus.

Resumo

Objetivo: Avaliar a associação entre qualidade do sono e controle glicêmico em pacientes adultos com diabetes mellitus tipo 2 (DM2). **Métodos:** Estudo transversal, com amostragem não probabilística entre pacientes com DM2 da UMF nº 77. Obteve-se uma amostra de 200 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão. Por fim, 68 pacientes foram excluídos por apresentarem prontuário eletrônico incompleto, confirmando uma amostra de 132 pacientes.

Após consentimento informado, foram obtidas características sociodemográficas e determinação da hemoglobina glicada (HbA1c), estabelecendo-se valores <6,5% como controle glicêmico. Foi aplicado um instrumento validado para avaliar o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI). Resultados: Do total de 132 pacientes, 25% apresentaram bom controle glicêmico. Descobriu-se que pessoas

com sobrepeso têm quatro vezes mais risco de apresentar mau controle glicêmico, pacientes sem problemas no sono obtiveram 12 vezes menos risco de mau controle glicêmico, enquanto pacientes que merecen atención médica na qualidade do sono e aqueles que necessitaram de atención médica obtiveram 5 e 3 veces mais riesgo de desequilibrio glicêmico. Conclusões: A qualidade do sono esteve asociada ao controle ou não controle da hemoglobina glicada em pacientes com DM2.

Palavras-chave: Controle glicêmico, Qualidade do sono, Hemoglobina glicosilada, Diabetes mellitus tipo 2.

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) afecta al 10.5% de la población mundial, y se prevé que esta cifra aumente 12.2% para 2045.¹ De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición “ENSANUT 2022”, la prevalencia de DM2 total es de 18.3%, lo que la convierte en la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad en México.² El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reporta una prevalencia de hasta 22.2%, y Tamaulipas ocupa el 2do lugar nacional en DM2 según la ENSANUT 2018.³ Además, alrededor del 35% de las personas a nivel mundial experimentan dificultad para iniciar o mantener el sueño, así como despertares tempranos o sueño no reparador y el 10% reporta interferencia significativa con sus actividades diarias.^{4,5} Los estudios han revelado que las personas con restricción del sueño experimentan cambios metabólicos, lo que provoca resistencia a la insulina, aumento del apetito y en consecuencia, obesidad.^{6,7}

Métodos

Se diseñó un estudio observacional, analítico, transversal en pacientes con DM2 que acudieron al primer nivel de atención. Se realizó una entrevista en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 77, del IMSS en Ciudad Madero, Tamaulipas, México, de marzo a noviembre de 2023. Se realizó un muestreo no probabilístico entre los pacientes con DM2 de la misma UMF; se obtuvo una muestra de 200 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y previo consentimiento informado. Esta investigación fue aprobada por el Comité Local de Investigación (R-2023-2804-038).

Se incluyeron pacientes ambulatorios con DM2, adscritos a alguno de los consultorios de la UMF No. 77. Se excluyeron a las pacientes con antecedentes de enfermedad psiquiátrica (ansiedad, depresión, esquizofrenia), embarazadas, usuarios con enfermedad vascular cerebral, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal crónica y discapacidad que le impidiera comprender o responder la encuesta aplicada. Una

vez corroborados los criterios de elegibilidad se solicitó la firma del consentimiento informado al paciente. Para la recolección de información sobre las características sociodemográficas, control glucémico y la calidad de sueño en base al índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI), cuestionario validado y estandarizado mediante una escala multidimensional de autoevaluación donde se toman en cuenta siete aspectos (*calidad subjetiva de sueño, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna*). La suma de las puntuaciones de estos componentes dio una puntuación total que varía entre 0 y 21 puntos, siendo una puntuación <5 (Sin problemas de sueño), 5-7 (Merece atención médica), 8 y 14 (Merece atención y tratamiento médico) y >15 (problema de sueño grave). Por tanto, a mayor puntuación menor calidad de sueño. El instrumento está avalado para su aplicación en población mexicana desde el 2008 por Jiménez-Genchi et al.⁸ consta de 19 ítems y posee un índice de Alfa de Cronbach de 0.78 y coeficientes de correlación significativos de 0.53 a 0.77 entre sus componentes y la suma total. Previo ayuno de 8 horas, se programó al paciente para una cita al laboratorio clínico; se tomó una muestra de 5 mL de sangre venosa para la determinación de la hemoglobina glucosilada (HbA1c). *Los encuestadores desconocieron el resultado de HbA1c del paciente al momento de aplicar los instrumentos.* El control glicémico se evaluó con una sola medición de HbA1c y se consideró un control adecuado al valor < 6.5%. Se realizó un análisis descriptivo de los datos, se calcularon medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias y porcentajes. En el análisis bivariado se utilizó χ^2 para las variables categóricas. Se calcularon los odds ratios (OR) para evaluar el riesgo asociado a los factores sociodemográficos, control glicémico y puntuación del índice de calidad de sueño. Se estableció significación estadística con un valor de $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó en el software SPSS versión 25.0 (Chicago Illinois) para Windows.

Resultados

El tamaño muestral estimado fue de 200 pacientes, 68 fueron excluidos por tener incompleto su expediente electrónico, confirmando una muestra final de 132 pacientes, los cuales 105 (79.5%) fueron mujeres y 27 (20.5%) hombres. La edad fluctuó entre 18 y 64 años, con una media de edad de 55.8 años. El nivel de escolaridad reportado con mayor frecuencia fue primaria y secundaria completa (46.2% y 23.5%) y licenciatura 8.3% respectivamente. Las pacientes en su mayoría fueron amas de casa en 37.9%, seguido por 30.3% de empleados y un 22.7% pacientes desempleados. Se obtuvo el IMC de los pacientes, el 43.9% se encontraron en parámetros normales, mientras que el 31.8% estaban en sobrepeso, 10.6% obesidad grado 1, 8.3% en obesidad grado 2 y 5.3% obesidad grado 3.

Se recaudaron datos sobre las comorbilidades de los pacientes, 67 (50.8%) no tuvieron ninguna comorbilidad, sin embargo, la principal comorbilidad presente fue hipertensión con 37.9%, seguido por dislipidemia con 9.8% de los pacientes y dos pacientes con hipotiroidismo. Se estudiaron las características de la DM2 en los pacientes, se encontró una media de tiempo de evolución de la enfermedad de 7.71 años, con una mediana de 6.5 años y rangos desde 1 a 30 años. Se registró la cantidad de medicamentos que se administraba a los pacientes diabéticos: el 30.3% con dos medicamentos y el 17.4% con cuatro medicamentos. Tabla I

Se realizó a todos los pacientes el índice de calidad de sueño de Pittsburgh, la cual califica la calidad del sueño por puntaje, se encontraron 32 (24.2%) pacientes con <5 "Sin problemas de sueño", 80 (60.6%) pacientes con 5-7 "Merece atención médica", 18 (13.6%) pacientes con 8 y 14 "Merece atención y tratamiento médico" y 2 (1.5%) pacientes con >15 "problema de sueño grave". La media de HbA1c fue de 7.5% (rango, 4.7% a 15%). Se analizó la cantidad de pacientes que se encontraban en control glucémico, tomando como control adecuado a <6.5%, se encontraron 99 (75%) pacientes en descontrol glucémico. Tabla II

Tabla II. Control glucémico y calidad de sueño de los pacientes con DM2

Factor	Características	N=132 (%)
HbA1c (%)		7,52 (4,7 - 15,0)
Control glucémico <6.5%		33 (25.0)
Calidad de sueño	Sin problema	32 (24.2)
	Merece atención médica	80 (60.6)
	Atención médica y tratamiento	18 (13.6)
	Problema grave	2 (1.5)

N= número; HbA1c = hemoglobina glucosilada

Se construyó un modelo de regresión logística multivariada para estudiar los predictores de control y descontrol glucémico en pacientes con DM2. Se observó que los pacientes en descontrol glucémico fueron mujeres con 59 (59.6). La comorbilidad con mayor frecuencia encontrada en pacientes con descontrol glucémico fue hipertensión arterial con 38 (38.4%) con una asociación significativa ($p < 0.05$) (OR = 2.40; IC 95% = 1.11-7.26), seguido por dislipidemia con 8 (8.1%). En los pacientes sin comorbilidades se encontró una asociación significativa para control glucémico ($p < 0.05$) (OR = 0.45; IC 95% = 0.12-0.92). En el estado nutricional de los pacientes con DM2, se encontró una asociación estadísticamente significativa para sobrepeso ($p < 0.05$) (OR = 4.52; IC 95% = 1.83-8.04). Se observó que en los pacientes con obesidad grado 1, 2 y 3 existió descontrol glucémico sin

Tabla I. Características sociodemográficas y de la enfermedad de los pacientes con DM2

Factor	N = 132	%
Sexo, n (%)		
Femenino	105	79.5
Masculino	27	20.5
Edad, años (rangos)	58 (18 - 84)	
Escolaridad, n (%)		
Licenciatura	11	8.3
Preparatoria	29	22.0
Secundaria	31	23.5
Primaria	61	46.2
Analfabeta	0	0.0
Ocupación, n (%)		
Ama de casa	50	37.9
Empleado	40	30.3
Jubilado	12	9.1
Desempleado	30	22.7
Estado nutricional, n (%)		
Desnutrición	0	0.0
Normal	58	43.9
Sobrepeso	42	31.8
Obesidad grado 1	14	10.6
Obesidad grado 2	11	8.3
Obesidad grado 3	7	5.3
Comorbilidades, n (%)		
Hipertensión	50	37.9
Dislipidemia	13	9.8
Hipotiroidismo	2	1.5
Ninguna	67	50.8
Diagnóstico de DM2 (años)	7.71 (1 - 30)	
Tiempo de evolución de DM2		
<5 años	54	40.9
5-10 años	47	35.6
11-15 años	14	10.6
16-20 años	9	6.8
>20 años	8	6.1
Numero de medicamentos		
1	37	28.0
2	40	30.3
3	28	21.2
4	23	17.4
5	3	2.3
6	1	0.8

N= número; OR= Odds Ratio; IC= intervalo de confianza

Tabla III. Asociación de sexo, comorbilidades, estado nutricional, tiempo de evolución de DM2, polifarmacia y calidad de sueño con control glucémico de pacientes con DM2

Factor	Control glucémico	Descontrol glucémico	P	OR	IC
Sexo, n (%)					
Femenino	17 (51.5)	59 (59.6)	0.082	1.38	0.62-3.06
Masculino	16 (48.5)	40 (40.4)	0.432	1.08	0.88-1.33
Comorbilidades, n (%)					
Hipertensión	12 (36.4)	38 (38.4)	0.003	2.40	1.11-7.26
Dislipidemia	5 (15.2)	8 (8.1)	0.475	1.60	0.67-3.80
Hipotiroidismo	1 (3.0)	1 (1.0)	1.000	4.23	0.38-8.92
Ninguna	15 (45.5)	52 (52.5)	0.024	0.45	0.12-0.92
Estado nutricional, n (%)					
Normal	33 (100.0)	25 (25.3)	0.054	3.95	0.04-7.65
Sobrepeso	0 (0.0)	42 (42.4)	0.027	4.52	1.83-8.04
Obesidad grado 1	0 (0.0)	14 (14.1)	0.063	0.62	0.33-1.97
Obesidad grado 2	0 (0.0)	11 (11.1)	0.051	0.74	0.01-4.32
Obesidad grado 3	0 (0.0)	7 (7.1)	0.142	1.03	0.70-4.09
Tiempo de evolución de DM2					
<5 años	33 (100.0)	21 (21.2)	0.602	1.53	0.67-8.96
5-10 años	0 (0.0)	47 (47.5)	0.046	1.31	1.02-4.74
11-15 años	0 (0.0)	14 (14.1)	0.059	2.04	0.33-9.50
16-20 años	0 (0.0)	9 (9.1)	1.000	0.40	0.05-3.44
>20 años	0 (0.0)	8 (8.1)	1.000	0.35	0.25-5.60
Polifarmacia, n (%)	18 (54.5)	37 (37.4)	0.083	2.01	0.90-4.46
Calidad de sueño, n (%)					
Sin problema	26 (78.8)	6 (6.1)	0.000	0.08	0.04-0.17
Merece atención médica	7 (21.2)	73 (73.7)	0.000	5.71	2.67-12.19
Atención médica y tratamiento	0 (0.0)	18 (13.6)	0.008	3.50	1.89-9.55
Problema grave	0 (0.0)	2 (2.0)	1.000	0.74	0.67-0.87

N= número; OR= Odds Ratio; IC= intervalo de confianza

encontrar una asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$). Se comparó el tiempo de diagnóstico y la evolución de la DM2 con el control glucémico de los pacientes, se encontró que la mayoría, 47 (47.5%) de los pacientes con descontrol glucémico estuvieron en un periodo de 5 a 10 años, esto con una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) (OR = 1.31; IC 95% = 1.02-4.74). En los pacientes con polifarmacia (3 o más medicamentos) se observó que en su mayoría presentaban descontrol glucémico siendo 37 (37.4%) sin encontrar asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$). En cuanto a la medición de la calidad de sueño de los pacientes con DM2, se encontró asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$)

para pacientes sin problema (OR = 0.08; IC 95% = 0.04-0.17), merecía atención médica (OR = 5.71; IC 95% = 2.67-12.19) y atención médica y tratamiento (OR = 3.50; IC 95% = 1.89-9.55). Tabla III

Discusión

La DM2 y las alteraciones del sueño son problemas de salud comunes en la población mexicana y pueden repercutir negativamente el uno con el otro. Las personas con DM2 a menudo experimentan problemas de sueño como insomnio, mala calidad del sueño, somnolencia diurna excesiva y aumento del uso de medicamentos para dormir. Estas alteraciones del sueño pueden ser consecuencia de la propia enfermedad o de complicaciones físicas como la neuropatía periférica, síndrome de piernas inquietas, movimientos periódicos de las extremidades, cambios rápidos en los niveles de glucosa en sangre que provocan episodios de hipoglucemia e hiperglucemia durante la noche, nicturia, poliuria y depresión asociada.⁹ Es crucial evaluar la calidad y los trastornos del sueño en individuos con DM2, diferentes estudios internacionales han demostrado una mayor frecuencia en individuos con DM2 en comparación a los que no padecen la enfermedad.¹⁰

Los resultados de este estudio coinciden con otros estudios epidemiológicos internacionales similares que indican que la percepción de un sueño insuficiente y deficiente puede tener efectos perjudiciales sobre diversos aspectos de la salud. Entre estos efectos se incluyen el deterioro del control glucémico, el aumento del riesgo de calcificación de las arterias coronarias y la hipertensión.¹¹ Estudios como el de Cappuccio et. al.¹² y Shan et. al.¹³ demostraron sistemáticamente que la duración del sueño se asociaba significativamente con el riesgo de padecer DM2, con un riesgo relativo de 1.28 para la duración corta del sueño y de 1.09 por cada hora de duración corta del sueño en comparación con quienes duermen entre 7 y 8 horas (sueño normal).

En general, los resultados de diferentes estudios sugieren que la calidad del sueño es un factor de riesgo modificable crucial para mejorar el control glucémico en pacientes con DM2, junto con el tabaquismo y la obesidad. Una mala calidad del sueño podría aumentar la ingesta de alimentos poco saludables, como los dulces, al activar las regiones cerebrales implicadas en las funciones de recompensa, a su vez de cambios en los niveles hormonales como la leptina y la grelina.^{14,15} Además de afectar directamente al metabolismo de la glucosa, los trastornos del sueño también pueden repercutir indirectamente en el control glucémico a través de un autocuidado subóptimo de la diabetes. Un estudio de 107 pacientes con DM2 realizado por Chasen et al.¹⁶ demostró que una mala calidad del sueño estaba relacionada con actividades inadecuadas de autocuidado y autopercepción,

como el cumplimiento de la medicación, el ejercicio y la dieta, lo que llevaba a un peor control glucémico. Otros estudios también sugieren que las alteraciones del sueño pueden afectar al estado de ánimo, la fatiga y la somnolencia diurna, así como a otros aspectos del funcionamiento diario y el bienestar.^{17,18}

Estudios internacionales han contrastado la inviabilidad de prevenir por completo la pérdida de sueño, pero una mejor comprensión de las consecuencias fisiológicas de esta afección podría conducir al desarrollo de horarios de sueño optimizados, en particular para los trabajadores por turnos.¹⁹ Además, la mejora del entorno del sueño y la manipulación sistemática mediante la potenciación de las ondas lentas del sueño podrían utilizarse como apoyo para mejorar la calidad del sueño y potenciar la función restauradora del organismo para mantener la homeostasis de la glucosa. Además, educar a los pacientes sobre la importancia de la salud del sueño para mejorar el metabolismo de la glucosa podría ser una estrategia viable para ayudar a los pacientes con DM2 a mejorar su control glucémico.²⁰ **Conclusiones:** La calidad del sueño es crucial para el control de la hemoglobina glucosilada en individuos diagnosticados de DM2. Factores como la obesidad, la hipertensión y la duración de la DM2 desempeñan un papel importante en el control de la glucemia. Se aconseja que los profesionales de atención primaria den prioridad a la evaluación de la calidad del sueño, que a menudo se pasa por alto y no se trata lo suficiente. Los médicos familiares deben aplicar estrategias para mejorar la higiene del sueño y establecer redes de apoyo sólidas para mejorar la calidad de vida y del sueño en general de los pacientes con DM2.

Referencias

- Escobedo J, Buitrón LV, Velasco MF. High prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in urban Latin America: the CARMELA Study. *Diabet Med.* 2009;26(9):864-871. doi:10.1111/j.1464-5491.2009.02795.x
- Levy TS, Rivera-Dommarco J, Bertozzi S. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: análisis de sus principales resultados. *Salud Publica Mex.* 2020;62(6):614-617.
- Basto-Abreu A, López-Olmedo N, Rojas-Martínez R. Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022. *Salud Publica Mex.* 2023;65(1):163-168. doi:10.21149/14832
- Hargens TA, Kaleth AS, Edwards ES, Butner KL. Association between sleep disorders, obesity, and exercise: a review. *Nat Sci Sleep.* 2013;5:27-35. Published 2013 Mar 1. doi:10.2147/NSS.S34838
- Resnick HE, Redline S, Shahar E, et al. Diabetes and sleep disturbances: findings from the Sleep Heart Health Study. *Diabetes Care.* 2003;26(3):702-709. doi:10.2337/diacare.26.3.702
- Villalpando S, de la Cruz V, Rojas R. Prevalence and distribution of type 2 diabetes mellitus in Mexican adult population: a probabilistic survey. *Salud Publica Mex.* 2010;52(1):19-26. doi:10.1590/s0036-36342010000700005
- Ortiz MÁ, Escandón OS, Islas JA, Tirado EA, Lechuga YA. Epidemiología de los trastornos del sueño en población mexicana: seis años de experiencia en un centro de tercer nivel. *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC.* 2016;23(2):87-92.
- Jiménez-Genchi A, Monteverde-Maldonado E, Nenclares-Portocarrero A. Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gac Med Mex.* 2008;144(6):491-496.
- Afroz-Hossain A, Dawkins M, Myers AK. Sleep and Environmental Factors Affecting Glycemic Control in People with Type 2 Diabetes Mellitus. *Curr Diab Rep.* 2019;19(7):40. Published 2019 May 29. doi:10.1007/s11892-019-1159-9
- Hayashi T, Wada N, Kubota T. Associations of sleep quality with the skeletal muscle strength in patients with type 2 diabetes with poor glycemic control. *J Diabetes Investig.* 2023;14(6):801-810. doi:10.1111/jdi.14007
- Schipper SBJ, Van Veen MM, Elders PJM. Sleep disorders in people with type 2 diabetes and associated health outcomes: a review of the literature. *Diabetologia.* 2021;64(11):2367-2377. doi:10.1007/s00125-021-05541-0
- Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Quantity and quality of sleep and incidence of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care.* 2010;33(2):414-420. doi:10.2337/dc09-1124
- Shan Z, Ma H, Xie M. Sleep duration and risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective studies. *Diabetes Care.* 2015;38(3):529-537. doi:10.2337/dc14-2073
- Miyake M, Kirisako T, Kokubo T. Randomised controlled trial of the effects of L-ornithine on stress markers and sleep quality in healthy workers. *Nutr J.* 2014;13:53. Published 2014 Jun 3. doi:10.1186/1475-2891-13-53
- St-Onge MP, Wolfe S, Sy M, Shechter A, Hirsch J. Sleep restriction increases the neuronal response to unhealthy food in normal-weight individuals. *Int J Obes (Lond).* 2014;38(3):411-416. doi:10.1038/ijo.2013.114
- Koopman ADM, Rauh SP, van 't Riet E. The Association between Social Jetlag, the Metabolic Syndrome, and Type 2 Diabetes Mellitus in the General Population: The New Hoorn Study. *J Biol Rhythms.* 2017;32(4):359-368. doi:10.1177/0748730417713572
- Parsons MJ, Moffitt TE, Gregory AM. Social jetlag, obesity and metabolic disorder: investigation in a cohort study. *Int J Obes (Lond).* 2015;39(5):842-848. doi:10.1038/ijo.2014.201
- Chasens ER, Korytkowski M, Sereika SM, Burke LE. Effect of poor sleep quality and excessive daytime sleepiness on factors associated with diabetes self-management. *Diabetes Educ.* 2013;39(1):74-82. doi:10.1177/0145721712467683
- St-Onge MP, Cherta-Murillo A, Darimont C, Mantantzis K, Martin FP, Owen L. The interrelationship between sleep, diet, and glucose metabolism. *Sleep Med Rev.* 2023;69:101788. doi:10.1016/j.smrv.2023.101788
- Koo BK, Moon S, Moon MK. Muscle strength, an independent determinant of glycemic control in older adults with long-standing type 2 diabetes: a prospective cohort study. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):684. Published 2021 Dec 7. doi:10.1186/s12877-021-02629-5

*Unidad de Medicina Familiar Número 16, Mexicali Baja California. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **María Elena Haro Acosta. Docente de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), Facultad de Medicina, Mexicali. Baja California. ***Docente en el Instituto Tecnológico Nacional de México (TecNM), Campus Mexicali. Baja California. ****Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud, OOAD Regional Baja California, IMSS.

Guillermo Ernesto Robinson Rovira, <https://orcid.org/0009-0000-9743-323X>,

Madie de León Aldaba, (<https://orcid.org/0000-0002-7141-2593>)

Adriana Domínguez Martínez, (<https://orcid.org/0000-0002-1457-8132>)

María Elena Haro Acosta, (<https://orcid.org/0000-0002-0388-8215>),

Rafael Iván Ayala Figueroa (<https://orcid.org/0000-0001-9988-1626>)

Carmen Gorety Soria Rodríguez (<https://orcid.org/0000-0003-4128-6765>).

Autor de correspondencia:

Dra. María Elena Haro Acosta

Correo electrónico:

eharo@uabc.edu.mx

Recibido: 14-04-24

Aceptado: 07-08-24

El presente es un artículo *open access* bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Responsabilidades éticas

Aprobado por el Comité Local.

Financiación

No recibió financiamiento alguno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Detección de síntomas relacionados con ansiedad, depresión y estrés en pacientes con VIH mediante la escala DASS-21

Detection of Symptoms Related to Anxiety, Depression, and Stress in Patients with HIV using the DASS-21 SCALE

Detecção de sintomas relacionados à ansiedade, depressão e estresse em pacientes com HIV por meio da escala DASS-21

Guillermo Ernesto Robinson Rovira,* Madie de León Aldaba,* Adriana Domínguez Martínez,* María Elena Haro Acosta,** Rafael Iván Ayala Figueroa,*** Carmen Gorety Soria Rodríguez.****

DOI: 10.62514/amf.v26i6.99

Resumen

Objetivo: Detectar los síntomas relacionados con ansiedad, depresión y estrés en pacientes con VIH mediante la escala DASS-21. **Métodos:** Estudio transversal en pacientes con VIH que acudieron a consulta a la Unidad de Medicina Familiar N° 16, aplicando la escala DASS-21 para detectar síntomas relacionados con depresión, ansiedad y estrés. Del censo de 66 pacientes, se excluyeron cinco pacientes por no aceptar participar y dos por ser menores de edad, quedando un total de 59 pacientes. Se utilizó estadística descriptiva mediante el programa estadístico SPSS v22. **Resultados:** Predominó la edad de 40.13 ± 13.125 años, el sexo masculino y el nivel escolar de preparatoria. El 71.2% presentaron estrés, 64.4% ansiedad y 35% depresión; tales trastornos fueron más frecuentes en mujeres (83.3% estrés y ansiedad y 50% depresión). Los síntomas relacionados a depresión, ansiedad y estrés más frecuentes fueron "Me sentí triste y deprimido", "Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo" y "Me costó mucho relajarme", presentándose en el 62.71%, 69.49% y 91.53% respectivamente. **Conclusiones:** La frecuencia de depresión, ansiedad y estrés fue alta en ambos sexos; se deben tomar en cuenta estos trastornos en el primer nivel de atención.

Palabras clave: Infecciones por VIH, Depresión, Medicina Familiar.

Abstract

Objective: To Detect symptoms related to anxiety, depression and stress in patients with HIV using the DASS-21 scale. **Methods:** Cross-sectional study in patients with HIV who came to receive care at Family Medicine Unit N0 16, applying the DASS-21 scale to detect depression, anxiety, and stress. From the census of 66 patients, five patients were excluded for not agreeing to participate and two for being minors, leaving 59 patients. Descriptive statistics were obtained

using the statistical program SPSS v22. **Results:** The predominant age was 40.13 ± 13.125 years, male sex, and high school level. 71.2% presented stress, 64.4% anxiety, and 35% depression. Such disorders were more frequent in women (83.3% stress and anxiety, and 50% depression). Regarding the symptoms associated with depression, anxiety, and stress, the most observed were "I felt sad and depressed", "I was worried about situations in which I could panic or in which I could make a fool of myself" and "I had a hard time relaxing", appearing in 62.71%, 69.49% and 91.53% respectively. **Conclusions:** The frequency of depression, anxiety and stress was high in both sexes. These disorders should be taken into account at primary care..

Keywords: HIV infections, Depression, Family Practice.

Resumo

Objetivo: Detectar síntomas relacionados a ansiedade, depressão e estresse em pacientes com HIV por meio da escala DASS-21. **Métodos:** Estudo transversal em doentes com VIH que compareceram à consulta na Unidade de Medicina Familiar N0 16, aplicando a escala DASS-21 para detecção de sintomas relacionados com depressão, ansiedade e stress. Do censo de 66 pacientes, cinco pacientes foram excluídos por não concordarem em participar e dois por serem menores de idade, restando um total de 59 pacientes. A estatística descritiva foi utilizada pelo programa estatístico SPSS v22. **Resultados:** A idade predominante foi 40,13±13,125 anos, sexo masculino e ensino médio. 71,2% apresentaram estresse, 64,4% ansiedade e 35% depressão; Tais transtornos foram mais frequentes em mulheres (83,3% estresse e ansiedade e 50% depressão). Predominou idade de 40,13±13,125 anos, sexo masculino e ensino médio. 71,2% apresentaram estresse, 64,4% ansiedade e 35% depressão. Tais transtornos foram mais frequentes em mulheres (83,3% estresse e ansiedade e 50% depressão). Os sintomas mais frequentes relacionados com depressão,

ansiedade e stress foram “Senti-me triste e deprimido”, “Fiquei preocupado com situações em que pude-se entrar em pânico ou em que pudesse fazer papel de bobo” e “Tive dificuldade em relaxar”, aparecendo em 62,71%, 69,49% e 91,53% respectivamente. **Conclusão:** A frequência de depressão, ansiedade e estresse foi elevada em ambos os sexos. Esses distúrbios devem ser levados em consideração no primeiro nível de atenção.

Palavras-chave: Infecções por HIV, Depressão, Prática Familiar.

Introducción

El VIH/SIDA se ha convertido en una importante causa de defunción y discapacidad en la actualidad, con mayor prevalencia en los países en vías de desarrollo y subdesarrollo. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) ha reflejado en sus estadísticas del año 2020, que 37.7 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo, con 2.1 millones de casos localizados en América Latina.¹ En México se estima que 331 437 personas han contraído la infección, ocupando Baja California el sexto lugar a nivel nacional con un total de 14 058 casos notificados entre 1983-2021.²

Las estadísticas estiman que al menos el 50% de las personas que presentan infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) exhiben trastornos psiquiátricos; lo cual se ha convertido en un problema debido a los efectos de estas enfermedades mentales, las que están asociadas a un mayor deterioro de la salud y riesgo de morir en los pacientes con infección por el VIH.³ Los trastornos de ansiedad, depresión, o el abuso de sustancias nocivas, entre otras patologías neuropsiquiátricas, ocasionan una pérdida progresiva más rápida de la respuesta inmune ante el VIH, así como también dificultan la adherencia al tratamiento en estos pacientes.⁴

En un centro médico de Malasia se estudiaron 336 participantes con VIH mayores de 50 años, sometidos a terapia antirretroviral; además de utilizar pruebas múltiples para la detección de enfermedades no transmisibles, se les aplicó la escala DASS-21 para explorar sobre su estado mental; el 23% mostró síntomas severos a extremadamente severos de depresión, ansiedad y estrés. La investigación tomó en cuenta la estrecha relación entre una positiva adherencia a la terapia antirretroviral y el cómo se puede mejorar la salud mental de los pacientes seropositivos.⁵ El médico del primer nivel de atención podría identificar de manera oportuna los síntomas relacionados con estas patologías psiquiátricas y ofrecer un tratamiento integral a sus pacientes. El objetivo de este estudio fue detectar los síntomas relacionados con la ansiedad, depresión y estrés en pacientes con VIH mediante el uso de la escala DASS-21.

Métodos

Se realizó un estudio transversal en pacientes con diagnóstico de VIH adscritos a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) N° 16 de Mexicali Baja California, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); en el periodo de enero a diciembre del 2023. Se incluyó el censo de 66 pacientes con dicho diagnóstico. Las variables estudiadas fueron: *edad, sexo, escolaridad, síntomas relacionados con ansiedad, depresión y estrés*. El instrumento utilizado fue la escala DASS-21, la cual es un conjunto de tres subescalas de tipo Likert de cuatro puntos, de auto respuesta. Cada una de las subescalas está compuesta por siete ítems, que tienen como fin evaluar los estados emocionales de depresión, ansiedad y estrés. Para el estrés se utilizan los ítems (1,6,8,11,12,14); depresión: (3,5,10,12,13,16,17) y para ansiedad (2,4,7,9,15,19,20); se presentan cuatro posibilidades de respuesta de gravedad o de frecuencia, organizadas en una escala de 0 a 3 puntos, y el resultado arrojado se da por medio de la suma de las respuestas a cada ítem que conforman las 3 subescalas. A mayor puntuación general obtenida, mayor grado de sintomatología. Puntos de corte: Depresión (5-6 leve, 7-10 moderada, 11-13 severa, >14 extremadamente severa), Ansiedad (4 leve, 5-7 moderada, 8-9 severa, >10 extremadamente severa) y Estrés (8-9 leve, 10-12 moderado, 13-16 severo, >17 extremadamente severo).^{6,7} Se realizó un análisis descriptivo utilizando el programa estadístico SPSS v22.

El presente estudio se efectuó en apego a la Declaración de Helsinki de 1964 y a los estándares éticos comparables. Con autorización del Comité de Investigación del IMSS (Registro R-2022-204-135) y el consentimiento informado de los pacientes. A los participantes que se les detectó algún nivel de depresión, ansiedad o estrés, fueron canalizados a la consulta de Medicina Familiar para su seguimiento y tratamiento oportuno o su envío a segundo nivel de atención en caso necesario.

Tabla I. Características sociodemográficas de la población con VIH

Variable	Frecuencia n = 59 %	
Sexo		
Masculino	41	69.5
Femenino	18	30.5
Escolaridad		
Primaria	8	3.6
Secundaria	9	5.3
Preparatoria	31	52.5
Licenciatura	11	18.6

Resultados

El censo fue de 66 pacientes, se excluyeron cinco pacientes por no aceptar participar y dos por ser menores de edad, quedando un total de 59 pacientes. El promedio de edad fue de 40.14 ± 13.125 años. El sexo masculino representó el 69.5%; el nivel escolar preparatoria ocupó el 57.5% de los casos. **Tabla I.**

Con relación a los síntomas vinculados con la depresión: el 64.4% de los participantes no presentaron síntomas; el 27.1% presentó síntomas leves (como: *me sentí triste y deprimido, no sentía iniciativa para hacer cosas*) y el 13.4% síntomas severos. El 40.7% presentó síntomas leves de ansiedad (por ejemplo: *se me hizo difícil respirar, sentí que mis manos temblaban, tuve miedo sin razón*, entre otros), el 16.9% mostró síntomas moderados y el 3.4% expuso síntomas severos. El 39% presentó síntomas leves de estrés (por ejemplo: *me costó mucho relajarme, sentí que tenía muchos nervios, noté que me agitaba, reaccioné exageradamente a ciertas situaciones*, entre otros); el 30.5% síntomas moderados vs el 1.7% que presentó síntomas extremadamente severos. El síntoma o ítem de la escala DASS-21 relacionado con depresión más frecuente fue “*me sentí triste y deprimido*” presentándose en 37 de los pacientes vs “*sentí que no tenía nada por que vivir*”, que se presentó en seis pacientes.

Tabla II

Con respecto a la ansiedad, el síntoma más frecuente

Tabla II. Síntomas relacionados con depresión más frecuentes

Ítem	Casos
No podía sentir ningún sentimiento positivo	21
Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	22
Sentí que no tenía nada por qué vivir	6
Me sentí triste y deprimido	37
No me pude entusiasmar por nada	17
Sentí que valía muy poco como persona	7
Sentí que la vida no tenía ningún sentido	10

Fuente: Escala DASS-21

fue “*Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo*” con 41 casos, seguido de “*Me di cuenta que tenía la boca seca y sentí que mis manos temblaban*” con 32 casos respectivamente. “*Tuve miedo sin razón*” fue el de menor frecuencia manifestándose en 13 pacientes. **Tabla III**

De los síntomas presentes relacionados con estrés, el más frecuente fue “*Me costó mucho trabajo relajarme*” evidenciándose en 54 de los sujetos; seguido

Tabla III. Síntomas relacionados con ansiedad más frecuentes

Ítem	Casos
Me di cuenta que tenía la boca seca	32
Se me hizo difícil respirar	19
Sentí que mis manos temblaban	32
Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	41
Sentí que estaba a punto de pánico	15
Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	25
Tuve miedo sin razón	13

Fuente: Escala DASS-21

de “*Se me hizo difícil relajarme*” el cual se presentó en 52 de los casos y el menos frecuente fue “*No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo*” con 18 casos. **Tablas IV y V** Doce hombres manifestaron síntomas de depresión, 23 ansiedad y 27 estrés. Para el sexo femenino se observó una frecuencia de depresión de 9 casos vs 15 casos que manifestaron tanto ansiedad como estrés. De los 59 sujetos estudiados, el 84.75% recibía terapia con bicitegravir/emtricitabina/tenofovir/afafenamida, mientras que un 3.39% consumía dolutegravir/abacavir/lamivudina.

Tabla IV. Síntomas relacionados con estrés más frecuentes

Ítem	Casos
Me costó mucho relajarme	54
Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	33
Sentí que tenía muchos nervios	39
Noté que me agitaba	19
Se me hizo difícil relajarme	52
No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	18
Sentí que estaba muy irritable	36

Fuente: Escala DASS-21

Discusión

En el presente estudio el promedio de edad fue de 40.13 años, el sexo masculino ocupó el 69.5% y la escolaridad preparatoria el 52.5% de los casos; similar al estudio realizado en 2018 en Guinea por Camara y otros,⁸ sobre la prevalencia y estigma que genera el

HIV entre la población, donde el promedio de edad fue de 40.6 años, el 73.8% eran hombres con escolaridad preparatoria el 60.7%. Los síntomas relacionados con el estrés, ansiedad y depresión (71.2%, 64.4% y 35%) fueron mayores a lo reportado en el estudio de Cardona-Duque y otros,⁹ llevado a cabo en Colombia, donde la prevalencia de sintomatología de ansiedad fue (31.8%) y depresión (34.1%) en pacientes con VIH. Un factor que posiblemente pudiera contribuir a estos hallazgos sería que el presente estudio se realizó en el año 2023, posterior a la pandemia de COVID-19, tal como menciona la OPS: *el aumento de prevalencia de estos síntomas es un indicio de los cambios de vida provocados por la pandemia, que exacerbó notablemente los índices de ansiedad, depresión y estrés en todo el mundo, con un aumento del 25%*.¹⁰ De igual manera, un estudio desarrollado por Prince Torres,¹¹ describe cómo los pacientes con VIH han tenido una experiencia negativa más severa en el manejo de su salud mental durante la pandemia debido a su sujeción a las circunstancias psicológicas que los rodean y la falta de atención al abordaje de las mismas.

Tabla V. Frecuencia de ansiedad, depresión y estrés de acuerdo con el sexo de los pacientes

	Masculino n = 41	Femenino n = 18
Depresión		
Con síntomas	12	9
Sin síntomas	29	9
Ansiedad		
Con síntomas	23	15
Sin síntomas	18	3
Estrés		
Con síntomas	27	15
Sin síntomas	14	3

Al comparar los síntomas relacionados con el estrés y ansiedad de acuerdo al sexo, se observó que los hombres presentaron estos síntomas en el 65.9% y 56.1% respectivamente, contrastando con las mujeres que presentaron el 83.3%, tanto en estrés como de ansiedad. Las mujeres también mostraron un porcentaje superior en síntomas asociados a la depresión (50%) que los hombres (29.3%). Estos datos concuerdan con el estudio de López Retana¹² del año 2021, que hace hincapié en la vulnerabilidad de las mujeres ante la depresión, al tener un poco más del 50% de probabilidades de padecerla que los hombres, debido a factores como la edad, el nivel socioeconómico o su condición laboral. Por su parte, Saadat et al.¹³ infiere que las mujeres seropositivas perciben mayores niveles de ansiedad y depresión que los varones

al afrontar este padecimiento; situación que podría explicarse entre otras razones por la sociedad de tipo “teocrática” que prevalece en Irán. Sin embargo, cuando se trata del VIH, algunas de las prácticas que surgen de la desigualdad sexual en la región, en particular las fuertes prohibiciones contra las relaciones sexuales extramatrimoniales, aplicadas más estrictamente a las mujeres, se asocian con una menor prevalencia. La evidencia estadística indica que el porcentaje de mujeres -entre las personas que viven con VIH/SIDA- es menor en el Medio Oriente y el norte de África (la mayoría por debajo del 25%) que en otras regiones (por ejemplo, el 57% en el África subsahariana).¹⁴ Respecto al tratamiento de antirretrovirales predominaron en el 84.75% la terapia con *bictegravir/emtricitabina/tenofovir/alafenamida*, mientras que un 3.39% consume *dolutegravir/abacavir/lamivudina*; con base al estudio realizado en 2023 por Préta et al.¹⁵ los medicamentos inhibidores de la integrasa, tales como *bictegravir* y *dolutegravir*, se encuentran asociados con un mayor riesgo de presentar depresión e ideación suicida, manifestándose principalmente en los primeros meses de iniciado el tratamiento, aunque esta situación no se valoró en el presente estudio.

El vivir con VIH ha creado en muchos pacientes, una anticipación al prejuicio social, el estigma y la discriminación. Estos factores se han convertido en estresores crónicos con un impacto característico en la salud mental, requiriendo un enfoque significativo desde la atención primaria. Por estas razones, es importante identificar estos problemas desde el inicio del diagnóstico, además de proporcionar información adecuada, completa y confiable en un ambiente de seguridad y confianza, con el fin de evitar la incertidumbre y temor del paciente. La promoción de espacios para que los pacientes seropositivos puedan manifestar sus inquietudes es primordial, y puede facilitar la adherencia a los tratamientos.

Limitaciones del estudio: No fueron registrados: *la orientación sexual, el conocimiento/desconocimiento de la carga viral y el apego al tratamiento* que de acuerdo a Tapullima-Mori,¹⁶ en su estudio realizado en 2022 en Perú, son los factores de mayor relación con la ansiedad y la depresión en estos pacientes. No obstante, los casos que presentaron ansiedad, depresión y estrés moderada a extremadamente severa fueron referidos a la consulta externa de medicina familiar para valoración e inicio de manejo, así como envío a segundo nivel de atención en caso de ser necesario. *Conclusiones:* La frecuencia de los síntomas relacionados con depresión, ansiedad y estrés obtenidos mediante la escala DASS21 en la población de pacientes con VIH fue alta. El promedio de edad fue de 40 años, la mayoría del sexo masculino con nivel de escolaridad de preparatoria.

Referencias

1. ONUSIDA. [Internet]. Hoja Informativa. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA. 2021 [acceso 22/04/2022 citado 2022 abril 22]. Disponible: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
2. Secretaría de Salud. Sistema de Vigilancia epidemiológica de VIH, 4to trimestre 2021. [acceso 22/04/2022]. Disponible: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/710892/VIH-SIDA_4totrim_2021.pdf
3. Remien RH, Stirratt MJ, Nguen N, Robbins RN, Pala AN, Mellins CA. Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response. *AIDS*. 2019; 33(9):1411-1420. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6635049>
4. Bhana A, Kreniske P, Pather A, Abas MA, Mellins CA. Interventions to address the mental health of adolescents and young adults living with or affected by HIV: state of the evidence. *J Int AIDS Soc*. 2021;4(Suppl 2): e25713. <https://doi.org/10.1002/jia2.25713>
5. Chong ML, Fong JY, Dhevann R, Wong PL, Anjanna K, Sharifah FSO, et al. A retrospective analysis of the care cascades for non-communicable disease and mental health among people living with HIV at a tertiary-care centre in Malaysia: opportunities to identify gaps and optimize care. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(11): e25638. <https://doi.org/10.1002/jia2.25638>
6. Akhtar B, Muyu L, Xiao CZ, Jürgen M. Psychometric properties and measurement invariance of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21) across cultures. *IJP*. 2020;55(6): 916-925. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijop.12671>
7. Coker AO, Coker OO, Sanni D. Psychometric properties of the 21-item Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). *AFRREV* 2018; 12(2):135-142. <https://www.ajol.info/index.php/afrev/article/view/174532>
8. Camara A, Sow MS, Touré A, Sako FB, Camara I, Soumaoro K, et al. Anxiety and depression among HIV patients of the infectious disease department of Conakry University Hospital in 2018. *Epidemiol Infect*. 2018;148: e8. doi: 10.1017/S095026881900222X.
9. Cardona-Duque DV, Medina-Pérez OA, Herrera Castaño SM, Orozco Gómez PA. Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015. *Rev Haban Cienc Méd*. 2016;15(6) 941-954. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2016000600010&lng=es.
10. Organización Panamericana de la Salud. [Internet] La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo. Nota descriptiva 2 Mar 2022. [acceso 14/07/2022]. Disponible: <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
11. Prince Torres A. Afectaciones psicológicas de los pacientes con VIH/Sida en tiempos de pandemia. *INVESTIGATIO*. 2022;(18):105-121. <https://doi.org/10.31095/investigatio.2022.18.6>
12. Retana ADL. Factores de incidencia sobre el padecimiento de depresión en la población mexicana. *RMIP*. 2021;13(1):61-74. <https://doi.org/10.32870/rmip.v13i1.408>
13. Saadat M, Behboodi ZM, Saadat E. Comparison of depression, anxiety, stress, and related factors among women and men with human immunodeficiency virus infection. *J Hum Reprod Sci*. 2015;8(1):48-51. <https://doi.org/10.4103/0974-1208.153128>
14. Obermeyer CM. HIV in the Middle East. *BMJ*. 2006;333(7573):851-854. doi: 10.1136/bmj.38994.400370.7C.
15. Préta LH, Chroboczek T, Treluyer JM, Chouchana L. Association of depression and suicidal behaviour reporting with HIV integrase inhibitors: a global pharmacovigilance study. *J Antimicrob Chemother*. 2023;78(8):1944-1947. <https://doi.org/10.1093/jac/dkad187>
16. Tapullima-Mori C. Factores relacionados con la ansiedad y depresión en pacientes con VIH de un hospital público. *Rev Investig Psicol* 2022;25(2):55-71. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v25i2.21424>

*Unidad de Medicina Familiar (UMF) Número 16, Mexicali Baja California. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **Autor para la correspondencia: María Elena Haro Acosta. Docente en Universidad Autónoma de Baja California (UABC), Facultad de Medicina Mexicali. ***Coordinación Auxiliar Médica de Educación en Salud, OOAD Regional Baja California, IMSS. ****Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud, OOAD Regional Baja California, Instituto Mexicano del Seguro Social. *****Docente en el Instituto Tecnológico Nacional de México (TecNM), Campus Mexicali. Baja California.

Saúl Salvador de la Cruz Mendoza (<https://orcid.org/0009-0003-3289-1266>)

María Elena Haro Acosta, (<https://orcid.org/0000-0002-0388-8215>)

Madtie De León Aldaba, (<https://orcid.org/0000-0002-7141-2593>)

Javier Carmona Mota, (<https://orcid.org/0009-0002-6150-0714>)

Isaura Estefanía Arévalo Apodaca, (<https://orcid.org/0009-0007-3641-3658>)

Carmen Gorety Soria Rodríguez, (<https://orcid.org/0000-0003-4128-6765>)

Rafael Iván Ayala Figueroa. (<https://orcid.org/0000-0001-9988-1626>)

Recibido: 05-06-24

Aceptado: 22-10-24

Autor de correspondencia:

Dra. María Elena Haro Acosta

Correo electrónico:

eharo@uabc.edu.mx

Responsabilidades éticas

Aprobado por el Comité Local.

Financiación

No recibió financiamiento alguno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Infeción del tracto urinario bajo en embarazadas: frecuencia y etiología en una Unidad de Medicina Familiar de Mexicali, Baja California, México

Lower Urinary tract Infection in Pregnant Women: Frequency and Etiology in a Family Medicine Unit in Mexicali, Baja California, Mexico

Infecção do trato urinário inferior em gestantes: frequência e etiologia em uma Unidade de Medicina Familiar em Mexicali, Baja Califórnia, México

Saúl Salvador de la Cruz Mendoza* Madtie De León Aldaba,* Isaura Estefanía Arévalo Apodaca,* María Elena Haro Acosta,** Javier Carmona Mota,*** Carmen Gorety Soria Rodríguez,**** Rafael Iván Ayala Figueroa.*****

DOI: 10.62514/amf.v26i6.100

Resumen

Objetivo: Determinar la frecuencia y etiología de la infección del tracto urinario (ITU) bajo en pacientes embarazadas. **Métodos:** Estudio retrospectivo en expedientes clínicos de pacientes embarazadas con diagnóstico de ITU bajo que acudieron a recibir atención en la Unidad de Medicina Familiar No. 16 de Mexicali, Baja California, México durante el año 2022. Las variables estudiadas fueron: *edad, número de gestas, trimestre de detección de la ITU, tratamiento otorgado, agente patógeno de la infección y criterio de envío a segundo nivel de atención.* **Resultados:** Se revisaron un total de 570 expedientes de embarazadas que acudieron a consulta ambulatoria; de los cuales 230 cumplieron con los criterios de inclusión. La frecuencia de ITU bajo en embarazadas fue del 40.3% (230/570). Predominaron: la edad de 27 años, primer embarazo, la *E. coli* como microorganismo aislado en el urocultivo, la amoxicilina como tratamiento y en el 72.1% no se precisaron criterios para envío al segundo nivel de atención. **Conclusiones:** Las pacientes de 27 años primigestas que cursaron su primer trimestre del embarazo fueron las más susceptibles a presentar ITU bajo. Se debe ofrecer un tratamiento adecuado para evitar complicaciones perinatales.

Palabras clave: Embarazo, Infecciones del tracto urinario, Centros de atención ambulatoria, Atención secundaria

Abstract

Objective: To determine the frequency and etiology of lower urinary tract infection (LUTI) in pregnant patients. **Methods:** Retrospective study of clinical records of pregnant patients diagnosed with lower LUTI who sought care at Family Medicine Unit No. 16 in Mexicali, Baja California, Mexico in 2022. The variables studied were: age, number of pregnancies, trimester of LUTI detection, treatment provided,

pathogen of the infection, and criteria for referral to secondary care. **Results:** A total of 570 records of pregnant women who attended outpatient clinics were reviewed; of which 230 met the inclusion criteria. The frequency of LUTI in pregnant women was 40.3% (230/570). The following predominated: age 27 years, first pregnancy, *E. coli* as a microorganism isolated in the urine culture, amoxicillin as treatment and in 72.1% no criteria were specified for referral to the secondary care level. **Conclusions:** Primigravid patients aged 27 years who were in their first trimester of pregnancy were the most susceptible to lower urinary tract infections. Adequate treatment should be offered to prevent perinatal complications.

Keywords: Pregnancy, Urinary Tract Infections, Ambulatory Care Facilities, Secondary Care

Resumo

Objetivo: Determinar a frequência e a etiologia da infecção do trato urinário inferior (TUI) em pacientes gestantes. **Métodos:** Estudo retrospectivo em prontuários de pacientes grávidas com diagnóstico de TUI baixa que vieram receber atendimento na Unidade de Medicina de Família nº 16 de Mexicali, Baja Califórnia, México durante o ano de 2022. As variáveis estudadas foram: idade, número de gestações, trimestre de detecção da TUI, tratamento realizado, agente patogênico da infecção e critérios de encaminhamento para segundo nível de atenção. **Resultados:** Foram revisados 570 prontuários de gestantes que compareceram à consulta ambulatorial; dos quais 230 preencheram os critérios de inclusão. A frequência de TUI em gestantes foi de 40,3% (230/570). Predominaram: idade de 27 anos, primeira gestação, *E. coli* como microorganismo isolado na urocultura, amoxicilina como tratamento e em 72,1% não foram exigidos critérios para encaminhamento ao segundo nível de atenção. **Conclusões:** Pacientes primigestas de 27 anos que estavam no primeiro trimestre de gravidez

foram as mais suscetíveis à TUI de baixo. O tratamento adequado deve ser oferecido para evitar complicações perinatais.

Palavras-chave: Gravidez, Infecções do Trato Urinário, Instalações de Atendimento Ambulatorial, Atenção Secundária

Introducción

La infección del tracto urinario (ITU) es una de las complicaciones más frecuentes y potencialmente graves del embarazo, debido a que si no se diagnostica y trata de manera oportuna, se incrementa la morbilidad materna y fetal.¹ Los cambios fisiológicos durante el embarazo, como la hidronefrosis, una uretra más corta así como alteraciones en la vejiga predisponen al reflujo vesicoureteral y aumentan el riesgo de ITU a lo largo de la gestación.²

La ITU se debe a la presencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario.³ De acuerdo a su localización anatómica se clasifican en ITU bajo (uretra y vejiga) o alto (uréteres y/o riñones).⁴ La ITU bajas se presentan como bacteriuria asintomática (BA) se define 100 000 unidades formadoras de colonia (UFC) o más en un cultivo de orina en ausencia de síntomas urinarios o como cistitis aguda esta se debe a la presencia de bacteriuria significativa asociada a invasión de la mucosa vesical; los síntomas son disuria, urgencia y frecuencia urinaria y dolor suprapúbico.⁵ Los microorganismos patógenos más frecuentes en las ITU en embarazadas son la *Escherichia coli* en el 80% de los casos, otras bacterias observadas son *Staphylococcus saprophyticus*, *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus mirabilis*.^{6,7} Smaill et al.⁸ mencionan una incidencia de BA del 2 a 7%, de cistitis del 1 a 2% y pielonefritis del 0.5 a 2% durante el embarazo. Un estudio realizado en Dinamarca obtuvo una incidencia de BA del 5.6%, predominando como patógenos *E. coli* (49%) y *Streptococcus agalactiae* (29%).⁹ La prevalencia de ITU en embarazadas en Ecuador fue del 37.7%, siendo la etiología más frecuente *E. coli* (65.4%) y *Staphylococcus spp.* (21.8%).¹⁰ En México, la prevalencia de ITU en gestantes es variada, por ejemplo en una revisión sistemática del 2022 que incluyeron 7421 embarazadas de la República Mexicana, la prevalencia de ITU fue de 8.8%, predominando la edad de 24.6 años, el tercer trimestre, las multigestas y las bacterias patógenas: *Escherichia coli* (*E. coli*), *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* y *Staphylococcus*.¹¹ En un estudio efectuado en un centro de salud en San Luis Potosí se reporta una incidencia del 81% de ITU y en una clínica privada en Uruapan, Michoacán, México se menciona el 21.59% de BA, esta variación se debe al tipo de clínica u hospital en donde se atienden las pacientes embarazadas.¹¹⁻¹³

Conocer las causas más comunes de las ITU es

crucial para proporcionar un tratamiento efectivo. Esto permite a los profesionales de la salud adoptar estrategias terapéuticas adecuadas, como el uso de antibióticos específicos para las cepas identificadas como responsables de la infección.¹⁴ La Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Infección del Tracto Urinario Bajo durante el embarazo, en el primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) menciona como tratamiento de elección: *amoxicilina sola o con nitrofurantoína o nitrofurantoína sola*.¹⁵ Una complicación grave de la ITU durante el embarazo es el parto prematuro, que puede resultar en morbilidad perinatal y además causar secuelas neurológicas en el recién nacido.¹⁶ Es importante que los profesionales de la salud que atienden a pacientes embarazadas, realicen un seguimiento exhaustivo para detectar y tratar rápidamente las ITU, siguiendo las pautas clínicas establecidas para reducir la morbilidad materna y neonatal. En Baja California, existen escasas publicaciones sobre el tema, es por ello que el objetivo del estudio fue determinar la frecuencia y etiología del ITU bajo en pacientes embarazadas en la atención primaria en una Unidad de Medicina Familiar (UMF) de la ciudad de Mexicali en el año 2022.

Métodos

Estudio retrospectivo en expedientes clínicos de mujeres embarazadas con diagnóstico de ITU bajo adscritas a la UMF No. 16 de Mexicali, Baja California. Se incluyeron todos los expedientes clínicos de embarazadas con diagnóstico de ITU bajo que cumplieron con los criterios de inclusión (embarazadas mayores de 16 años con diagnóstico confirmado de ITU mediante urocultivo, que hubieran asistido a la UMF en el periodo de enero a diciembre del 2022). En total se revisaron 230 expedientes clínicos. La UMF contaba con una población de 570 embarazadas que acudieron a atención médica en el año 2022. Las variables estudiadas fueron: *edad, número de gestas, trimestre en el cual se realizó el examen general de orina, tipo de patógeno identificado en el urocultivo, tratamiento administrado y criterios utilizados para referir a las pacientes a atención de segundo nivel*. La investigación se llevó a cabo en apego con la Declaración de Helsinki y con autorización del Comité de Investigación del IMSS (Registro R-2022-204-184). El análisis de datos se realizó con estadística descriptiva mediante el programa estadístico SPSS versión 24.

Resultados

Se revisaron un total de 570 expedientes de embarazadas que acudieron a consulta en el año 2022, de los cuales 230 cumplieron con los criterios de inclusión, representando una frecuencia del 40.3%. La edad promedio fue de 27 años. Con respecto al número de

gestas: las gestas 1 se observaron en el 45.7%, seguido de las gestas 2 con el 36.1%. En relación con el trimestre del embarazo el primer trimestre ocupó el 67.8% seguido del segundo trimestre con el 23%. **Tabla I** Con respecto al microorganismo aislado en el urocultivo, el más frecuente fue la *E. coli* con el 38.7%, sin desarrollo con el 33.5%, *Micrococcus* y *Streptococcus* con el 8.3% respectivamente. **Tabla II** En lo concerniente al esquema de antibióticos proporcionado a las pacientes con ITU bajo durante su embarazo basado en la GPC, la amoxicilina ocupó el 61.3% (141 pacientes), seguido de la nitrofurantoína con el 22.2% (51 pacientes) y Amoxicilina/Nitrofurantoína 38 pacientes (16.5%).

Tabla I. Características generales de las embarazadas con ITU bajo

Variable	Frecuencia n=230	Porcentaje
Edad en años	27 ± 4.99*	
Gestas		
1	105	45.7
2	83	36.0
3 o más	42	18.3
Trimestre		
1	156	67.8
2	53	23.0
3	21	9.2

Fuente: Expedientes clínicos de la UMF 16. * media y desviación estándar

Tabla II. Uropatógenos aislados en las embarazadas con ITU bajo

Variable	Frecuencia n=230	Porcentaje
Microorganismo		
<i>E. coli</i>	89	38.7
Sin Desarrollo	77	33.5
<i>Micrococcus</i>	19	8.3
<i>Streptococcus</i>	19	8.3
<i>Proteus</i>	12	5.2
<i>Enterobacter</i>	7	3.0
<i>Klebsiella</i>	7	3.0

Fuente: Expedientes clínicos de la UMF 16.

En 64 pacientes (27.8%) se cumplieron criterios para su envío a segundo nivel de atención,

principalmente por la falta de respuesta al tratamiento otorgado o por presentar pielonefritis. **Tabla III**

Tabla III. Criterios de envío al segundo nivel de atención

Variable	n
Criterios	
Sin respuesta al tratamiento	17
Pielonefritis	16
Complemento diagnóstico	14
Amenaza aborto	11
Amenaza de parto pretérmino	5
Podálico/Oligohidramnios	1

Fuente: Expedientes clínicos de la UMF 16.

Discusión

La frecuencia de ITU bajo en embarazadas fue del 40.3% (230/570), notablemente alta -comparada con el 8.8% en 7 421 pacientes mencionada por Ortiz,¹¹ en su artículo de revisión- y notoriamente baja comparado con el 81% mencionada por Zúniga,¹² en el estudio retrospectivo realizado en 134 expedientes de un centro de salud en San Luis Potosí, México. Como se puede observar la prevalencia es muy variada debido al tipo de estudio.

Dentro de las características de la población de el presente estudio -destaca la edad promedio de 27 años- similar a lo observado en una investigación realizada en el año 2021 en una población de Colombia.⁷ La edad materna no se ha encontrado como factor de riesgo que condicione ITU.¹⁰ En cuanto al número de embarazos, se identificó un predominio de gestas 1 (primigestas), similar a lo reportado por Acuña et al.¹⁷ en ese estudio realizado en una UMF en Sonora, México fueron incluidas 90 embarazadas con ITU; en otros estudios predominaron las pacientes multigestas; esta diferencia, quizá se deba a que se realizaron en diferentes áreas geográficas o con mayor población como en estos dos últimos estudios en 570 y 7 421 embarazadas respectivamente.^{10,11} Con relación al trimestre del embarazo, se observó una mayor prevalencia de ITU bajo durante el primer trimestre, en contraposición a lo encontrado por Acuña¹⁷ donde predominó el segundo trimestre (46.7%). Otros autores mencionan predominio de más del 40% en el tercer trimestre de gestación.^{10,11} Esta discrepancia podría explicarse por el tamaño de la muestra o al trimestre del embarazo en que acudieron las pacientes a consulta.

En lo que respecta a los resultados de los urocultivos, se encontró que *E. coli* fue el microorganismo más frecuente, similar a lo reportado en la

literatura.^{6,7,9,11,18,19} La mayoría de los médicos siguieron las pautas de la GPC 2016 sobre la prescripción de antibióticos para el manejo de la ITU bajo en las embarazadas que acuden al primer nivel de atención, menciona el uso de amoxicilina sola o combinada con nitrofurantoina, o nitrofurantoina sola, con datos clínicos de ITU bajo, o resultados positivos del Examen General de Orina.¹ Este dato resalta la importancia de la adherencia a las directrices clínicas establecidas para garantizar un tratamiento adecuado y eficaz. Con respecto a los criterios de referencia a un segundo nivel de atención, solo el 27.8% tuvieron criterios específicos para su envío, por la falta de respuesta al tratamiento otorgado y la presencia de pielonefritis principalmente. De las pacientes tratadas según las recomendaciones de la GPC¹ 16 no mostraron respuesta al tratamiento, posiblemente debido a la resistencia bacteriana a los antibióticos utilizados. Este fenómeno quizá podría deberse a la capacidad de muchas cepas de *E. coli* causantes de pielonefritis de formar *biofilms*. Los *biofilms* son estructuras que protegen a las bacterias de la acción de los antibióticos y del sistema inmunológico, lo que dificulta la erradicación de las infecciones y contribuye a la resistencia a la amoxicilina, además, la producción de Beta-lactamasas de Espectro Extendido (ESBL) por parte de *E. coli* es un mecanismo común de resistencia a los antibióticos beta-lactámicos, complicando el tratamiento de las ITU en mujeres embarazadas.

Limitaciones del estudio: Tanto el tamaño de la muestra como la falta de aleatoriedad en la selección pueden afectar la representatividad de los hallazgos e información incompleta en los expedientes clínicos. *Conclusiones:* La frecuencia de ITU bajo en embarazadas fue de 230 pacientes (40.3%). Predominaron la edad de 27 años, primigestas, el primer trimestre de gestación y la *E. coli* como uropatógeno causante. Se utilizaron como antibióticos la amoxicilina y nitrofurantoina recomendados por la GPC Mexicana. El 27.8% requirió envío al segundo nivel de atención, principalmente por la falta de respuesta al tratamiento otorgado o por presentar pielonefritis.

Referencias

1. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo en el primer nivel de atención. Guía de Práctica Clínica. IMSS; 2016. [acceso 14/04/2024]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>
2. Viquez Viquez M, Chacón González C, Rivera Fumero S. Infección del tracto urinario en mujeres embarazadas. *Rev Med Sinergia* 2020;5(5): e482. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i5.482>
3. Prevención, abordaje y manejo de bacteriuria asintomática e infección de vías urinarias durante el embarazo. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2021 [14/04/2024]. <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-831-21/ER.pdf>
4. Jiménez Bermúdez JP, Carballo Solís KD, Chacón Jiménez NK. Manejo de infecciones del tracto urinario. *Rev Costarric Salud Pública* 2017;26(1):1-10. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140914292017000100001&lng=en
5. Kalinderi K, Delkos D, Kalinderis M, Athanasias A, Kalogiannidis I. Urinary tract infection during pregnancy: Current concepts on a common multifaceted problem. *J Obstet Gynaecol* 2018;38(4):448-453. <https://doi.org/10.1080/01443615.2017.1370579>
6. Jaramillo-Jaramillo LI, Ordoñez-Aristizábal KJ, Jiménez-Londoño AC, Uribe-Carvajal MC. Perfil clínico y epidemiológico de gestantes con infección del tracto urinario y bacteriuria asintomática que consultan a un hospital de mediana complejidad de Antioquia (Colombia). *Arch Med (Manizales)* 2021;21(1):57-66. <https://doi.org/10.30554/archmed.21.1.3877.202>
7. Espitia De La Hoz FJ. Infección urinaria en gestantes: prevalencia y factores asociados en el Eje Cafetero, Colombia, 2018-2019. *Urología Colombiana*. 2021;30 (2): 98-104. DOI <https://doi.org/10.1055/s-0040-1722238>.
8. Smail FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019; 2019 (11). <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000490.pub4>
9. Greve VH, Greve T, Helmig RB. Bacteriuria in pregnancy in a Danish contemporary cohort of women. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2020;2020:8398537. <https://doi.org/10.1155/2020/8398537>

10. Mera-Lojano LD, MejíaContreras LA, Cajas-Velásquez SM, Guarderas-Muñoz SJ. Prevalencia y factores de riesgo de infección del tracto urinario en embarazadas. *Rev Med Inst Med Seguro Soc* 2023;61(5):590-596. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8316437>
11. Ortiz MI, Corona Olivera EJ, Cariño Cortés R, Fernández Martínez E. (2022). Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas mexicanas: una revisión sistemática. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo* 2022;10(20), 266-274. <https://doi.org/10.29057/icsa.v10i20.8560>
12. Zúñiga-Martínez ML, López-Herrera K, Vértiz-Hernández AA, Loyola-Leyva A, Terán-Figueroa Y. Prevalencia de infecciones de vías urinarias en el embarazo y factores asociados en mujeres atendidas en un centro de salud de San Luis Potosí, México. *Investigación y Ciencia* 2019;27(77):47-55. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67459697006>
13. Zalapa-Ríos R, Zalapa-Gómez MF. Bacteriuria asintomática en el embarazo. Serie de casos en una clínica privada de Uruapan, Michoacán. *Ginecol Obstet Mex* 2023; 91 (6): 395-401.
14. Aguinaga A, Gil-Setas, Mazón Ramos A, Alvaro A, García-Irure JJ, Navascués A. et al. Infecciones del tracto urinario. Estudio de sensibilidad antimicrobiana en Navarra. *Anales Sis San Navarra* 2018;41(1):17-26. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0125>
15. Torres Lestrade OD, Hernández Pacheco I, Meneses Nuñez C, Ruvalcaba Ledezma JC. Infección urinaria como factor de riesgo para parto pretérmino. *JONNPR*. 2020;5(11):1426-1443. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3779>.
16. Jacobo Gallardo AK, Báez-Barraza J, Quevedo-Castro E, Morgan-Ruiz F, López-Manjarrez G, Gutiérrez-Arzapalo PY. Impacto materno y perinatal de la infección de vías urinarias en el embarazo: una revisión. *Rev Med UAS* 2023;13(2). <http://dx.doi.org/10.28960/re-vmeduas.2007-8013.v13.n2.010>
17. Acuña-Ruiz AM, Molina-Torres FA. Factores epidemiológicos asociados a recurrencia de infecciones de vías urinarias bajas en mujeres gestantes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2022;60(4):411-417.
18. Getaneh T, Negesse A, Dessie G, Desta M, Tigabu A. Prevalence of urinary tract infection and its associated factors among pregnant women in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomed Res Int* 2021;6551526. <https://doi.org/10.1155/2021/6551526>
19. Azami M, Jaafari Z, Masoumi M, Shohani M, Badfar G, Mahmudi L et al. The etiology and prevalence of urinary tract infection and asymptomatic bacteriuria in pregnant women in Iran: a systematic review and meta-analysis. *BMC Urology*. 2019;19(1):43. <https://doi.org/10.1186/s12894-019-0454-8>

*Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2, Coordinación de Educación. Zacapu, Michoacán, México. <https://orcid.org/0009-0006-2765-6490>

**Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2, Departamento de Enseñanza. Zacapu, Michoacán, México. <https://orcid.org/0009-0001-9607-9934>

***Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2, Departamento de Enseñanza. Zacapu, Michoacán, México. <https://orcid.org/0000-0002-0632-2815>

Recibido: 16-07-24

Aceptado: 07-10-24

Autor de correspondencia:

Dra. Brenda Paullette Morales Hernández.

Correo electrónico:

bpmh13@hotmail.com

El presente es un artículo *open access* bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Responsabilidades éticas

Aprobado por el Comité Local.

Financiación

No recibí financiamiento alguno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Embarazo en adolescentes y estigmatización: experiencia en una unidad de medicina familiar de Michoacán, México

Pregnant Adolescents and Stigmatization: Experience in a Family Medicine Unit in Michoacan, Mexico

Adolescentes grávidas e estigmatização: experiência em uma unidade de medicina familiar em Michoacán, México

Mario Peña-López,* Carlos Sánchez-Anguiano,** Brenda Paullette Morales-Hernández.***

DOI: 10.62514/amf.v26i6.101

Resumen

Objetivo: Identificar la caracterización sociodemográfica y la presencia de estigmatización en gestantes adolescentes. **Métodos:** Estudio transversal descriptivo en embarazadas adolescentes del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2 de Zacapu, Michoacán, México. Se realizó entre los meses de febrero a julio del 2023. Las participantes aceptaron participar y firmaron la carta de consentimiento informado o bien la carta de asentimiento informado en caso de que fueran menores de edad. Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó fórmula para población finita. Se analizaron variables sociodemográficas. Se aplicó la “Escala Estigmatización de la Adolescente Embarazada” para valorar presencia de estigmatización en grado: *baja, media y alta* la cual tiene una alfa de Cronbach 0.890. También se aplicó el Cuestionario de Gaffar-Méndez Castellanos, con alfa de Cronbach de 0.846, para valorar el estrato socioeconómico. **Resultados:** Se entrevistó a 64 gestantes adolescentes, 5(7.8%) en etapa inicial de la adolescencia, 14(21.9%) etapa media y 45(70.3%) en etapa tardía. Presentaron estigmatización 54(84.3%): alta 24(37.5%), media 15(23.4%), baja 15(23.4%). Siendo más frecuente la estigmatización alta en gestantes amas de casa 23(35.9%), unión libre 26(40.6%), con preparatoria 26(40.6%), católicas 48(75.0%) y primigestas 48(75.0%). **Conclusiones:** Existe un alto nivel de estigmatización en gestantes adolescentes; de ahí la importancia de la participación del equipo multidisciplinario en el primer nivel de atención para intervenir no solo en la atención a la salud de la adolescente, sino también en el núcleo familiar.

Palabras Clave: Adolescente, Embarazo, Equipo de atención al paciente

Abstract

Objective: To identify the sociodemographic characterization and the presence of stigmatization in pregnant adolescents. **Methods:** Descriptive cross-sectional study conducted at the

General Hospital and Family Medicine No. 2 of Zacapu, Michoacán, Mexico. It was carried out between February and July 2023. The participants agreed to participate and signed the informed consent letter or the informed assent letter in the case of minors. sample size estimation was obtained through the use of formula for a finite population. Sociodemographic variables were analyzed. The “Stigmatization of Pregnant Adolescents Scale” was applied to assess the presence of low, medium, and high stigmatization. The Gaffar-Méndez Castellanos Questionnaire was also applied to assess socioeconomic status. **Results:** 64 pregnant adolescents were interviewed, 5 (7.8%) in early adolescence, 14 (21.9%) in middle adolescence, and 45 (70.3%) in late adolescence. 54 (84.3%) were stigmatized: high 24 (37.5%), medium 15 (23.4%), low 15 (23.4%). High stigmatization was more frequent in pregnant housewives 23 (35.9%), cohabiting 26 (40.6%), high school education 26 (40.6%), Catholic 48 (75.0%) and primiparous 48 (75.0%). **Conclusions:** There is a high level of stigmatization in pregnant adolescents; hence the importance of the participation of the multidisciplinary team at the first level of care to intervene not only in the health care of the adolescent, but also in the household family..

Keywords: Adolescent, Pregnancy, Patient Care Team

Objetivo: Identificar a caracterização sociodemográfica e a presença de estigmatização em adolescentes grávidas. **Métodos:** Estudo transversal descriptivo em adolescentes grávidas do Hospital Geral da Zona de Medicina de Família No.2 de Zacapu, Michoacán, México. Foi realizado entre os meses de fevereiro a julho de 2023. Os participantes concordaram em participar e assinaram a carta de consentimento informado ou a carta de consentimento informado, caso fossem menores. Para calcular o tamanho da amostra foi utilizada a fórmula para população finita. Foram analisadas variáveis sociodemográficas. Aplicou-se a “Escala de Estigmatização de Adolescentes Grávidas” para avaliar a presença de estigmatização em graus: baixo, médio e alto, que possui alfa de Cronbach de

0,890. Também foi aplicado o Questionário Graffar-Méndez Castellanos, com alfa de Cronbach de 0,846, para avaliar o estrato socioeconômico. **Resultados:** Foram entrevistadas 64 adolescentes grávidas, sendo 5 (7,8%) na fase inicial da adolescência, 14 (21,9%) na fase intermediária e 45 (70,3%) na fase tardia. 54 (84,3%) apresentaram estigmatização: alta 24 (37,5%), média 15 (23,4%), baixa 15 (23,4%). A alta estigmatização é mais frequente em gestantes donas de casa 23 (35,9%), coabitantes 26 (40,6%), com ensino médio 26 (40,6%), católicas 48 (75,0%) e primigestas 48 (75,0%). **Conclusões:** Existe um elevado nível de estigmatização em adolescentes grávidas; Daí a importância da participação da equipe multidisciplinar do primeiro nível de atenção para intervir não só na assistência à saúde do adolescente, mas também no núcleo familiar.

Palavras-chave: Adolescente, Gravidez, Equipe de Assistência ao Paciente

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que las adolescentes tienen como principal causa de muerte a nivel mundial las complicaciones que se desarrollan en el embarazo y parto.¹ Mientras que en México se presenta una tasa de 77 nacimientos por cada mil adolescentes, situándolo en el primer lugar mundial.² Según la OMS el embarazo adolescente es un problema de salud pública, debido al impacto de los factores biológicos, psicológicos y sociales que tiene en la salud de la madre y del hijo(a), estos factores ocasionan estigmatización en ellas, la cual ocasiona frecuentemente un mal control prenatal, que incrementa las complicaciones en el binomio, así como en el parto.^{3,4} Por otra parte, se facilita el rechazo del núcleo familiar hacia la gestante, situación que podría ocasionar frustraciones sociales y personales.^{5,6} Existen varios factores relacionados con el embarazo en la adolescencia, entre ellos: la raza, estrato socioeconómico, edad, escolaridad, número de embarazos, estado civil;⁷⁻⁹ así como información inadecuada sobre salud reproductiva.¹⁰

La “Escala Estigmatización de la Adolescente Embarazada” fue creada en el año 2015 por Mori-Quispe E, et al.¹¹ con el objetivo de evaluar la estigmatización de la adolescente embarazada. Mientras que para valorar el estrato socioeconómico el más utilizado es el Cuestionario de Graffar-Méndez Castellanos.¹² De los anteriores planteamientos se deduce que el embarazo adolescente es un problema de salud pública por diversos factores sociales, de salud y nutrición que afectan tanto a la madre como al producto.¹³ Diversas instituciones y organizaciones a nivel mundial tanto del ámbito público como privado, han mostrado preocupación e interés por mejorar la educación e instaurar diversas estrategias con el fin

de prevenir el embarazo en adolescentes.¹⁴ En consecuencia, en México se deben de llevar a cabo medidas que nos permitan prevenir los factores que estén involucrados en el embarazo adolescente, el parto y la etapa del puerperio.¹⁵

En los últimos años el embarazo adolescente ha incrementado su frecuencia y presentándose a edades más tempranas; epidemiológicamente ha habido un aumento tanto en México como en el mundo.¹⁶ Mientras que de igual forma, la estigmatización en gestantes adolescentes ha sido un problema creciente, que les impide acceder a una adecuada atención médica, por lo que debemos de seguir trabajando para garantizar que reciban los servicios de salud necesarios y que los profesionales de la salud hagamos énfasis en ofrecer información adecuada y oportuna sobre la salud sexual y reproductiva, para evitar un embarazo a temprana edad. El objetivo de esta investigación fue identificar la caracterización sociodemográfica y la presencia de estigmatización en un grupo de gestantes adolescentes.

Métodos

Se realizó un estudio de tipo transversal descriptivo, realizado de febrero a julio del 2023 a 64 gestantes adolescentes de la consulta externa del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Zacapu, Michoacán, México. El tamaño de la muestra se calculó por medio de la fórmula de población finita, con un intervalo de confianza del 95% y error máximo permitido de 5%. Se incluyeron gestantes adolescentes en etapa de la adolescencia temprana (10-14 años), media (15-17 años) o tardía (18-21 años) según la clasificación de la *Sociedad de Medicina y Salud Adolescente* (SAHM) de Estados Unidos de América.^{17,18} Se les informó y solicitó que firmaran la carta de consentimiento informado -y la carta de asentimiento informado- en caso de que fueran menores de edad. Se excluyeron aquellas adolescentes embarazadas bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico o con algún trastorno físico o mental que dificultara el interrogatorio.

Se estudiaron las variables de edad, ocupación, estado civil, nivel académico, religión y número de gestas. Se aplicó la escala de la *Estigmatización de la Adolescente Embarazada*¹¹ con alfa de Cronbach de 0.890, lo que significa una adecuada fiabilidad de los resultados. Dicha escala está conformada por siete ítems que indagan sobre el origen principalmente de quien percibe la estigmatización: *familia, personal de salud o sociedad*; con respuestas en escala tipo Likert donde 0 = nunca, 1 = a veces, 2 = la mayoría de las veces, 3 = siempre. Para calificar el cuestionario se sumó todo el puntaje total de los ítems y se calificó de la siguiente forma: 0 puntos (sin estigmatización),

baja: 1-2 puntos, media: 3-5 puntos, alta: 6-7 puntos.¹¹ Así mismo, se utilizó la Escala de Graffar Mendez-Castellanos¹² con alfa de Cronbach de 0.846, lo que aporta fiabilidad de los datos, en cuanto a la medición del nivel socioeconómico, donde se evalúan cuatro dimensiones: *profesión del jefe de la familia, instrucción de la madre, fuente de ingreso y condiciones de alojamiento*.¹² Cada variable tiene cinco categorías con puntuaciones progresivas, donde un nivel socioeconómico alto abarca de 4-6 puntos, medio alto: 7-9 puntos, medio bajo: 10-12 puntos, obrero: 13-16 puntos y marginal: 17-20 puntos. Las variables categóricas se presentaron en frecuencias con sus respectivos porcentajes. Se utilizó la prueba no paramétrica de χ^2 para la asociación de variables categóricas. Se estableció diferencia estadísticamente significativa con p valor <0.05. Todos los cálculos se realizaron con el paquete estadístico SPSS v.23 para Windows. Este trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud del IMSS (R-2023-1603-002).

Resultados

Se analizó un total de 64 gestantes adolescentes, 45(70.3%) en etapa tardía, 23(35.9%) amas de casa, 48(75%) primigestas, 26(40.6%) en unión libre, 26(40.6%) con estudios de nivel preparatoria, 48(75%) religión católica y nivel socioeconómico medio bajo 30(47.0%) (**Tabla I**). Se encontró que 54(84.3%) de la población encuestada presentó algún grado de estigmatización, siendo *alta* en 24(37.50%), *media* 15(23.4%), *baja* 15(23.4%). Un total de 10 embarazadas adolescentes (15.7%) no presentaron estigmatización. En la **Tabla II** se muestran las medias con DE (Desviación Estándar) de las respuestas de los ítems que conforman la Escala de la Estigmatización de la Adolescente Embarazada, encontrando que el ítem de mayor puntuación fue el relacionado con temor a ¿cómo reaccionaría la familia? con una media de 1.08; DE 0.93 puntos, seguido de menciona ¿si el embarazo decepciona a la familia? con una media de 1.05; DE 1.01 puntos.

La estigmatización alta se presentó con mayor frecuencia en embarazadas en etapa de la adolescencia media 11(17.2%), estudiantes 14(21.7%), solteras 16(25.0%), con nivel escolar básico 11(17.2%), católicas 16(25.0%) y primigestas 21(32.8%); encontrando asociación entre la estigmatización con la etapa de la adolescencia [p<0.001], la ocupación [p=0.040] y número de gestas [p<0.001] (**Tabla III**). El estrato socioeconómico medio bajo fue el que predominó en las gestantes adolescentes con estigmatización 26(40.7%) seguido del obrero 19(29.7%), sin encontrar p valor de significancia al correlacionar ambas variables (**Tabla IV**).

Tabla I. Variables sociodemográficas de las embarazadas adolescentes (n=64)

Variable		F (%)
Etapa de la adolescencia	Inicial	5(7.8)
	Media	14(21.9)
	Tardía	45(70.3)
Ocupación	Estudiante	15(23.4)
	Empleada	14(21.9)
	Estudia y Trabaja	12(18.8)
	Ama de Casa	23(35.9)
Estado Civil	Soltera	22(34.4)
	Casada	13(20.3)
	Unión Libre	26(40.6)
	Divorciada	1(1.6)
	Separada	2(3.1)
	Viuda	-
Escolaridad	Sin Estudios	-
	Primaria	2(3.1)
	Secundaria	19(29.7)
	Preparatoria	26(40.6)
	Técnica	5(7.8)
	Licenciatura	12(18.8)
Religión	Católica	48(75.0)
	Cristiana	13(20.3)
	Testigo de Jehová	2(3.1)
	Otra ¿Cuál?	1(1.6)
	Número de Gestas Primigesta	48(75.0)
	Secundigesta	14(21.9)
	Multigesta	2(3.1)
Estrato socioeconómico	Alto	-
	Medio alto	12(18.8)
	Medio bajo	30(47.0)
	Obrero	21(32.8)
	Marginal	1(1.4)

Discusión

El estudio de la estigmatización en las gestantes adolescentes es de importancia derivado de la alta prevalencia del mismo y la importancia de una adecuada salud mental para alcanzar el bienestar del binomio. En la presente investigación se analizó a un total de 64 gestantes adolescentes atendidas en la consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Zona No. 2 Zacapu, Michoacán, en etapa tardía; principalmente, primigestas, en unión libre, con estudios de nivel preparatoria y religión católica. Se identificó

Tabla II. Medias con DE de los ítems de la Escala de la Estigmatización de la Adolescente Embarazada

Ítems	MEDIA	DE
1.Sentí que mi embarazo decepcionaba a mi familia	1.05	1.01
2.Sentí que mi embarazo avergonzaba a mi familia	0.97	0.99
3.Tuve temor de cómo reaccionarían mis familiares	1.08	0.93
4.Durante mis cuidados del embarazo, sentí que el personal de salud me discriminaba por ser adolescente	0.50	0.69
5.Sentí que las personas me miraban mal en lugares públicos	0.44	0.66
6.Sentí vergüenza de que la gente de mi barrio se enterase de mi embarazo	0.64	0.86
7.Sentí que las personas de mi edad me miraban mal por haber salido embarazada	0.55	0.79

DE = Desviación Estándar.

que el 84% de las adolescentes embarazadas adscritas a dicha unidad hospitalaria presentaron algún grado de estigmatización, siendo *alta* en un 37.5% seguido de la *media y baja*, ambas con 23.4%. La estigmatización *alta* se presentó más frecuentemente en la etapa tardía de la adolescencia en el 54.7%, en amas de casa 31.4%, unión libre 38.9%, con nivel académico de preparatoria 39%, católicas 62.3% y primigestas 68.8%. Resultados similares a los de Espinosa-Parra S. et al.¹⁹ en un estudio realizado en la Ciudad de México en el año 2023 en 50 embarazadas en etapa media de la adolescencia, en ese trabajo se encontró estigmatización en el 82% de la población, siendo más frecuente en gestantes de 19 años en el 36%; unión libre 58%, escolaridad primaria 42%, y amas de casa 50%.

Chavárry-Ysla P.²⁰ en un estudio realizado en la Ciudad de Lima, Perú en 2018, en 57 pacientes embarazadas adolescentes de 12 a 19 años de edad, aplicó la escala de estigmatización de la adolescente embarazada y el 42% respondió que a veces sintieron estigmatización por la decepción y vergüenza familiar; con relación al temor a la familia el 53% afirmó que todo el tiempo percibió ese temor; con respecto al personal de salud, el 58% respondió sentirse discriminada la mayor parte del tiempo en que fueron atendidas. En el presente estudio, la mayoría de las gestantes adolescentes presentaron algún grado de estigmatización; la *alta* fue la que predominó, por lo que consideramos prioritario que desde el primer nivel de atención se detecte a toda adolescente oportunamente para educarla en aspectos de la salud sexual y reproductiva. Para estar en condiciones de trabajar en el bienestar emocional de todas las gestantes adolescentes y de su núcleo familiar -y lograr así- una mejor salud mental y la disminución de las complicaciones al binomio madre-hijo.

Limitaciones del estudio: Al ser una muestra no probabilística "*limitada*" fundamentalmente por el tiempo en que debería realizarse; impide que sus resultados puedan ser extrapolados a otras poblaciones. Asimismo, hubiera sido conveniente establecer

comunicación (médico-paciente) entre las 24 adolescentes y su médico familiar, en particular las que presentaron el grado de estigmatización "*alta*" a fin de tener el seguimiento adecuado y en consecuencia poder ser atendidas por un equipo multidisciplinario que en su caso trataría integralmente a estas pacientes embarazadas. Los resultados de esta investigación abren la posibilidad de que en un futuro próximo se realice una nueva etapa de este estudio.

Agradecimientos

Al personal de enfermería de consulta externa del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 y al **Área de Información Médica y Archivo Clínico**.

Referencias

- Martínez E, Montero G, Zambrano R. El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. *Espacios*. 2020; 41(47): 1-10.
- Castañeda-Camey N, Siantz-Mary LL, Brasil-Cruz L. Embarazo y maternidad: percepciones de los jóvenes en un contexto binacional México-Estados Unidos. *Rev latinoam cienc soc niñez uv*. 2019; 17(1): 327-342.
- García-Hermida MI, Lucero-Arcos GP. Riesgo preconcepcional y embarazo en la adolescencia desde un enfoque epidemiológico y preventivo. *Universidad Médica Pinareña*. 2019; 13(1): 88-102.
- Pozo-Castro ND, Calcedo-Cepeda DJ, Pozo-Hernández CE. Controles prenatales insuficientes en adolescentes primigestas. *Salud y vida*. 2022; 6(2): 591-598.
- Reyes-López SV, Cordero-Cruz IC, Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V. Experiencias de las adolescentes que cursan un embarazo, desde un enfoque cualitativo. *Sanus*. 2020; 5(15): 1-7.
- Szulik D, Zamberlin N. La legalidad oculta: Percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por salud causal. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*. 2020; 34(1): 46-67.
- Carrillo-Mora P, García-Franco A, Soto-Lara M, Rodríguez-Vásquez G, Pérez-Villalobos J, Martínez-Torres D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*. 2021; 64(1): 39-48.
- Angarita M, González C, Cardona H, Quitián M, Acero E. Historias de vida familiar en madres adolescentes: estudio cualitativo realizado en el hospital Engativá ese en Bogotá, Colombia. *Rev Colomb Obstet Gine*. 2019; 70(1): 39-48.
- Castañeda J, Santa-Cruz-Espinoza H. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Enferm Glob*. 2021; 20(62): 109-118.
- Venegas M, Nayta B. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2019; 21(83): e109-e119.
- Mori-Quispe E, Contreras-Pulache H, Hinostroza WD, Lam-Figueroa N, Huapaya-Huertas O, Chacón H, et al. Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú.

- An Fac Med. 2015; 76(2): 141-146.
- Vanegas-Coveña DP, Parrón-Carreño T, Aranda-Torres C, Alarcón-Rodríguez R. Factores de riesgo asociados con embarazos no deseados en mujeres estudiantes de medicina. Gac Méd Méx. 2019; 155 (4): 357-362.
 - Cervera-Rinza Y. Factores asociados al embarazo adolescente en un Centro Materno Infantil de Lima, Perú. Rev Int Salud Materno Fetal. 2020; 5(1): 36-42.
 - Triviño-Ibarra CP, Acosta-Castro FE, Veintimilla-Cedeño JB. Embarazo precoz: riesgo, consecuencias y prevención. Dom Cienc. 2019; 5(2): 554-571.
 - Rincón R, Castañeda B. Índice de masa corporal y estado nutricional en adolescentes embarazadas de la consulta de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. Boletín Médico de Postgrado 2019; 36(1): 7-13
 - Ramírez-Hernández S, Herrera-Padrón E, Lazo-Cruz Y. Caracterización epidemiológica de las adolescentes embarazadas en Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas. 2024; 28(2024): e6242.
 - Hidalgo MI, Güemes M. La tormenta Hormonal del Adolescente. Formación Continuada. 2013; 1(1): 2-10.
 - Allen B, Waterman H. Etapas de la adolescencia. American Academy of Pediatrics. 2019; 1(1): 1-4.
 - Espinoza-Parra SP, Reyes-Berlanga M, De la Garza-Carranza MT, Ramírez-Esparza DS. Factores de influencia en la estigmatización del embarazo en la adolescente. Caso de un estudio de un hospital mexicano. Revista Ocronos. 2023; 6(2): 19-24.
 - Chávarry-Ysla Patricia del Rocío. Estigmatización del sistema adolescente embarazada. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2020 Mar; 36(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-03192020000100007&lng=es. Epub 01-Mar-2020.

Tabla IV. Estrato socioeconómico de las gestantes adolescentes de acuerdo al grado de estigmatización (n=64)

		Sin Estigmatización F (%)	Baja F (%)	Media F (%)	Alta F (%)
Estrato Socioeconómico	Alto	-	-	-	-
	Medio Alto	4(6.3)	2(3.1)	4(6.3)	2(3.1)
	Medio Bajo	4(6.3)	8(12.5)	6(9.3)	12(18.8)
	Obrero	2(3.1)	5(7.8)	5(7.8)	9(14.0)
	Marginal	-	-	-	1(1.6)

χ^2 7.299, gl 9, p= 0.606; F (%) = Frecuencia (Porcentaje)

Tabla III. Variables sociodemográficas de las adolescentes embarazadas de acuerdo al grado de estigmatización (n=64)

		Sin Estigmatización F (%)	Baja F (%)	Media F (%)	Alta F (%)	p Valor
Etapa adolescencia	Inicial	-	-	-	5(7.8)	<0.001*
	Media	-	1(1.6)	2(3.1)	11(17.2)	
	Tardía	10(15.7)	14(21.8)	13(20.3)	8(12.5)	
Ocupación	Estudiante	-	-	1(1.6)	14(21.8)	0.040*
	Empleada	6(9.4)	6(9.4)	1(1.6)	1(1.6)	
	Estudia y Trabaja	1(1.6)	2(3.2)	6(9.4)	3(4.7)	
	Ama de Casa	3(4.7)	7(10.8)	7(10.8)	6(9.4)	
Estado Civil	Soltera	-	4(6.2)	2(3.1)	16(25.0)	0.101
	Casada	8(12.5)	5(7.8)	-	-	
	Unión Libre	1(1.6)	6(9.4)	12(18.7)	7(10.9)	
	Divorciada	-	-	-	1(1.6)	
	Separada	1(1.6)	-	1(1.6)	-	
	Viuda	-	-	-	-	
Nivel Académico	Sin Estudio	-	-	-	-	0.363
	Primaria	2(3.1)	-	-	-	
	Secundaria	3(4.8)	2(3.1)	3(4.7)	11(17.2)	
	Preparatoria	1(1.6)	8(12.5)	7(10.9)	10(15.6)	
	Técnica	2(3.1)	1(1.6)	2(3.1)	-	
	Licenciatura	2(3.1)	4(6.2)	3(4.7)	3(4.7)	
Religión	Católica	8(12.5)	13(20.3)	11(17.2)	16(25.0)	0.232
	Cristiana	1(1.6)	2(3.1)	4(6.2)	6(9.3)	
	Testigo Jehová	1(1.6)	-	-	1(1.6)	
	Otra ¿Cuál?	-	-	-	1(1.6)	
Número gestas	Primigesta	4(6.3)	9(14.0)	14(21.8)	21(32.8)	<0.001*
	Secundigesta	4(6.3)	6(9.4)	1(1.6)	3(4.7)	
	Multigesta	2(3.1)	-	-	-	

χ^2 ; *Cifra estadísticamente significativa (p <0.05); F (%) = Frecuencia (Porcentaje).

*Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 12. Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar. Coordinación de Educación e Investigación en Salud. Lázaro Cárdenas, Michoacán. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Medicina, División de Posgrado. México. <https://orcid.org/0009-0005-1016-0627>

**Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 12, Médico Familiar. Consulta externa de Medicina Familiar, Lázaro Cárdenas, Michoacán, México. <https://orcid.org/0009-0005-2322-9865>

***Instituto Mexicano del Seguro Social, OOAD Michoacán, Jefatura de Prestaciones Médicas, Coordinación de Planeación y Enlace Institucional. Morelia, Michoacán, México. <https://orcid.org/0000-0001-8481-0243>

Recibido: 24-09-24

Aceptado: 10-10-24

Autor de correspondencia:

Dr. Gerardo Muñoz-Cortés.

Correo electrónico:

gerardomunozcortes@gmail.com

El presente es un artículo *open access* bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Responsabilidades éticas

Aprobado por el Comité Local.

Financiación

No recibió financiamiento alguno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Funcionamiento Familiar en una Unidad de Medicina Familiar utilizando el Instrumento BAMI-Muñoz

Family Functioning in a Family Medicine Unit using the BAMI-Muñoz Instrument

Funcionamento Familiar em Unidade de Medicina Familiar utilizando o Instrumento BAMI-Muñoz

Mariela Chávez Zúñiga,* Mary Isabel Barreras Miranda,** Gerardo Muñoz Cortés.***

DOI: 10.62514/amf.v26i6.102

Resumen

Objetivo: Evaluar el funcionamiento familiar en familias aplicando el Instrumento BAMI-Muñoz. **Métodos:** Estudio observacional, transversal y descriptivo en pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.12 de Lázaro Cárdenas, Michoacán, México; de enero a junio de 2023. La muestra se determinó mediante la fórmula de población finita, obteniendo una muestra de 342 participantes (familias). Se incluyeron las familias de pacientes mayores de 18 años, hombres y mujeres y que aceptaron participar en el estudio con previa firma de consentimiento informado. Se aplicó el instrumento BAMI-Muñoz de 35 reactivos que categoriza a las familias en: funcional, disfuncional leve, disfuncional moderada y disfuncional severa, mediante seis dominios: *resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas afectivas y control de conductas*. **Resultados:** 342 participantes, edad promedio 45 + 17 años, con mayor frecuencia del género femenino. El 61.99% de las familias fueron funcionales, 34.21% presentaron disfunción leve, 3.51% disfunción moderada y 0.29% disfunción severa. En cuanto a las dimensiones medidas el control de conducta fue la más alterada. En el 89.18% se cumplieron los roles y en el 92.11% existió el involucramiento afectivo. **Conclusiones:** En este estudio se identificó que la mayoría de las familias estudiadas fueron familias funcionales y en aquellas que presentaron disfunción se observó mayor afectación en el control de conducta.

Palabras clave: Medicina Familiar, Control de conducta, Resolución de problemas

Abstract

Objective: To evaluate family functioning in families by applying the BAMI-Muñoz Instrument. **Methods:** Observational, cross-sectional, and descriptive study in patients who sought medical attention at the General Hospital with Family Medicine Unit No. 12 in Lázaro Cárdenas Michoacán from January to June 2023. The sample was determined using the finite population formula, obtaining a sample of 342

participants (families). Families of patients over 18 years of age, men and women, who agreed to participate in the study with the prior signing of informed consent were included. The BAMI-Muñoz instrument of 35 items was applied, categorizing families into: functional, mildly dysfunctional, moderately dysfunctional, and severely dysfunctional, through six domains: *problem-solving, communication, roles, affective involvement, affective responses, and behavior control*. **Results:** 342 participants, average age 45 ±17 years, with a higher frequency of females. 61.99% of the families were functional, 34.21% presented mild dysfunction, 3.51% moderate dysfunction and 0.29% severe dysfunction. Regarding the dimensions measured, behavioral control was the most altered. In 89.18% the roles were fulfilled and in 92.11% there was an affective involvement. **Conclusions:** In this study, it was identified that most of the families studied were functional families, and in those that presented dysfunction, a greater impairment in behavioral control was observed.

Keywords: Family Practice, Behavior Control, Problem Solving

Resumo

Objetivo: Avaliar a funcionalidade familiar em famílias aplicando o Instrumento BAMI-Muñoz. **Métodos:** Estudo observacional, transversal e descritivo em pacientes com direito ao Instituto Mexicano de Seguridade Social lotados no Hospital Geral da Zona com Medicina de Família nº 12 de Lázaro Cárdenas, Michoacán, México; de janeiro a junho de 2023. A amostra foi determinada pela fórmula de população finita, obtendo-se uma amostra de 342 participantes (famílias). Foram incluídos familiares de pacientes maiores de 18 anos, homens e mulheres, que concordaram em participar do estudo com prévia assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foi aplicado o instrumento BAMI-Muñoz de 35 itens, que categoriza as famílias em: funcional, disfuncional leve, disfuncional moderada e disfuncional grave, por meio de seis domínios: *resolução de problemas, comunicação, papéis, envolvimento afetivo, respostas afetivas e controle comportamental*. **Resultados:** 342 participantes, idade média 45+17 anos, sendo a

maioria do sexo feminino. 61,99% das famílias eram funcionais, 34,21% apresentavam disfunção leve, 3,51% disfunção moderada e 0,29% disfunção grave. Em relação às dimensões medidas, o controle comportamental foi o mais alterado. Em 89,18% os papéis foram cumpridos e em 92,11% houve envolvimento emocional. **Conclusões:** Neste estudo identificou-se que a maioria das famílias estudadas eram famílias funcionais e naquelas que apresentavam disfunção foi observado maior prejuízo no controle comportamental.

Palabras-chave: Prática de Família, Controle de Comportamento, Resolução de Problemas

Introducción

La familia es considerada el pilar esencial para el sostenimiento y desarrollo de todos los miembros que la integran.¹ Desde la segunda mitad del siglo XX ha existido una preocupación creciente por las familias que requieren apoyos formales de las instituciones y servicios sociales.² Las nuevas estructuras familiares, en el paradigma posmoderno, implican una redefinición de funciones.³ Si bien en las últimas décadas ha habido cambios en la conceptualización y estructura de las familias, el entorno familiar sigue siendo un sistema que otorga a sus miembros una identidad familiar, así como la transmisión de valores y patrones de comportamiento para participar efectivamente en la vida.⁴ Un desarrollo armónico de la familia depende de que las normas, reglas, límites, jerarquías y roles funjan como reguladores de la convivencia.⁵

El funcionamiento familiar es el conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma en cómo el sistema familiar opera, evalúa o se comporta; la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios que la afecten.^{6,7} Juega un rol importante en el proceso salud-enfermedad ya que, además del cumplimiento de las cinco funciones básicas (*cuidado, afecto, socialización, estatus y reproducción*), la familia debe garantizar el desarrollo personal y facilitar la socialización individual de cada miembro, a la par que el mantenimiento de la identidad y la cohesión grupal.⁸ Una familia es saludable y funcional cuando afronta las crisis de forma congruente.⁹ Además, tiene más probabilidades de resolver situaciones críticas con estabilidad emocional.¹⁰ Por el contrario, la disfunción familiar se desarrolla en un ambiente caracterizado por la ausencia de roles definidos, un alto nivel de conflicto y una mala regulación del comportamiento y las emociones.¹¹

El funcionamiento familiar es un predictor muy importante; ya que se convierte en un factor protector.^{12,13} La evaluación de éste, permite conocer si las

funciones de los miembros de una familia se están cumpliendo y ayuda a saber cómo es que se afronta una crisis.¹⁴ Su relación con los datos sociodemográficos, posibilita identificar los recursos familiares que facilitan el desarrollo de estrategias específicas para su valoración y poder tener herramientas al igual que habilidades, que podrán dar un panorama real y objetivo para el logro de las metas que cada miembro esté buscando alcanzar.¹⁵

El funcionamiento familiar es un aspecto fundamental de la vida humana, y es posible encontrar publicaciones que describen los resultados de investigaciones realizadas en diferentes etapas del ciclo vital.¹⁶ En este sentido, el estudio de la percepción del funcionamiento familiar ha cobrado gran interés en el campo de la salud en los últimos años. El especialista en medicina familiar está en capacidad de evaluar el funcionamiento familiar para posteriormente emitir recomendaciones que faciliten resolver problemas de adaptación y búsqueda de soluciones. El objetivo del presente estudio fue, evaluar el funcionamiento familiar en familias de la ciudad de Lázaro Cárdenas, Michoacán, México aplicando el Instrumento BAMI-Muñoz.

Métodos

Estudio observacional, transversal y descriptivo realizado de enero a junio de 2023, en familias derechohabientes del IMSS, adscritas al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 12 de Lázaro Cárdenas, Michoacán, México. El tamaño de la muestra se determinó mediante la fórmula de población finita, obteniendo una muestra de 342 participantes. Se incluyeron las familias de pacientes mayores de 18 años, hombres y mujeres y que aceptaron participar en el estudio con previa firma del consentimiento informado. Se excluyeron pacientes que no supieran leer y escribir por ser un instrumento autoaplicado. Y se eliminaron del estudio a los que respondieron de manera incompleta el cuestionario. Se llenó el instrumento de recolección contemplando los siguientes factores sociodemográficos: edad, sexo, ocupación, escolaridad e integrante de la familia.

El Instrumento BAMI-Muñoz con una alfa de Cronbach de 0.926, diseñado y validado por Barreras y colaboradores en 2019 en una población mexicana,¹⁴ evalúa el funcionamiento familiar mediante una serie de 35 reactivos con respuestas de tipo Likert: (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre; el resultado oscila de 35 hasta 175 puntos y categoriza a las familias en: familia funcional: 141-175 puntos, familia con disfunción leve: 106-140 puntos, familia con disfunción moderada: 71-105 puntos y familia con disfunción severa: 35-70 puntos. Además, permite identificar los resultados del funcionamiento familiar en 6 dominios: comunicación

(reactivos del 1 al 10): adecuada 31-50 puntos o inadecuada 10-30 puntos; respuesta afectiva (reactivos del 11 al 18): adecuada 24-40 puntos e inadecuada 8-23 puntos; resolución de problemas (reactivos del 19 al 25): adecuada 19-35 puntos e inadecuada 7-18 puntos; roles (reactivos del 26 al 30): se cumplen 16-25 puntos y no se cumplen 5-15 puntos; control de conducta (reactivos del 31 al 33): adecuada 9-15 puntos, inadecuada 3-8 puntos; e involucramiento

afectivo (reactivos 34 y 35): con involucramiento 7-10 puntos y sin involucramiento 2-6 puntos. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva. Respecto a las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión. Mientras que, para las cualitativas, se usaron frecuencias con sus respectivos porcentajes. Todos los cálculos se ejecutaron con el paquete estadístico SPSS versión 25 para Windows. Este trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud del IMSS R-2022-1603-012.

Tabla I. Características sociodemográficas de los participantes (n=342).			
Variables	Frecuencia Porcentaje		
Sexo	Mujer	201	58.77%
	Hombre	141	41.23%
Ocupación	Ama de casa	103	30.12%
	Comerciante	17	4.97%
	Desempleado	41	11.99%
	Empleado	65	19.01%
	Estudiante	29	8.48%
	Obrero	48	14.04%
	Profesionista	39	11.40%
Escolaridad	Primaria	102	29.82%
	Secundaria	91	26.61%
	Preparatoria	88	25.73%
	Licenciatura	58	16.96%
	Posgrado	3	0.88%
Integrante de la familia	Padre	106	30.99%
	Madre	161	47.08%
	Hijo	42	12.28%
	Otro	33	9.65%

HGZ con MF 12: Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.12.

Resultados

Se estudiaron 342 pacientes con una edad promedio de 45 ± 17 años. En la tabla I se muestran las características sociodemográficas de los participantes, nótese un predominio del sexo mujer, ama de casa, con escolaridad primaria e integrante de la familia, madre.

Los resultados del funcionamiento familiar de los participantes se muestran en la figura 1. Se detectó mayor frecuencia de las familias funcionales y en segundo lugar las familias con disfunción leve.

De las diferentes dimensiones analizadas que miden el funcionamiento familiar se observó que, donde hay una mayor proporción de alteración es en Control de Conducta (n= 46). En lo que respecta a los Roles familiares, se detectó que éstos sí se cumplen en la mayoría de las familias (n= 305). Así también, se encontró que el Involucramiento Afectivo existe en la mayor parte de las mismas (n= 315). (Tabla II).

Discusión

El funcionamiento familiar representa un tema de gran relevancia, puesto que su correcto uso es un factor protector frente a problemas de la vida cotidiana.¹⁷ Entonces, la salud familiar es resultado de su homeostasis y adecuado funcionamiento familiar.¹⁸ Para evaluar el funcionamiento familiar, los investigadores han adoptado diferentes métodos de evaluación, como la observación directa, entrevistas e instrumentos autoaplicados,¹⁹ en este caso que se utilizó el BAMI- Muñoz.¹⁴ Los resultados encontrados son similares a los reportados por Reyes Narváez y Oyola Canto²⁰ (2022) quienes observaron que las familias de los estudiantes de ciencias de la salud el 54.7% tiene funcionalidad normal y el 45.4% tienen algún tipo de disfunción, predominando la disfunción leve, en una muestra de 236 estudiantes utilizando el APGAR familiar.

Izzo et al.²¹ en una revisión sistemática de 124 artículos sobre la felicidad y el funcionamiento familiar, encontraron que las dimensiones familiares (*cohesión, comunicación*) predicen fuertemente la felicidad

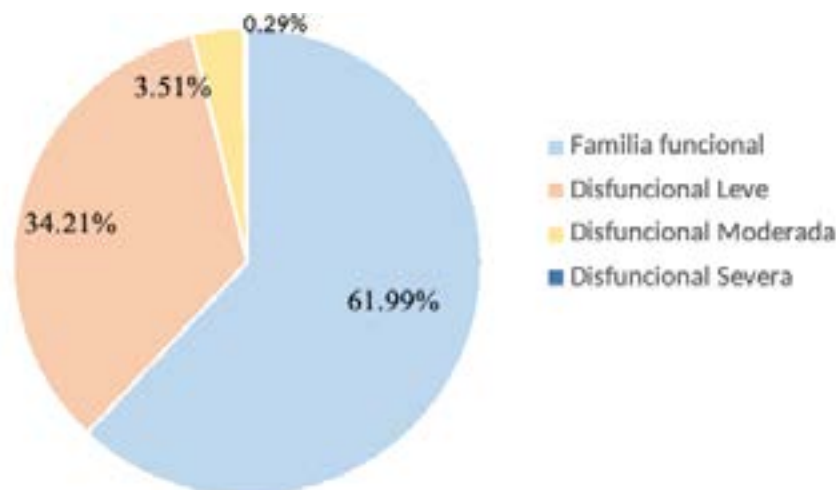


Figura 1. Clasificación del funcionamiento de las familias del HGZ MF 12.

Tabla II. Funcionamiento familiar por dominio (n=342).				
Dimensión	Funcional (n= 212)	D. Leve (n= 117)	D. Moderada (n= 12)	D. Severa (n= 1)
Comunicación				
Adecuada	212	107	3	0
Inadecuada	0	10	9	1
Respuesta afectiva				
Adecuada	212	106	1	0
Inadecuada	0	11	11	1
Resolución de problemas				
Adecuada	212	114	6	0
Inadecuada	0	3	6	1
Roles				
Se cumplen	208	93	4	0
No se cumplen	4	24	8	1
Involucramiento afectivo				
Existe	211	98	6	0
No existe	1	19	6	1
Control de conducta				
Adecuada	209	83	4	0
Inadecuada	3	34	8	1

D= Disfunción.

Dimensiones del cuestionario BAMI- Muñoz para evaluar el funcionamiento familiar: **Comunicación:** se refiere al intercambio de información en la familia. **Respuesta afectiva:** la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo, tanto en calidad como en cantidad. **Resolución de problemas:** considera la destreza de la familia para lograr la resolución de sus problemas en una forma que salvaguarde el funcionamiento familiar de una manera efectiva. **Roles:** analiza los patrones de conducta, a través de los cuales la familia designa las funciones familiares a cada uno de sus integrantes. **Involucramiento afectivo:** valora, tanto en cantidad como en calidad, el interés que muestra la familia, como un todo y en forma individual, en las actividades e intereses de cada miembro de la misma. **Control de conducta:** comprende los patrones que considera una familia para manejar el comportamiento de sus integrantes durante situaciones específicas.

de los niños y adolescentes. Por lo tanto, con relación al presente estudio se demuestra que las dimensiones familiares positivas y/o adecuadas pueden contribuir directamente al correcto funcionamiento familiar. Por su parte, González Araujo y Ruíz Carlo²² en su estudio asociaron el funcionamiento familiar con la epilepsia, utilizando el FF-SIL y evidenciaron que el indicador con menor puntuación fue, el rol, mientras que, los resultados obtenidos en este estudio demostraron que los roles se cumplen en la mayoría de las familias. Esto se puede explicar por la tipología tradicional que hoy en día sigue predominando en las sociedades, en las que el trabajo de casa lo realiza la mujer, adoptando múltiples roles, en lugar de tener una mejor organización y distribución de éstos. En

otro estudio, realizado por Tian Meixiang et al.²³ en 223 pacientes, aplicando El Dispositivo de Evaluación Familiar (FAD), los resultados mostraron que las dimensiones de resolución de problemas, rol, participación emocional y funcionamiento general tienen un impacto en la calidad de vida. En esta ocasión el instrumento BAMI-Muñoz, empleado en este estudio, no fue asociado a ningún problema en específico dejándonos ver que el involucramiento afectivo está presente en la mayoría de las familias estudiadas. Se necesita mayor desarrollo de instrumentos confiables y validados para América Latina y su aplicación en los contextos locales, lo que permita generar información con mayor exactitud para tomar acciones de intervención familiar efectivas.²⁴

Una de las limitantes del estudio, es que el instrumento se aplicó a un solo miembro de las 342 familias, sería importante poder aplicarlo a todos los integrantes de una misma familia para poder verificar la funcionalidad de la misma de manera integral y no como individuos independientes. Por otro lado, BAMI-Muñoz es un instrumento creado recientemente y que no había sido utilizado en ningún otro estudio. Las investigaciones futuras deberían apuntar a especificar la tipología familiar de las familias estudiadas. Una de las fortalezas del estudio, además del acompañamiento y la comunicación estrecha de los participantes con el investigador fue que la escala aplicada tiene un alto índice de confiabilidad. No obstante, es importante precisar que el médico familiar debe ser cauteloso de no llegar a "categorizar" a una familia como, por ejemplo: de "disfuncional severa" de manera permanente, debido a que los instrumentos de funcionamiento familiar pueden ser como "una fotografía instantánea" y recordemos que las familias siempre serán dinámicas.

En síntesis: Las familias del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 12 son funcionales y aquellas que presentan disfunción se asoció con un control de conducta alterada. Los presentes hallazgos ofrecen apoyo a un modelo integrado de funcionamiento familiar. Además, la importancia práctica de los resultados es que los especialistas en medicina familiar pueden utilizar el BAMI-Muñoz para identificar diferentes áreas de oportunidad del funcionamiento en las familias para estar en condiciones de implementar intervenciones efectivas y oportunas para sus pacientes.

Agradecimientos

Al personal de salud del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 12 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Referencias

1. Rocha-Rodríguez C, Santiago-Sarmiento N, Borré-Ortiz YM. Funcionalidad familiar y rendimiento académico en estudiantes de ciencias de la salud: una revisión sistemática. *Salud Uninorte*. 2021; Vol. 37 (2): 465-487.
2. Vegas-Miguel MI, De la Fuente-Anuncibay R. Evaluación del funcionamiento familiar con el FACES IV en adolescentes con problemática familiar. *INFAD Revista de Psicología*. 2020; ISSN: 0214-9877. pp:495-504.
3. Torres C, Vallejo-Huanga D, Ramírez-Ocaña X. Evaluación cuantitativa de las funciones y cambios familiares en un mundo posmoderno. *Helio* 7. 2021; e07435.
4. González C, Díaz-Herrero A, Sanmartín R, Vicent M, Pérez-Sánchez AM, García-Fernández JM. Identificación de perfiles de riesgo de conducta de rechazo escolar: diferencias en ansiedad social y funcionamiento familiar entre los adolescentes españoles. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*. 2019; 16: 3731. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193731>
5. Palomar-Rodríguez GM, Ávalos-Latorre ML. Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en adolescentes de bachillerato. *UARICHA Revista de Psicología*. 2019; 16 (37): 27-36. ISSN 2007-7343.
6. Quintero FJ, Amarís MC, Pacheco RA. Afrontamiento y funcionamiento en familias en situación de discapacidad. *Revista ESPACIOS*. 2020; Vol. 41(No.17) Pag. 21. ISSN 0798 1015.
7. Durán-Badillo T, Herrera-Herrera JL, Salazar-Barajas ME, Mireles-Alonso MA, Oria-Saavedra M, Ruíz-Cerino JM. Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. *CIENCIA y ENFERMERIA*. 2022; 28:3.
8. Ordóñez-Azuara Y, Gutiérrez-Herrera RF, Méndez-Espinoza E, Álvarez-Villalobos NA, López-Mata D, De la Cruz-De la Cruz C. Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana. *Aten Primaria*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.011>.
9. Estrada-Araoz EG, Mamani-Huchasara HJ. Funcionamiento familiar y niveles de logro de aprendizaje de los estudiantes de educación básica. *Rev. Inv. Val*. 2020; 14(2), 96-102.
10. Pavarini SC, Bregola AG, Moretti-Luchesi B, Oliveira D, De Souza-Orlandi F, Gómez-De Moura F, et al. Predictores sociales y relacionados con la salud de la función familiar en cuidadores cónyuges mayores: un estudio transversal. *Dement Neuropsychol*. 2020; 14(4), 372-378.
11. Botero-Carvajal A, Jiménez-Urrego AM, Gutiérrez-Poso AG, Calero-Florez M, Hernández-Carrillo M. Factores asociados al funcionamiento familiar en escolares: estudio de casos y controles. *Helio* 9. 2023; e14595.
12. Orozco-Vargas AE, Aguilera-Reyes U, García-López GI, Venebra-Muñoz A. Funcionamiento familiar y autoeficacia académica: efecto mediador de la regulación emocional. *Revista de Educación*. 2022; pp. 127-150.
13. Callupe E, Mamani-Benito O, Carranza-Esteban RF. Funcionamiento familiar y afrontamiento resiliente en padres de familia peruanos: estudio realizado durante la pandemia COVID-19. *Propósitos y Representaciones*. 2022; 10(2), e1419. <https://doi.org/10.20511/pyr2022.v10n2.1419>.
14. Barreras-Miranda MI, Muñoz-Cortés G, Pérez-Flores LM, Gómez-Alonso C, Fulgencio-Juárez M, Estrada-Andrade ME. Desarrollo y validación del Instrumento FF para evaluar el funcionamiento familiar. *Aten Fam*. 2022; 29(2):72-78. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.2.82028>.
15. Delfín-Ruiz C, Cano-Guzmán R, Peña-Valencia EJ. Funcionalidad familiar como política de asistencia social en México. *RCS*. 2020; Vol. XXVI, No.2, pp 43-55.
16. Galán-González E, Martínez-Pérez G, Gascón-Catalán A. Instrumentos de evaluación del funcionamiento familiar en adultos con enfermedad crónica no psiquiátrica: una revisión sistemática. *Enfermeras*. Representante. 2021; 11, 341-355.
17. Ortega-Lima MI, Jimbo-Quevedo LE, Mallaguari-Cueva JV, Merino-Guaraca MC, Vizuet-Vásconez KD, Paqui-Quizhpe GE, et al. Instrumentos de la atención familiar para la práctica familiar. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com Volumen XVI*. Número 2.
18. Hernández-Morán OE, Gutiérrez-Gabriel I, Bonilla-Becerril AS. Salud familiar y tecnologías: nuevos hallazgos en adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2024;62(3): e5961. doi: 10.5281/zenodo.10998832.
19. Shek DTL, Leung KH, Li X and Dou D. Propiedades psicométricas de la familia china. Instrumento de evaluación: evidencia de China continental. *Front. Psychol* 2023. 14:1290224. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1290224.
20. Reyes-Narváez SE, Oyola-Canto MS. Funcionalidad familiar y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Comuni@cción: Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*. 2022, Vol.13(2), 127-137. <https://doi.org/10.33595/2226-1478.13.2.687>.
21. Izzo F, Baiocco R, Pistella J. La felicidad de los niños y adolescentes y el funcionamiento familiar: una revisión sistemática de la literatura. *Int. J. Environ. Res. Salud Pública* 2022 , 19 (24), 46593. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416593>
22. González-Araujo A, Ruíz-Carlo JR. Funcionalidad familiar y sobrecarga en cuidadores de niños con epilepsia. *Rev Mex Med Fam*. 2021;8:56-61. <https://doi.org/10.24875/RMF.20000211>
23. Tian Meixiang, Kang Jing, Xun Xuan, Yin Jiangyan, Zhang Zhengyi. Correlación entre la función familiar y la calidad de vida en pacientes con fibrilación auricular. *Journal of Central South University (Medical Edition)*, 2023, 48(8): 1234. -1242 DOI: 10.11817/j.issn.1672-7347.2023.220551.
24. Roa-Aya, K, Rodríguez-López JI, Aponte-Franco SM. Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar: una revisión integrativa. *Revista Cultura del Cuidado Enfermería*. 2023; 20(1), pp. 30-46.

*Médico especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 61, Instituto Mexicano del Seguro Social, Naucalpan, Estado de México (México).
ORCID: 0000-0003-0436-7945

Recibido: 05-08-24

Aceptado: 17-10-24

Correspondencia: Marco Antonio Tavera Vilchis.

Correo electrónico:
mtaveravilchis@gmail.com

El presente es un artículo *open access* bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Telemedicina... ¿la revolución de la consulta del médico familiar?

Telemedicine... a Revolution in the Family Doctor's Office?

Telemedicina... a revolução no consultório do médico de família?

Marco Antonio Tavera Vilchis. *

DOI: 10.62514/amf.v26i6.103

Resumen

La telemedicina se refiere a la prestación de servicios de salud a distancia mediante el uso de tecnologías de la información y comunicación. Incluye consultas médicas virtuales, diagnóstico, tratamiento y monitoreo de pacientes a través de plataformas digitales, como videoconferencias, uso de aplicaciones móviles y acceso a sitios Web. En este artículo se presentan una serie de beneficios y desventajas de la telemedicina. Los médicos familiares somos agentes de cambio y debemos usar estas herramientas optando por el escenario más conveniente para nuestros pacientes, destacando que atendemos a personas, enfermos y no enfermedades.

Palabras clave: Telemedicina, Servicios de Salud, Aplicaciones Móviles

Abstract

Telemedicine refers to the provision of health services remotely through the use of information and communication technologies. It includes virtual medical consultations, diagnosis, treatment and patient monitoring through digital platforms, such as video conferencing, use of mobile applications and access to websites. This article presents a series of benefits and disadvantages of telemedicine. Family physicians are agents of change and we must use these tools by choosing the most convenient scenario for our patients, emphasizing that we care for people, sick people and not diseases.

Keywords: Telemedicine, Health Services, Mobile Applications

Resumo

A telemedicina refere-se à prestação de serviços de saúde à distância através do uso de tecnologias de informação e comunicação. Inclui consultas médicas virtuais, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes através de plataformas digitais, como videoconferência, utilização de aplicações móveis e acesso a websites. Este artigo apresenta uma série de benefícios e desvantagens da telemedicina. Os médicos de família são agentes de mudança e devemos

utilizar estas ferramentas, optando pelo cenário mais conveniente para os nossos pacientes, destacando que cuidamos de pessoas, doentes e não doentes.

Palavras-chave: Telemedicina, serviços de saúde, aplicações móveis

Introducción

La telemedicina es la prestación de servicios de salud a distancia mediante el uso de tecnologías de la información y comunicación. Incluye consultas médicas virtuales, diagnóstico, tratamiento y monitoreo de pacientes a través de plataformas digitales, como videoconferencias, uso de aplicaciones móviles y acceso a sitios Web.¹ México es un país en transición demográfica con un perfil epidemiológico complejo, con incremento de enfermedades no transmisibles, accidentes y estilos de vida no saludables. Es bien sabido que existen aún inequidades marcadas y que históricamente la concentración del ingreso ha propiciado desigualdad en el acceso a servicios básicos, oportunidades y participación social.² health financing, health care provision, health reforms and health system performance. The Mexican health system consists of three main components operating in parallel:¹

El médico familiar ofrece consulta a los pacientes de todas las edades y durante todas las etapas de la vida y trata los padecimientos más frecuentes.^{3,4} Como Adelstein menciona, no entramos a la especialidad de medicina familiar para tratar alguna enfermedad o realizar cierto procedimiento, usamos la relación médico-paciente y diversas herramientas clínicas para conocer mejor a la persona consultante.⁵ El uso de la telemedicina para brindar servicios de calidad ha aparecido en varios niveles del sistema de salud; a pesar de que ha incrementado más en segundo y tercer nivel de atención, aún hay un largo camino por recorrer en la salud pública y la atención primaria de salud.

El uso de la telemedicina

La utilización de la telemedicina (brindando servicios de salud de "2 vías" entre profesional de salud-consultante, por medio de tecnología electrónica

audiovisual) ha estado *in-crescendo* otorgando beneficios significativos como abaratar costos y acceso más fácil a servicios de calidad, pero la comunidad médica aun debe buscar el balance entre tecnología y cuidado centrado en la persona. La teleeducación además permite un proceso de formación a distancia al posibilitar aprendizaje interactivo, reflexivo y accesible a cualquier potencial receptor.^{6,7} Aunque para algunas personas pueda parecer que la telemedicina se equipara al cuidado con la persona “cara a cara”, muchas veces esa realidad es incierta y se deben considerar diferentes factores como su eficacia, las diferentes modalidades de uso, el peso de la evidencia de su calidad, factores sociodemográficos y la medición de los desenlaces en salud.⁸

Dentro de los beneficios en general, podemos enlistar:

- Acceso a servicios de salud para personas en áreas remotas o con movilidad reducida.
- Reducción de costos y tiempo de espera para los pacientes.
- Mayor comodidad y flexibilidad para los pacientes y los profesionales de salud.
- Mejora en la continuidad y coordinación en la atención médica.

No cabe duda, que son grandiosos beneficios, sin embargo, también hay desafíos y limitaciones como la privacidad y seguridad de los datos, la calidad de la conexión a internet y la necesidad de una regulación adecuada.^{9,10} El uso de “tele-salud” puede ayudar a la atención primaria de diversas maneras:^{11-14,3}

- **Acceso a especialistas:** los pacientes en áreas rurales o remotas pueden acceder a especialistas no disponibles localmente.
- **Consulta virtual:** se puede recibir consulta médica sin necesidad de desplazamiento, reduciendo la carga asistencial en clínicas y hospitales.

- **Monitoreo remoto:** se puede dar seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas para prevenir complicaciones.
- **Educación al paciente:** permite al profesional de salud educar a los consultantes y brindar un manejo efectivo a su condición.
- **Reducción de costos:** reduce gastos al minimizar la necesidad de hospitalizaciones y visitas presenciales, disminuyendo el perjuicio económico y de tiempo de los pacientes.
- **Mejora en detección y tratamiento temprano:** permite detección oportuna para tener mejores resultados clínicos.
- **Coordinación de cuidados:** facilita la organización y coordinación entre diferentes profesionales de salud, permitiendo un entorno de interdisciplinariedad.
- **Acceso a servicios de salud mental:** aumenta el acceso, especialmente donde hay carencia de profesionales de esta área.

Considerando lo anterior, ilustramos las bondades de la telemedicina en la **figura 1**

La telemedicina usa un rango amplio de medios tecnológicos con el fin de llegar a un proceso de diagnóstico y tratamiento, dentro de los que encuentran dispositivos electrónicos, telefonía móvil, videoconferencias, uso de tabletas, empleo de aplicaciones móviles, sistemas digitales impulsados por inteligencia artificial, entre otros; consecuentemente, mejora la eficiencia, efectividad y accesibilidad de la atención primaria en salud, especialmente para poblaciones vulnerables y de áreas remotas.^{14,15} No obstante que la telemedicina ofrece muchos beneficios, también tiene desventajas como:

- **Problemas técnicos:** la calidad de la conexión a internet y los inconvenientes técnicos pueden afectar la calidad de la consulta.
- **Limitaciones para exploración física:** no se puede realizar un examen físico completo de forma remota.
- **Dificultades en comunicación:** la falta de contacto cara a cara afecta la comunicación entre el paciente y el profesional de salud.
- **Privacidad y seguridad:** debido a la transmisión de datos a través de internet puede existir riesgo en la privacidad y seguridad de los pacientes.
- **Acceso desigual:** no todos los pacientes tienen acceso a la tecnología necesaria para ser partícipes de una consulta de telemedicina.
- **Falta de regulación:** es variable según la región, puede generar confusión y desafíos organizacionales e institucionales.
- **Limitaciones en la prescripción de medicamentos:** existe limitación para la prescripción de las recetas o su validez para que el paciente pueda adquirir los medicamentos indicados en



Figura 1. Bondades de la telemedicina (fuente: elaboración propia).

- diferentes establecimientos.
- **Dificultad en la gestión de emergencias:** no siempre es adecuada para situaciones que requieren atención inmediata.
 - **Falta de integración con registros médicos:** los registros aislados pueden no ser integrados a los registros existentes y generar grietas en el expediente del paciente.
 - **Necesidad de capacitación:** los profesionales de salud pueden necesitar capacitaciones y actualizaciones para usar las herramientas de telemedicina de manera efectiva.

Es importante conocer estas desventajas para abordarlas y mejorar la calidad y accesibilidad para nuestros consultantes.¹⁶ Los sectores políticos y los profesionales de salud han mostrado interés en el potencial de la telemedicina para incrementar la eficiencia y atravesar las barreras que enfrentan los pacientes, siendo aun controversial por las diferentes poblaciones y sus condiciones muy particulares, por lo que aún debemos navegar entre esas brechas.¹⁷⁻¹⁹

En escenarios vividos hace unos años, se encontraron ventajas acaecidas a través del uso de las redes sociales, como por ejemplo, durante la pandemia por COVID-19 que han actuado como medios para ejercer la telemedicina; sin embargo, también se debatió que, al hacer mal uso de ellas, podíamos caer en infodemia, la cual ha favorecido la diseminación de información errónea a través de dichas redes sociales, por lo que se ha sugerido usarlas como medio para la telemedicina siempre por sanitarios con profesionalismo y objetividad.^{20,21} Dentro de los retos que enfrentan los profesionales de salud recalamos la actualización continua para aplicar esos conocimientos con el uso de los elementos de la llamada “Tecnología de la Información y Comunicación (TIC’s)” (muchos no reciben capacitación y “no se ponen al día”); existen preocupaciones en la privacidad y seguridad al compartir datos en la red, interrogantes sobre quien debe recibir dicha atención, como será retribuido, la problemática de empatarlo con los indicadores que se manejan a niveles institucionales y la consideración de los desafíos y oportunidades para el devenir de su curso futuro.^{6,22}

En cuanto a las implicaciones éticas, las diferentes organizaciones y consejos médicos, adoptan recomendaciones e informes para formular códigos de conducta que sean lo más independiente posibles de las tecnologías o modelos de práctica específica, así como brinda orientación en caso de controversias y cuestiones clave para buscar las mejores resoluciones para las partes interesadas. Para Terrasse et al.²³ las redes sociales tienen influencia en el comportamiento humano y se interseccionan con la salud y la bioética, por lo cual, propone aristas interesantes a tomar en cuenta, como los son el impacto de las redes

sociales en la relación médico paciente, el desarrollo de plataformas electrónicas de salud para los consultantes, así como el uso de algoritmos y datos en línea que pueden servir para la investigación en salud así como conocer las consecuencias del uso generalizado de las redes sociales y su impacto en la salud pública. Para la bioética plantea desafíos dependiendo de la participación, contenidos, beneficios y sesgos de la atención brindada a los consultantes y sus repercusiones en la conducta y salud humana.²⁴

La implementación de educación en salud y programas preventivos, vía plataformas digitales, es una estrategia innovadora que mejora la salud pública e influye proactivamente en el manejo del estado de salud de las personas. Debemos tener siempre en mente la gran cobertura que pueden abarcar estos servicios además de poder sortear las diferentes perspectivas humanas, técnicas y organizacionales.²⁵ Para esto, junto con los tomadores de decisiones, debemos procurar la equidad digital para que todas las personas puedan acceder a estas intervenciones y modalidades de atención médica.²⁶

Conclusiones

Recordemos que los médicos familiares somos agentes de cambio y debemos usar estas herramientas optando por el escenario más conveniente para nuestros pacientes, destacando que atendemos a personas, enfermos y no enfermedades; por lo cual no es ajeno a nosotros hablar de atención continuada y centrada en la persona, manejo integral del paciente a nivel biopsicosocial, práctica reflexiva, entrevista motivacional, el poder de la práctica por medio de la escucha de historias y vivencias de las personas, manejo de pacientes en grupos Balint, cultivar la compasión y empatía en el escenario clínico, enfoque humanístico de medicina, intimidad familiar y trascender del sufrimiento.^{27,28} La telemedicina es otra herramienta que podemos usar en nuestro arsenal y debemos empalmarla de la manera más óptima posible.

Referencias

1. Jin MX, Kim SY, Miller LJ, Behari G, Correa R. Telemedicine: Current Impact on the Future. *Cureus*. 2020;12(8):e9891.
2. González Block MÁ, Reyes Morales H, Hurtado LC, Balandrán A, Méndez E. Mexico: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2020;22(2):1-222.
3. Huerta González JL. Medicina familiar: la familia en el proceso salud-enfermedad. 1. edition. México, D.F. Editorial Alfil 2005.
4. Irigoyen Coria A. Fundamentos de medicina familiar. 3a ed. conmemorativa. México: Medicina Familiar Mexicana; 2006.
5. Adelstein P. Why I Practice Family Medicine. *Fam Med*. 2022;54(2):149-50.
6. Freed J, Lowe C, Flodgren G, Binks R, Doughty K, Kolsi J. Telemedicine: Is it really worth it? A perspective

- from evidence and experience. *J Innov Health Inform.* 2018;25(1):14-8.
7. Beheshti L, Kalankesh LR, Doshmangir L, Farahbakhsh M. Telehealth in Primary Health Care: A Scoping Review of the Literature. *Perspect Health Inf Manag.* 2022;19(1):1n.
 8. Shigekawa E, Fix M, Corbett G, Roby DH, Coffman J. The Current State Of Telehealth Evidence: A Rapid Review. *Health Aff Proj Hope.* 2018;37(12):1975-82.
 9. Sprague L. Telehealth: into the mainstream? *Issue Brief George Wash Univ Natl Health Policy Forum* 2005. 2014;(853):1-15.
 10. Holčapek T, Šolc M, Šustek P. Telemedicine and the standard of care: a call for a new approach? *Front Public Health.* 2023;11:1184971.
 11. Kahn NB. Redesigning Family Medicine Training to Meet the Emerging Health Care Needs of Patients and Communities: Be the Change We Wish to See. *Fam Med.* 2021;53(7):499-505.
 12. Kosak Z. Incorporating Telehealth Into Family Medicine Training: An Emerging Need. *Fam Med.* 2022;54(4):316-7.
 13. Kvedar J, Coye MJ, Everett W. Connected health: a review of technologies and strategies to improve patient care with telemedicine and telehealth. *Health Aff Proj Hope.* 2014;33(2):194-9.
 14. Mohammadzadeh N, Rezayi S, Saeedi S. Telemedicine for Patient Management in Remote Areas and Underserved Populations. *Disaster Med Public Health Prep.* 2022;17:e167.
 15. Steindal SA, Nes AAG, Godskesen TE, Dihle A, Lind S, Winger A, et al. Patients' Experiences of Telehealth in Palliative Home Care: Scoping Review. *J Med Internet Res.* 2020;22(5):e16218.
 16. Haimi M. The tragic paradoxical effect of telemedicine on healthcare disparities- a time for redemption: a narrative review. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2023;23(1):95.
 17. Cabrera de León A. Manual de medicina familiar y comunitaria. Madrid: Panamericana; 2022.
 18. Rakel RE, Rakel D, editores. Textbook of family medicine. Ninth edition. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016.
 19. Hjelm NM. Benefits and drawbacks of telemedicine. *J Telemed Telecare.* 2005;11(2):60-70.
 20. Anda GFV de. Telemedicine, a new front in the COVID-19 pandemic. *Gac Med Mex.* 2022;158(1):1-2.
 21. Gajrawala SN, Pelkowski JN. Telehealth Benefits and Barriers. *J Nurse Pract JNP.* 2021;17(2):218-21.
 22. Smith MA, Shimp LA, Schrager S, editores. Family medicine: ambulatory care & prevention. Sixth edition. New York: McGraw-Hill Education; 2014.
 23. Terrasse M, Gorin M, Sisti D. Social Media, E-Health, and Medical Ethics. *Hastings Cent Rep.* 2019;49(1):24-33.
 24. Chaet D, Clearfield R, Sabin JE, Skimming K, Council on Ethical and Judicial Affairs American Medical Association. Ethical practice in Telehealth and Telemedicine. *J Gen Intern Med.* 2017;32(10):1136-40.
 25. Carrillo de Albornoz S, Sia KL, Harris A. The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review. *Fam Pract.* 2022;39(1):168-82.
 26. Ramírez AV, Ojeaga M, Espinoza V, Hensler B, Honrubia V. Telemedicine in Minority and Socioeconomically Disadvantaged Communities Amidst COVID-19 Pandemic. *Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg.* 2021;164(1):91-2.
 27. Ventres WB, Stone LA, Shapiro JF, Haq C, Leão JRB, Nease DE, et al. Storylines of family medicine V: ways of thinking-honing the therapeutic self. *Fam Med Community Health.* 2024;12(Suppl 3):e002792.
 28. González Blasco P, Janaudis MA, Rozenfeld Levites M. [New medical humanism: the harmony of care]. *Aten Primaria.* 2006;38(4):225-9.

*Médico especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 61, Instituto Mexicano del Seguro Social, Naucalpan, Estado de México (México). ORCID: 0000-0003-0436-7945 **Médico especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 63, Instituto Mexicano del Seguro Social, Nicolás Romero, Estado de México (México). ORCID: 0000-0002-4659-6319

Recibido: 05-08-24

Aceptado: 10-10-24

Correspondencia:

Dr. Marco Antonio Tavera Vilchis.

Correo electrónico:

mtaveravilchis@gmail.com

El presente es un artículo *open access* bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Eccema por *Staphylococcus aureus*: a propósito de un caso y revisión de la literatura

Staphylococcus aureus Eczema: a case Report and Review of the Literature

Eczema por Staphylococcus aureus: relato de caso e revisão da literatura

Marco Antonio Tavera Vilchis, * Lizbeth Yesenia Ruíz Mauricio. **

DOI: 10.62514/amf.v26i6.104

Resumen

Staphylococcus aureus es un patógeno que causa infecciones tisulares de gravedad variable, con una elevada resistencia al uso de antibióticos. Presentamos el caso de un paciente con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica que presentó eccema causado por *Staphylococcus aureus* con fracaso al tratamiento inicial, al cual se le realizó cultivo con antibiograma con la finalidad de orientar manejo terapéutico, presentando mejoría clínica. Este tipo de padecimientos afecta de forma recurrente a pacientes susceptibles, por lo que, debemos tener la sospecha clínica y otorgar un abordaje integral como médicos de primer contacto.

Palabras clave: *Staphylococcus aureus*, eccema, tratamiento.

Abstract

Staphylococcus aureus is a pathogen that causes tissue infections of variable severity, with high resistance to antibiotic use. We present the clinical case of a patient with type 2 diabetes and systemic arterial hypertension who presented eczema caused by *Staphylococcus aureus* with initial treatment failure, who underwent culture with antibiogram to guide therapeutic management, showing clinical improvement. This ailment recurrently affects susceptible patients; therefore, we must have clinical suspicion and provide a comprehensive approach as primary care physicians.

Keywords: *Staphylococcus aureus*, eczema, treatment.

Resumo

Staphylococcus aureus é um patógeno que causa infecções teciduais de gravidade variável, com alta resistência ao uso de antibióticos. Apresentamos o caso de um paciente com diabetes tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica que apresentou eczema causado por *Staphylococcus aureus* com falha no tratamento inicial, que foi submetido a cultura com antibiograma para orientar conduta terapêutica, apresentando

melhora clínica. Este tipo de condição afeta frequentemente pacientes suscetíveis, portanto, devemos ter suspeita clínica e fornecer uma abordagem abrangente como médicos de primeiro contato.

Palavras-chave: *Staphylococcus aureus*, eczema, tratamento.

Introducción

Eccema es la respuesta inflamatoria superficial de la piel a factores endógenos o exógenos. El eccema agudo se compone por eritema, edema, exudación y vesículas. Si persiste el factor desencadenante o no se otorga tratamiento, aparecen costras por secado del exudado y descamación. Se considera crónico cuando semanas después existe presencia de placas queratósicas, hiperpigmentadas y con liquenificación debido a rascado persistente.¹ *Staphylococcus aureus* es una bacteria anaerobia facultativa, grampositiva, productora de coagulasa y catalasa, inmóvil y no esporulada, de forma esférica, generalmente dispuesta en racimos irregulares similares a uvas, crece fácilmente en muchos tipos de medios y produce pigmentos que varían de blanco a amarillo intenso. Es un patógeno clínicamente relevante que tiene diversos factores de virulencia además de toxinas que afectan al huésped y causa una amplia gama de alteraciones desde infecciones cutáneas menores hasta infecciones tisulares severas y sepsis. Se transmite de persona a persona a través del contacto de piel a piel. Es una causa común de infecciones comunitarias y hospitalarias, que ha tenido un alto nivel de resistencia a los antibióticos, debido al uso frecuente (y muchas veces inadecuado) de los mismos, con una creciente prevalencia por el *Staphylococcus aureus* resistente a metilina adquirido en la comunidad (CA-MRSA).^{2,3}

Caso Clínico

Se trata de paciente masculino de 47 años el cual acudió con su médico familiar por presentar desde hace 7 meses, placas blanquecinas en miembros inferiores, tratado con emolientes y esteroide tópico sin resolución de cuadro clínico. Antecedentes: diabetes tipo 2 de 5 años de evolución en tratamiento con insulina NPH y metformina; hipertensión arterial sistémica

de 10 años de evolución en tratamiento con captopril, alergias y quirúrgicos negados. Se solicitaron paraclínicos que reportaron: **Química Sanguínea:** ácido úrico 3.4mg/dl, creatinina 0.71mg/dl, glucosa 139mg/dl, urea 29.62mg/dl. **Biometría hemática:** hemoglobina 16.6g/dl, hematocrito 52.2%, leucocitos 6460/mm³ con neutrófilos en 58.2% y eosinófilos en 7.79%, plaquetas 214600/mm³. **Examen general de orina:** densidad 1.010, pH 6.50, leucocitos 1-2 por campo, glucosa, nitritos y proteínas negativos. A la exploración física encontramos paciente con placas eritemato-escamosas descamativas pruriginosas, sobre-elevadas, confluentes, exudación con bordes regulares, superficie húmeda y liquenificación por rascado en brazos y piernas (Figuras 1 y II).

Figura 1. Placas eritemato-escamosas descamativas, sobre-elevadas, confluentes, exudación con bordes regulares, superficie húmeda y liquenificación por rascado en región femorotibial de ambas piernas.



Figura II. Placas eritemato-escamosas, sobre-elevadas, confluentes, con descamación importante en antebrazos.



Se envió al servicio de dermatología por mala respuesta a tratamiento y recurrencia, donde se realizó cultivo con antibiograma con aislamiento de *Staphylococcus aureus* (Tabla 1), siendo prescrita eritromicina 500 mg cada 8 horas y aplicación tópica de clindamicina al 2% cada 12 horas, sin embargo, por falta de abasto en farmacia, se prescribió levofloxacino sin respuesta favorable, posteriormente se volvió a citar y se prescribió eritromicina vía oral cada 8 horas, agua de alibour cada 8 horas y butirato de hidrocortisona tópica al 1% cada 12 horas.

Tabla 1. Resultado del cultivo con antibiograma.

Microorganismo aislado: <i>Staphylococcus aureus</i>	
Antibiótico	Sensibilidad
Ampicilina/Sulbactam	S
Ampicilina	R
Amoxicilina/Ácido clavulánico	S
Ceftriaxona	S
Clindamicina	S
Cefoxitina	Negativo
Ciprofloxacina	S
Daptomicina	S
Eritromicina	S
Gentamicina	S
Levofloxacina	S
Linezolid	S
Moxifloxacina	S
Oxacilina	S
Penicilina	S
Rifampicina	S
Synercid	S
Trimetoprim/Sulfametoxazol	S
Tetraciclina	S
Vancomicina	S

S: sensible, R: resistente

Debido a falta de continuidad en citas, presentó reactivación de infección, siendo prescrita Bencilpenicilina procaínica 800,000 U intramuscular; revalorado un mes después, con evolución satisfactoria, siendo administrada nueva dosis de penprocilina y continuando con clindamicina tópica, así como anti-histamínico oral. El paciente evolucionó con adecuada respuesta clínica, presentando disminución del número y tamaño de lesiones, sin remitir completamente hasta la fecha.

Discusión

Staphylococcus aureus puede afectar a cualquier grupo etario y sexo, es responsable de una importante morbilidad y carga financiera en la atención a la salud. Su interés particular es que coloniza fácilmente a pacientes susceptibles pertenecientes a poblaciones de riesgo, con la posibilidad de causar infecciones recurrentes que habitualmente son tratadas inicialmente de manera ambulatoria.⁴ Para el diagnóstico debemos realizar una historia clínica detallada y un adecuado examen físico, auxiliándonos del cultivo con antibiograma para tener un diagnóstico definitivo y orientar la terapéutica más adecuada.³ Fisiopatológicamente, se ha encontrado una disbiosis en los pacientes con eccema con el consecuente aumento de la adhesión bacteriana a las células epiteliales, donde la microbiota normal tiene una mayor presencia de *Staphylococcus spp*, desplazando a *Malassezia* y *Propionibacterium spp*, entre otros.^{5,6} El estafilococo expresa diversas moléculas, toxinas y superantígenos que dañan a los queratinocitos liberando citoquinas, lipoproteínas proinflamatorias y proteasas que generan ruptura epidérmica.^{7,8} Dentro del diagnóstico diferencial al predominar eritema, edema, exudación y descamación se incluye la dermatitis atópica, eccema de manos, celulitis y linfoma cutáneo de células T.^{1,3}

El tratamiento del eccema se divide en medidas ambientales (lavado o baños cortos con agua tibia y sin jabón; no traumatizar la piel, evitar rascado y uso de esponjas abrasivas; aplicar emolientes libremente al menos 2-3 veces al día; evitar habitaciones calurosas con baja humedad) y manejo farmacológico (control de exudación; corticoide tópico de potencia suficiente hasta resolución; prescripción de antihistamínicos orales).¹ Para el manejo del eccema por estafilococo dorado, se han utilizado diferentes antibióticos, siendo la penicilina G uno de los preferidos, otros fármacos usados son penicilinas resistentes a beta-lactamasa, cefalosporinas, tetraciclinas, aminoglucósidos, macrólidos y glucopeptidos sintéticos,³ con el riesgo siempre presente de resistencias bacterianas; hasta el momento, continúa la investigación de diferentes tratamientos dirigidos al combate de las toxinas.⁹

No existe evidencia suficiente de reducción de carga de estafilococos en el eccema con el uso de intervenciones estándar, sin embargo, se ha notado una mejoría discreta al combinar esteroide tópico con antibióticos a comparación de usar las clases farmacológicas por separado así como evitar usar el mismo antibiótico durante un largo tiempo por el riesgo de desarrollar resistencia al mismo; la terapéutica combinada tiene efecto sobre la satisfacción del paciente y su calidad de vida, pero con pobre impacto en cuanto a la disminución de la resistencia bacteriana. Dentro de las medidas preventivas, se sigue recomendando

mantener la mejor higiene posible. Los antisépticos y baños de lejía no son recomendados por evidencia insuficiente y malos resultados clínicos.^{9,10} Es importante destacar que en los pacientes que tengamos esta sospecha clínica, orientemos el diagnóstico y utilicemos de la mejor manera los recursos disponibles para un abordaje integral.

Referencias

1. Moret Serralta A. Dermatología en Atención Primaria. Editorial Médica Panamericana; 2017.
2. Fitzpatrick TB, Goldsmith LA. Dermatología en medicina general. 8ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2013.
3. Arenas Guzmán R. Dermatología. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana; 2019.
4. Kuraitis D, Williams L. Decolonization of *Staphylococcus aureus* in Healthcare: A Dermatology Perspective. J Healthc Eng. 2018;201(8):1-8.
5. Bjerre RD, Bandier J, Skov L, Engstrand L, Johansen JD. The role of the skin microbiome in atopic dermatitis: a systematic review. Br J Dermatol. 2017;177(5):1272-8.
6. Kobayashi T, Glatz M, Horiuchi K, Kawasaki H, Akiyama H, Kaplan DH, et al. Dysbiosis and *Staphylococcus aureus* Colonization Drives Inflammation in Atopic Dermatitis. Immunity. 2015;42(4):756-66.
7. Geoghegan JA, Irvine AD, Foster TJ. *Staphylococcus aureus* and Atopic Dermatitis: A Complex and Evolving Relationship. Trends Microbiol. 2018;26(6):484-97.
8. Neuber K, König W, Ring J. [Staphylococcus aureus and atopic eczema]. Hautarzt Z Dermatol Venerol Verwandte Geb. 1993;44(3):135-42.
9. Banerjee N. How effective are interventions to reduce *Staphylococcus aureus* in eczema? Clin Exp Allergy. 2022;52(2):219-21.
10. Ahmad-Mansour N, Loubet P, Pouget C, Dunyach-Remy C, Sotto A, Lavigne JP, et al. *Staphylococcus aureus* Toxins: An Update on Their Pathogenic Properties and Potential Treatments. Toxins. 2021;13(10):677.

*Médico especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 61, Instituto Mexicano del Seguro Social, Naucalpan, Estado de México (México). ORCID: 0000-0003-0436-7945 **Médico especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 63, Instituto Mexicano del Seguro Social, Nicolás Romero, Estado de México (México). ORCID: 0009-0005-2781-2062

Recibido: 05-08-24

Aceptado: 17-10-24

Correspondencia:

Marco Antonio Tavera Vilchis.

Correo electrónico:

mtaveravilchis@gmail.com

El presente es un artículo *open access* bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Miasis cutánea por *Hypoderma* spp: un caso desafiante en la consulta del médico familiar

Cutaneous Myiasis Caused by *Hypoderma* spp: a Challenging case in the Family Doctor's Office

Miíase cutânea por Hypoderma spp: um caso desafiador no consultório médico de família

Marco Antonio Tavera Vilchis, * Anai Itzahaya Santana Rubio. **

DOI: 10.62514/amf.v26i6.105

Resumen

La miasis es una infección parasitaria causada por larvas de moscas, que afecta la dermis y epidermis, causando una enfermedad de la piel caracterizada por placas eritematosas pruriginosas. Presentamos el caso de una mujer de 49 años con un rash pruriginoso, eritematoso, localizado en miembros inferiores. Se inició manejo con ivermectina y antibióticos sin mejoría, posteriormente se confirmó diagnóstico con biopsia encontrando larvas de *Hypoderma* spp. y se otorgó tratamiento con albendazol con mejoría clínica y remisión de las lesiones en dos semanas. Los médicos de atención primaria debemos realizar una adecuada historia clínica y tener una fuerte sospecha diagnóstica al afrontar este reto clínico.

Palabras clave: Miasis, Infección parasitaria, Enfermedad de la piel.

Abstract

Myiasis is a parasitic infection caused by fly larvae, which affects the dermis and epidermis, characterized by a skin disease of pruritic erythematous plaques. We present the case of a 49-year-old woman with a pruritic, erythematous rash located in the lower limbs. Management was started with ivermectin and antibiotics without improvement, the diagnosis was subsequently confirmed with a biopsy, finding larvae of *Hypoderma* spp., and treatment with albendazole was given with clinical improvement and remission of the lesions in two weeks. Primary care physicians must have an adequate clinical history and a great diagnostic suspicion when facing this clinical challenge.

Keywords: Myiasis, Parasitic infection, Skin disease.

Resumo

A miíase é uma infecção parasitária causada por larvas de mosca, que afeta a derme e a epiderme, causando uma doença de pele caracterizada por placas eritematosas pruriginosas. Apresentamos o caso de uma mulher de 49 anos com erupção cutânea

pruriginosa e eritematosa localizada nos membros inferiores. O tratamento foi iniciado com ivermectina e antibióticos sem melhora; o diagnóstico foi posteriormente confirmado com biópsia, encontrando-se larvas de *Hypoderma* spp. e o tratamento com albendazol foi realizado com melhora clínica e remissão das lesões em duas semanas. Os médicos de cuidados primários devem obter uma história clínica adequada e ter uma forte suspeita diagnóstica quando enfrentam este desafio clínico.

Palavras-chave: Miíase, Infecção parasitária, Dermatose.

Introducción

La miasis, conocida en México como “*colmoyote*”, es una infestación parasitaria por larvas de mosca (díptera) que produce lesiones variables como placas, nódulos y ulceraciones en la piel, común en regiones tropicales y donde existe actividad humana con higiene escasa.¹

Caso Clínico

Una mujer de 49 años llega a nuestra consulta con los siguientes antecedentes de importancia: niega enfermedades crónico-degenerativas, originaria de zona rural del estado de Veracruz, México; ama de casa, con antecedente de convivencia con ganado bovino, presentando lesiones eritematosas, pruriginosas y dolorosas en miembros pélvicos desde hace dos años, extrayéndose “gusanos”, presentando huellas de rascado (Figura 1), dentro de su sintomatología se agregó edema vulvar; valorada por otros facultativos, iniciando manejo con ivermectina, dicloxacilina, metronidazol y analgésicos sin mejoría; se realizan laboratorios generales los cuales reportaron parámetros normales; posteriormente acude con resultado de muestra de material que se retiró de las lesiones, el cual la paciente manda a analizar a patología por cuenta propia, donde reportan larvas de *Hypoderma* spp.; en consulta subsecuente se inicia tratamiento con albendazol y antihistamínicos con mejoría clínica y remisión de las lesiones en dos semanas.

Figura 1. Placas eritematosas, pruriginosas, dolorosas, descamativas y con liquenificación por huellas de rascado en región tibial de ambos miembros pélvicos.



Discusión

La miasis es una infestación parasitaria por larvas de moscas que pueden asentar en cualquier parte del cuerpo; esto ocurre, porque las moscas depositan sus huevos sobre otros organismos que pueden entrar en contacto con la piel de las personas; al entrar en contacto con una herida, dichos huevos eclosionan y se transforman en larvas que se convierten en parásitos que excavan la piel y generan picor. Existen tres tipos: miasis furuncular, miasis en heridas y miasis migratoria; por lo general, ocurren en el hemisferio norte en países tropicales y en personas que viajan a esos lugares (con posibilidad de dispersión y expansión geográfica), con sintomatología variable según la especie de mosca causante.² *Hypoderma spp.* pertenece a la familia *Oestridae*, normalmente sus larvas producen una miasis subcutánea (nódulos subcutáneos en la región dorsolumbar, conocida popularmente como “barros”) en el ganado bovino, de la cual se conocen subtipos representados por *Hypoderma bovis*, *Hypoderma lineatum* e *Hypoderma sinense*; las moscas adultas tienen la peculiaridad de que son muy parecidas y su ciclo vital es similar, lo único que las diferencia es el huésped al cual parasitan (*H. bovis* y *lineatum* se encuentra en Asia y México afectando ganado bovino y domesticado; por contraparte, *H. sinense* se localiza en el oeste del Himalaya afectando a los yaks).³ Aunque son específicas del ganado bovino, también pueden infectar a equinos, caprinos, ovinos y seres humanos. El ser humano constituye un

huésped irregular por lo cual su parasitismo es limitado y la zoonosis es muy rara, sin embargo, la mayoría de los casos en humanos se transmiten en viajes a zonas tropicales, aunque, no es descartable adquirir la enfermedad al estar en contacto estrecho en áreas endémicas de hipodermosis del ganado.⁴ La larva mide cerca de 1cm de largo, después de penetrar, cava un túnel en la epidermis o en la unión dermoepidérmica, se sitúa en la parte terminal y fisiopatológicamente desencadena una reacción inflamatoria debido a la producción de enzimas proteolíticas con quimiotaxis de eosinófilos por reactividad a IgE, propiedades quimiotácticas directas, mecanismos dependientes de células T y complejos inmunitarios.^{5,6}

Clínicamente, las larvas penetran el tejido subcutáneo y al migrar producen lesiones eritematosas, pruriginosas y dolorosas con sensación de movimiento dentro de las heridas; de manera habitual la evolución es aguda, se autolimita y puede tener recidencias; dentro de otras manifestaciones puede presentarse ascitis, pericarditis, alza térmica, mialgias, artralgias, edema escrotal y/o vulvar, así como meningitis.⁷ Al solicitar estudios de laboratorio es frecuente encontrar eosinofilia. La biopsia se considera impráctica e innecesaria, sin embargo, si se realiza se puede observar acantosis en epidermis con formaciones canaliculares, vasodilatación e infiltrados inflamatorios en la dermis donde es excepcional encontrar la larva.⁶⁻⁸

El tratamiento es variable, con manejo sintomático, así como uso de antiparasitarios (el tratamiento de elección es ivermectina 200µg/kg o 2 tabletas de 6mg dosis única en adultos, también se puede utilizar albendazol 200-400mg dosis única o en ciclo de 3 a 5 días, así como tiabendazol 20- 50mg/kg/día en dos dosis por 3 a 4 días) para el control de la enfermedad. En algunos casos se agregan antihistamínicos, ya que, si llegan a morir las larvas, el paciente puede presentar prurito, afectando su calidad de vida. Para el manejo de las larvas en úlceras se aplica agua y jabón, antisépticos tópicos, antibióticos orales y desbridamiento quirúrgico.^{9,10}

Los médicos de atención primaria debemos tener una sospecha clínica contundente, haciendo uso eficaz de nuestros recursos para afrontar adecuadamente este desafío clínico.

Referencias

1. Guerrero Zulueta A. Miasis cutánea. Atención Familiar [Internet]. 4 de diciembre de 2015 [citado 1 de octubre de 2024];23(1):34-35. Disponible en: https://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/53423
2. Martínez-González MI, Heras-González S, Fatsini-Blanch V, Martínez de Salinas-Quintana AM. Miasis forunculoide, a propósito de un caso importado. SE-MERGEN - Med Fam. 2017;43(7):528-9.
3. Verheijden M, Laumen L, Mulder M, Boshoven M, Roelfsema J, Pronk M, et al. Migratory myiasis in a European traveller due to *Hypoderma larvae*. J Travel Med. 2022;29(5):taaco23.
4. Otranto D, Johnson G, Syvrud K, Yoon S, Hunter JS, Rehbein S. Treatment and control of bovine hypodermosis with ivermectin long-acting injection (IVOMEC® GOLD). Parasit Vectors. 2016;9(1):551.
5. Gunn A, Pitt SJ. Parasitology: an integrated approach. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons; 2012.
6. Arenas Guzmán R. Dermatología. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana; 2019.
7. Vargiu A, Scala A, Rappelli P, Varcasia A. Case Report: First Report of Autochthonous Human Cutaneous Myiasis Caused by *Hypoderma lineatum* in Europe. Am J Trop Med Hyg. 2018;99(3):618-9.
8. Kang S, editor. Fitzpatrick's dermatology. Ninth edition. New York: McGraw-Hill Education; 2019.
9. Al Dhubaibi MS, Mohammed GF, Bahaj SS, AbdElneam AI. Cutaneous larva migrans: A case report diagnosed using teledermatology. Clin Case Rep. 2023;11(6):e7619.
10. Dam Larsen F, Larsen CS, Jespersen S. Late relapse of cutaneous larva migrans. IDCases. 2023;33: e01885.

Identidad médica: crecer como profesionales y como personas

Medical identity: growing both professionally and personally

Identidade médica: crescendo como profissionais e como pessoas

Juan Antonio Díaz González, MD, Ph D.

Universidad de Navarra. España.
jadiaz@unav.es

DOI: 10.62514/amf.v26i6.106

Enseñamos medicina y aprendemos medicina. Pero, sobre todo, enseñamos a ser médicos y aprendemos a ser médicos. ¿Qué es ser médico y cómo llegar a serlo? De eso habla el libro “Soy Médico. Identidad personal en la práctica médica”¹ recientemente publicado en España y será presentado en el *Pan American Academic Summit 2024*. La medicina no es solo conocimiento, es una forma de vida. Para los médicos, nuestra profesión tiene mucho que ver con nuestra identidad: lo profesional y lo personal se abrazan. Ese abrazo puede ser reconfortante o asfixiante, depende mucho de cada uno, de cómo se aprenda a ser médico y a ser uno mismo, una tarea indisoluble y siempre en curso.

Este libro explora la esencia de la profesión médica, destaca su capacidad para cautivar y transformar vidas. Explora la enorme riqueza y calidad humana que se desprende de la relación con el paciente, un encuentro singular, que crea un vínculo que compromete, en el claroscuro de la fragilidad y la ayuda, con el marco amable y exigente de la confianza. Una confianza que hay que ganarse y que pide correspondencia. Una relación sellada con la rúbrica de la buena práctica médica, tres palabras que condensan muchas cosas. La combinación del arte y el buen juicio, de la habilidad técnica y de la sabiduría práctica. Conocimiento, razón y corazón, capacidad de análisis, intuición y experiencia, prudencia que acierta el qué, el cómo y empuja a hacerlo: ciencia a conciencia al servicio del enfermo.

El texto ofrece pautas de cómo aprender a ser médico siendo uno mismo, armonizar y crecer como profesional y persona. Con una vocación docente² y un enfoque práctico, se propone una mirada personal en el espejo de nuestra práctica clínica. Es una propuesta de aprendizaje personal: saber cómo soy y qué necesito como persona en mi práctica clínica y recorrer ese camino. Un itinerario con seis paradas –competencia, compasión, compromiso, integridad, comunicación, trabajo en equipo–, para pensar y coger fuerzas, para mirarse y ver nuestro reflejo personal en nuestro trabajo como médicos. Pensar sobre cómo somos y sobre lo que hacemos, descubrir cualidades personales que requiere la buena práctica

médica^{3,4} y hacerlas crecer, en una relación de ida y vuelta. La medicina forja identidades, modela las vidas de los que la profesan. La persona se hace mejor con el buen hacer médico. Todo esto se aprende y se enseña, en la universidad y en el quehacer cotidiano de la vida de todos los médicos.

El libro puede ser un estímulo para docentes y estudiantes, en su entusiasmo por hacer realidad algo a lo que se sienten llamados; una mirada nueva para los jóvenes médicos que experimentan el contraste entre los ideales de la profesión y la realidad de una práctica asistencial no siempre perfecta; y una bocanada de aire fresco para los profesionales con experiencia que quizás notan el desgaste de años de entrega a los pacientes. *Más información en:* https://www.eunsa.es/libro/soy-medico_158424/

Referencias

1. Díaz González JA. Soy Médico. Identidad personal en la práctica médica. Eunsa. Pamplona, 2024. ISBN: 978-84-313-3962-3. https://www.eunsa.es/libro/soy-medico_158424/
2. Arbea L, Díaz-González JA, Centeno C, et al. Diseño e implantación de un proyecto docente para la formación de la identidad médica en estudiantes de Medicina. *Educación Médica*. 2020; 21(3), 207-211.
3. Pellegrino ED, and Thomasma, D.C. (eds.), *The Medical Virtues in Medical Practice*. Oxford University Press, New York, 1993.
4. Arthur J, Kristjánsson K, Thomas H, Kotzee B, Ignatowicz A, Qiu T. (2015) *Virtuous Medical Practice: Research Report*, Birmingham: Jubilee Centre for Character and Virtues, University of Birmingham. Disponible en: https://www.jubileecentre.ac.uk/wp-content/uploads/2023/07/Virtuous_Medical_Practice.pdf

Juan A. Díaz González



IDENTIDAD PERSONAL
EN LA
PRÁCTICA MÉDICA

EUNSA

Este libro quiere asomarse al corazón de **una profesión que cautiva**, que hace gozar y sufrir, que entusiasma y quita el sueño, que transforma hasta convertirse en un modo de vivir. **Sugiere cómo aprender a ser médico siendo uno mismo, porque crecemos o nos rompemos según la calidad de la fusión entre profesional y persona. CON UNA VOCACIÓN DOCENTE, PROPONE UNA MIRADA PERSONAL EN EL ESPEJO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA.** Pensar sobre cómo somos y sobre lo que hacemos, descubrir cualidades personales que requiere la buena práctica médica y hacerlas crecer, en una relación de ida y vuelta.

Soy médico

Identidad personal en la práctica médica

Juan Antonio Díaz González

¡Adquiéralo a la brevedad! ¡No pierda esta oportunidad!

¡El mejor regalo para esta Navidad 2024!

Disponible en: https://www.eunsa.es/libro/soy-medico_158424/