

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

Artículo Editorial: Mejorar la salud infantil en comunidades rurales: el médico familiar como líder en la salud pública y comunitaria.

Artículos Originales: Validez de constructo del cuestionario de evaluación del Seminario de Investigación en Medicina Familiar online. / Funcionalidad familiar y frecuencia de depresión en adultos con obesidad. / Factores de riesgo para enfermedad renal crónica estadio v en un hospital de la ciudad de Lázaro Cárdenas, Michoacán México. / Trastorno del espectro autista en preescolares: características y factores de riesgo asociados en una Unidad de Medicina Familiar de Mexicali, Baja California, México.

Artículos Especiales: La certificación y recertificación de especialistas en medicina familiar en Iberoamérica: Diagnóstico situacional 2024. / Crónica del III Congreso Estatal, VIII Jornadas de Medicina Familiar y celebración del décimo tercer aniversario del Colegio de Medicina Familiar de Baja California Sur, México / Reflexiones sobre la Pan American Academic Summit 2024: Humanism and Medical Education. / Memorias de la Pan American Academic Summit 2024: Humanism in Medical Education (Trabajos Libres)



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 trimestral. 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 2025;27(1): 1-51.

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

Contenido

Artículo Editorial

Mejorar la salud infantil en comunidades rurales: el médico familiar como líder en la salud pública y comunitaria / *Improving Children's Health in Rural Communities: the Family Physician as a Leader in Public and Community Health* / Melhorar a saúde infantil nas comunidades rurais: o médico de família como líder na saúde pública e comunitaria Ser médico familiar: a propósito del día internacional del médico familiar 1

Artículos Originales

Validez de constructo del cuestionario de evaluación del Seminario de Investigación en Medicina Familiar online / *Evaluation of the Online Course of the Family Medicine Research Seminar: Construct validity* / Validade de construto do questionário de avaliação do Seminário online de Pesquisa em Medicina de Família 3

Funcionalidad familiar y frecuencia de depresión en adultos con obesidad / *Family Functionality and Frequency of Depression in Adults with Obesity* / Funcionalidade familiar e frequência de depressão em adultos com obesidade 13

Factores de riesgo para enfermedad renal crónica estadio v en un hospital de la ciudad de Lázaro Cárdenas, Michoacán México / *Risk Factors for Stage V Chronic Kidney Disease in a Hospital in the City of Lázaro Cárdenas, Michoacán, Mexico* / Fatores de risco para doença renal crônica estágio V em um hospital da cidade de Lázaro Cárdenas, Michoacán México 17

Trastorno del espectro autista en preescolares: características y factores de riesgo asociados en una Unidad de Medicina Familiar de Mexicali, Baja California, México / *Autism Spectrum Disorder in Preschool Children: Characteristics and Associated Risk Factors in a Family Medicine Unit in Mexicali, Baja California, Mexico* / Transtorno do espectro do autismo em pré-escolares: características e fatores de risco associados em uma Unidade de Medicina Familiar em Mexicali, Baixa Califórnia, México 23

Artículos Especiales

La certificación y recertificación de especialistas en medicina familiar en Iberoamérica: Diagnóstico situacional 2024 / *Certification and Recertification of Family Medicine Specialists in Latin America: Situational Diagnosis 2024* / Certificação e Recertificação de especialistas em medicina de família na América Latina: Diagnóstico situacional 2024 27

Crónica del III Congreso Estatal, VIII Jornadas de Medicina Familiar y celebración del décimo tercer aniversario del Colegio de Medicina Familiar de Baja California Sur, México / *Chronicle of the 3rd State Congress, 8th Family Medicine Conference and Celebration of the Thirteenth Anniversary of the College of Family Medicine of Baja California Sur, Mexico* / Crônica do III Congresso Estadual, VIII Conferência de Medicina de Família e comemoração do décimo terceiro aniversário da Faculdade de Medicina de Família da Baja California Sur, México 37

Reflexiones sobre la Pan American Academic Summit 2024: Humanism and Medical Education / *Reflections on the Pan American Academic Summit 2024: Humanism and Medical Education* / Reflexões sobre a Cume Acadêmica Pan-Americana 2024: Humanismo e Educação Médica 41

Memorias de la Pan American Academic Summit 2024: Humanism in Medical Education (Trabajos Libres) / *Proceedings of the Pan American Academic Summit 2024: Humanism in Medical Education (Abstracts)* / Anais da Cume Acadêmica Pan-Americana 2024: Humanismo na Educação Médica (Resumos) 45

*Residente de tercer año medicina familiar. Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-0808-60241> **Médico general. Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia. <https://orcid.org/0009-0001-5758-5965> ***Residente de tercer año medicina familiar. Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia. <https://orcid.org/0000-0001-8131-069X> ****Residente de tercer año medicina familiar. Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-7084-3201> *****Fonoaudióloga. Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia. <https://orcid.org/0009-0002-0057-8227>

Mejorar la salud infantil en comunidades rurales: el médico familiar como líder en la salud pública y comunitaria

Improving Children's Health in Rural Communities: the Family Physician as a Leader in Public and Community Health

Melhorar a saúde infantil nas comunidades rurais: o médico de família como líder na saúde pública e comunitaria

Juan Sebastian Therán,* Jorge Andrés Hernández,** Miguel Fernando García Brilla,*** Andrés Mauricio Sánchez Herrera,**** Valentina Ochoa Castellanos.*****

DOI: 10.62514/amf.v27i1.112

La salud infantil en comunidades vulnerables enfrenta desafíos significativos debido a factores como el acceso limitado a servicios de salud y el desconocimiento en la población sobre prácticas de salud preventivas. En Colombia, las poblaciones rurales, como la comunidad del kilómetro 8 de Puerto Wilches, Santander, presentan una alta prevalencia de problemas de salud infantil prevenibles, incluidos trastornos visuales, enfermedades periodontales y desnutrición. Estos problemas impactan negativamente el desarrollo físico, cognitivo y social de los niños, y su manejo oportuno es fundamental para evitar complicaciones a largo plazo.^{1,2}

Nos complace compartir los resultados y aprendizajes de una intervención de salud comunitaria realizada por la Universidad de Santander (UDES) en la comunidad del kilómetro 8 de Puerto Wilches, Santander. Este proyecto nació en respuesta a una serie de problemas de salud física prevenibles en la población infantil, como deficiencias visuales, enfermedades periodontales, parasitosis intestinal y desnutrición. La alta prevalencia de estos problemas está directamente relacionada con factores estructurales, como el acceso limitado a servicios de salud y la falta de capacitación en los profesores para identificar problemas de salud, así como el bajo conocimiento de derechos y responsabilidades en salud por parte de las familias.

Con un enfoque participativo y comunitario, nuestro equipo multidisciplinario realizó: *un diagnóstico inicial, seguido de brigadas médicas, capacitación a docentes, y talleres educativos para las familias, en un esfuerzo por promover la salud integral de los niños*. Los resultados fueron significativos: el 95% de los profesores capacitados adquirieron habilidades para identificar problemas de salud infantil. La cobertura de vacunación se identificó en el 42.54% como adecuada; el 77.6% de los participantes presentó un estado nutricional adecuado. Sin embargo, también se identificaron grupos en sobrepeso y desnutrición, que representan áreas clave para futuras intervenciones.

Este proyecto demuestra la relevancia del médico familiar en el contexto de salud pública y comunitaria. Los médicos familiares desempeñan un papel esencial en el diagnóstico temprano y la gestión integral de la salud, adaptando las intervenciones a las necesidades particulares de cada población. En comunidades vulnerables, como Puerto Wilches, el médico familiar es un enlace crucial entre las instituciones de salud y la comunidad, facilitando la educación sanitaria y fortaleciendo la relación médico-paciente en el ámbito familiar y social.

Nuestro proyecto resalta la necesidad de contar con un enfoque intersectorial y continuo en la atención primaria, donde el médico familiar pueda liderar la implementación de estrategias preventivas y educativas que fortalezcan la salud infantil y la participación de las familias en su cuidado.³

Los resultados de este proyecto resaltan el impacto positivo de las intervenciones comunitarias en la salud infantil y subrayan la importancia de la capacitación en salud en comunidades rurales. La reducción en la prevalencia de problemas de salud visual y nutricional en la población infantil de Puerto Wilches destaca el éxito de un enfoque preventivo y participativo. Además, se confirma el rol central del médico familiar como líder en el ámbito de la salud pública, capaz de implementar programas de atención integral que mejoran no solo la salud física, sino también el bienestar social de la comunidad.

La experiencia obtenida a través de este proyecto ofrece un modelo replicable en otras comunidades vulnerables, donde la coordinación intersectorial y el empoderamiento de actores locales son clave para asegurar la sostenibilidad de los beneficios.⁴ La colaboración entre instituciones de salud, educativas y familiares es fundamental para lograr un desarrollo infantil saludable y equitativo, permitiendo a los niños alcanzar su máximo potencial y reduciendo la carga de enfermedades prevenibles.⁵

Referencias

1. Farmer JE, Clark MJ, Sherman A, Marien WE, Selva TJ. Comprehensive primary care for children with special health care needs in rural areas. *Pediatrics* [Internet]. 2005 Sep [cited 2024 Nov 9];116(3):649–56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16140704/>
2. Nagykaldi Z, Scheid D, Zhao YD, Mishra B, Greever-Rice T. A Sustainable Model for Preventive Services in Rural Counties: The Healthier Together Study. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2024 Nov 9];33(5):698–706. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32989064/>
3. Crespo-Gonzalez C, Hodgins M, Zurynski Y, Morris TM, Le J, Wheeler K, et al. Advancing integrated paediatric care in Australian general practices: Qualitative insights from the SC4C GP-paediatrician model of care. *PLoS One* [Internet]. 2024 May 1 [cited 2024 Nov 9];19(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38771818/>
4. Henize AW, Beck AF, Klein MD, Adams M, Kahn RS. A Road Map to Address the Social Determinants of Health Through Community Collaboration. *Pediatrics* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2024 Nov 9];136(4):e993–1001. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26391941/>
5. Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, Armstrong SC, Barlow SE, Bolling CF, et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents with Obesity. *Pediatrics* [Internet]. 2023 Feb 1 [cited 2024 Nov 9];151(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36622115/>

*Profesor de la Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM.

ERPR: ORCID:0000-0002-7712-3856;
IJG: ORCID:0000-0002-1034-702X;
RDM: ORCID:0000-0001-8137-1679.

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

Contribución de los autores:
ERPR: Concepción del estudio, diseño, conducción, análisis, resultados y escrito final.

IJG: Diseño del estudio, análisis, resultados y escrito final.

RDM: Diseño del estudio y base de datos, almacenamiento de la información, análisis, resultados y escrito final.

Presentaciones previas: El trabajo no ha sido enviado a otra revista para su evaluación y publicación

Financiamiento: ninguno

Conflictos de interés: ninguno

Validez de constructo del cuestionario de evaluación del Seminario de Investigación en Medicina Familiar online

Evaluation of the Online Course of the Family Medicine Research Seminar: Construct validity

Validade de construto do questionário de avaliação do Seminário online de Pesquisa em Medicina de Família

Efrén Raúl Ponce Rosas,* Irma Jiménez Galván,* Rocío Dávila Mendoza.*

DOI: 10.62514/amf.v27i1.113

Resumen

Objetivo: Determinar la validez de constructo de un cuestionario para evaluar el entorno virtual de aprendizaje del curso en línea del seminario de investigación en medicina familiar. **Métodos:** Estudio transversal, observacional, multivariado exploratorio. Participaron 110 alumnos durante seis ciclos escolares de la materia Seminario de Investigación en Medicina Familiar. Se diseñó un aula virtual en ambiente Moodle; se aplicó un cuestionario con 37 preguntas tipo Likert y diferencial semántico para evaluar el entorno virtual del curso. Se utilizó análisis factorial para determinar la validez de constructo del cuestionario. La participación de los alumnos fue voluntaria, anónima y con apego a las normas, recomendaciones y lineamientos éticos en investigación educativa. **Resultados:** La varianza explicada por el modelo fue de 80.03 % con rotación de factores varimax; el determinante de la matriz de correlación múltiple y la prueba de esfericidad de Bartlett fueron significativas ($p < 0.0001$); el valor del Índice Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0.613; se retuvieron ocho factores y la confiabilidad alfa de Cronbach fue 0.87. **Conclusiones:** Se logró determinar la validez de constructo del cuestionario para evaluar el entorno virtual de aprendizaje del curso en línea del seminario de investigación. Siete criterios del análisis factorial rebasaron los valores mínimos de referencia esperados. La evaluación global del modelo de validez de constructo fue adecuada.

Palabras clave: Medicina Familiar, Encuestas y Cuestionarios, Análisis Factorial, Estadístico.

Abstract

Objective: To determine the construct validity of a questionnaire to evaluate the virtual learning environment of the online course of the Family Medicine Research Seminar. **Methods:** Cross-sectional, observational, exploratory multivariate study. 110 students participated during six academic cycles of the Family Medicine Research Seminar course. A virtual classroom was designed in a Moodle environment;

a questionnaire with 37 Likert-type questions and semantic differential was applied to evaluate the virtual environment of the course. Factor analysis was used to determine the construct validity of the questionnaire. Student participation was voluntary, anonymous and in accordance with the norms, recommendations and ethical guidelines in educational research. **Results:** The variance explained by the model was 80.03% with varimax factor rotation; the determinant of the multiple correlation matrix and Bartlett's sphericity test were significant ($p < 0.0001$); the Kaiser-Meyer-Olkin Index value was 0.613; eight factors were retained and Cronbach's alpha reliability was 0.87. **Conclusions:** The construct validity of the questionnaire to evaluate the virtual learning environment of the online course of the research seminar was determined. Seven criteria of the factor analysis exceeded the minimum expected reference values. The global evaluation of the construct validity model was adequate.

Keywords: Family Practice, Survey and Questionnaires, Factor Analysis, Statistical.

Resumo

Objetivo: Determinar a validade de construto de um questionário para avaliação do ambiente virtual de aprendizagem do curso on-line do seminário de pesquisa em medicina de família. **Métodos:** Estudo exploratório transversal, observacional, multivariado. Participaram 110 alunos durante seis ciclos letivos da disciplina Seminário de Investigação em Medicina Familiar. Uma sala de aula virtual foi projetada em ambiente Moodle; Foi aplicado um questionário com 37 questões do tipo Likert e diferencial semântico para avaliar o ambiente virtual do curso. A análise factorial foi utilizada para determinar a validade de construto do questionário. A participação dos estudantes foi voluntária, anônima e de acordo com as normas, recomendações e diretrizes éticas em pesquisa educacional. **Resultados:** A variância explicada pelo modelo foi de 80,03% com rotação do fator varimax; o determinante da matriz de correlações múltiplas e o teste de esfericidade de Bartlett foram significativos

($p < 0,0001$); o valor do Índice Kaiser-Meyer-Olkin foi de 0,613; Foram mantidos oito fatores e a confiabilidade alfa de Cronbach foi de 0,87. **Conclusões:** A validade de construto do questionário foi determinada para avaliar o ambiente virtual de aprendizagem do curso online do seminário de pesquisa. Sete critérios da análise fatorial superaram os valores mínimos de referência esperados. A avaliação global do modelo de validade de construto foi adequada.

Palavras-chave: Medicina de Família, Pesquisa e Questionários, Análise Fatorial, Estatística.

Introducción

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), a través de la Facultad de Medicina (FM), y en colaboración con las principales instituciones de Salud de México, desarrollan, implementan y operan el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM). Este plan de estudios contiene la propuesta pedagógica para los programas académicos de formación de los futuros médicos especialistas con reconocimiento de la División de Estudios de Posgrado (DEP) de la FM.¹ El PUEM está integrado por cuatro seminarios académicos que son comunes para todos los cursos de especialización; lo que cambia, son los contenidos específicos del programa académico y el trabajo clínico de cada uno de los 79 cursos de especialización médica ofertados en la FM hasta 2024.

En el caso del Curso de Especialización en Medicina Familiar (CEMF), el programa académico se integra por los seminarios: Atención Médica, Trabajo de Atención Médica, Educación y el seminario de Investigación (SI)² y se imparten durante los tres años de duración del programa. La coordinación, operación y supervisión del PUEM en Medicina Familiar en las instituciones de salud, así como la gestión y administración académica, son responsabilidad de la Subdivisión de Medicina Familiar (SMF) de la DEP. El Seminario de Investigación se ha impartido ininterrumpidamente desde el año 1991 en diversas modalidades: formato presencial (1991 – 2010), b-learning (2011-2017) y en el formato e-learning (2018-2024); sin embargo, no existen antecedentes de que el SI se haya evaluado en las modalidades a distancia utilizadas para el CEMF.

Actualmente, la evaluación de los cursos en línea ha mostrado gran interés para los actores del fenómeno educativo; el rápido avance de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) en las aplicaciones para la docencia aunado al desarrollo de plataformas educativas, la transmisión a distancia en formato síncrono, la interacción mediata entre tutor y alumno, entre otros aspectos, han hecho posible que se ofrezca una gran variedad de cursos en formato digital. Al respecto, en la consulta de la

literatura se encontró que las tendencias en la evaluación de los cursos en línea (*b-learning* y *e-learning*), inicialmente se orientaron a partir del enfoque de los diseñadores gráficos de las aulas virtuales, el interés inicial se orientó hacia la navegación, desplazamiento y acceso a materiales didácticos; posteriormente de los diseñadores instruccionales y profesores-tutores interesados fundamentalmente en la interactividad, ambiente de interfaz de aprendizaje y trabajo colaborativo; finalmente se consideró la perspectiva de los alumnos (usuarios)³⁻⁹. En este último paradigma, el interés se centra en la relación tutor-alumno, la actividad de tutoría, la evaluación del trabajo de los docentes y las técnicas para el aprendizaje, así como la autoevaluación de los alumnos en aulas virtuales diseñadas en MOODLE (Entorno Modular de Aprendizaje Dinámico Orientado a Objetos), por sus siglas en inglés.

Desde los primeros años de la incursión de las TIC para la docencia, diversos autores como Mancebo y Tornos³, Sandía et al.⁴, Rodríguez et al.⁵ y Acón y Trujillo⁶ resaltaron la necesidad de evaluar los cursos online en sus diferentes modalidades. Una de las primeras publicaciones acerca de la evaluación de los cursos en línea desde la perspectiva de los alumnos es la de Flores y López⁷, quienes realizaron un estudio cuali-cuantitativo. Balwing y Ching^{8,9}, por su parte, se pueden considerar entre los primeros autores en proponer una lista de cotejo para evaluar el desarrollo y percepción de los alumnos para evaluar los cursos en línea. La actividad tutorial en los cursos en línea se considera muy importante para el adecuado logro de los objetivos y competencias profesionales que deben desarrollar los alumnos; en el caso del PUEM, el seminario de investigación que se les imparte a los residentes del CEMF, los capacita para realizar un trabajo de investigación que presentarán como tesis de su curso de especialización médica. Esta capacitación, en la que es fundamental la acción tutorial (asesorar, apoyar, acompañar, guía y orientar), es necesaria y debe ser objetiva, consciente y reflexiva para planear y conducir el aprendizaje de los contenidos del seminario apegado al modelo propuesto para la evaluación de competencias publicado por Miller y adaptado al CEMF².

De 2006 a 2010, profesores de la SMF, se capacitaron en el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) mediante diversos cursos y diplomados de aplicaciones de las TIC para la enseñanza, impartido por la Dirección General de Tecnologías de Información y Comunicación (DGTIC) de la UNAM. Simultáneamente, desde el año 2010, profesores responsables de impartir el SI crearon, diseñaron, implementaron y operaron aulas virtuales de apoyo para impartir el seminario de investigación a los residentes de medicina familiar en la modalidad *b-learning*. Dichos cursos fueron evaluados en forma

anónima, voluntaria y al final de cada ciclo escolar. El instrumento utilizado para dicha evaluación se usó ininterrumpidamente por seis generaciones de alumnos. En este trabajo se propone un instrumento que evalúa los cursos impartidos en formato *b-learning* que incluye no solo las características del aula virtual, sino también los recursos didácticos de apoyo al seminario de investigación, los contenidos temáticos, el diseño instruccional y la acción tutorial de los profesores, entre otros aspectos relacionados con los alumnos y el diseño y ambiente instruccional del aula virtual.

El objetivo de este estudio fue determinar la validez de constructo de un cuestionario para evaluar el entorno virtual de aprendizaje del Seminario de investigación en formato *b-learning* impartido a los residentes del Curso de Especialización en Medicina Familiar.

Métodos

Estudio transversal, observacional, multivariado, exploratorio. Participaron 105 residentes de primer grado de seis generaciones del CEMF, y 18 profesores - tutores capacitados para la tutoría en línea (14 profesores de la Subdivisión de Medicina Familiar) y cuatro profesores (médicos familiares externos). Todos los profesores fueron capacitados (curso-taller de 60 horas, 20 sesiones de 3 horas por sesión) para impartir tutoría en investigación en línea del Seminario de Investigación en formato *b-learning*. El seminario se impartió a los residentes en 18 sesiones presenciales de 3 horas cada una por cada ciclo escolar anual. Las actividades presenciales frente a grupo se impartieron en las aulas de la Unidad de Posgrado de la UNAM. Se diseñó, construyó y operó un aula virtual como apoyo complementario para los alumnos con las siguientes características: *Alojamiento del curso*: Servidor de la Dirección General de Cómputo y de Tecnologías de Información y Comunicación (DG-TIC), UNAM. <https://docencia.tic.unam.mx/> *Aula virtual*: Seminario de Investigación para el CEMF del PUEM <https://tuaulavirtual.educatic.unam.mx/course/view.php?id=16871> *Sistema de gestión de aprendizaje*: MOODLE. **Características y formato del curso**: Acceso para alumnos y profesores; Modalidad: *b-learning*; Organización didáctica: 18 módulos; Recursos didácticos: 225; Actividades formativas integradoras: 18; Sesiones presenciales: 18 (3 horas por sesión). Frecuencia: una vez cada 15-18 días. Duración: 12 meses por cada ciclo escolar. Tutoría: en línea, síncrona y asíncrona. Sedes académicas: 5; Número de alumnos: 18 en promedio por cada ciclo escolar anual. Razón tutor-alumno: 1/3.

Para evaluar el entorno virtual del curso en línea se diseñó un instrumento que incluyó 10 variables sociodemográficas y escolares; además se validaron en

su contenido 37 preguntas acerca del SI y la actividad tutorial en línea. Las preguntas acerca del seminario de investigación se plantearon con respuestas en escala tipo Likert y diferencial semántico. El cuestionario se aplicó al final de cada ciclo escolar, en línea y en forma asíncrona después de haber emitido las calificaciones finales de los alumnos.

Análisis estadístico: multivariado (análisis factorial), para determinar la validez de constructo de las preguntas que integraron el cuestionario. La información obtenida se almacenó en una base de datos diseñada en el programa estadístico SPSS® v.26 El proyecto fue aprobado para su realización por la Comisión de Investigación y Ética de la Subdivisión de Medicina Familiar. Se solicitó el consentimiento de participación voluntaria y el anonimato de los alumnos. La investigación se apegó a las recomendaciones de privacidad y confidencialidad de los documentos rectores en investigación en educación.¹⁰⁻¹²

Resultados

Participaron 18 tutores-asesores de los cuales 50 % fueron mujeres y 50 % hombres. Se obtuvieron respuestas de 105 alumnos, cinco alumnos se negaron a participar en el estudio. La edad promedio de los residentes fue de 29.5 años \pm 3.56 d. e.; 77.1 % fueron del sexo femenino y 29.9 % masculino. La calificación promedio obtenida por los residentes (evaluados por su tutor – asesor asignado) para el seminario de investigación fue de 8.90 \pm 1.099 La calificación promedio asignada por los residentes a su tutor responsable de dirigir su aprendizaje fue de 9.17 \pm 0.7787. Asimismo, los residentes estimaron que, en promedio porcentual, avanzaron en el desarrollo de su proyecto de investigación para tesis en 60% \pm 22.62. El promedio de autoevaluación de los residentes en su desempeño durante el curso del seminario de investigación fue de 7.94 \pm 0.966. El 44.5% de los residentes terminaron en tiempo y forma su protocolo de investigación antes de la ejecución (etapa de campo de su proyecto); en contraste 55.5% no terminó la etapa de planeación. El avance porcentual promedio manifestado por los residentes en su proyecto de investigación de esta etapa de planeación fue de 86%. El 94.2 % de los residentes manifestaron preferir la modalidad blended learning (presencial complementada con aula virtual) del seminario de investigación comparado con 3.8 % solo presencial y 1.9 % a distancia (*e-learning*). En la Tabla 1 se muestran las características generales de las sedes académicas.

Validez de constructo:

Para este propósito se utilizó la técnica multivariada de análisis factorial, se incluyeron 37 variables distribuidas en cinco secciones (factores a priori) incluidas en el modelo; a continuación, se sintetizan las etapas

Tabla 1. Características generales de las sedes académicas del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Institución de salud	ISSSTE	72	68.6
	Secretaría de Salud	33	31.4
Número de residentes del Seminario de Investigación según sede académica: * Secretaría de Salud ** ISSSTE	*José Castro Villagrana	33	31.4
	**Gustavo A. Madero	16	15.2
	**Ignacio Chávez	21	20.0
	**Marina Nacional	19	18.1
	**Oriente	16	15.2
Tipo de dispositivo para acceder al aula virtual	Laptop Portátil	71	67.6
	PC de escritorio	30	28.6
	Tablet, smartphone	4	3.8
Sede académica con equipo de cómputo y acceso a internet	Si	62	59.0
	No	43	41.0
Limitaciones para el uso de equipos de cómputo y/o internet en la institución	Si	55	52.4
	No	7	6.7
	No contestaron	43	41.0
Antecedente de haber llevado cursos en línea	Si	16	15.4
	No	88	84.6

del análisis: Etapa 1. Se obtuvo la matriz de correlación múltiple y la evaluación global de los coeficientes de correlación respectivos. En esta etapa, el determinante de la matriz de correlación múltiple, el índice Kaiser-Meyer-Olkin y los valores de la prueba de esfericidad de Bartlett, mostraron valores superiores a los establecidos como mínimos. Estos valores indicaron que la solución de factores latentes fue adecuada. Etapa 2. La varianza explicada por el modelo fue alta (80 %) calculada mediante componentes principales y autovalores; además se obtuvieron las cargas de extracción y rotación de tipo *Varimax* (perpendicular) para optimizar las cargas de las variables en los factores obtenidos (Tabla II). Etapa III. Se realizó la retención de factores del modelo estadístico así como la conceptualización de estos y sus valores de las cargas factoriales para la solución final (Tabla III). Etapa 4. Se calculó la confiabilidad del modelo mediante el coeficiente alfa de Cronbach. En la Tabla IV se resume la evaluación global del modelo de validación de constructo que se consideró adecuada.

Las ocho áreas consideradas en el instrumento según su orden de importancia por medio del modelo de análisis factorial utilizado fueron las siguientes: a) Labor tutorial, b) Planificación docente y materiales didácticos, c) Autoevaluación del alumno, d) Software para crear y construir el manuscrito de tesis, e) Usabilidad del aula virtual, f) Comunicación, búsqueda y difusión de información, g) Claridad y utilidad

Tabla II. Varianza total explicada del modelo de análisis factorial calculado.

Varianza total explicada									
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado					
				Extracción			Rotación Varimax		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	7.561	20.436	20.436	7.561	20.436	20.436	6.703	18.115	18.115
2	6.656	17.989	38.426	6.656	17.989	38.426	4.213	11.386	29.501
3	4.093	11.063	49.489	4.093	11.063	49.489	4.004	10.822	40.324
4	3.815	10.310	59.798	3.815	10.310	59.798	3.903	10.549	50.873
5	1.966	5.313	65.112	1.966	5.313	65.112	2.898	7.834	58.706
6	1.695	4.582	69.693	1.695	4.582	69.693	2.741	7.407	66.114
7	1.457	3.937	73.630	1.457	3.937	73.630	1.782	4.816	70.929
8	1.277	3.452	77.082	1.277	3.452	77.082	1.716	4.637	75.566
9	1.091	2.949	80.031	1.091	2.949	80.031	1.652	4.465	80.031

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Tabla III. Retención y conceptualización de los factores en la solución final

Factor	Número de variables		Cargas factoriales		Conceptualización final de factores
	Inicial (a priori)	Final (retención)	Mayor	Menor	
1	10	9	0.959	0.530	Labor tutorial
2	10	5	0.884	0.756	Planificación docente y materiales didácticos
3	6	6	0.887	0.695	Autoevaluación del alumno
4	6	4	0.911	0.626	Software para crear y construir el manuscrito de tesis
5	5	3	0.771	0.730	Usabilidad del aula virtual
6	-	4	0.890	0.650	Comunicación, búsqueda y difusión de información
7	-	2	0.833	0.532	Claridad y utilidad de los recursos didácticos
8	-	2	0.721	-0.640	Utilidad de la información para desarrollar el protocolo de investigación
9	-	2	0.628	0.493	-
Total	37	37	0.959	0.493	Propuesta final de validación: se estableció en 8 factores que incluyeron a 35 variables y se eliminaron dos (factor 9).

Tabla IV. Evaluación global de la validez de constructo del modelo de análisis factorial

Supuestos del modelo	Valor de referencia	
	Esperado	Obtenido
Varianza explicada por el modelo Método de extracción: componentes principales	≥ 0.60	80.031
Autovalores iniciales de los componentes principales para su inclusión en el modelo	≥ 1.0	1.091 a 7.561
Determinante de la matriz de correlación múltiple	$p \leq 0.01$	$p < 0.0001$
Prueba de esfericidad de Bartlett	$p \leq 0.01$	$p < 0.0001$
Adecuación del muestreo (Índice Kaiser-Meyer-Olkin)	≥ 0.600	0.613
Factores por obtener o confirmar (Dimensiones del constructo)	5 a priori	9 obtenidos, 8 retenidos en la solución final
Valor de las cargas factoriales de las preguntas para su inclusión en el modelo. Rotación de factores perpendicular (Varimax)	≥ 0.400	0.493 a 0.959
Coefficiente de confiabilidad alfa de Cronbach (global) (37 ítems)	≥ 0.70	0.87
Evaluación global de la validez de constructo: La confiabilidad del cuestionario fue muy alta; siete criterios (supuestos) rebasaron los valores mínimos de referencia esperados; el modelo de validación fue adecuada.		

de los recursos didácticos, h) Utilidad de la información para el seminario de investigación. En el Anexo 1, se muestra la propuesta final del instrumento fundamentada en los resultados obtenidos.

Discusión

Desde el año 2009, a partir de la capacitación en TIC que la DGTIC de la UNAM implementó para todo su personal docente de educación superior; el auge de sistemas de gestión del aprendizaje mediante aulas virtuales se inició, incrementó y creció exponencialmente en esta Universidad. MOODLE fue la plataforma elegida por la DGTIC debido a su acceso libre (*open source*) y capacitó a miles de docentes e investigadores para su uso con los alumnos en todos los niveles de educación que la UNAM oferta; desde el bachillerato, hasta los posgrados, incluidas las especializaciones médicas. En este trabajo, se presenta la primera experiencia de validación de constructo de un cuestionario para evaluar el SI del CEMF que se imparte en la Facultad de Medicina de la UNAM.

Para contrastar los resultados obtenidos en nuestro estudio, en la revisión de la literatura destacamos cuatro aspectos de importancia técnico-metodológica: las características de los instrumentos para la evaluación de los cursos en línea, las áreas, número y tipo de ítems, así como la escala de medición, el método o validación y la perspectiva hacia quienes los investigadores orientaron la evaluación de los cursos en línea. Destacan los trabajos realizados por Mancebo y Tornos³, Sandia et al.⁴, Rodríguez et al. y cols.⁵, y Acón y Trujillo⁶ y Baldwin y Ching^{8,9}, este grupo de autores utilizaron listas de cotejo, con diferentes números de secciones o áreas de evaluación (desde cuatro hasta siete áreas) y desde 27 hasta 86 variables o indicadores en escala de respuesta tipo Likert o dicotómica. Así mismo, el tipo de método de validación tuvo una variabilidad que se reporta, desde el no mencionado, empírico, validez de contenido y solamente se encontraron dos reportes en los que se utilizó análisis factorial.³⁻⁹ En estos trabajos, la perspectiva de la evaluación de los cursos en línea también mostró variabilidad; los primeros trabajos se enfocaron hacia la perspectiva de los diseñadores instruccionales; posteriormente se incorporó la evaluación desde la opinión de los alumnos y profesores. En nuestro trabajo, la evaluación se realizó desde la perspectiva de los alumnos; se utilizó una lista de cotejo con 37 preguntas, incluidas las de la actividad tutorial en línea en formato asincrónico. Las preguntas se distribuyeron inicialmente en cinco secciones y las respuestas se diseñaron en escala tipo Likert y diferencial semántico; para la validación de constructo, se utilizó el análisis factorial con rotación de factores perpendicular (Varimax), para medir la consistencia interna del cuestionario (confiabilidad) se midió con el coeficiente alfa de Cronbach.

El estudio de Rodríguez et al.⁵ realiza una evaluación de las áreas: pedagógica, tecnológica, diseño de interfaz, gestión, apoyo y evaluación, y el trabajo tutorial. El instrumento contiene 29 preguntas de tipo Likert y está diseñado para la evaluación desde la perspectiva de los alumnos. Este trabajo reportó la confiabilidad del cuestionario y utilizó análisis factorial para determinar la validez de constructo. No se especificaron los detalles técnicos del modelo multivariado y se reportó únicamente la varianza explicada y el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach que fue de 0.90. En nuestro trabajo, consideramos importante especificar los criterios de referencia y valores obtenidos del modelo de validación de constructo, para que la interpretación del lector sea más objetiva (Tabla IV). El otro trabajo en el que se utilizó análisis factorial para evaluar este tipo de cursos, el instrumento consideró seis dimensiones y 28 preguntas tipo Likert. En este reporte se mencionan las características técnicas del modelo de validación de constructo en forma semejante a las de nuestro estudio, aunque los autores no reportaron los valores mínimos de referencia esperados en su modelo⁷.

A partir de 2019, al parecer las tendencias en el uso de las rúbricas para la evaluación de los cursos en línea inician con las recomendaciones de Baldwin y Ching⁹; estos autores señalan que, para brindar calidad educativa, la evaluación de los cursos en línea es un paso necesario e importante. Al respecto, un grupo colegiado del Campus Virtual de California,¹³ desarrolló una rúbrica para evaluar, en general, cuatro secciones de los cursos online: contenido, interacción, evaluación y accesibilidad; los autores consideraron 28 criterios y especifican con detalle y claridad los aspectos de la escala de evaluación. En otro reporte, Santiago¹⁵ resalta la importancia de la relación entre el aprendizaje autodirigido del alumno, su motivación académica y la usabilidad del curso, fundamentalmente en los aspectos del contenido, interactividad, presencia del instructor y diseño del curso. En nuestros resultados la conceptualización de los factores obtenidos coincide en varios aspectos con el autor consultado. Por su parte, Flores et al.¹⁶ orientan su estudio a la dimensión pedagógica, evalúan aspectos que coinciden en nuestro trabajo en los factores 3 y 8; la validación del instrumento se realizó con una pequeña muestra de 30 alumnos.

Las rúbricas de evaluación para los cursos en línea han tomado gran importancia en la actualidad; al respecto la Universidad Estatal Sam Houston de Texas, en los Estados Unidos (SHSU)¹⁷⁻²⁰ ofrece a los diseñadores e instructores educativos apoyo docente, servicios y herramientas digitales para el diseño, desarrollo e implantación de estos cursos. Las rúbricas específicas fueron diseñadas para cursos en línea (*e-learning*) síncronos y asíncronos y también para formatos *b-learning* (presencial y a distancia). La

SHSU ha diseñado guías que incluyen los aspectos de planeación, objetivos de aprendizaje del estudiante, elementos multimedia, actividades de interacción, comunicación y evaluación. En nuestra propuesta final, se coincide en tres factores (1,2 y 6) de las dimensiones de estas guías; la importancia de las rúbricas propuestas por La SHSU es su utilidad para desarrollar con objetividad los aspectos que pueden evaluarse desde la perspectiva de los profesores. Asimismo, considera los principios de mejores prácticas para el diseño de cursos y la instrucción básica en línea.¹⁷⁻²⁰

La principal fortaleza de nuestro estudio fue que la validación de constructo del cuestionario se obtuvo mediante un método estadístico multivariado robusto y potente (*análisis factorial, cumplimiento de los supuestos del modelo estadístico y valores de referencia esperados y obtenidos*). En las diversas propuestas consultadas no se especifican los métodos estadísticos específicos ni sus características de referencia para la validación de constructo de instrumentos de evaluación de cursos en línea; algunos son contruidos por la experiencia docente, otros solamente indican las áreas o componentes que se deben evaluar y pocos usaron procedimientos objetivos y verificables (*análisis factorial*).^{15,16}

En las limitaciones de nuestro estudio se consideran las relacionadas con el tipo y tamaño de la muestra estudiada. El muestreo utilizado fue no aleatorio, por lo que no se pueden generalizar a la población de referencia; sin embargo, en las seis generaciones que cursaron el Seminario de Investigación en el periodo de estudio se obtuvieron 105 respuestas de 110 alumnos, lo que representa 95.45%, cifra considerada como representativa. Otra limitante fue que el diseño y construcción del instrumento se adecuó a las necesidades y características propias del seminario en formato presencial en la Facultad de Medicina de la UNAM; con tutoría en línea asíncrona (razón tutor-alumno de 1/3), formato de comunicación asíncrono y apoyo complementario en aula virtual (*b-learning*).

Conclusiones

Existen diversos paradigmas para la evaluación de cursos en línea desde diferentes perspectivas (*alumnos, profesores, diseñadores instruccionales, supervisores y pares académicos*). La mayoría de los autores consultados destacan la importancia y utilidad de la evaluación desde la perspectiva de los usuarios o alumnos; sin embargo, se encontró que actualmente existe cierta tendencia en el uso de rúbricas de evaluación diseñadas para evaluar la calidad de los cursos, considerando variables de mejores prácticas de los docentes. Los enfoques y perspectivas para evaluar cursos en línea son diversas y aunque se encontraron herramientas de evaluación para guiar a los

evaluadores de estos tipos de cursos, son escasos los cuestionarios, instrumentos, listas de cotejo o rúbricas en los que se apuntan los procedimientos y especificaciones técnicas de los diferentes procesos de validación. En este estudio se obtuvo la validez de constructo de un cuestionario útil para los interesados en la evaluación del diseño y desarrollo de cursos en línea desde la perspectiva de los alumnos.

Referencias

1. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, División de estudios de Posgrado, Especializaciones Médicas. [consultado: 16 ago 2024]. Disponible en: <http://www.sidep.fmposgrado.unam.mx:8080/fmposgrado/Cursos.jsp?medicallevel=ESPECIALIDADES->
2. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. División de Estudios de Posgrado. Subdivisión de Medicina Familiar. PUEM. El Plan Único de Especializaciones Médicas en Medicina Familiar. [consultado: 18 ago 2024]. Disponible en: <https://medfam.fmposgrado.unam.mx/index.php/puem/>
3. Mancebo-Aleman FM, Tornos-Tortajada MJ. La evaluación de cursos en línea: Una propuesta aplicada a casos reales. En: Alcantud-Marín F. Teleformación: Diseño para todos. Valencia, España. 1998. Cap. VIII, p 206 -227. [consultado: 17 may 2024] Disponible en: https://www.academia.edu/85254205/Teleformaci%C3%B3n_Dise%C3%B1o_para_todos
4. Sandia B, Montilva J, Barrios J. Cómo evaluar cursos en línea. *Educere*. 2005;9(31):523-530.
5. Rodríguez Hernández MA, Flores Guerrero K, López de la Madrid MC. Modelo multidimensional para la evaluación de cursos en línea desde la perspectiva del estudiante. *Apertura. Revista de Innovación Educativa*; 2010;2(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68820827006>
6. Acón-Matamoros AG, Trujillo-Cotera A. Evaluación de un curso en línea: Criterios de calidad. *CAES*. 2011;2(1):89-104.
7. Flores-Guerrero K, López de la Madrid MC. Evaluación de cursos en línea desde la perspectiva del estudiante: un análisis de métodos mixtos. *Perspect Educ*. 2019;58(1):92-114.
8. Baldwin SJ, Ching YH. An online course design checklist: development and users' perceptions. *J Comput High Educ*. 2019;31(1):156-172.
9. Baldwin SJ, Ching YH. Online Course Design: A Review of the Canvas Course Evaluation Checklist. *IRRDL*. 2019;20(3):268-82.
10. AERA Code of Ethics: American Educational Research Association Approved by the AERA Council February 2011. [consultado: 2 sep 2024]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.3102/0013189X11410403?journalCode=edra#:~:text=Educacion%20researchers%20are%20honest%2C%20fair,jeopardize%20the%20welfare%20of%20others.>
11. Code of Professional Responsibilities in Educational Measurement. [consultado 2 sep 2024]. Disponible en: https://connect.springerpub.com/binary/sgrworks/faafad6cafa2a267/443c7b9d4b4473fodb5956924198feb4271637cbfd040356c5730c52cc9c-dccd/9780826194893_apo4.pdf
12. Join Committee on Testing Practice. Code of Fair Testing Practices in Education. [consultado: 2 sep 2024]. Disponible en: <https://www.apa.org/science/programs/testing/fair-testing.pdf>
13. California Community Colleges. Online Education Initiative. Course Design Rubric. CVC-OEI. [consultado: 27 ago 2024]. Disponible en: https://onlinenetworkofeducators.org/wp-content/uploads/2021/05/CVC_OEI_Course_Design_Rubric_rev_April_2020_ACC_52021.pdf
14. Gutiérrez-Moreno LI. Tendencias en la evaluación de cursos en línea. *HETS Online Journal*. 2019;9(2):101-121.
15. Santiago RLN. Relación entre la idoneidad del estudiante para aprender en línea y la evaluación de usabilidad de los cursos en línea [Tesis doctorado]. Universidad Interamericana de Puerto Rico; 2022. [consultado: 25 ago 2024]. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/offd9ca53eod81c10efbe31ec878dda8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
16. Flores GK, López de la Madrid MC, Rodríguez HMA. La dimensión pedagógica en el Modelo de Evaluación de Cursos en Línea del Centro Universitario del Sur. [consultado: 25 may 2024] Disponible en: <https://recursos.educoas.org/sites/default/files/1908.pdf>
17. SHSU online. Rubric for online course design with feedback. [consultado: 18 sep 2024]. Disponible en: <https://online.shsu.edu/campus/faculty-services/documents/rubrics/online-live-rubric-with-feedback.pdf>
18. SHSU online. Rubric for Hybrid/Blended Course Design With Feedback. [consultado: 18 sep 2024]. Disponible en: <https://online.shsu.edu/campus/faculty-services/documents/rubrics/hybrid-blended-rubric-with-feedback.pdf>
19. Rubric for online course design with feedback. Sam Houston State University [consultado: 18 sep 2024]. Disponible en <https://online.shsu.edu/campus/faculty-services/documents/rubrics/online-live-rubric-with-feedback.pdf>
20. SHSU Online. Rubric for online course design. Sam Houston State University [consultado: 18 sep 2024]. Disponible en <https://online.shsu.edu/campus/faculty-services/documents/rubrics/Online-Rubric.pdf>

Anexo 1
Cuestionario para la evaluación de cursos en línea (blended learning)

Las siguientes preguntas tienen la finalidad de evaluar el desempeño de la actividad tutorial de tu profesor durante el desarrollo de la materia; considera la siguiente escala y su equivalencia numérica:

Desempeño del profesor	Pésimo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
	1	2	3	4	5	6

Marca con una equis (x) la puntuación que consideres apropiada. (No marques doble respuesta).

Factor 1. Labor tutorial	1	2	3	4	5	6
El asesor me informó y orientó sobre técnicas para mejorar mi aprendizaje						
Las dudas sobre mi desempeño en el aula fueron aclaradas acertadamente						
El asesor tuvo la disposición de atenderme cuando lo requerí						
La comunicación con el asesor, en el aula virtual, me dio confianza						
Me sentí cómodo en las sesiones de asesoría en el ambiente del aula virtual						
La orientación recibida mediante la asesoría me comprometió a participar activamente para desarrollar mi proyecto de investigación						
Mi asesor revisó mis actividades y me proporcionó retroalimentación de manera oportuna (no mayor a 72 horas después de enviar mis tareas)						
Los resultados para desarrollar el proyecto de investigación se deben al apoyo de la asesoría						
Considero que el trabajo y la labor de tutoría realizada por mi asesor fue:						

Para cada característica de los recursos didácticos, marca con una equis (x) en los espacios del 1 al 4 según tu percepción. (No marques doble respuesta)

Factor 2. Planificación docente y materiales didácticos	Nunca 1	Casi nunca 2	Casi siempre 3	Siempre 4
Los objetivos de cada sesión presencial fueron claros				
La extensión de los materiales (cantidad de información) fue adecuada				
Los materiales de apoyo didáctico fueron adecuados para lograr los objetivos de aprendizaje				
La profundidad de los materiales (complejidad de los temas) fue adecuada				
Las actividades (lecturas, tareas, autoevaluaciones), fueron congruentes con los objetivos de aprendizaje				

Selecciona con una equis (x), el espacio correspondiente, según el grado de tu sentir personal que mostraste durante las sesiones presenciales en aula; estas preguntas tienen grado de polaridad, es decir, tus respuestas pueden o no acercarse a los extremos. (No marques doble respuesta)

Factor 3. Autoevaluación del alumno							
Responsable							No Responsable
Comprometido							No Comprometido
Atento							Distraído
No interesado							Interesado
Participativo							No participativo
No entusiasmado							Entusiasmado

Para cada programa o aplicación de Internet, marca en los espacios con una equis (x), del 1 al 6, el grado de habilidad que consideras tener. (No marques doble respuesta).

Factor 4 Software para crear y construir el manuscrito de tesis						
Programa o aplicación	Nula 1	Mala 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5	Excelente 6
Gestores de referencias (Mendeley, Zotero)						
Programas estadísticos (SPSS)						
Editores de imágenes						
Procesador de textos (Word)						

Para cada característica del aula virtual, marca con una equis (x) en los espacios del 1 al 4, según tu percepción. (No marques doble respuesta).

Factor 5. Usabilidad del aula virtual	Mala 1	Regular 2	Buena 3	Excelente 4
Facilidad para acceder al aula				
Desplazamiento entre los módulos y temas				
Facilidad para acceder a los contenidos de los temas				

Para cada programa o aplicación de Internet, marca en los espacios con una equis (x), del 1 al 6, el grado de habilidad que consideras tener. (No marques doble respuesta).

Factor 6. Comunicación, búsqueda y difusión de información						
Programa o aplicación	Nula 1	Mala 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5	Excelente 6
Correo electrónico						
PubMed						
Acrobat						
Power Point						

Para cada característica del aula virtual, marca con una equis (x) en los espacios del 1 al 4, según tu percepción. (No marques doble respuesta).

Factor 7. Claridad y utilidad de los recursos didácticos	Mala 1	Regular 2	Buena 3	Excelente 4
Claridad de los contenidos				
Utilidad de los contenidos				

Factor 8. Utilidad de la Información del seminario de investigación	Nada útil 1	Poco útil 2	Útil 3	Muy útil 4
Información para desarrollar el protocolo de investigación				
Materiales didácticos para desarrollar el protocolo de investigación				

*Unidad de Medicina Familiar (UMF) Número 16, Mexicali Baja California. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **Docente en la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), Facultad de Medicina, Mexicali. ***Coordinación Auxiliar Médica de Educación en Salud, OOAD Regional Baja California, IMSS. ****Docente en el Instituto Tecnológico Nacional de México (TecNM), Campus Mexicali. Baja California. *****UMF Número 26 del IMSS. Mexicali Baja California, México.

Autor de correspondencia:

María Elena Haro Acosta. Correo electrónico: ehara@uabc.edu.mx

Recibido: 27-09-2024

Aceptado: 15-11-2024

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

Responsabilidades Éticas

Fue aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación del IMSS.

Financiación

No recibió financiamiento alguno

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Funcionalidad familiar y frecuencia de depresión en adultos con obesidad

Family Functionality and Frequency of Depression in Adults with Obesity

Funcionalidade familiar e frequência de depressão em adultos com obesidade

Laura Alejandra Carrizales Estrada,* Madtie de León Aldaba,* María Elena Haro Acosta,** Javier Carmona Mota,*** Rafael Iván Ayala Figueroa,**** Diana Leticia Cervantes Ramírez.*****

DOI: 10.62514/amf.v27i1.114

Resumen

Objetivo: Determinar la frecuencia de síntomas relacionados con depresión en pacientes adultos con obesidad así como su funcionalidad familiar. **Métodos:** Estudio transversal en pacientes con obesidad de 20 a 50 años que acudieron a consulta a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 16 de Mexicali, Baja California, México; durante febrero a julio del año 2023. Se incluyeron 222 participantes mediante un muestreo no probabilístico por cuotas. La UMF contaba con una población de 2221 pacientes con obesidad de 20 a 50 años. Las variables estudiadas fueron: *edad, sexo, escolaridad, ocupación, depresión y funcionalidad familiar*. Se aplicó el cuestionario PHQ-9 para detectar síntomas relacionados con depresión y el Apgar Familiar para conocer su funcionalidad familiar. Se utilizó estadística descriptiva mediante el programa estadístico SPSS v22. **Resultados:** 222 pacientes con obesidad. Predominaron: la edad media de 38.51 años, sexo femenino (79.3%), escolaridad secundaria y laboralmente activos. El 80.6% tuvieron síntomas relacionados con depresión, síntomas leves (56.8%), el sexo femenino 64.4% y el grupo de 40-50 años. En cuanto a la funcionalidad familiar el 47.3% presentó disfunción leve. **Conclusiones:** Más de la mitad de los participantes tuvieron sintomatología depresiva y disfuncionalidad familiar leve; en el primer nivel de atención se deberían buscar de manera intencional estos síntomas.

Palabras clave: Depresión, Obesidad, Medicina Familiar.

Abstract

Objective: To determine the frequency of symptoms related to depression in adult patients with obesity as well as their family functioning. **Methods:** Cross-sectional study in patients with obesity aged 20 to 50 years who attended the Family Medicine Unit (UMF) 16 in Mexicali, Baja California, Mexico; during February to July 2023. 222 participants were included using non-probabilistic quota sampling. The UMF had a population of 2,221 patients with obesity between 20 and 50 years old. The variables studied were: age, sex, education, occupation, depression

and family functioning. The PHQ-9 questionnaire was applied to detect symptoms related to depression and the Family Apgar to determine family functioning. Descriptive statistics were used using the statistical program SPSS v22. Results: from a sample pool of 222 participants, the following characteristics predominated: mean age of 38.51 years, female sex (79.3%), secondary education and active employment. 80.6% had symptoms related to depression, mild symptoms (56.8%), female sex 64.4% and the 40-50 age group. Regarding family functionality, 47.3% presented mild dysfunction. **Conclusions:** More than half of the participants had depressive symptoms and mild family dysfunction; these symptoms should be intentionally sought in primary care.

Keywords: Depression, Obesity, Family Medicine.

Resumo

Objetivo: Determinar a frequência de sintomas relacionados à depressão em pacientes adultos com obesidade, bem como sua funcionalidade familiar. **Métodos:** Estudo transversal em pacientes obesos de 20 a 50 anos que compareceram à consulta na Unidade de Medicina de Família (UMF) 16 de Mexicali, Baixa Califórnia, México; durante fevereiro a julho de 2023. Foram incluídos 222 participantes por meio de amostragem não probabilística por cotas. A UMF tinha uma população de 2.221 pacientes com obesidade entre 20 e 50 anos. As variáveis estudadas foram: *idade, sexo, escolaridade, ocupação, depressão e funcionalidade familiar*. Foi aplicado o questionário PHQ-9 para detectar sintomas relacionados à depressão e o Apgar Familiar para determinar a funcionalidade familiar. A estatística descritiva foi utilizada por meio do programa estatístico SPSS v22. **Resultados:** 222 pacientes com obesidade. Predominaram: idade média de 38,51 anos, sexo feminino (79,3%), ensino médio e trabalho ativo. 80,6% apresentavam sintomas relacionados à depressão, sintomas leves (56,8%), sexo feminino 64,4% e faixa etária de 40 a 50 anos. Quanto à funcionalidade familiar, 47,3% apresentaram disfuncção leve. **Conclusões:** Mais da metade dos participantes apresentava sintomas depressivos e disfuncção familiar leve; No primeiro nível de atendimento, esses sintomas devem ser procurados intencionalmente.

Palavras-chave: Depressão, Obesidade, Medicina de Família.

Introducción

La obesidad es un problema de salud pública a nivel internacional, de etiología multifactorial y curso crónico. Influyen para su desarrollo diversos factores: genéticos, ambientales y de estilo de vida que afecta a todos los grupos de edad y sexo.¹ En América Latina, México se encuentra dentro de los primeros cinco países con mayor prevalencia de obesidad.² Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2022 la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos fue de 38.3% y 36.9% respectivamente. En cuanto a la sintomatología depresiva en adultos los datos revelan 11.3% vs 38.3% en adultos mayores.^{3,4} El Manual Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) define la depresión como trastorno del estado de ánimo, que se manifiesta con alteración a nivel cognitivo, emocional y conductual, y según su temporalidad y origen sintomático, los principales trastornos son: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos bipolares.⁵ La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la actualidad, se puede presentar solo o concomitante con otras patologías, este trastorno es el más frecuente en los pacientes con obesidad, lo que aunado a una disfunción familiar dificulta el apego al tratamiento. El tratamiento de la depresión debe ser personalizado y multidisciplinario: psicoterapia, farmacoterapia, rehabilitación funcional y medidas higiénico-dietéticas.⁶

La familia cumple roles y funciones comunes, en su mayoría se basa en cubrir necesidades biológicas, sociales y psicológicas.⁷ La dinámica familiar puede definirse como un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de sus miembros. Una fuente de estrés psicológico como la disfunción familiar, sería un factor de riesgo que pudiera originar obesidad o influir en su perpetuación. La familia disfuncional presenta dificultades para adaptarse y para resolver conflictos; la rigidez y la resistencia de sus miembros provocan la persistencia de los problemas y propician la aparición de síntomas o de conductas dañinas.⁸ Algunos estudios mencionan la relación de obesidad con depresión como el realizado por Miranda et al.⁹ quienes compararon pacientes con y sin obesidad, aplicaron la encuesta PHQ-9 y observaron que la depresión se presentaba en el 6.9% de los pacientes con obesidad y en ninguno en los que no tenía obesidad. En un estudio realizado en México se menciona una frecuencia de depresión del 24% en adultos con obesidad.¹⁰

En la actualidad, tanto la depresión como el ambiente y la función familiar son factores que pueden influir de manera negativa en personas que presentan obesidad, contribuyendo a la persistencia del problema

y mal apego al tratamiento, ocasionando más riesgo de complicaciones al paciente. El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de síntomas relacionados con la depresión en pacientes adultos con obesidad y su funcionalidad familiar.

Métodos

Estudio transversal en pacientes con obesidad (IMC \geq 30kg/m²) de 20 a 50 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Mexicali, Baja California, México; en el periodo de febrero a julio de 2023. Se incluyeron 222 participantes mediante un muestreo no probabilístico por cuotas. La unidad contaba con una población de 2221 pacientes con obesidad de 20 a 50 años. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, escolaridad, ocupación, depresión y funcionalidad familiar.

Para detectar síntomas depresivos se utilizó el instrumento el PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) el cual está validado al español (α de Cronbach 0.89); se aplica en la atención primaria, evalúa la frecuencia con la que los pacientes han sido perturbados por cualquiera de las nueve preguntas, durante las dos semanas previas a la aplicación del cuestionario. Cada ítem se califica con una escala de 0 a 3 (0: nada; 1: varios días; 2: más de una semana; 3: casi todos los días). La puntuación total del PHQ-9 varía de 0 a 27 (Las puntuaciones de 0 a 4 descartan la presencia de síntomas de depresión; de 5 a 9 se clasifican como depresión leve; 10 a 14 como depresión moderada; 15 a 19 como depresión moderadamente grave; \geq 20 como depresión grave).^{11,12} Para medir la funcionalidad familiar, se utilizó el APGAR Familiar -herramienta validada con un alfa de Cronbach de 0.86- evalúa la función o disfunción familiar de forma completa y permite dar seguimiento a las familias que presente disfunción o conflicto. Utiliza cinco parámetros: Adaptación, Participación, Crecimiento, Afecto y Recursos. Cada pregunta se puntúa con una escala que va de 0-2, (0: casi nunca, 1: a veces y 2: casi siempre). La interpretación de los resultados varía de 0 a 20 puntos: buena dinámica familiar (18-20 puntos), disfunción familiar leve (17-14 puntos), disfunción moderada (13-10 puntos) y disfunción familiar severa (\leq 9 puntos).¹³ El presente estudio se realizó en concordancia con la Declaración de Helsinki y con la aceptación del Comité de Investigación del IMSS (Registro R-2023-201-017) y de los participantes con firma del consentimiento informado. Se efectuó un análisis descriptivo mediante el programa estadístico SPSS versión 23.

Resultados

Se incluyeron 222 pacientes con obesidad de 20 y 50 años. La edad promedio fue de 38.51 \pm 8.22 años, el sexo femenino ocupó el 79.3%, la escolaridad secundaria correspondió al 41.9% y los empleados el 71.6%.

Tabla I. Características sociodemográficas de los pacientes con obesidad

Variable	Frecuencia n = 222	Porcentaje
Sexo		
Femenino	176	79.3
Masculino	46	20.7
Escolaridad		
Sin escolaridad	1	0.5
Primaria	51	23.0
Secundaria	93	41.9
Preparatoria	58	26.0
Profesión	19	8.6
Ocupación		
Ama de casa	30	13.5
Estudiante	20	9.0
Empleado	159	71.6
Pensionado	9	4.1
Desempleado	4	1.8

Fuente. Elaboración propia

Tabla II. Grado de severidad depresión por sexo y grupos de edad

	Sin Depresión n	Depresión leve n	Depresión moderada n
Sexo			
Femenino	32	99	44
Masculino	11	27	9
Edad en grupos			
20-29	8	21	8
30-39	21	40	13
40-50	14	65	32

Fuente. Elaboración propia. Medición obtenida por la Encuesta PHQ-9.

Tabla III. Funcionalidad familiar y grado de depresión

	Sin depresión n	Depresión leve n	Depresión moderada n
Funcionalidad familiar			
Buena	11	40	11
Disfunción leve	19	52	34
Disfunción moderada	13	33	8
Disfunción grave	0	1	0

Fuente. Elaboración propia. Medición obtenida con la Escala AP-GAR familiar.

Tabla I La frecuencia de síntomas relacionados con depresión fue de 179 casos (80.6%), de acuerdo con la severidad: el 56.8% presentaron síntomas leves, seguidos de síntomas moderados con el 23.9%. No se presentaron casos de depresión moderadamente grave y grave. Al clasificar la severidad de la depresión por sexo y edad, se observó que en ambos sexos predominaron la depresión leve con el 44.5% (n=99) en mujeres vs el 12.1% (n=27) en hombres y en el grupo de 40-50 años con el 29.2%. **Tabla II** Con respecto a la funcionalidad familiar, el 27.9% tuvo buena dinámica familiar; disfunción leve en el 47.3% y moderada en el 24.3% y disfunción severa 0.5%. Finalmente, al evaluar la funcionalidad familiar y el grado de depresión, hubo predominio de depresión leve con disfunción familiar leve con el 23.4%. **Tabla III.**

Discusión

En el presente estudio el 80.6% de los participantes fueron clasificados como síntomas relacionados con la depresión y el 77.1% con disfuncionalidad familiar. Respecto a las características sociodemográficas de la población predominaron: la edad de 38.15 años, el sexo femenino y la escolaridad secundaria; similar al estudio realizado en Costa Rica por Gómez et al.¹⁴ en cuanto al predominio del sexo femenino, pero en edades de 50 a 65 años. Ortega et al.¹⁵ demostraron que una de las mayores influencias en el exceso de peso es el creciente sedentarismo; y que el bajo nivel educativo se asocia con un alto consumo de alimentos con alta densidad energética y pobres en micronutrientes y un bajo consumo de frutas y verduras.

Los síntomas de depresión leve fueron los más frecuentes, en un estudio realizado en Irán en 2020 por Hadi et al.¹⁶ donde utilizaron el cuestionario (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) HADS y observaron que el 76.6% de los pacientes con obesidad presentaron síntomas de depresión. Es frecuente que los pacientes con obesidad presenten alguna condición de salud mental, tales como depresión, ansiedad, entre otros.¹⁷ Los síntomas depresivos tanto leves como moderados predominaron en las mujeres y en la edad de 40 a 50 años, similar a lo reportado por Miranda et al.¹⁸ donde la prevalencia del sexo femenino fue de 70.7% en los pacientes con obesidad. Existen varios procesos biológicos se ven involucrados en la predisposición de las mujeres ante la depresión, como son las fluctuaciones hormonales y eventos psicosociales, entre otros.¹⁹

La mayoría de los participantes presentaron algún grado de disfunción familiar, predominando la forma leve; diferente a lo mencionado por Pomares et al.²⁰ quien utilizó el cuestionario de Funcionalidad Familiar (FF-SIL) y la mayoría de los participantes presentaron disfuncionalidad moderada. Lara et al.²¹ observaron una relación débil entre la función familiar con la obesidad. El apoyo de la familia se relaciona con el cambio de conducta, seguimiento de tratamientos y con los resultados a largo plazo. Un ambiente familiar disfuncional puede propiciar a una mayor ingesta de alimentos o impedir que el individuo con obesidad se comprometa o se le dificulte llevar un tratamiento adecuado.²² Algunas limitaciones de

la investigación fueron el haber realizado en este estudio el diseño de una muestra no probabilística; que la mayoría de los participantes fueron del sexo femenino, por lo tanto, la prevalencia de sintomatología predominó en este sexo. Además, los investigadores se comunicarán -con el médico familiar del paciente- que presentó disfunción familiar grave con depresión leve a fin de realizar el seguimiento requerido.

En conclusión, la mayoría de los participantes con obesidad presentaron depresión y disfunción familiar leve.

Predominaron el sexo femenino, la escolaridad secundaria y la ocupación de empleado. Es importante buscar intencionadamente la existencia de síntomas depresivos y su relación con la función familiar en los pacientes con obesidad en el primer nivel de atención.

Referencias

- Rivera Dommarco JA, Colchero MA, Fuentes ML, González de Cosío Martínez T, Aguilar Salinas CA, Hernández Licona G, et al. (Eds.). La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2018. https://www.insp.mx/resources/images/stories/2019/Docs/190213_LaObesidadenMexico.pdf
- Ruiz-Cota P, Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A. Historia, tendencias y causas de la obesidad en México. *JONNPR*. 2019;4(7):737-745. DOI: 10.19230/jonnpr.3054
- Campos-Nonato I, Galván-Valencia O, Hernández-Barre-ra L, Oviedo-Solis C, Barquera S. Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: resultados de la ENSANUT 2022. *Salud Publica Mex*. 2023;65: S238-S247. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14809>
- Vázquez-Salas RA, Hubert C, Portillo-Romero AJ, Valdez-Santiago R, Barrientos-Gutiérrez T, Villalobos A. Sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos: ENSANUT 2022. *Salud Publica Mex*. 2023;65 (Supl 1): S117-S125. <https://doi.org/10.21149/1482>
- American Psychiatric Association and Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Pereira Sánchez V, Molero P. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión. *Medicine* 2019; 12(86): 5070-5074. DOI:10.1016/j.med.2019.09.015
- Delfín-Ruiz C, Cano-Guzmán R, Peña-Valencia EJ. Funcionalidad familiar como política de asistencia social en México. *Rev Cienc Sociales* 2020;26(2): 43-55. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7500742>
- Quintana Arias D, Cardona García LM, Bolívar Restrepo M, Higuera Moreno PA. Pareja y familia. Construcciones en contexto. *Poiésis* 2020;38. <https://doi.org/10.21501/16920945.3554>
- Miranda T, Villalta D, Paoli M. Asociación entre obesidad y depresión: influencia del género, la edad, el grado de adiposidad y la actividad física. *Rev Venezol Endocrinol Metab*. 2019; 17(2):69-80. <https://www.redalyc.org/journal/3755/375560616003/html/>
- Padilla-Téllez E, Ruiz García J, Rodríguez-Orozco AR. Asociación depresión-obesidad. *Salud Pública Méx* 2009; 51(4):275-276. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So03636342009000400001&lng=es.
- Saldivia S, Aslan J, Cova F, Vicente B, Inostroza C, Rincón P. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Rev Méd Chile* 2019;147(1):53-60. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000100053>
- Sun Y, Fu Z, Bo Q, Mao Z, Ma X, Wang C. The reliability and validity of PHQ-9 in patients with major depressive disorder in psychiatric hospital. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):474. doi: 10.1186/s12888-020-02885-6.
- Ortega Lima MI, Jimbo Quevedo LE, Mallaguari Cueva JV, Merino Guaraca MC, Vizúete Vásconez KD, Paqui Quizpé GE. Instrumentos de la atención familiar para la práctica familiar. *Rev Portales Med* 2021;16(2):85. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/instrumentos-de-la-atencion-familiar-para-la-practica-familiar/>
- Gómez G, Quesada D, Monge R. Perfil antropométrico y prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población urbana de Costa Rica entre los 20 y 65 años agrupados por sexo: resultados del Estudio Latino Americano de Nutrición y Salud. *Nutr Hospitalaria* 02899. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02899>.
- Ortega RM, Jiménez Ortega AI, Perea Sánchez JM, Peral Suárez A, López Sobaler AM. Factores sociodemográficos y del estilo de vida implicados en el exceso de peso. *Nutr Hosp*. 2018;35(6):25-29. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.2283>.
- Hadi S, Momenan M, Cheraghpour K, Hafizi N, Pourjavadi N, Malekhamadi M, et al. Abdominal volume index: a predictive measure in relationship between depression/anxiety and obesity. *Afr Health Sci*. 2020;20(1):257-265. doi:10.4314/ahs.v20i1.31
- Quintero J, Félix Alcántara MP, Banzo-Arguis C, Martínez de Velasco Soriano R, Barbudo E, Silveria B, et al. Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud Ment* 2016;39(3):123-130. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.010>.
- Miranda T, Villalta D, Paoli M. Asociación entre obesidad y depresión: influencia del género, la edad, el grado de adiposidad y la actividad física. *Rev Venezol Endocrinol Metab*. 2019;17(2):69-80. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375560616003>
- Vázquez-Machado A. Depresión. Diferencias de género. *MULTIMED* 2016;17(3). <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/319>
- Pomares Avalos AJ, Pomares Alfonso JA, Santiesteban Alejo RE, Regal Cuesta VM, Vázquez Núñez MA. Relación entre el funcionamiento familiar, ansiedad y depresión en adultos mayores. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2021;37(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So86421252021000200004&lng=es.
- Lara Clavel OI, Nájera Ruízcap AS, González Ojeda AA, Castro Ramos R. Impacto de la funcionalidad familiar de pacientes con obesidad asociados mediante el sistema de estadificación de la obesidad de Edmonton, Universidad Nasal. *Int J Adv Multidiscip Res*.2021;8(5):1-32. <https://ijarm.com/pdfcopy/2021/may2021/ijarm1.pdf>
- Gutiérrez Caballero FG. Percepción de la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes obesos. *Rev UN Med* 2020 9(1):10.1-10.17. <https://investigacion.uninorte.edu.py/wp-content/uploads/2020/10/MED-0901-10.pdf>

*Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Hospital General de Zona, Medicina Familiar No. 12, Lázaro Cárdenas Michoacán, México. <http://orcid.org/0009-0005-5464-8683> **Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS Hospital General Zona con Medicina Familiar No. 12. Especialista en Urgencias Médicas. CCEIS del HGZ/MF No.12 Lázaro Cárdenas Michoacán, México. <http://orcid.org/0009-0000-5636-9198>

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

Recibido: 29-10-2024

Aceptado: 09-12-2024

Autor de correspondencia:

Dra. Diana Paola Moreno Altamirano

Correo electrónico: anaid_moreno@hotmail.com

Responsabilidades Éticas

Fue aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación.

Financiación

No recibió financiamiento alguno

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Factores de riesgo para enfermedad renal crónica estadio 5 en un hospital de la ciudad de Lázaro Cárdenas, Michoacán México

Risk Factors for Stage 5 Chronic Kidney Disease in a Hospital in the City of Lazaro Cardenas, Michoacán, Mexico

Fatores de risco para doença renal crônica estágio 5 em um hospital da cidade de Lázaro Cárdenas, Michoacán México

Diana Paola Moreno-Altamirano,* Skarlet Ramirez-Cortez.**

DOI: 10.62514/amf.v27i1.115

Resumen

Objetivos: Determinar factores de riesgo en pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC). **Métodos:** Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Muestra no probabilística, mediante la fórmula de población finita, obteniendo en total 100 participantes, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 12 en Lázaro Cárdenas Michoacán, México. Pacientes con diagnóstico de ERC en estadio 5 de abril a octubre del 2023. El instrumento de recolección incluía las características sociodemográficas y factores de riesgo clínicos. También, se hizo la revisión de las historias clínicas de los pacientes. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva, χ^2 para conocer el grado de asociación entre las variables. **Resultados:** 100 pacientes con una edad promedio de 60 + 11 años, predominó el sexo hombre (53%), escolaridad primaria, casados, ama de casa, IMC normal. En cuanto a los factores de riesgo clínicos: Diabetes Tipo 2 (85% p= 0.049) y la Hipertensión Arterial Sistémica (81% p= 0.016) fueron significativamente asociadas a ERC. **Conclusiones:** Las enfermedades metabólicas fueron un factor importante para ERC así como las enfermedades vasculares por lo que se requiere de prevención y diagnóstico oportuno.

Palabras clave: Medicina familiar, Falla renal, Insuficiencia renal

Abstract

Objectives: To determine risk factors in patients with Chronic Kidney Disease (CKD). **Methods:** Observational, cross-sectional and retrospective study. Non-probabilistic sample, using the finite population formula, obtaining a total of 100 participants, members of the Mexican Social Security Institute at the General Hospital with Family Medicine No. 12 in Lazaro Cardenas Michoacan, Mexico, participants with stage 5 CKD were selected to participate in the study from April to October 2023. The data collection instrument included sociodemographic

characteristics and clinical risk factors. The patients' medical records were also reviewed. Descriptive statistics were used to analyze the data, χ^2 to determine the degree of association between the variables. **Results:** 100 patients with an average age of 60 + 11 years, male sex predominated (53%), primary education, married, housewife, normal BMI. Regarding clinical risk factors: Type 2 Diabetes (85% p = 0.049) and Systemic Arterial Hypertension (81% p = 0.016) were significantly associated with CKD. **Conclusions:** Metabolic diseases were an important factor for CKD as well as vascular diseases, so prevention and timely diagnosis are required.

Keywords: Family medicine, Kidney failure, Renal insufficiency

Resumo

Objetivos: Determinar fatores de risco em pacientes com Doença Renal Crônica (DRC). **Métodos:** Estudo observacional, transversal e retrospectivo. Amostra não probabilística, utilizando a fórmula de população finita, obtendo um total de 100 participantes, beneficiários do Instituto Mexicano de Previdência Social do Hospital Geral da Zona Médica de Família n.º 12 de Lázaro Cárdenas Michoacán, México. Pacientes diagnosticados com DRC estágio 5 de abril a outubro de 2023. O instrumento de coleta incluiu características sociodemográficas e fatores de risco clínicos. Além disso, os prontuários médicos dos pacientes foram revisados. Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva, χ^2 para determinar o grau de associação entre as variáveis. **Resultados:** 100 pacientes com idade média de 60 + 11 anos, sexo masculino predominante (53%), ensino fundamental, casados, do lar, IMC normal. Em relação aos fatores de risco clínicos: Diabetes Tipo 2 (85% p= 0,049) e Hipertensão Arterial Sistêmica (81% p= 0,016) foram significativamente associados à DRC. **Conclusões:** As doenças metabólicas foram um fator importante para a DRC, assim como as doenças vasculares, razão pela qual a prevenção e o diagnóstico oportuno são necessários.

Palabras-chave: Medicina de Familia, Insuficiencia Renal, Insuficiencia Renal

Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema global de salud pública que afecta a más de 750 millones de personas alrededor de todo el mundo.¹ Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud, de los 55.4 millones de muertes que se produjeron en 2019 en el mundo, más de la mitad (55%) se debían a 10 patologías, entre las cuales se sitúa por primera vez la ERC.² Se presenta en 25-40% de los pacientes con Diabetes Tipo 2 (DMT2) y en el 7-12% de la población general.³ Se ha estimado que, en la actualidad, alrededor de 6.2 millones de mexicanos con DMT2 tienen insuficiencia renal en sus distintas etapas, sin que necesariamente ellos sepan que la padecen.⁴

El impacto de la ERC lo padecen el paciente y su familia, por la disminución de ingresos económicos y la alteración emocional; son una población con alta vulnerabilidad clínica, deterioro funcional, polifarmacia y disminución de su calidad de vida.⁵ Según el modelo conceptual inicialmente publicado por la Fundación Nacional del Riñón, las situaciones de riesgo que favorecen la ERC son múltiples. Este modelo representa la enfermedad como un proceso continuo en su desarrollo, progresión y complicaciones.⁶ Considerando la gravedad y el impacto en la salud de las poblaciones de las Américas de la ERC, la OPS/OMS desarrolló la iniciativa *HEARTS*, que tiene como objetivo prevenir y controlar las enfermedades cardiovasculares.⁷ Se ha demostrado que los pacientes con ERC, independientemente de la edad, tienen una mayor incidencia de complicaciones cardiovasculares en comparación con los pacientes con función renal normal.⁸

La ERC es más común en las personas de 65 años o mayores (34 %) que en las de 45-64 (12 %) o las de 18-44 (6 %). Es más común en los adultos de raza negra no hispanos (20 %) que en los asiáticos no hispanos (14 %).⁹ Se encontraron factores de riesgo directos de ERC, al ajustarlos por edad, sexo y etnicidad, la obesidad central, la dislipidemia y las dosis en los niveles de insulina.¹⁰ La mortalidad por ERC hacia el año 2040 se convertirá en la quinta causa de muerte, lo que la convierte en una de las principales enfermedades no transmisibles.¹¹ El costo anual estimado para la atención de la ERC en México fue de 9.000 dólares americanos por paciente; este gasto sitúa a la ERC como la enfermedad crónica más costosa para el sistema público de salud mexicano.¹²

El deterioro de la función renal sucede de manera progresiva y silenciosa; es frecuente que los síntomas de ERC no aparezcan hasta que la enfermedad

está muy avanzada incluso hasta poco antes de que los pacientes requieran tratamiento renal sustitutivo.¹³ La ERC puede prevenirse y su progresión puede ralentizarse mediante: *un diagnóstico y tratamiento precoz, cambios en el estilo de vida, control de factores de riesgo cardiovascular y fármacos nefroprotectores*¹⁴ -en personas con alto riesgo que aún no la padecen.¹⁵ El objetivo del presente estudio fue determinar los factores de riesgo en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar (HGZ/MF) No. 12.

Métodos

Estudio observacional, transversal y descriptivo, realizado en pacientes derechohabientes del IMSS adscritos al HGZ/MF No. 12 de Lázaro Cárdenas Michoacán, México, de abril a octubre de 2023. Muestra no probabilística que se determinó mediante la fórmula de población finita, obteniendo en total 100 participantes. Se incluyeron sujetos de ambos sexos, cuya edad osciló entre 19 y 65 años, con diagnóstico de ERC estadio 5 en terapia sustitutiva con diálisis peritoneal o hemodiálisis y que aceptaron participar en el estudio con previa firma del consentimiento informado.

Se llenó el instrumento de recolección, incluía características sociodemográficas: *edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación*. Factores de riesgo clínicos: *IMC (bajo peso, peso normal, sobrepeso, obesidad GI, obesidad GII); años de evolución de ERC; antecedente de diabetes mellitus y años de evolución; antecedente de hipertensión arterial sistémica y años de evolución; antecedente de tabaquismo (nunca, a veces, frecuentemente, siempre), temporalidad y número de cigarrillos al día; antecedente de alcoholismo (nunca, a veces, frecuentemente, siempre), cantidad y temporalidad; antecedentes de ERC familiar (padre, madre, hermano (a), tío (a), hijo (a)); antecedente de dislipidemia (colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos)*. También se hizo la revisión de las historias clínicas de los pacientes.

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 y para la asociación de variables, χ^2 . Se consideró significancia estadística un valor $p < 0.05$. Todos los cálculos se ejecutaron con el paquete estadístico SPSS, versión 25.0 para Windows. Este trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud del IMSS (F-2022-1603-004). Todos los participantes tuvieron conocimiento del objetivo de la investigación y participaron con libertad.

Tabla I. Características sociodemográficas de los participantes.			
		n= 100	p
Sexo	Mujer	47	0.367
	Hombre	53	
Escolaridad	Analfabeta	8	0.133
	Primaria	37	
	Secundaria	35	
	Preparatoria	11	
	Licenciatura	5	
	Profesional	4	
Estado civil	Soltero (a)	7	0.000
	Casado (a)	55	
	Unión libre	28	
	Divorciado (a)	3	
	Viudo (a)	7	
Ocupación	Ama de casa	39	0.015
	Estudiante	1	
	Empleada doméstica	1	
	Obrero (a)	28	
	Otro	31	

Resultados

Se estudiaron 100 pacientes. Con una edad promedio de 60 + 11 años. La **Tabla I** muestra las características sociodemográficas de los participantes, se identificó que el sexo que predominó fue hombre, escolaridad primaria, estado civil, casado y ocupación, ama de casa. Tener DMT2 (n= 85), hipertensión arterial sistémica (n= 81) y antecedente heredo-familiar (n=5) fueron factores de riesgo asociados para desarrollar ERC. Estas mismas variables permanecieron significativas en el análisis como se muestra en la **Tabla II**.

Discusión

La ERC es una importante carga para la salud pública asociada a una elevada morbilidad y mortalidad. Se calcula que más de 850 millones de personas padecen enfermedades renales en todo el mundo, la mayoría de ellas ERC.¹⁶ La detección precoz de la ERC es importante porque permite a los médicos iniciar un tratamiento eficaz, prevenir la pérdida de la función renal y retrasar o evitar la progresión hacia la insuficiencia renal.¹⁷ Es por eso que en este estudio se recogieron los datos mediante un cuestionario

Tabla II. Asociación de los factores de riesgo clínicos para ERC.			
		Frecuencia	p
Diabetes Mellitus Tipo 2	SI	85	0.049
	NO	15	
Hipertensión Arterial Sistémica	SI	81	0.016
	NO	19	
Tabaquismo	SI	29	0.364
	NO	71	
Alcoholismo	SI	30	0.468
	NO	70	
Dislipidemia	SI	10	0.064
	NO	90	
Estado nutricional	NL	84	0.003
	OTRO*	16	
Antecedente heredo-familiar	SI	5	0.003
	NO	95	

ERC= Enfermedad Renal Crónica. NL= Normal. *: peso bajo, sobrepeso, obesidad.

estructurado, aplicado mediante entrevista para facilitar la detección de los factores de riesgo asociados a ERC; los resultados muestran que, del total de los pacientes estudiados en su mayoría fueron hombres con una edad promedio de 60 años en concordancia con los resultados de Rodríguez Ramos et al.¹⁸ En cambio, Ali et al.¹⁹ en su estudio donde determinaron la magnitud y los factores asociados de la ERC en una muestra de 480 pacientes crónicos, la edad media de los participantes fue de 50 años, en su mayoría mujeres. Esta discrepancia podría deberse a la diferencia de los tamaños de muestra. Por su parte, Robalino Rivadeneira et al.²⁰ aplicaron un cuestionario a 78 pacientes con ERC para caracterizarlos clínica y epidemiológicamente donde la hipertensión arterial y la DMT2 fueron las más representadas. Así mismo, Iraizoz Barrios et al.²¹ al detectar factores de riesgo para ERC en 404 adultos encontraron que la hipertensión arterial fue la enfermedad más prevalente seguido de la DMT2. En este sentido, ambos mostraron similitud con el presente estudio de investigación donde la DMT2 y la Hipertensión Arterial Sistémica fueron factores significativamente asociados con la ERC.

Los principales factores de riesgo asociados al posible desarrollo de la ERC han cambiado a lo largo del tiempo. Anteriormente la glomerulonefritis era considerada la causa más frecuente, sin embargo, hoy día se considera que es la nefropatía diabética, que ha llegado a ocupar el primer lugar, sobre todo en los países desarrollados. Le sigue la nefrosclerosis

hipertensiva, posicionando a la glomerulonefritis en tercer lugar. La posible explicación a estas variaciones radica en el constante y proporcional ascenso de la DMT2, convirtiéndola en una enfermedad pandémica.²² Según el estudio de Alba MM et al.²³ la alta carga tabáquica de los enfermos en diálisis podría generar o contribuir a la progresión de la ERC; el daño renal por tabaco se esconde principalmente en el diagnóstico de nefroesclerosis y se relaciona con la dosis acumulada de tabaco.

Una de las limitaciones del estudio es que el tamaño de la muestra fue reducido, y probablemente se deba a que no se cuenta con el servicio de Nefrología, por lo que los pacientes son derivados a otras unidades médicas. Resulta importante que los profesionales de la salud informen a los pacientes sobre la prevención y la detección oportuna de la ERC como consecuencia de enfermedades tales como DMT2 e hipertensión arterial sistémica. Los avances en el diagnóstico temprano y la reciente disponibilidad de medicamentos deberían apuntar hacia un cambio de paradigma en la atención de los pacientes, quienes deberían ser remitidos de manera oportuna al servicio de nefrología como parte de un enfoque de atención coordinado e integrado que aborde activamente las primeras etapas de la enfermedad renal en lugar de tratar de abordarla cuando es demasiado tarde para salvar la función renal y preservar una adecuada calidad de vida. a medida que se acerca la TRR.

Agradecimientos

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por darnos la facilidad de realizar este estudio, además, a los pacientes que nos brindaron su confianza para participar en esta investigación.

Referencias

1. Crews DC, Bello AK, Saadi G, Kam Tao Li P, García-García G, Andreoli S, et al. Carga, acceso y disparidades en enfermedad renal. *Nefrología [Internet]*. 2020;40(1):4–11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2019.03.001>
2. De Sequera P. La enfermedad renal crónica, una epidemia silenciosa. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*. 2023;8(2):3–9. <http://dx.doi.org/10.37536/riecs.2023.8.2.396>
3. Villegas-Sierra LE, Buriticá-Agudelo M, Yepes-Delgado CE, Montoya-Jaramillo YM, Jaimes-Barragan F. Interacción entre el estadio de la enfermedad renal crónica y la diabetes mellitus como factores asociados con mortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica: un estudio de cohortes externas. *Nefrología: publicación oficial de la Sociedad Española Nefrología*. 2022. 42(5), 540–548.
4. La Enfermedad Renal Crónica en México [Internet]. *Insp.mx*. [citado el 12 de marzo de 2024]. <https://www.insp.mx/avisos/5296-enfermedad-renal-cronica-mexico.html>
5. Hernández-Zambrano SM, Carrillo-Algarra AJ, Linares-Rodríguez LV, Martínez-Ruiz AL, Nuñez-Yaguna MF. Caracterización sociodemográfica y clínica de pacientes con enfermedad renal crónica en condición de pluripatología y sus cuidadores. *Enferm Nefrol*. 2021;24(1):56–67. <http://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842021006>
6. Ruano-Quintero V, Chil-Sánchez M, Ordóñez-Pérez V, Hay de la Puente-Soto M F, Siret-Martínez R, Gámez-Jiménez AM. Factores de progresión de la enfermedad renal crónica en pacientes atendidos en una consulta de Nefrología comunitaria. *Revista médica electrónica*. 2023. 45(2), 4930.
7. Marzo 9. Día Mundial del Riñón 2022: HEARTS en las Américas y Salud Renal para Todos [Internet]. *Paho.org*. [citado el 8 de marzo de 2024]. <https://www.paho.org/es/noticias/9-3-2022-dia-mundial-rinon-2022-hearts-americas-salud-renal-para-todos>
8. Jagiela, J, Bartnicki P, Rysz J. Selected cardiovascular risk factors in early stages of chronic kidney disease. *International Urology and Nephrology*, 2020; 52(2), 303–314. <https://doi.org/10.1007/s11255-019-02349-1>
9. Enfermedad crónica de los riñones en los Estados Unidos, 2023 [Internet]. *Cdc.gov*. 2023. <https://www.cdc.gov/kidneydisease/spanish/ckd-national-facts.html>
10. López-Heydeck SM. Factores de riesgo y de estilo de vida asociados a enfermedad renal crónica. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2021. 58(3). <https://doi.org/10.24875/rmimss.m20000035>
11. Maucaylle V, Sherly K. Factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica. *Repositorio*. 2023
12. Mendoza-López G, Morales-Villar AB, Tejada-Bueno AP, Lozada-Hernández J, García-Cortes LR, Maldonado-Hernández J. Factores de riesgo asociados con la tasa de filtración glomerular en adultos mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2024;71(2):44–52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.endinu.2023.12.002>

13. Finguer A, Alique M, Valera G, Serroukh N, Ceprián N, De Sequera P, et al. Nuevos mecanismos implicados en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular en la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2023; 43(1); 63-80.
14. Lou-Calvo E, Villarroya CM, Torres IC, Gonzalvo DA, López PM, Ayala VV, et al. Abordaje del paciente con enfermedad renal crónica: colaboración entre atención primaria y nefrología. *Sedyt.org*. 2024.
15. Ortiz A, Sánchez-Niño MD. Prevención primaria de la enfermedad renal crónica. *An R Acad Nac*. 2023;140(140(02)):125-32.
16. Murton M, Goff-Leggett D, Bobrowska A, García-Sánchez JJ, James G, Wittbrodt E, et al. Burden of Chronic Kidney Disease by KDIGO categories of Glomerular Filtration Rate and Albuminuria: A Systematic Review. *Adv Ther*. 2021. 38:180–200.
17. Tekle-Gebreyohannes L, Dabi-Wake A, Usman Abdulle M. Knowledge, attitude and practices towards prevention and early detection of chronic kidney disease and associated factors in Ethiopia: A cross-sectional study. *Journal of Public Health Research*. 2024, Vol. 13(3), 1–12. DOI: 10.1177/22799036241277088
18. Rodríguez-Ramos JF, Herrera-Miranda GL. Factores de riesgo relacionados con enfermedad renal crónica. *Medisur*. 2022. 20(1):59–66.
19. Ali A, Mulatu K, Feleke SF, Wassie GT. Prevalence of chronic kidney disease and associated factors among patients with underlying chronic disease at Dessie Referral Hospital, East Amhara Region, Ethiopia. *Front Epidemiol*. 2023. 3:1 154522. Doi: 10.3389/fepid.2023.1154522.
20. Robalino-Rivadeneira M, Urdaneta-Carruyo G, Robalino-Gualoto R, Cobos-Castillo M, Andrade-Zuñiga K, Chanaguano-Tixelesa C. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con enfermedad renal crónica, Riobamba 2021. *Revista de Investigación Talentos*. 2021. Volumen 8(2).
21. Iraizoz-Barríos AM, Brito-Sosa G, Santos-Luna JA, León-García G, Pérez-Rodríguez JE, Jaramillo-Simbaña RM, et al. Detección de factores de riesgo de enfermedad renal crónica en adultos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2022;38(2): e1745
22. Romero N, Pérez P, Pérez J, Pérez K, Reyes J, Rodríguez A. Causas de enfermedad renal entre los pacientes de una unidad de hemodiálisis. *Rev Cubana Urol* 2019;8(1):98-106 ISSN: 2305-7939 RNPS: 2296
23. Alba MM, Citarelli AN, Menni F, Agrícola MC, Braicovich A, De Orta E, De Rosa F, Filannino G, Gaggioti R, Junqueras N, Martinelli S, Milán A, Morales ME, Setti SM, Villalba DO et al. Tabaco e insuficiencia renal Terminal Estudio multicéntrico transversal en la Norpatagonia Argentina. https://www.nefrologiaargentina.org.ar/numeros/2016/volumen14_3/Articulo_2.pdf

*Unidad de Medicina Familiar (UMF) Número 16, Mexicali Baja California. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **Docente en Universidad Autónoma de Baja California (UABC), Facultad de Medicina Mexicali. ***Docente en el Instituto Tecnológico Nacional de México (TecNM), Campus Mexicali. Baja California. ****Médico Pediatra. Consultorio privado, Mexicali Baja California. México.

Recibido: 29-10-2024

Aceptado: 04-12-2024

Autor para la

correspondencia:

Dra. María Elena Haro Acosta.

Correo electrónico:

eharo@uabc.edu.mx

Responsabilidades éticas

Este trabajo fue aprobado por Comité Local de investigación

Financiación

No se recibió financiamiento alguno para realizar este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Trastorno del espectro autista en preescolares: características y factores de riesgo asociados en una Unidad de Medicina Familiar de Mexicali, Baja California, México

Autism Spectrum Disorder in Preschoolers: Characteristics and Associated Risk Factors in a Family Medicine Unit in Mexicali, Baja California, Mexico

Transtorno do espectro do autismo em pré-escolares: características e fatores de risco associados em uma Unidade de Medicina Familiar em Mexicali, Baixa Califórnia, México

Diego Alejandro Cossío Ramírez,* Madtie de León Aldaba,* María Elena Haro Acosta,** Rafael Iván Ayala Figueroa,*** Laura Elena Monge Siordia****

DOI: 10.62514/amf.v27i1.116

Resumen

Objetivo: Determinar las características y los factores de riesgo asociados al Trastorno de Espectro Autista en niños de 3 a 6 años. **Métodos:** Estudio retrospectivo en expedientes clínicos de niños de 3-6 años con diagnóstico de trastorno del espectro autista en el año 2022 en la Unidad de Medicina Familiar No. 16 de Mexicali, Baja California del Instituto Mexicano del Seguro Social. Las variables estudiadas fueron: *edad, sexo, antecedentes de familiar con trastorno del espectro autista y de edad avanzada de los padres, antecedentes perinatales y tratamiento.* **Resultados:** Se observaron 39 casos de pacientes de 3 a 6 años. Predominaron: el sexo masculino 70.39%, edad promedio 5.08 años, antecedente de familiar con autismo 59% y padres con edad avanzada 15.4%; antecedente de prematuridad 7.7% y sufrimiento fetal 17.9%. El tratamiento farmacológico 74.4% y estimulación en 28.2%. **Conclusiones:** Los factores de riesgo asociados al autismo con mayor frecuencia fueron antecedente familiar de este problema, sufrimiento fetal y prematuridad. La mayoría llevó tratamiento farmacológico y terapia de estimulación temprana casi la tercera parte de los pacientes.

Palabras clave: Trastorno del espectro autista, Sufrimiento fetal, Medicina Familiar

Abstract

Objective: To determine the characteristics and risk factors associated with Autism Spectrum Disorder in children aged 3 to 6 years. **Methods:** Retrospective study in clinical records of children aged 3-6 years diagnosed with autism spectrum disorder in 2022 at the Family Medicine Unit No. 16 of Mexicali, Baja California of the Mexican Social Security Institute. The variables studied were: age, sex, family history of autism spectrum disorder and advanced age of parents, perinatal history and treatment. **Results:** 39

cases of patients aged 3 to 6 years were observed. The following predominated: Male sex 70.39%, average age 5.08 years, family history of autism 59%; history of prematurity 7.7% and fetal distress 17.9%. Pharmacological treatment 74.4% and stimulation 28.2%. **Conclusions:** The risk factors most frequently associated with autism were family history of this problem, fetal distress and prematurity. Most patients received pharmacological treatment and early stimulation therapy, almost a third of them.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Fetal Distress, Family Practice

Resumo

Objetivo: Determinar as características e fatores de risco associados ao Transtorno do Espectro Autista em crianças de 3 a 6 anos. **Métodos:** Estudo retrospectivo em prontuários clínicos de crianças de 3 a 6 anos com diagnóstico de transtorno do espectro do autismo em 2022 na Unidade de Medicina de Família nº 16 de Mexicali, Baixa Califórnia, do Instituto Mexicano de Seguridade Social. As variáveis estudadas foram: idade, sexo, histórico familiar com transtorno do espectro do autismo e idade avançada dos pais, histórico perinatal e tratamento. **Resultados:** foram observados 39 casos de pacientes de 3 a 6 anos. Predominaram: sexo masculino 70,39%, idade média 5,08 anos, histórico de familiar com autismo 59% e pais idosos 15,4%; história de prematuridade 7,7% e sofrimento fetal 17,9%. Tratamento farmacológico 74,4% e estimulação em 28,2%. **Conclusões:** Os fatores de risco mais frequentemente associados ao autismo foram história familiar deste problema, sofrimento fetal e prematuridade. A maioria realizou tratamento farmacológico e terapia de estimulação precoce, quase um terço dos pacientes.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista, Sofrimento Fetal, Medicina de Família

Introducción

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del desarrollo neurológico que se distingue por deficiencias en la comunicación, conductas restringidas y/o repetitivas.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que 1 de cada 100 niños en el mundo padece un TEA.² En los Estados Unidos de América en el 2022 se reportó una prevalencia de 80 casos por cada 10 000 niños.³ Celis Alcalá et al., mencionan en su artículo de revisión del año 2022, que en México no se cuenta con datos de prevalencia del TEA basados en investigación epidemiológica.⁴ La detección del TEA es principalmente por observación clínica (observar la conducta del niño, padres o familiares y la relación entre ambos). Las señales de alarma incluyen la presencia de signos patológicos, la ausencia de conductas propias del desarrollo típico y las diferencias cualitativas en el desarrollo de competencias y conductas; se pueden detectar entre los 2 y 6 meses de edad (hipersensibilidad o hiposensibilidad a los estímulos, ausencia de contacto visual, llanto difícil o apatía, sonrisa congelada, entre otros). Los intereses sensoriales no usuales, o los comportamientos estereotipados y repetitivos aparecen generalmente después de los 2 años.^{5,6}

Los probables factores de riesgo relacionados al TEA son: genéticos (mutación del CHD8), antecedente de familiares con este trastorno, edad avanzada de los padres; factores perinatales (consumo materno de alcohol, fármacos teratogénos, diabetes gestacional, infecciones pre o posnatales como rubéola congénita, Hemophilus influenza y citomegalovirus). La fenilcetonuria no tratada tras el nacimiento, hipoxia al nacer, prematuridad y retardo del crecimiento intrauterino.^{6,7} Es importante diagnosticar y ofrecer tratamiento en edades tempranas, ya que no existe curación para esta enfermedad; no obstante, al otorgar una intervención temprana, puede mejorarse su calidad de vida ya que el no hacerlo repercutiría gravemente en su neurodesarrollo.⁸

El tratamiento de elección es el psicopedagógico, en especial durante la primera infancia; conforme el paciente va creciendo se deben emplear diferentes medidas que incluyen tratamientos de terapia cognitiva-conductual, así como de comunicación y autonomía.⁹ El tratamiento farmacológico que existe son los antipsicóticos atípicos (risperidona), Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (fluoxetina), Inhibidores de la acetilcolinesterasa, entre otros.¹⁰ A nivel internacional se han realizado estudios de prevalencia de TEA que incluyen diferentes edades pediátricas.¹¹⁻¹³ Sin embargo en México existen escasas publicaciones sobre el tema. El objetivo del estudio fue determinar las características y factores de riesgo asociados al TEA en pacientes de 3 a 6 años en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 16 en el año 2022.

Métodos

Estudio retrospectivo en expedientes clínicos de niños de 3 a 6 años con diagnóstico de TEA. Se incluyeron todos los expedientes de esta población pediátrica que cumplieran con los criterios de inclusión (niños de 3 a 6 años con diagnóstico de TEA, adscritos a la UMF No. 16 de Mexicali, Baja California del Instituto Mexicano del Seguro Social correspondiente al año 2022) se identificaron 39 expedientes. La unidad cuenta con una población de 3590 niños de 3 a 6 años que acudieron a atención médica en el año 2022.

Las variables estudiadas fueron: *edad, sexo, antecedentes de: familiar de primer grado con TEA y de padres con edad avanzada. Antecedentes perinatales de factor de riesgo asociados y tratamiento otorgado.* Se llevó a cabo la presente investigación con estricto apego con la Declaración de Helsinki y sus cambios subsecuentes, así como la autorización del Comité de Investigación (Registro R-2022-204-132). El análisis de datos se realizó con estadística descriptiva mediante el programa estadístico SPSS versión 24.

Resultados

La muestra de pacientes con TEA estuvo conformada por 39 niños, con promedio de edad de 5.08 ± 1.13 años, predominando el sexo masculino con el 76.9%. (Tabla I). En cuanto a los antecedentes familiares con autismo el 59% presentaron algún familiar con diagnóstico previo y solo el 15.4% tuvieron padres mayores a 42 años. (Tabla II). Dentro de los antecedentes perinatales observados como factores de riesgo asociados al TEA, solo el 7.7% tuvo prematuridad y el 17% sufrimiento fetal 17%. (Tabla III).

Tabla 1. Características generales de la población

Variable	n	Porcentaje
Edad (años)		
3 a 6	5.08 ± 1.133*	
Sexo		
Femenino	9	23.1
Masculino	30	76.9

Fuente: Expedientes clínicos de la UMF 16. n=39. * media y desviación estándar

Respecto al tratamiento farmacológico, el 74.4% si lo llevaron. Los fármacos que recibieron fueron: risperidona 23 pacientes, fluoxetina 9 y metilfenidato 6 pacientes. De estos pacientes, 18 fueron tratados con monoterapia, ocho terapias duales y tres pacientes terapia triple. En cambio, el 28.2% recibieron estimulación temprana de manera extrainstitucional; de las cuales, siete tuvieron terapia social, conductual y física, tres terapia psicosocial y uno terapia acuática.

Tabla II. Antecedentes de Familiar con TEA y edad avanzada de padres

Variable	n	Porcentaje
Antecedente de TEA		
Sí	23	59
No	16	41
Padres en edad avanzada		
Sí	6	15.4
No	33	84.6

Fuente: Expedientes clínicos de la UMF 16. n=39

Tabla III. Antecedentes Perinatales de factores de riesgo asociados al desarrollo del TEA

Antecedente Perinatal	n	Porcentaje
Prematuro	3	7.7
Sufrimiento Fetal	7	17.9
Ninguno	29	74.4

Fuente: Expedientes clínicos de la UMF 16. n=39

Tabla IV. Tratamiento farmacológico y estimulación temprana

Variable	n	porcentaje
Tratamiento farmacológico		
Sí	29	74.4
No	10	25.6
Estimulación temprana		
Sí	11	28.2
No	28	71.8

Fuente: Expedientes clínicos de la UMF 16. n=39

Discusión

Se encontraron 39 niños de 3 a 6 años diagnosticados con TEA en la unidad sede en el año 2022, donde el sexo masculino y la edad de 5 años fueron los más frecuentes. Similar al estudio realizado en Argentina,

cuyo predominio fue en los hombres con una relación 4 a 1 y con edad de 4 a 6 años.¹⁴ Esto se puede explicar por la carga genética, ya que los hombres tienen mayor tendencia a padecer autismo; para que una mujer padezca este trastorno se necesitan más mutaciones genéticas; además que sigue siendo un reto la identificación de los rasgos tempranos del TEA.^{4,15}

El antecedente familiar con TEA fue del 59 % y la edad avanzada de los padres del 15.4 %. Se ha demostrado en varios estudios que la genética es un factor de riesgo importante para padecer esta enfermedad, así como la edad paterna avanzada.¹⁵⁻¹⁹ Dentro de los antecedentes perinatales, se observaron: el antecedente de prematuridad y de sufrimiento fetal agudo. Wang et al.²⁰ mencionan en su metaanálisis como antecedentes prenatales a: la edad avanzada de los padres, hipertensión y diabetes gestacional, amenaza de aborto. Como antecedentes perinatales: sufrimiento fetal, ruptura prematura de membranas y circular de cordón, etc. Y como antecedentes posnatales: bajo peso al nacer, hipoxia, anomalías del cerebro, sexo masculino, infección respiratoria, entre otros. Otros autores también describen algunos de estos factores de riesgo para presentar TEA.^{21,22} En cuanto al tratamiento recibido, el 74.4 % tuvo tratamiento farmacológico, predominando el uso de la risperidona y la monoterapia. No existen fármacos que curen el TEA, solo ayudan a disminuir las comorbilidades conductuales, tratar la epilepsia y los trastornos de sueño.¹⁰ Los pacientes requieren estimulación temprana, sin embargo, en la institución no se otorgó; los 11 pacientes (28.2%) que la llevaron a cabo, fue de manera externa; aunque se conoce que la terapia psicopedagógica desempeña un papel importante en el tratamiento de estos pacientes, la cual debe otorgarse lo más temprano posible, de manera intensiva y de tipo multimodal, como son terapia de lenguaje, programas de socialización, estimulación sensorial múltiple y terapia recreativa.²³

Limitaciones del estudio: A pesar de tener una población pediátrica importante en la unidad sede, el tamaño de la muestra fue pequeña, ya que los padres de familia llevan a sus hijos por otros motivos de salud. Además, el personal del primer nivel de atención debe detectar los primeros signos tempranos de TEA para evitar el retraso en su manejo y orientar a los padres de familia a acudir a los centros que otorgan el tratamiento psicopedagógico en la ciudad, ya que en la unidad no está disponible.

Conclusiones: Treinta y nueve niños de 3 a 6 años presentaron TEA en el año 2022 en la UMF No. 16. Predominaron el sexo masculino y la edad de 5.08 años. Los factores de riesgo asociados a TEA fueron: el antecedente familiar, sufrimiento fetal y prematuridad. El 74.4 % recibió tratamiento farmacológico y el 28.2 % recibió estimulación temprana. En México

existen pocos estudios sobre este padecimiento, por lo cual esta investigación -realizada en el primer nivel de atención- podría ayudar al desarrollo de futuros proyectos.

Referencias

- Randall M, Sciberras E, Brignell A, Ihsen E, Efron D, Dissanayake C, et al. Autism spectrum disorder: Presentation and prevalence in a nationally representative Australian sample. *Aust N Z J Psychiatry* 2016;50(3):243-253. doi: 10.1177/0004867415595287.
- Organización Mundial de la Salud. Autismo. Nota Descriptiva 30 de marzo del 2022: Geneva WHO; 2022 [acceso 19/11/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Statista Research Department. Prevalencia del autismo en niños en países seleccionados del mundo 2022. 8 de abril 2022. [acceso 19/11/2024]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1225748/prevalencia-del-autismo-en-ninos-en-paises-seleccionados-del-mundo>
- Celis Alcalá G, Ochoa Madrigal MG. Trastorno del Espectro Autista (TEA). *Rev Fac Med UNAM* 2022;65(1):7-20. <http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.1.02>
- Vázquez-Villagrán LL, Moo-Rivas CD, Meléndez-Bautista E, Magriñá-Lizama JS, Méndez-Domínguez NI. Revisión del trastorno del espectro autista: actualización del diagnóstico y tratamiento. *Rev Mex Neuroci* 2017 [acceso 20/11/2024];18(5):31-45. Disponible en: [https://previous.revmexneurociencia.com/wpcontent/uploads/2017/09/RevMexNeuroci_2017_18\(5\)-31-45-\(R\).pdf](https://previous.revmexneurociencia.com/wpcontent/uploads/2017/09/RevMexNeuroci_2017_18(5)-31-45-(R).pdf)
- Reynoso C, Rangel MJ, Melgar V. El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2017 [acceso 21/11/2024];55(2):214-222. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28296371>
- Lara Correa DL, Utría Rodríguez O, Ávila-Toscano JH. Factores de riesgo pre, peri y postnatales asociados al género en niños y niñas con autismo. *Int J Psychol Res* 2012 [acceso 22/11/2024];5(2):77-90. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299025051009>
- American Academy of Pediatrics. 2016 Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Bright Futures Periodicity Schedule Workgroup. *Pediatrics* 2016;137:e20153908. DOI: 10.1542/peds.2015-3908
- Cuesta JL, Sánchez S, Orozco ML, Valenti A, Cottini L. Trastorno del espectro del autismo: intervención educativa y formación a lo largo de la vida. *Psychol Soc Edu.* 2016;8(2):157-172. <https://doi.org/10.25115/psye.v8i2.556>
- Williamson E, Sathe NA, Andrews JC, Krishnaswami S, McPheeters ML, Fonnesbeck C, et al. Medical Therapies for Children With Autism Spectrum Disorder—An Update. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2017 [acceso 22/11/2024]. Report No.: 17-EHC009-EF. PMID: 29064643.
- Sun X, Allison C, Wei L, Matthews FE, Auyeung B, Wu YY, et al. Autism prevalence in China is comparable to Western prevalence. *Mol Autism* 2019; 10(7):2-19. doi: 10.1186/s13229-018-0246-0
- Yáñez C, Maira P, Elgueta C, Brito M, Crockett MA, Troncoso L, et al. Estimación de la prevalencia de trastorno del Espectro Autista en población urbana chilena. *Andes Pediatr* 2021;92(4):519-525. <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i4.2503>.
- Zeidan J, Fombonne E, Scora J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res* 2022;15(5):778-790. doi: 10.1002/aur.2696.
- Arberas C, Ruggieri V. Autismo. Aspectos genéticos y biológicos. *Medicina (Buenos Aires)* 2019 [acceso 20/11/2024]; 79(Suppl1):16-21. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802019000200005&lng=es.
- Bölte S, Girdler S, Marschik PB. The contribution of environmental exposure to the etiology of autism spectrum disorder. *CMLS* 2019; 76:1275-1297. <https://doi.org/10.1007/s00018-018-2988-4>
- Tick B, Bolton P, Happé F, Rutter M, Rijdsdijk F. Heritability of autism spectrum disorders: a meta-analysis of twin studies. *J Child Psychol Psychiatry* 2016; 7:585-595. doi: 10.1111/jcpp.12499.
- Merikangas AK, Calkins ME, Bilker WB, Moore TM, Gur RC, Gur RE. Parental age and offspring psychopathology in the Philadelphia Neurodevelopmental Cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017; 56:391-400. doi: 10.1016/j.jaac.2017.02.004.
- Janecka M, Mill J, Basson MA, Goriely A, Spiers H, Reichenberg A, et al. Advanced paternal age effects in neurodevelopmental disorders-review of potential underlying mechanisms. *Transl Psychiatry* 2017;7(1):e1019. doi: 10.1038/tp.
- Thapar A, Rutter M. Genetic Advances in Autism. *J Autism Dev Disord* 2021;51(12):4321-4332. doi: 10.1007/s10803-020-04685-z.
- Wang C, Geng H, Liu W, Zhang G. Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017 May;96(18):e6696. doi: 10.1097/MD.0000000000006696.
- Hisle-Gorman E, Susi A, Stokes T, Gorman G, Erdie-Lalena C, Cade MN. Prenatal, perinatal, and neonatal risk factors of autism spectrum disorder. *Pediatr Res* 2018; 84:190-198. <https://doi.org/10.1038/pr.2018.23>
- Sousamli A, Dragioti E, Metallinou D, Lykeridou A, Dourou P, Athanasiadou CR, et al. Perinatal and demographic risk factors associated with Autism Spectrum Disorder: A National Survey of Potential Predictors and Severity. *Healthcare* 2024;12(20):2057. <https://doi.org/10.3390/healthcare12202057>
- Grañana N. Espectro Autista; una propuesta de intervención a la medida, basada en evidencia. *Rev Med Clin Condes* 2022; 33(4) 414-423.

1. (México) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de la Salud (ISSSTE), Jalisco, México. <https://orcid.org/0000-0003-1589-9891>; 2. (México) Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Cd México, México. <https://orcid.org/0000-0001-5923-0255>; 3. (México) Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud, Facultad de Medicina, UNAM, Cd México, México. <https://orcid.org/0009-0005-8415-748X> (Invitada al Grupo de Trabajo. GT); 4. (México) Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud, Facultad de Medicina, UNAM, Cd México, México. <https://orcid.org/0009-0008-9006-9103>. (Invitada al GT) 5. (México) Instituto Mexicano del Seguro Social. (IMSS), Cd. México, México. <https://orcid.org/0000-0001-5845-0803>; 6. (Colombia) Universidad del Valle, Cali, Colombia. <https://orcid.org/0009-0009-9453-1489>; 7. (Argentina) <https://orcid.org/0009-0004-2401-9395>; 8. (Bolivia) <https://orcid.org/0009-0006-4433-547x>; 9. (Brasil) Zeliete Zambón; 10. (Chile) <https://orcid.org/0000-0002-7459-2251>; 11. (Chile) <https://orcid.org/0009-0002-6600-2204>; 12. (Colombia) <https://orcid.org/0000-0002-9416-8407>; 13. (Costa Rica) <https://orcid.org/0000-0002-7290-9032>; 14. (Cuba) <https://orcid.org/0004-0001-5029-0964>; 15. (Cuba) <https://orcid.org/0598712046910816>; 16. (Ecuador) <https://orcid.org/0000-0003-34486734>; 17. (Ecuador) <https://orcid.org/0009-0000-7597-1395>; 18. (España) <https://orcid.org/0000-0001-6067-3651>; 19. (España) <https://orcid.org/0000-0001-7685-1563>; 20. (México) <https://orcid.org/0000-0002-5709-6803>; 21. (México) <https://orcid.org/0000-0003-1198-7114>; 22. (Nicaragua) <https://orcid.org/0009-0008-9622-8216>; 23. (Nicaragua) <https://orcid.org/0009-0008-8067-1483>; 24. (Panamá) <https://orcid.org/0009-0002-3542-7680>; 25. (Paraguay) <https://orcid.org/0009-0006-6231-6029>; 26. (República Dominicana) <https://orcid.org/0009-0005-8228-7096>; 27. (República Dominicana) <https://orcid.org/0009-0005-9362-4289>; 28. (Venezuela) <https://orcid.org/0000-0002-9711-7744>;

La certificación y recertificación de especialistas en medicina familiar en Iberoamérica: Diagnóstico situacional 2024

Certification and Recertification of Family Medicine Specialists in Latin America: Situational Diagnosis 2024

Certificação e Recertificação de especialistas em medicina de família na América Latina: Diagnóstico situacional 2024

Minerva Paulina Hernández-Martínez,¹ Miguel Ángel Fernández-Ortega,² Alejandra Chávez-Ciriaco,³ Andrea Fernanda Aguirre-Vázquez,⁴ Miguel López-Lozano,⁵ Dora Patricia Bernal-Ocampo.⁶

Grupo de trabajo

Raúl Urquiza,⁷ Miguel Ángel Suárez Cuba,⁸ Zeliete Zambón,⁹ Diana Cáceres Vásquez,¹⁰ Patricia Elizabeth Vargas,¹¹ Karen Muñoz Chamorro,¹² Francisco Javier Ortiz Vargas,¹³ Javier Maure Barcia,¹⁴ Rubén Antonio García López de Villavicencio,¹⁵ Johanna Lasmenia Montalvo Vázquez,¹⁶ Vanessa Andrade Hernández,¹⁷ Gisela Galindo Ortega,¹⁸ María R Fernández,¹⁹ María Emiliana Avilés Sánchez,²⁰ Héctor Tlahuel Tecuannhey,²¹ Roberto Martínez Cabrera,²² Gioconda Eulogia de Fátima,²³ Ramírez Domínguez,²⁴ Cristina Silvera,²⁵ Diana Yuruhan,²⁶ Rubén Vasquez,²⁷ Crisan Morillo,²⁸ Zulay Gimenez,²⁹ Octavio Noel Pons Álvarez,³⁰ Giselle Zuñiga,³¹ José Luis Huerta González,³² Zitlalli Portillo García,³³ Sara de Jesús López Salas,³⁴ Trinidad León Zempoalteca,³⁵ Martín Cruz Olivares,³⁶ Marco Antonio Bailón Ramos,³⁷ Juan Carlos Ramos Cruz,³⁸ Olivia Landa Martínez,³⁹ Isaías Hernández Torres,⁴⁰ Ana Isabel Tun Basulto,⁴¹ Michael Yokena Sánchez Palacios,⁴² Juan José Mazón Ramírez.⁴³

DOI: 10.62514/amf.v27i1.117

Resumen

La certificación y recertificación de especialistas en medicina familiar generan confianza en que el médico cuenta con los conocimientos y habilidades necesarias para ejercer la especialidad, no obstante, en la mayor parte de los países de Iberoamérica no se efectúa. Los primeros esfuerzos para impulsar la recertificación en la región iberoamericana se efectuaron hace 21 años, en Isla Margarita, Venezuela (2003), durante la Mini-Cumbre de 2003. El objetivo de este informe fue identificar el estado actual de los procesos de certificación y recertificación de especialistas de medicina familiar en Iberoamérica. Se trata de un estudio transversal realizado por profesores e investigadores de la especialidad de Medicina Familiar en 19 países que conforman la WONCA-Iberoamericana-CIME. Se recolectó la información con un cuestionario de 34 preguntas relacionadas con los procesos de certificación y recertificación de cada país. El cuestionario fue enviado por correo electrónico a cada uno de los investigadores participantes. Se advierte que nueve de los países estudiados tienen avances en materia de recertificación y seis de ellos, realizan procesos de evaluación tangibles, con procesos bien definidos y médicos certificados de manera voluntaria.

Palabras clave: Medicina familiar, Certificación, Médicos de Familia

Abstract

Certification and recertification of family medicine specialists generate confidence that the doctor has the knowledge and skills necessary to practice the specialty; however, in most Latin American countries this is not done. The first efforts to promote recertification in the Ibero-American region were made 21 years ago, in Margarita Island, Venezuela (2003), during the 2003 Mini-Summit. The objective of this report was to identify the current status of the certification and recertification processes for family medicine specialists in Ibero-America. This is a cross-sectional study carried out by professors and researchers in the specialty of Family Medicine in 19 countries that make up WONCA-Iberoamericana-CIME. The information was collected with a questionnaire of 34 questions related to the certification and recertification processes of each country. The questionnaire was sent by email to each of the participating researchers. It is noted that nine of the countries studied have made progress in recertification and six of them carry out tangible evaluation processes, with well-defined processes and voluntarily certified physicians.

29. (México) Universidad Nacional Autónoma de México <https://orcid.org/0009-0000-3143-9188>; 30. (Perú); 31. (México) Universidad Autónoma de San Luis Potosí <https://orcid.org/0000-0002-7063-5752>; 32. (México) Instituto Mexicano del Seguro Social <https://orcid.org/0000-0002-8092-266>; 33. (México) Instituto Mexicano del Seguro Social <https://orcid.org/0000-0003-4022-233X>; 34. (México). Instituto Mexicano del Seguro Social <https://orcid.org/0009-0008-8490-6833>(México); 35. (México) Instituto Mexicano del Seguro Social <https://orcid.org/0009-00070111-3823>; 36. (México) Instituto Mexicano del Seguro Social <https://orcid.org/0000-0002-9202-5146>; 37.(México) Instituto Mexicano del Seguro Social <https://orcid.org/0009-0000-7308-6069>; 38.(México) Instituto Mexicano del Seguro Social <https://orcid.org/0000-0003-3208-4352>; 39.(México) 40.(México) Universidad Nacional Autónoma de México <https://orcid.org/0000-0003-3890-004X>. 41. (México) <https://orcid.org/0009-0009-9845-6746>. 42.(México) <https://orcid.org/0009-0002-4775-6799>. 43. (México)Universidad Nacional Autónoma de México <https://orcid.org/0000-0003-0758-1744>.

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

Autor de correspondencia:
Dra. Minerva Paulina Hernández-Martínez.

Correo electrónico:
inepau80@gmail.com

Recibido: 30-11-2024

Aceptado: 15-12-2024

Keywords: Family Practice, Certification, Physicians, Family

Resumo

A certificação e recertificação de especialistas em medicina de família geram confiança de que o médico possui os conhecimentos e habilidades necessários para exercer a especialidade, porém, na maioria dos países latino-americanos isso não é realizado. Os primeiros esforços para promover a recertificação na região Ibero-Americana foram realizados há 21 anos, na Ilha Margarita, Venezuela (2003), durante a Mini-Cúpula de 2003. O objetivo deste relatório foi identificar o estado atual dos processos de certificação e recertificação de especialistas em medicina de família na América Latina. Trata-se de um estudo transversal realizado por professores e pesquisadores da especialidade de Medicina de Família nos 19 países que compõem a WONCA-Iberoamericana-CIME. As informações foram coletadas por meio de um questionário de 34 questões relacionadas aos processos de certificação e recertificação de cada país.

Palavras-chave: Medicina de Família, Certificação, Médicos, Família

Introducción

La ciencia médica requiere vigilancia, regulación y certificación periódica de los conocimientos y habilidades de los médicos. Los procesos de certificación formales se remontan a Inglaterra en 1858 y posteriormente en América, por la primera Junta Estadounidense de Exámenes Oftalmológicos en 1917.¹ Canadá inició más tarde, en 1929 y México en 1963, con el Consejo Mexicano de Certificación de Anatómopatólogos. En Estados Unidos (EEUU), el *American Board of Family Practice* inició sus actividades de certificación de especialistas en 1973 con duración de 10 años.^{2,3} Mientras que, en México, el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar lo hizo en 1987.⁴⁻⁶

La certificación y recertificación son procesos que promueven, mantienen y garantizan elevados estándares de calidad en la atención médica, así como un distintivo de confianza, en los conocimientos y habilidades de un profesional médico.⁷ El Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM), en México, define la certificación como: "El acto que consistirá en la emisión de un documento o la expedición de un certificado por el consejo respectivo y CONACEM, por el cual es evaluada la persona solicitante respecto de los conocimientos, habilidades, destrezas, aptitudes y calificación de la pericia que se requiere para el ejercicio de la especialidad", y a la Recertificación, como "La renovación de la vigencia de la certificación".^{8,9} No obstante, es

necesario precisar que esta definición de la certificación -en la mayor parte de los países de Iberoamérica (IBA)- corresponde a la obtención del título de especialista otorgado por las instituciones de educativas y de salud, y no a una evaluación de pares externos e independientes de las instituciones que formaron al médico familiar.^{10,11}

En medicina familiar, la certificación garantiza que el profesional médico posee las competencias necesarias para otorgar atención integral a la familia con elevados estándares de calidad.¹¹ A pesar de estas ventajas, la mayoría de los países de IBA, a excepción de México hasta hace algunos años tenían pocos avances en materia de recertificación, concentrándose los procesos formales de evaluación en los tres países de América del Norte (Canadá, EE UU y México). Según el doctor Espinoza de los Reyes, la certificación y recertificación son procesos elaborados y dirigidos por médicos pares (según la especialidad), "[...] cuyo fin primordial es que los especialistas certificados y recertificados cumplan íntegramente con estándares mínimos de competencia para brindar una excelente atención profesional [...]"⁶ Los especialistas están obligados a renovar sus conocimientos, por lo que es necesario realizar la certificación para tener vigentes y actualizados sus conocimientos.^{7,12}

En diferentes momentos de la historia de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (WONCA-Iberoamericana-CIMEF), se han realizado diagnósticos situacionales del estatus de la certificación y recertificación de especialistas en IBA, sin embargo, los resultados han sido poco alentadores. En 2003, durante la "Mini-Cumbre de Isla Margarita", en Venezuela, solo Venezuela y México refrieron realizar recertificación de especialistas en medicina familiar, de ellos, solamente México realizaba una evaluación formal a través de un examen de conocimientos. En Venezuela, la certificación correspondía a una constancia de pertenencia a la Sociedad Venezolana de Medicina Familiar. En 2011, Durante la "Cumbre de Asunción", se realizó otro diagnóstico situacional con 15 de los 20 países de la Región, de los cuales, Bolivia, Brasil, Cuba, México, Paraguay y Perú, dijeron contar con procesos de recertificación, no obstante, en aquel momento solo eran proyectos no establecidos, donde no había realmente procesos de evaluación formales, salvo en México. Entre 2014 y 2015, un nuevo grupo de trabajo realizó otra encuesta que mostraba avances incipientes en algunos países, y en otros, que aparentemente habían iniciado en 2011, ya no habían avanzado, como en el caso de Brasil, Perú y Bolivia.^{7,13} En los años 2023 y 2024, además de los intentos de fortalecimiento de algunos países en materia de calidad de la atención, se ha iniciado formalmente la búsqueda de alternativas viables para normar y legislar en materia de recertificación de médicos especialistas.^{8,14-16} Por lo que se decidió realizar

este trabajo con el objetivo de determinar el estado actual de los procesos de certificación y recertificación de especialistas en 19 países de Iberoamérica, pertenecientes a WONCA-Iberoamericana-CIMEF.

Desarrollo

Estudio exploratorio y transversal, con fines de diagnóstico situacional, realizado entre los meses de junio a diciembre de 2024. Se invitó a participar a uno o dos representantes expertos en el tema de certificación y recertificación de especialistas en medicina familiar, por país, de los 19 que conforman la WONCA-Iberoamericana-CIMEF. Los participantes fueron profesores, investigadores y/o clínicos, líderes de opinión, los cuales se dieron a la tarea de investigar y documentar las respuestas a un cuestionario con 34 preguntas relacionadas con los procesos de certificación y recertificación en cada uno de sus países. El instrumento exploraba tres áreas generales: *residencia médica; procesos de certificación de especialistas y*

procesos de recertificación. Las tres áreas, se eligieron de acuerdo con el interés que tuvieron los integrantes del grupo -referente a lo que les interesaba conocer de cada país- el tema de la evaluación en medicina familiar fue revisado en dos reuniones de trabajo *en línea*.

El cuestionario fue elaborado, revisado y validado en su contenido por profesores de diferentes instituciones educativas de México y Colombia. Posteriormente, la validación de contenido se realizó por integrantes del grupo de trabajo. El cuestionario fue enviado por correo electrónico a cada uno de los investigadores participantes. La información proporcionada se concentró en un informe regional y posteriormente remitido nuevamente a los participantes del grupo para su revisión y aprobación.

Resultados

La encuesta se llevó a cabo entre los meses de mayo a octubre de 2024. De los 19 países integrantes de WONCA-Iberoamericana-CIMEF, respondieron 16: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, España, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela. A continuación, se presentan los resultados, integrados en las tres áreas de análisis.

Residencia médica

Al respecto de la denominación de la especialidad, se observó que en ocho de los dieciséis países (Bolivia, Colombia, México, Panamá, Ecuador, Argentina, Chile y Puerto Rico), el nombre de *Medicina Familiar* fue el más frecuente. En segundo lugar, el nombre de *Medicina Familiar y Comunitaria* se encontró en seis países (España, República Dominicana, Costa Rica, Brasil, Chile y Ecuador, estos dos últimos, también usan la primera denominación). En Nicaragua se le llama *Medicina Integrada*; Venezuela *Medicina General Familiar* y *Medicina General Integral*, al igual que en Cuba. Finalmente, se debe puntualizar que Chile es el país más diverso, además de las anteriores, también se le conoce como *Medicina Familiar mención niño, Medicina Familiar mención adulto y Medicina Familiar mención adulto mayor*.

En 12 de los 16 países la residencia tiene una duración de tres años. En el caso de Argentina (a diferencia de las dos encuestas anteriores de 2003 y 2011), reportan algunos cursos de especialización de cuatro años. Caso contrario ocurre en República Dominicana, donde en 2011 informó que la habían incrementado a cuatro años de duración, lo cual fue muy significativo, dado el crecimiento en el número de sedes de residencia que se observó entre 2003 y ese año, aumento que sigue hasta la fecha, no obstante, la duración de la especialización se redujo nuevamente

Tabla 1. Años de duración de las residencias de medicina familiar en América

País	Año 2003	Año 2011	Año 2024
Canadá	2 años	2 años	2 años
Estados Unidos	3 años	3 años	3 años
México	3 años	3 años	3 años
Argentina	3 años	3 años	3 y 4 años
Bolivia	3 años	3 años	3 años
Brasil	2 años	2 años	2 años
Panamá	3 años	3 años	3 años
Costa Rica	3 años	4 años	4 años
España	3 años	4 años	4 años
Venezuela	3 y 2 años	3 y 2 años	3 y 2 años
República Dominicana	3 años	4 años	3 años
Chile	3 años	3 años	3 años
Colombia	3 años	3 años	3 años
Cuba	3 años	2 años	3 años
Ecuador	3 años	3 años	3 años
Paraguay	3 años	3 años	3 años
Puerto Rico	3 años	3 años	3 años
Nicaragua	3 años	3 años	3 años
Uruguay	3 años	3 años	3 años
Perú	3 años	3 años	3 años
El Salvador	3 años	3 años	3 años

Los procesos de certificación de especialistas

a tres años.¹⁷ Otro país por destacar es Cuba, que en 2011 vivía un intenso movimiento de médicos cubanos hacia algunos de los países de América y África, con quienes mantenía convenios de apoyo a través de misiones de miles de médicos. Por esa situación, se disminuyó el tiempo de formación a dos años, e incluso menos.¹³ Hoy en día, se recuperó ese déficit y vuelven a tres años de duración. Ver tabla I.

El concepto de certificación de especialistas en Iberoamérica tiene dos grandes acepciones. La primera y más común, corresponde a la acreditación que hacen los programas de residencia médica en instituciones educativas y de salud, después de que el alumno ha aprobado los criterios de egreso, que aseguren que posee los conocimientos, actitudes y competencias profesionales para ejercer como especialista.¹⁸ Tal es el caso de Bolivia, que además lo hace a través del Colegio Médico, en coordinación con los Comités Científicos del Sistema Universitario Boliviano y centros de formación del exterior acreditados¹⁵ o República Dominicana que requiere el reconocimiento del Ministerio de Educación Superior de Ciencias y Tecnología (MESCYT). De igual modo, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, España, Nicaragua, Panamá, Venezuela y Puerto Rico¹⁶ aunque este último, en el caso de requerir la certificación para trabajar en los EE UU, deberá realizarla a través del *American Board of Family Medicine* (ABFM)¹⁹ que corresponde a la segunda acepción de la definición, consistente en una evaluación de pares, independiente a la acreditación de las universidades, temporal y con vigencia de cuatro o cinco años, según el país.^{1,4,11,20-23}

En el caso de México, la certificación por pares (consejos de especialistas), es obligatoria desde 2013.²⁴ Para obtener la licencia a fin de ejercer como especialista, todos los médicos deben aprobar el examen de certificación al término de la residencia, en este caso, por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar (CMCMF)^{1,4,11,24} el objetivo de esta certificación, es para garantizar que el médico posee los conocimientos teóricos y prácticos (ECOEF en línea) como especialista, a través de una evaluación de pares, externa e independiente, que mide además de las competencias del médico, la calidad de los programas de residencia en las diferentes universidades. Según Sepúlveda-Vildósola, [...] la certificación evalúa el conocimiento general de la especialidad, la capacidad diagnóstica, terapéutica y pronóstica del médico, el juicio clínico/quirúrgico, el profesionalismo y la capacidad de análisis.²⁵ Para el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) La Certificación es “[...] la expedición de un certificado respecto de los conocimientos, habilidades, destrezas, aptitudes y calificación de la pericia que se requiere para el ejercicio de la especialidad.⁸

La Federación Argentina de Medicina Familiar y Comunitaria (FAMFYC) realiza desde hace más de una década, esfuerzos por extender sus procesos de certificación por pares a todo el país, no obstante, esta evaluación no ha logrado el impacto institucional esperado. En Puerto Rico, la evaluación que realiza la MBFM (*Medical Board of Family Medicine*), por exámenes de conocimientos, elaborados por los pares pertenecientes a la Junta Médica de Medicina Familiar de los EE. UU., realiza las certificaciones de los médicos puertorriqueños que pretenden trabajar en ese país. Si el ejercicio profesional será en Puerto Rico, solo requiere la certificación universitaria como en los otros 13 países. En los trece países restantes, la certificación se otorga al egresado de la especialidad, cuando ha completado los requisitos para obtener el título como especialista.^{16,26,30} Sin embargo, algunos países, como Bolivia, Chile, Costa Rica y Paraguay, requieren que ese título sea acreditado además por la sociedad médica correspondiente, como el Colegio Médico de Bolivia en coordinación con el Comité Científico Nacional y la Sociedad Boliviana de Medicina Familiar; la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM), en Chile; el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar, respectivamente.²⁸ Al respecto de la certificación, en los dieciséis países es un proceso obligatorio, con algunas diferencias. Todos los países requieren para ejercer la especialidad, que el médico tenga un título o diploma que acredite esa formación de posgrado, reconocida por la institución gubernamental correspondiente, sea el Ministerio de Salud o de Educación.²⁷⁻³⁰

En el caso de Brasil y Argentina, también se hace válida la certificación, aunque los médicos no hayan realizado un programa de especialización formal, y acrediten la reconversión de médicos generales a médicos familiares por años de experiencia y horas curriculares al igual que lo hizo España a través del Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio.³¹ En el caso del primero, el aspirante debe comprobar cuatro años de trabajo como clínico en atención primaria, con 40 horas/semana de trabajo, la inscripción para la prueba y aprobarla con mínimo 60 de 90 puntos para obtener el título de especialista en medicina familiar. Para Argentina, los aspirantes a la Certificación deben presentar su *curriculum vitae*, demostrando 300 créditos y ejercicio activo en medicina general y familiar. México y Colombia, que también tienen programas de reconversión en la especialidad, no tienen diferencias para la certificación de sus egresados de la residencia, puesto que los alumnos de estos programas deben completar los mismos créditos, requisitos de ingreso, permanencia y egreso que los médicos residentes.¹³ En el caso de Chile, no es indispensable contar con la certificación por CONACEM para ejercer la medicina privada, solo en la pública.³²

Tabla II. Organización rectora de la Certificación en dieciséis países de Iberoamérica

País	Institución rectora de la Certificación	Año de inicio	Funciones
Argentina	Ministerio de Salud, quien delega este proceso en universidades, sociedades científicas y colegios profesionales (Federación Argentina de Medicina Familiar)	2009	La autoridad de aplicación hace cumplir las normas establecidas en el proceso de certificación y recertificación. La FAMFYG como entidad certificante, lleva adelante el procedimiento para la certificación y recertificación de especialistas en medicina general y/o de familia
Bolivia:	Colegio Médico de Bolivia (CMB), en coordinación con los Comités Científicos, CNIDAI - CRIDAI- Sistema Universitario Boliviano	(CMB) 1971 (Decreto Certificación) 2008	El Colegio Médico de Bolivia participa activamente en la formación de recursos humanos
Brasil	Ministerio de Salud delega este proceso en las universidades (Instituciones de Educación Superior)	1981	Las universidades centran la formación académica durante periodos de tres años. Posteriormente son registrados ante el Ministerio de Educación.
Chile	La Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM). La Certificación está ligada al reconocimiento por el Ministerio de Salud y asociado a reconocimiento por Superintendencia de Salud.	(CONACEM) 1984 (MINSAL autoriza la Certificación) 2014	Ministerio de Salud reconoce a CONACEM como la entidad certificadora de médicos de 24 especialidades.
Colombia	Ministerio de Educación delega este proceso en las universidades (Instituciones de Educación Superior)	-----	Las universidades centran la formación académica en el Programa Único Nacional de Especialización en Medicina Familiar desde 2015. Posteriormente son registrados ante el Ministerio de Educación.
Costa Rica	Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica	1987	Posterior al procedimiento de "Juramentación" ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, son certificados como especialistas
Cuba	Ministerios de Salud Pública (MINSAP) y de Educación Superior	-----	Las universidades forman especialistas en tres años, con base en lo establecido por el MINSAP y luego son certificados ante el Ministerio de Educación.
Ecuador	Ministerio de Educación delega este proceso en las universidades (Instituciones de Educación Superior)	-----	Las universidades forman especialistas en tres años, y luego son certificados ante el Ministerio de Educación.
España	Los ministerios de Educación y Sanidad.	1978	Para cada especialidad existe la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) que es la que define las competencias y vigila su cumplimiento durante la formación MIR.
México	Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM), a través de los Consejos de Certificación de cada especialidad (Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar)	(Inicia la Certificación por Academia Nacional de Medicina) 1963 (CONACEM) 1995 (CMCMF) 1987	Supervisar el entrenamiento, habilidades, destrezas y calificación de la pericia que se requiere para la certificación y recertificación, en las diferentes especialidades de la medicina reconocidas por el CONACEM y en las instituciones de salud. También, uniforma los criterios de certificación y homologa los puntajes para recertificación, con la participación de los Consejos (CMCMF).
Nicaragua	Ministerio de Educación delega este proceso en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (de Managua)	1982	la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (Managua), constituye el planteamiento, desarrollo y evaluación de las acciones de Docencia, Investigación y Gestión Institucional.
Panamá	Consejo Interinstitucional de Certificación de Posgrados y Especialidades (No se ha integrado aún). Se realiza a través de las Instituciones de Educación Superior (Universidades)	2004	Diseñar, aprobar, administrar y aplicar los instrumentos de evaluación para la comprobación satisfactoria de la competencia profesional y técnica.
Paraguay	Ministerio de Educación delega este proceso en las universidades (Instituciones de Educación Superior)	-----	Las universidades forman especialistas en tres años, y luego son certificados ante el Ministerio de Educación.

País	Institución rectora de la Certificación	Año de inicio	Funciones
Puerto Rico	Departamento de Salud - Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica (JLDM). A nivel de Estados Unidos, el <i>American Board of Family Medicine (ABFM)</i>	(ABMF) 1969 (JLDM) 2008	Junta de Licenciamiento del Gobierno de PR y la "ABFM" como entidades responsables de diseñar, administrar y evaluar los exámenes y actividades tendientes a la certificación. Sin embargo, si se pretende hacer la certificación válida para EUA, deberá realizarse ante el ABMF
República Dominicana	Ministerio de educación superior de Ciencias y Tecnología (MESCYT)	(MESCYT) 2010	Encargado de fomentar, reglamentar y administrar el Sistema Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología -Vigila el cumplimiento de las políticas, la evaluación de todos los órganos.
Venezuela	Instituciones de Educación Superior (Universidades); El Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS) y la Gobernación de Caracas.	-----	Las universidades centran la formación académica durante periodos de tres años.

Uno de los principales problemas para implementar los modelos de certificación y recertificación de especialistas en todos los países, es la falta de obligatoriedad para ejercer la profesión, como ocurre en Reino Unido.³³ Los dieciséis países refirieron que estar certificados les permite ejercer la especialidad de manera legal, en algunos casos con mayor sueldo, mejores posibilidades de desarrollo profesional, y legales, derivados o asociados a la práctica médica. Adicionalmente, en México, muchos hospitales públicos y privados, así como aseguradoras, requieren que sus médicos estén certificados, además es requisito para la certificación de calidad en hospitales y clínicas de primer nivel de atención. Para los ascensos o actividad docente, muchas instituciones solicitan la certificación. En caso de demanda por *mala praxis*, se convierte en una atenuante al demostrar que el médico está actualizado, en caso contrario, puede ser una agravante.

Finalmente, la mayor parte de los países mencionaron recibir financiamiento público, principalmente en los casos donde la certificación corresponde a la definición de "acreditación por las instituciones formadoras", ya sean universitarias, como en el caso de los países de América Latina; o de salud, como es el caso de España. Situación excepcional ocurre en Bolivia, en donde además se requiere del autofinanciamiento del Colegio Médico, a través de sus colegiados.³⁴ En el caso de Argentina, México y Puerto Rico, el financiamiento es derivado de las cuotas que los médicos pagan por la realización de las evaluaciones o acreditaciones realizadas por las instancias certificadoras.^{8,20,28} Adicionalmente, en la certificación de Costa Rica, participa el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, cuya financiación es a través de una deducción mensual al personal médico (si no se paga este monto no se puede ejercer la medicina en el país). Por último, la CONACEM, en Chile, realiza una certificación administrativa, sin evaluaciones ni procesos formativos y es financiada por las cuotas de los médicos que se certifican.

Los procesos de recertificación de especialistas

Como consecuencia de los avances científicos y tecnológicos que ocurren permanentemente en todas las ciencias, principalmente las médicas, así como de la transformación epidemiológica y demográfica que constantemente se presenta en todas las sociedades, los especialistas están obligados a renovar periódicamente sus conocimientos y a evidenciar la vigencia de su competencia profesional a través de la recertificación, es decir, a mantener su certificación.

La parte más complicada de la recertificación (vigencia de la certificación), es la evaluación, debido a que en los 16 países es un proceso voluntario, que no es indispensable para trabajar. Según -CONACEM, México- es el resultado de un acto por el que una entidad médica legalmente acreditada y aplicando criterios preestablecidos asegura a través de un proceso de evaluación que un profesional médico previamente certificado, mantiene actualizados sus conocimientos, habilidades y competencias necesarias para ejercer en un área específica de la medicina en un periodo determinado.⁸ A este respecto, los países la definen como un proceso a través del cual se aseguran los conocimientos, competencias y habilidades de un médico previamente certificado como especialista, dentro del marco ético de su especialidad, en consonancia con el progreso científico y tecnológico en un periodo determinado.^{4,8,11,28,35,36} Es una forma de reafirmar el compromiso con la atención al paciente y a los propios médicos, que, en una escala objetiva de conocimientos, continúan ejerciendo de forma adecuada.^{20,22,23} Para los pacientes la recertificación debe ser un criterio que brinde mayor seguridad al momento de elegir a su médico tratante. De los dieciséis países, siete refirieron no contar con algún avance en términos de recertificación o mantenimiento de la vigencia de certificación (Nicaragua, Cuba, Venezuela, Costa Rica, Ecuador, Brasil y Puerto Rico). En este sentido, nueve países dijeron contar con un reglamento para la recertificación de especialidades

médicas con estatuto orgánico y reglamento (Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, España, México, Panamá, Paraguay y República Dominicana)^{8,28,32,37-39} que en general mantienen una vigencia de recertificación de 5 años, salvo Chile, que tiene duración de 7 años. Ver tabla III.

Tabla III. Países con avances en los procesos de Recertificación evidentes

País	Año de inicio	Institución certificadora	Organización rectora u ordenamiento legal que legitima la recertificación	Mecanismo de Recertificación
Argentina	2001	Federación Argentina de Medicina Familiar y General.	Ministerio de Salud de la Nación/ Ley 23873 del Régimen para el Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de colaboración en Argentina	Evaluación Curricular y Examen de Contenidos.
Bolivia	2008	Sociedad Boliviana de Medicina Familiar.	Comité Científico Nacional del Colegio Médico de Bolivia	Aval de méritos académicos, científicos y docencia.
Chile	2018	La Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM)	La Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM)	Educación continua o perfeccionamiento.
Colombia	2020	Sociedad Colombiana de Medicina Familiar	Consejo Colombiano de Acreditación y Recertificación Médica de Especialistas y Profesionales afines. (CAMEC)	Evaluación Curricular y Educación Médica Continua.
España	NO SE REALIZAN	NO SE REALIZAN	Legislación nacional LOPS Ley 44/2003 y la Directiva Europea 2013/55/U	No se realiza
México	1995	Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar. (CMCMF)	Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas. (CONACEM)	Evaluación Curricular y Examen de conocimientos.
Panamá	NO SE REALIZAN	NO SE REALIZAN	Ley 43 del Régimen de Certificación y Recertificación de los profesionales	NO SE REALIZA
Paraguay	2000	Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar.	NO EXISTE	Evaluación Curricular.
República Dominicana	-----	Sociedad Dominicana de Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria	Consejo Nacional de Recertificación Médica (CONAREM)/ Reglamento de Certificación a través de la Ley General de Salud 42-01 de Colegiación Médica,	Evaluación curricular

Actualmente, la recertificación se realiza a través de las sociedades médicas especializadas en medicina familiar, a nivel nacional en cada país integrante de la WONCA-Iberoamericana-CIMF. De los nueve países anteriores, solo seis países realizan evaluaciones formales para recertificar a sus médicos, teniendo una o dos fechas regulares anuales, sólo Colombia y México mantienen los procesos de recertificación continuos todo el año. Ver tabla IV

En los seis países en los que se lleva a cabo la evaluación curricular, se miden diferentes aspectos del trabajo de actualización, capacitación, desarrollo docente, asistencial, en investigación e incluso, prácticas de tipo gerencial. Ver tabla V

Considerando que la evaluación curricular es un proceso sistemático y continuo que tiene como objetivo analizar, valorar y mejorar los diferentes elementos de la competencia profesional. Se considera la identificación de fortalezas y debilidades en el profesional y en el conjunto de los médicos evaluados, lo que permite generar un diagnóstico general de cada examen en un momento y espacio histórico diferente, para retroalimentar a las universidades acerca del desempeño de sus egresados, a las organizaciones encargadas de los programas de educación continua y al propio médico evaluado, al respecto de sus áreas de oportunidad para mejorar.¹¹

Este diagnóstico situacional permitió evidenciar los avances reales alcanzados en los procesos de recertificación en IBA, en la última década, el hecho de que nueve de los dieciséis países encuestados presenten avances significativos en materia de recertificación, es muy estimulante. Incluso, el hecho de que seis de estos nueve países presenten no sólo avances legislativos, sino también datos concretos de médicos recertificados y mecanismos bien definidos de evaluación, principalmente curricular, permite vislumbrar la viabilidad de posibles criterios de homologación curricular a nivel de la región de IBA, sobre todo, en estos tiempos de incremento en la migración internacional de médicos.

Uno de los principales problemas reportados por los representantes de los países -fue la falta de sensibilidad política de los gobiernos para legislar- con relación a la certificación y recertificación de médicos, por lo que resulta evidente que uno de los primeros objetivos a alcanzar será: colocar el tema en la agenda política y legislativa en materia de salud y educación, para lo cual, la participación, sensibilidad y compromiso de los ministerios de salud y educación, será indispensable.⁴⁰ Figura I.

También se consideró como obstáculo la falta de financiamiento para estas evaluaciones, falta de experiencia en este tema, rechazo de los médicos al sentirse evaluados y la falta de información en la población usuaria de los servicios de salud. Sin embargo, existen experiencias exitosas, por ejemplo, en México el CMCMF -al igual que en EE UU y Canadá- se realizan estos procesos autofinanciados a través de las cuotas que aportan los médicos que se certifican.^{1,9,21} Los demás aspectos descritos, se deben resolver a través de intensas tareas de información y sensibilización a todos los niveles, que deberán estar a cargo de las propias sociedades médicas y científicas de cada país.

Tabla IV. Países con procesos de evaluación para Recertificación en Iberoamérica

País	Tipo de evaluación	Tipo de Examen de Conocimientos	Obligatoriedad	Frecuencia de la Recertificación/año
Argentina	Mixto Evaluación Curricular y Examen de Conocimientos	Teórico	No	1-2
Bolivia	Evaluación Curricular	No	No	1
Chile	Evaluación Curricular	No	No	1
Colombia	Evaluación Curricular	No	No	Abierto
México	Mixto Evaluación Curricular y Examen de Conocimientos	Teórico/práctico (ECOEn línea)	No	Abierto
Paraguay	Evaluación Curricular	No	No	2

Será importante presentar la certificación y recertificación a las autoridades de gobierno, como una estrategia eficaz que permita atender los compromisos asumidos por los países miembros de la OMS en las Asambleas Mundiales de Salud, en materia de calidad de los servicios de salud y en los procesos de seguridad del paciente.⁴¹⁻⁴³ Es necesario precisar que -para efectuar la certificación de hospitales y clínicas con acreditación de calidad- se requiere un porcentaje mínimo de médicos certificados y recertificados. Incluso, se requerirá estar certificado o recertificado tanto para trabajar en el sistema nacional de salud como para tener una práctica clínica más segura con menor posibilidad de errores médicos, quejas o demandas por *mala praxis*.^{22,43-47} Muchas de las universidades más prestigiosas del mundo, exigen a sus profesores de medicina -cuando estos son especialistas- estar certificados o recertificados y según la vigencia de su certificación podrán o no ser contratados.⁴⁸ A la pregunta que muchos médicos y gobiernos se hacen de “¿para que sirve la certificación?”, lo antes expuesto deberá dar una idea clara del porque

es indispensable establecer procesos de certificación formales en todos los países del mundo.

Este trabajo tiene algunas limitaciones que debemos reconocer, como el hecho de que muchos de los profesores pertenecientes al grupo de trabajo, no han vivido nunca una evaluación formal de certificación o recertificación, fuera de la evaluación universitaria que les permitió obtener el título de especialistas. Sin embargo, su compromiso y experiencia, los ha llevado a conocer estos procesos y participar como motores de transformación sanitaria y educativa en sus respectivos países, como docentes, clínicos, investigadores o líderes de opinión. Finalmente, muchos de los datos reportados en este informe no están documentados oficialmente, lo que dificultó su recopilación.

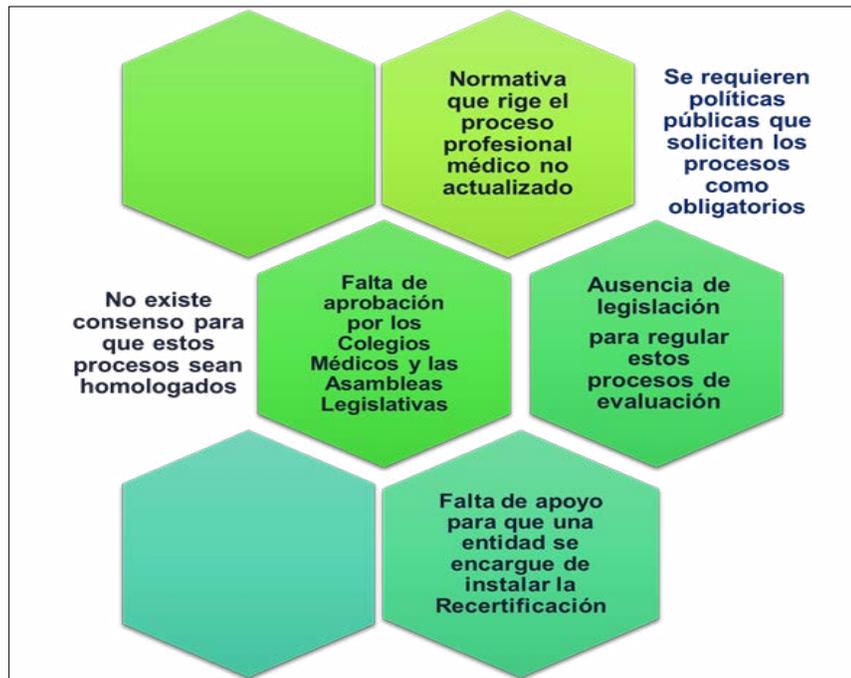
Conclusiones

Han pasado 21 años desde la Mini-Cumbre de Isla Margarita en Venezuela (2003), donde México fue el único país que tenía evaluaciones formales de certificación y recertificación en aquel momento. Resulta muy reconfortante saber que los esfuerzos realizados por la WONCA-Iberoamericana-CIME, a través de las diferentes Cumbres Iberoamericanas realizadas en este tiempo están dando frutos. Hoy se cuenta con seis países que presentan procesos formales de evaluación para recertificar a sus especialistas, y tres más que cuentan con lo más difícil -legislaciones específicas para implementar los procesos de recertificación- por lo que se espera que en breve se pueda tener a nueve de los 19 países funcionando en el mantenimiento de la certificación (recertificación). Por otro lado, llama la atención que en los seis países que recertifican vía curricular, consideran componentes de actualización, capacitación y desarrollo profesional similares, lo que pudiera facilitar el desarrollo de escalas de evaluación equivalentes, para mantener la recertificación internacional en los países de Iberoamérica, sobre todo, en los casos de migración internacional.

Tabla V. Actividades curriculares evaluadas para la Recertificación por país

País	Actividad Asistencial	Educación Médica Continua	Administración	Investigación y Publicaciones	Actividad Docente	Premios y Reconocimientos
Argentina	*	*	*	*	*	*
Bolivia	*	*	*	*	*	*
Chile	*	*	*	*	*	*
Colombia	*	*	*	*	*	*
México	*	*	*	*	*	*
Paraguay	*	*	*	*	*	*

Figura I. Situaciones que impiden el desarrollo de los procesos



Los procesos de evaluación para la Certificación y Recertificación en Medicina Familiar ofrecen beneficios significativos, incluyendo la mejora de la calidad de la atención médica, la garantía de competencia profesional, la mayor confianza de los pacientes, el desarrollo profesional continuo y el cumplimiento de requisitos regulatorios, porque estas prácticas de evaluación entre pares, contribuyen a un sistema de salud más eficiente, mejorando la atención primaria y promoviendo un enfoque preventivo y proactivo de la salud familiar.

Referencias

1. Fisher WG, Schloss EJ. Medical specialty certification in the United States—a false idol? *J Interv Card Electrophysiol*. 2016;47(1):37-43. PMID: 26956986. <http://doi.org/10.1007/s10840-016-0119-4>
2. Rhodes RS, Biester TW. Certification and maintenance of certification in surgery. *Surg Clin North Am*. 2007; 87(4):825-36, vi. PMID: 17888782. <http://doi.org/10.1016/j.suc.2007.06.004>
3. Dairiki-Shortliffe LM. Certification, recertification and Maintenance: Continuing to learn. *Uro Clin North Am*. 2009; 36(1):79-83; vii. PMID: 19038639 <http://doi.org/10.1016/j.ucl.2008.08.001>
4. Fernández-Ortega MA, Mazón-Ramírez JJ, Rivero-López CA, Pons-Álvarez ON, Portillo-García Z, Hernández-Martínez MP, et al. La certificación de especialistas en Medicina Familiar en México: 35 años de evolución. *Rev Mex Med Familiar*. 2022; 9(4):126-132. <http://doi.org/10.24875/rmf.22000077>
5. Carbajal-Rodríguez L. Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría (CMCP). *Acta Pediatr Mex*. 2012; 33(5):219-221. <https://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/571/569>
6. Espinoza de los Reyes-Sánchez VM. Participación de la Academia Nacional de Medicina de México en la acreditación de las especialidades y la certificación de médicos especialistas. *Gac Med Mex*. 2014; 150:227-34. <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2014/gm143d.pdf>
7. Cabrera-Reyes H, Mohrbach DY, Vargas P, López-Vásquez NR, Montalvo-Vázquez JV. Certificación, Recertificación y Acreditación en Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016; 11(Suppl2):55-63. [https://doi.org/10.5712/rbmf11\(o\)1386](https://doi.org/10.5712/rbmf11(o)1386)
8. Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) [Internet]. Manual de Procedimientos México [Citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://conacem.org.mx/estatutos>
9. Fernández-Ortega MA, Cuevas M, Aldrete-Velasco JA, Barrell AE. Convergencia de procesos de certificación y recertificación de especialistas en Estados Unidos y México. *Med Int Méx*. 2016; 32(3):263-269. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2016/mim163a.pdf>
10. Fernández Ortega MA, Yañez Puig EJ. La certificación y recertificación Médica en México. *Atención Familiar*. 2004;11(6):9-12
11. Portillo-García Z, Palacios-Hernández A, Tecuanhuey-Tlahuel H, Figueroa-Chavira AR, López-Salas SD, Huerta-González JL, et al. ¿ Por qué es importante la certificación vigente? El caso de medicina familiar. *Rev Mex Med Fam*. 2022; 9(2): 59-62. <http://doi.org/10.24875/RMF.22000026>
12. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A.C. [Internet]. México: Certificación; 2024. [Citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.certificacionenmedicinafamiliar.org/cmcc_certificacion/
13. Fernández-Ortega MA, Arias-Castillo L, Brandt-Toro C, Irigoyen-Coria A, Roo-Prato JB. Hacia el fortalecimiento de la Medicina Familiar y la atención Primaria en los sistemas de salud: IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay 2011. *Arch Med Fam*. 2012;14(4):93-112.
14. Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM) – Certeza [Internet]. El mundo de la certificación: Avances en la organización de la Primera Reunión Regional de Organismos Certificadores de Médicos Especialistas; 2023. [Citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://certeza.conacem.org.mx/numero-7/el-mundo-de-la-certificacion-1>
15. Ministerio de Salud y Deportes / Sistema Universitario Boliviano. [Internet] La Paz, Bolivia: Norma Boliviana de Integración Docente Asistencial e Integración (CNI-DAI); 2023. [Citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/CNIDAIC/2024/Norma_IDAI_2023v_.pdf
16. Programa Único Nacional de la Especialización en Medicina Familiar. Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) / Organismo Andino de Salud: Convenio Hipólito Unanue [Internet]. Lima, Perú; 2015. [Citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/th/programa-unico-nacional-%2oespecializacion-medicina-familiar.pdf>
17. Fernández-Ortega MA. Programas de Medicina Fami-

- liar en América Latina. *Rev Aten Fam.* 2018;25(1):1-2.
18. Rivera-Flores J. Implicaciones medico-legales en la residencia médica. *Rev Mex Anest.* 2005; 28(1):181-183. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2005/cma-5051av.pdf>
 19. American Board of Family Medicine (ABFM) [Internet]. Lexington, Kentucky; United States of America: American Board of Medical Specialties; 2024. [Citado el 19 de diciembre de 2024] Disponible en: <https://www.theabfm.org>
 20. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar (CMCMF), A.C. [Internet]. México: Certificación; 2024. [Citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.certificacionenmedicinafamiliar.org/cmcc_certificacion/
 21. Norcini JJ. Recertification in the United States. *BMJ.* 1999;319(7218):1183-5. <http://doi.org/10.1136/bmj.319.71218.1183>
 22. Drazen JM, Weinstein DF. Considering recertification. *New Eng J Med.* 2010;362(10):946-7 <http://doi.org/10.1056/NEJMe1000174>.
 23. Archer J, de Bere SR. The United Kingdom's experience with and future plans for revalidation. *J Contin Educ Health Prof.* 2013; 33(S1):S48-S53. <http://doi.org/10.1002/chp.21206>.
 24. Suprema Corte de Justicia de la Federación. Semanario Judicial de la Federación. Libro XIX, Abril, 2013. México: Suprema Corte de Justicia de la Federación. Semanario Judicial de la Federación.
 25. Sepúlveda Vildósola AC, Delgado Vergara MK. La certificación médica y la calidad de la atención. *Certeza CONACEM* [Internet]; Diciembre 2022; 3(4):5-7. [Citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://certeza.conacem.org.mx/numero-3-4/articulo>
 26. Ministerio de Justicia de la Nación: Ley N° 23.873; Buenos Aires, Argentina. (Promulgada el 24 de Octubre de 1990). Disponible en: <https://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/273/norma.htm>
 27. El Congreso de Colombia: Ley 1164 de 2007 - Talento Humano en Salud; Colombia. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/ley%201164%20de%202007.pdf
 28. Estatuto Orgánico y Reglamentos del Colegio Médico de Bolivia. Reglamento de especialidades y subespecialidades médicas, 2008. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1371654>
 29. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia: Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico, DS N° 28562, 22 de Diciembre de 2005. Disponible en: <https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-28562.html>
 30. Honorable Congreso Nacional: Ley del ejercicio profesional médico, 8 de agosto del 2005. Bolivia. Disponible en: <https://www.asuss.gob.bo/wp-content/uploads/2021/11/02-Ley-3131-Del-Ejercicio-Profesional-Medico.pdf>
 31. Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio. Madrid, España. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1998/07/31/1753>
 32. Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM) [Internet]. Requisitos por especialidad para la certificación de especialistas. Chile; 2024. [Citado el 18 de Noviembre de 2024]. https://www.conacem.cl/requisitos_especialidad.asp#NomEsp
 33. Archer J, de Bere SR. The United Kingdom's experience with and future plans for revalidation. *J Contin Educ Health Prof.* 2013; 33(S1):S48-S53. <http://doi.org/10.1002/chp.21206>.
 34. Colegio Médico de Bolivia [Internet]. Recertificación especialidades médicas. 2024. [Citado el 16 de Noviembre de 2024]. Disponible en: <https://colegiomedicobolivia.org/>
 35. American Board of Family Medicine (ABFM) [Internet]. Lexington, Kentucky; United States of America: American Board of Medical Specialties; 2024. [Citado el 19 de diciembre de 2024] Disponible en: <https://www.theabfm.org>
 36. Campbell CM, Parboosingh J. The Royal College experience and plans for the maintenance of certification program. *J Contin Educ Health Prof.* 2013;33:36-47. <http://doi.org/10.1002/chp.21205>.
 37. Consejo de Recertificación Médica, CONAREM [Internet]. Requisitos para la recertificación médica dominicana; 2024. [Citado el 16 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://conarem.org.do>
 38. Boletín Oficial del Estado (BOE) [Internet]. Ley 44/2003, Ordenación de las profesiones sanitarias; 2021. [Citado el 16 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
 39. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [Internet]. Decreto 57 (14-02-2007, 22-10-2008) de la Ley de Certificación de Especialidades en Chile; 2013. [Citado el 15 de Diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=280956>
 40. Torres-Calvete J. Certificación-recertificación profesional médica. *Rev Méd Urug.* 2014;30 (1): 5-7. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902014000100001
 41. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. 72.ª Asamblea Mundial de la Salud, Seguridad del Paciente; 2019. [Citado el 21 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-sp.pdf
 42. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Proyecto de plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud; 2021. [Citado el 15 de Diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>
 43. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Seguridad del paciente; 2023. [Citado el 15 de Diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/patient-safety>
 44. Consejo de Salubridad General (CSG) [Internet]. México: Estándares para certificar hospitales 2015, 2da edición. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, 2015. [Citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://inprf.gob.mx/normateca/archivos/2aEd_EstandaresHospitales_2015.pdf
 45. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) [Internet]. México: Dirección de Desarrollo Personal y Organización. Coordinación de Gestión de Recursos Humanos. (s. f.). Catálogo Nacional de Descripción de Puestos de Tipo de Confianza. [Citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://repositorio.imss.gob.mx/cgrh/DPFT/CNDPT-C/1210180-N55_DIRECTOR_UMH_B_____80.pdf
 46. Athié-Gutiérrez C. Valoración ética de los errores médicos y la seguridad del paciente. *Cir Cir.* 2021;88(2). <http://doi.org/10.24875/ciru.1800062>
 47. Mena P. Error médico y eventos adversos. *Rev Chil Pediatr.* 2008;79(3):319-26. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000300012>
 48. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) Facultad de Medicina [Internet]. México: Secretaría de Enseñanza Clínica, Internado Médico y Servicio Social (SECISS). Control Docente. Documentación requerida para nuevos ingresos y reingresos, 2024. [Citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://seciss.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2023/03/REQUISITOS-2.pdf>

*Presidente del Colegio de Medicina Familiar de Baja California Sur Asociación Civil (COMEFAM BCS AC), Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 40 La Paz, Baja California Sur. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
 Secretaria del COMEFAM BCS AC; UMF No. 39 San Lucas, Baja California Sur. IMSS. *Tesorera del COMEFAM BCS AC médico familiar jubilado de HGZ No.1 con UMF La Paz, Baja California Sur. IMSS.

*ORCID: 0009-0000-9381-297X

**ORCID: 0000-0002-9776-8563

***ORCID: 0009-0001-1407-7821

Autor de correspondencia:

Dra. Sonia Carmina Félix Valenzuela.

Correo electrónico:

soniafelix_v@hotmail.com

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

Crónica del III Congreso Estatal, VIII Jornadas de Medicina Familiar y celebración del décimo tercer aniversario del Colegio de Medicina Familiar de Baja California Sur, México

Chronicle of the 3rd State Congress, 8th Family Medicine Conference and Celebration of the Thirteenth Anniversary of the College of Family Medicine of Baja California Sur, Mexico

Crônica do III Congresso Estadual, VIII Conferência de Medicina de Família e comemoração do décimo terceiro aniversário da Faculdade de Medicina de Família da Baja California Sur, México

Sonia Carmina Félix Valenzuela,* Leticia Carrillo Sánchez,** Rosa Zambrano Morales.***

DOI: 10.62514/amf.v27i1.118

En la Ciudad de La Paz, Baja California Sur (BCS) del 21 al 23 de noviembre del 2024, se celebró el **III Congreso Estatal y las VIII Jornadas de Medicina Familiar en BCS**. En el marco de este evento se conmemoró el décimo tercer aniversario de *Colegio de Medicina Familiar de Baja California Sur. Asociación Civil* (COMEFAM BCS AC) debido a que fue fundado el 15 de octubre del 2011. En el presente Congreso se reunieron más de 55 médicos familiares, médicos residentes y médicos no familiares en el salón Galeón del *The Marine Waterfront Hotel*; el emblema del congreso fue "La Medicina Familiar uniendo disciplinas para una atención integral". Se presentaron 18 conferencias y tres talleres, donde participaron médicos de diferentes especialidades como: medicina interna, reumatología, dermatología, geriatría, cirugía general, gineco-obstetricia, radiología, angiología, hematología, infectología, otorrinolaringología... así como destacados especialistas en medicina familiar, una enfermera y un historiador de La Paz BCS.

El evento fue inaugurado por el titular de la Jefatura de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Dr. Marco Vinicio Jiménez González de la Llave -en representación del Dr. Juan Gilberto Pérez Soltero, titular de la Delegación IMSS en BCS- quien destacó el empoderamiento y crecimiento del gremio Médico Familiar; durante su discurso hizo énfasis en los avances de los indicadores que los médicos familiares realizan dentro de esta importante institución de salud. Es digno de destacar la participación de la Dra. Rebeca Hodgers Félix en representación del Secretario General de la Sección XXI del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, la Dra. Rebeca Hodgers mencionó su orgullo por ser médico familiar, así como también por pertenecer al COMEFAM BCS AC; concluyó su discurso con una amplia felicitación al Colegio de Medicina Familiar de BCS por el compromiso que la actual junta directiva ha demostrado.

En la inauguración del Congreso -la presidente del Colegio de Medicina Familiar de Baja California Sur Dra. Sonia Carmina Félix Valenzuela- enfatizó la importancia de este evento para la actualización de los Médicos Familiares; asimismo, nos hizo saber lo que implicó planear y organizar este III Congreso y VIII Jornadas con un gran esmero, tiempo invertido, esfuerzo, preparación, trabajo en equipo, perseverancia, actualización, educación, pero sobre todo amor a la medicina y amor al trabajo como médicos del primer nivel de atención, comentó el gran compromiso que tiene como presidente de hacer cumplir la Misión y Visión del COMEFAM BCS AC. La Misión del Colegio es promover la excelencia académica para impulsar el desarrollo de la Medicina Familiar que contribuya a la salud y a mejorar la calidad de vida de las familias sudcalifornianas; su Visión, ser Médicos Familiares líderes de excelencia, gestionando la calidad y mejora cotidiana, al proporcionar atención médica integral para la promoción, restauración, y rehabilitación de la salud de las familias de Baja California Sur.



Dra. Ruth García Valdez (segunda tesorera), Dra. Rosa Zambrano Morales (Tesorera), Dra. Sonia Carmina Félix Valenzuela (presidenta), Dra. Leticia Carrillo Sánchez (secretaria), Dra. Gabriela Acosta Kelly (vicepresidenta).

El primer día del congreso participó como maestra de ceremonia la Dra. Gabriela Acosta Kelly -integrante de la Junta Directiva como vicepresidente, socia fundadora del COMEFAM BCS y coordinadora de la región noroeste de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes de Medicina Familiar- presentó la conferencia: “Úlceras varicosas, un reto para el médico familiar”, impartida por la Dra. Marisela Cárdenas Cárdenas, quien ofreció a los congresistas un amplio panorama de como manejar las úlceras varicosas en el primer nivel de atención con el propósito elevar la calidad de vida de los pacientes. Se impartió el primer taller titulado: “Importancia y elaboración del Familiograma en la consulta del médico familiar”, presentado por el médico familiar Dr. Miguel Orlando Cueto Aguilar -Presidente del Colegio de Medicina Familiar de León Guanajuato- un tema emblemático y significativo para los médicos familiares, pues el Familiograma es una herramienta que permite graficar la estructura familiar y las relaciones que se tienen entre sí, por lo tanto muy útil para poder valorar de una manera integral al paciente y su familia.



De izquierda a derecha: Dra. Gabriela Acosta Kelly, Dra. Leticia Carrillo Sánchez, Dr. Miguel Orlando Cueto Aguilar, Dra. Sonia Carmina Félix Valenzuela, Dra. Rosa Zambrano Morales.

Participó el laboratorio *AstraZeneca* con el tema “Tratamiento de la enfermedad renal crónica en el primer nivel de atención” impartido por la Dra. Rebecca Hershberger, quien enfatizó la importancia del uso de los SGLT2 en el manejo de la enfermedad renal. El hematólogo Dr. Emmanuel Avendaño participó con el tema “Abordaje de las anemias” proporcionó información importante para no realizar diagnósticos erróneos ni diagnósticos tardíos -al no efectuar un abordaje adecuado en nuestros pacientes-. Un tema que relajó a los congresistas y generó espontáneas sonrisas fue la conferencia magistral que impartió el historiador Emilio Arca Castro, titulada: “Historia de la Sudcalifornia”, además de ilustrar a los presentes con los inicios y antecedentes de la hermosa Baja California Sur, puede decirse, que su ponencia fue

la más enriquecedoras desde una óptica cultural. La Dra. Ruth García Valdez, presentó el tema “Exploración del pie en los pacientes con Diabetes” a través de la que realizó una detallada manera de explorar clínicamente con los utensilios adecuados. Dejó claro que la exploración de los pies *es una manera fácil y practica de poder encontrar de manera oportuna posibles complicaciones periféricas en los pacientes con diabetes.*

El segundo día del congreso, fue un día muy especial pues fue maestra de ceremonias la Dra. Rosa Zambrano Morales, médico familiar, jubilada quien actualmente es tesorera del COMEFAM BCS. Presentó al primer ponente del día el Dr. Efraín Torres Valdós médico alergólogo con el tema: “Inmunodeficiencias y desregulación inmunológica”, siendo esta una conferencia de suma importancia para detectar niños con alteraciones inmunológicas, comentó a la audiencia sobre 10 signos de alerta para poder diagnosticar o sospechar inmunodeficiencias primarias: *1. Cuatro o más otitis en un año, 2. Dos o más sinusitis en un año, 3. Dos o más neumonías en un año, 4. Abscesos recurrentes en órganos cutáneos profundos, 5. Aftas persistentes en la boca o candidiasis después del año de vida, 6. Dos o más infecciones profundas, incluyendo la sepsis, 7. Dos o más meses tomando antibióticos con escasos resultados, 8. Necesidad de uso de antibióticos intravenosos para resolver las infecciones, 9. Dificultad para crecer y ganar peso normalmente, 10. Antecedentes familiares de inmunodeficiencia primaria.* Subsecuentemente -la doctora Zambrano- presentó a la dermatóloga Dra. Aydee Ibarra Urzua con el tema “Cáncer de Piel”, se enfatizó que hoy en día es un diagnóstico frecuente -pues en las generaciones anteriores no se tuvo el hábito ni la cultura del uso de bloqueador solar- por tal motivo la Dra. Ibarra señaló que la prevención antisolar y la revisión anual de la piel son fundamentales. Como tercera ponencia, se presentó al reumatólogo Dr. Adolfo García González con el tema: “Reumatismos extraarticulares” trastornos que afectan a las estructuras para articulares representadas por: tendones, bolsas sinoviales, aponeurosis y pueden presentar afecciones inflamatorias de naturaleza reumática y microcristalina además de afecciones mecánicas por episodios de esfuerzos repetidos, habló específicamente de cada uno de ellos, por citar algunos: *túnel del carpo, tenosinovitis de Quervain, dedo en gatillo, fibromialgia, capsulitis adhesiva*, entre otras, explicó una forma muy sencilla de realizar la exploración e integrar diagnósticos diferenciales, siendo uno de los temas favoritos de los congresistas -según las encuestas realizadas-.

Otro laboratorio que solicitó participar en este congreso fue: *Laboratorios GSK*, (GlaxoSmithKline México) con un tema específico de vacunas “4 preguntas y 4 puntos clave para lograr una recomendación exitosa + ABC de la vacunación en consultorio” impartida por el médico infectólogo Edgar Pérez

Barragán, quien destacó la importancia de la vacunación en el adulto e informó sobre las vacunas que debe tener el adulto, principalmente cuando cuenta con factores de riesgo como las enfermedades crónicas degenerativas e inmunodeficiencias, resaltando además una nueva vacuna en el mercado como lo es *Shingrix*, vacuna para la prevención del herpes zoster.

La Dra. Minerva Paulina Hernández Martínez, médico familiar, expresidente del Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar AC, fue uno de los médicos que engalanaron y dieron prestigio a nuestro congreso. Participó en este congreso con dos ponencias y un taller, “Certificación en Medicina Familiar en México y la evaluación de competencias profesionales a través del ECOE en línea”, por supuesto que no podía faltar este tema -dentro del III Congreso Estatal y VIII Jornadas de medicina familiar- puesto que cada año realizan este examen alrededor de 30 médicos residentes y médicos familiares en el estado de BCS, por lo que la Dra. Minerva Hernández -hizo hincapié sobre las etapas del proceso del ECOE en línea- y despejó numerosas dudas existentes entre los congresistas. “Terapia breve y sistémica en mujeres con trastorno de ansiedad”, fue uno de los talleres que se presentaron, el cual tuvo un gran éxito por la participación y el interés que mostraron los congresistas durante las dos horas del taller.



Dra. Minerva Paulina Hernández Martínez.
Expresidente del Consejo Mexicano de Certificación en medicina Familiar.

Otro de los conferencistas foráneos que acudió al congreso, fue el Dr. Orlando Cueto Aguilar, médico familiar quien además de participar con un taller el primer día del congreso también participó con una conferencia titulada: “Cómo elegir el tema de una investigación”, interrogante fundamental y frecuente entre los médicos residentes y los médicos familiares que se encuentran en vísperas de iniciar un protocolo de investigación; el Dr. Orlando Cueto, ofreció un claro panorama y una fuente de ideas de cómo

poder elegir el tema: 1. Necesidad de cubrir un vacío del conocimiento, 2. Se debe de tener inspiración e imaginación, 3. Conceptualizar la idea, 4. Debe de haber la necesidad de solucionar un problema y 5. Se debe de aprovechar las oportunidades que se presenten. En este mismo día se tuvo de manera simultánea a las conferencias, la presentación de carteles en modalidad presencial, el médico residente de segundo grado, de la especialidad en medicina familiar el Dr. Huivier Saúl Montoya Román presentó el cartel titulado “Asociación del clima Familiar y Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en terapia sustitutiva de hemodiálisis”, participaron como investigadores evaluadores -el Dr. Orlando Cueto Aguilar y la Dra. Gabriela Acosta Kelly- quienes retroalimentaron al médico residente en el trabajo realizado. El Dr. Montoya Román expresó su satisfacción -al presentar el cartel- y por obtener información de parte de los distinguidos evaluadores, lo que considera esencial para la culminación de su trabajo y para sus próximos proyectos de investigación. A continuación, la presidente del COMEFAM BCS AC, otorgó un obsequio por parte de la junta directiva como reconocimiento a su presentación, además de externarle felicitaciones por su trabajo y por la iniciativa de presentar su cartel.



El Dr. Huivier Saúl Montoya Román presentó el cartel titulado “Asociación del clima Familiar y Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en terapia sustitutiva de hemodiálisis”.

“Control de niño sano, construyendo un futuro saludable”, fue el tema que expuso la Lic. en Enfermería, Maribel Beltrán Castillo, este tópico abordó uno de los procesos que con mayor frecuencia se realizan en la consulta del médico familiar de manera institucional. Se esclareció que resulta sustancial la prevención de enfermedades en los niños y la vigilancia de su desarrollo y crecimiento. La Lic. Beltrán, expuso el proceso a través del cual todos los niños “deben de

llevar su control” y que esta acción es la base para evitar que en un futuro próximo, aumente -por ejemplo, la obesidad- como un grave problema de salud pública. Finalmente, se concientizó a los asistentes a fin de, no sólo enviar a los pacientes “a control de niño sano”, sino también a informar dentro de la consulta del médico familiar a los padres de familia para cuidar, orientar y enseñar a sus hijos -desde casa y desde pequeños- para llevar una alimentación completa y adecuada en conjunto con actividad física propia de su edad y así poder prevenir enfermedades y construir un futuro saludable.

Al término de las conferencias y talleres de este segundo día de congreso, se llevó a cabo la celebración del décimo tercer aniversario del Colegio de Medicina Familiar de Baja California Sur, en una pequeña ceremonia donde estuvieron presentes, socios del colegio, ponentes foráneos invitados; la Dra. Minerva Paulina Hernández Martínez y el Dr. Orlando Cueto Aguilar. Los invitados especiales expresidentes del COMEFAM BC -Dr. Luis Ramon Romero López, Dr. Osvaldo García Torres, Dr. Luis Alejandro Castro Lugo y la Dra. Ana Raquel Figueroa Chavira- hicieron un recorrido por la historia del COMEFAM BC desde su fundación como Asociación hasta su conversión a Colegio. Se realizó un brindis por el décimo tercer aniversario, por todos los logros obtenidos, por el crecimiento y el compromiso de cada una de sus gestiones.

El tercer y último día del congreso, la Dra. Leticia Carrillo Sánchez, secretaria de la Junta Directiva actual, fungió como maestra de ceremonias y presentó al Dr. Carlos Roberto Rodríguez Maya, médico radiólogo, quien impartió el tercer taller del congreso titulado “Diagnóstico, clínico y radiológico del cáncer de mama, más que una imagen”, con este taller se pretendió enseñar a los congresistas a identificar lesiones radiográficas, desde microcalcificaciones hasta lesiones más grandes y clásicas de cáncer de mama. Se presentaron distintos casos clínicos reales en donde se realizó un diagnóstico tardío con el consecuente mal pronóstico para la vida. Se incluyó además un tema de geriatría con la participación del Dr. Manuel Gerónimo Lomas López, por medio de la conferencia titulada: “Estrategias para una valoración integral del adulto mayor en el primer nivel de atención”, una ponencia muy interesante donde se otorgaron herramientas para aplicar escalas sencillas y realizar

diagnósticos rápidos en el adulto mayor, además de enseñar como priorizar el envío a segundo nivel para una valoración oportuna e integral del paciente.

“Generalidades del cáncer de mama” fue la conferencia otorgada por la Dra. Alma Shelem Vivas Cruz, médica gineco-oncóloga, la cual complementó el taller de radiología. La Dra. Vivas, dio una amplia explicación sobre el cáncer de mama, y dejó recomendaciones para apoyar a nuestro paciente -que se encuentra cursando con cáncer de mama en la consulta de medicina familiar- sin soslayar el caso de las complicaciones de la quimioterapia y la mastectomía como: *la linfadenitis, la estomatitis aftosa, náuseas, vómitos etc.* “El rol de las mujeres en los sistemas familiares”, fue una conferencia que impartió la Dra. Minerva Hernández, experta en temas de medicina familiar, donde habló de cómo ha ido cambiando a través de la historia el rol de las mujeres en los sistemas familiares y como cada vez más la mujer se empodera y puede realizar diferentes roles, como: *madre, hija, esposa, hermana, amiga, empleadas, amas de casa.* Enfatizó en que es tiempo de darnos cuenta de que también nuestras parejas, esposos e hijos pueden ayudar en las diferentes actividades de la vida diaria.

El congreso cerró con una conferencia titulada: “Microbiota intestinal, un nuevo mundo por explorar” la ponente fue la cirujana Dra. Ariadna Teresa Romero García, quien disertó sobre lo interesante e importantes que son los microorganismos que forman parte del intestino y que nos ayudan a mantener el equilibrio y evitar enfermedades, resaltando también la importancia de cuidar el intestino antes y después de una cirugía e hizo énfasis en el apoyo que los médicos del primer nivel de atención pudieran otorgar a los pacientes. Al término de las conferencias se realizó la clausura por parte de la Dra. Sonia Carmina Félix Valenzuela, quien agradeció a los presentes el haber formado parte de este magno evento, reconociendo a su junta directiva por el trabajo realizado en conjunto y por el esfuerzo y compromiso para llevar a la práctica la misión y visión del Colegio. Finalmente, invitó a los presentes, no socios, a formar parte de este gran proyecto de la medicina familiar en Baja California Sur.



Algunos congresistas externaron sus felicitaciones a la Junta Directiva del COMEFAM BC, tanto de manera personal como en redes sociales, por la eficaz y eficiente organización que se percibió a lo largo del Congreso. Resulta oportuno mencionar las palabras de un médico familiar, la Dra. Iris Isaí Vega Menchaca quien fue socia del colegio de BCS: “...Ahora pertenezco a un colegio de la Ciudad de Chihuahua, me enteré de su congreso, varios compañeros de La Paz me han comentado que fue un congreso excelente, que tuvieron un programa muy bueno, lo vi y me encantó, quiero inscribirme al congreso en la modalidad asincrónica para verlo, no me lo quiero perder”. El Congreso... concluyó con este lema: ¡Nos vemos el próximo año!

*Doutor em Medicina (FMUSP, 2002). Membro Fundador (São Paulo, 1992) e Diretor Científico da SOBRAMFA. **Doutor em Medicina (FMUSP, 2015). Vice Presidente da SOBRAMFA. ***Doutora em Medicina (UNIFESP, 2017). Diretora de Publicações. ****Doutora em Medicina (FMUSP, 2015). Diretora de Programas Educacionais da SOBRAMFA. *****Editora de la Revista Archivos en Medicina Familiar. An International Journal. ***** Fundador y Editor Emérito de la Revista Archivos en Medicina Familiar. An International Journal.

Reflexiones sobre la Pan American Academic Summit 2024: Humanism and Medical Education

Reflections on the Pan American Academic Summit 2024: Humanism and Medical Education

Reflexões sobre a Cume Acadêmica Pan-Americana 2024: Humanismo e Educação Médica

Pablo González Blasco,* Marcelo Rozenfeld Levites,** Maria Auxiliadora Craice De Benedetto,*** Graziela Moreto,**** Herlinda Morales López,***** Arnulfo Emanuel Irigoyen Coria.*****

DOI: 10.62514/amf.v27i1.119

Concluye la “Cumbre Académica” denominada: *Pan American Academic Summit 2024* promovido por SOBRAMFA- Educação Médica e Humanismo,¹ a finales de Noviembre del presente año específicamente el 22 y 23 de noviembre. Concluye, pero no acaba: porque todo el contenido académico compilado en el evento, continuará como Curso de Educación Continuada en versión On-Line.² Son 80 videos con comunicaciones internacionales -en español, portugués e inglés- abordando con peculiar originalidad el desafío y las oportunidades que presenta el Humanismo en la Educación Médica. También, como material complementario se ofrecieron 6 *E-books* que agrupan más de 150 artículos en forma temática: Profesionalismo, Humanización y Humanismo; Empatía y Educación de las Emociones; Sufrimiento humano y Cuidados Paliativos; Construyendo la Medicina Centrada en la Persona; Recursos Humanísticos en Educación Médica: literatura, narrativas y música; El cine en la educación médica.

La *Summit* nos ha dado -y continuará haciéndolo- la oportunidad de reflexionar sobre la vocación médica y el profesionalismo, que es una versión moderna del humanismo médico clásico. Porque los tiempos cambian, palpamos diariamente la evolución técnica, y necesitamos respuestas modernas a los dilemas que son de siempre. Las circunstancias actuales, de vertiginoso progreso técnico, exigen ampliar proporcionalmente el ámbito del humanismo médico y encontrar un nuevo punto de equilibrio adaptado a nuestros días. El humanismo que hoy se necesita es un humanismo moderno -con cara de siglo XXI en las formas, sin omitir la densidad antropológica de fondo-. ¿Cómo construir este nuevo enfoque sin reimprimir de modo ingenuo humanismos de tiempos pasados con aroma a naftalina? Eso, y muchos otros asuntos fueron colocados en el *Summit* como una provocación que lleva a la reflexión personal.

Los proyectos que pretenden inyectar humanismo en la educación médica tienen que llegar hasta la persona -al profesional de salud- para que sean eficaces. Eso requiere no sólo preocuparse con el tema, sino

ocuparse: es decir, dedicar tiempo y recursos. Requiere aplicación práctica, es decir, no sólo un marco teórico sino penetrar capilarmente en la acción clínica y docente. Requiere trabajo en equipo -nadie se humaniza -sólo para cambiar el ambiente de trabajo- sino para no perder de vista al enfermo, centro de los cuidados. E implica -necesariamente- cambiar la propia vida; de eso también nos habló alguno de los trabajos libres que se han presentado.³

Con magnífico acierto, Gregorio Marañón nos advertía sobre esos temas -y muchos otros- hace más de 70 años cuando escribe: “*El médico, cuya humanidad debe estar siempre alerta dentro del espíritu científico, tiene que contar, en primer lugar, con el dolor individual; y, por muy lleno que esté de entusiasmo por la ciencia, ha de estar siempre dispuesto a adoptar la paradójica postura de defender al individuo cuya salud se le ha confiado, frente al mismo progreso científico*”⁴

Y entre las actitudes que Marañón apunta como esenciales al médico humanista, hay una tan necesaria como frecuentemente ausente en nuestros días. El entusiasmo, es decir, el ser feliz haciendo lo que se hace, cuidando de las personas. Escribe: “*Todo hombre en verdad entusiasta, en nuestra ciencia o en la vida en general, es siempre un hombre bueno; y acaso haya pocos índices más ciertos que el entusiasmo para juzgar de la calidad moral de los demás. Nada abre el corazón y muestra con menos reserva sus más íntimas reconditeces que el entusiasmo; y al corazón del hombre le ocurre lo que a las mujeres cuando exhiben su belleza: que sólo enseñan lo que saben que está bien (...)* Por eso el hombre o la mujer dolientes, al preferir al médico entusiasta, al anti escéptico, lo hacen porque su instinto sabe adivinar en esa cualidad llamativa que es el entusiasmo, la garantía máxima de su eficacia: la rectitud, sin la cual la ciencia más profunda se embota o se convierte en charlatanería”⁵

No sólo entusiasmo sino también amor. Marañón, nos recuerda que la sabiduría es, sobre todo, amar las cosas, y no sólo saberlas: Anota hablando de los

médicos de familia: *“Su sentido de la Medicina era más cordial, más humano que el nuestro. Aún no había desaparecido en ellos, bajo el fárrago cientificista, el viejo médico familiar, notario, sacerdote, consejero y supremo tribunal en los pleitos más recónditos en cada casa. Acaso no sabían más que los que les sucedieron, pero es seguro que fueron mejores, y, en suma, hasta más sabios; porque nos hemos ido olvidando de que la sabiduría no es sólo saber las cosas, sino también amarlas”*.⁶

Reflexionar sobre las oportunidades y desafíos del Humanismo en la Educación Médica actual, llevaría necesariamente a una crítica constructiva, que separe la cizaña del trigo: es decir, que incorpore los progresos reales, y descarte lo que no funciona. No bastan las buenas intenciones para Humanizar la Educación Médica. Es necesario tiempo, método, recursos y reconocimiento académico que admite la necesidad de volcarse sobre el tema, con profesionalismo y competencia. También de esas críticas hablaba Maraño, y lo hacía como expresión de respeto y de amor por la Medicina: *“Sentiría mucho que alguien dedujese de lo dicho que soy irrespetuoso con la Medicina y que soy pesimista sobre su presente y su porvenir. Yo respeto la Medicina, porque la amo; y es el amor la fuente suprema del culto, en lo humano como en lo divino. Pero el amor es también, o debe ser también, crítica. Sólo cuando desmenuzamos en el objeto amado cuanto tiene de deleznable, acertamos a encontrar, allá en el fondo, lo que tiene de imperecedero. El que habla valientemente de los defectos de su patria es el mejor patriota, y el que extrema las censuras justas a su profesión, ése es el que la sirve con toda plenitud”*.⁷

Ciencia y humanismo, simbiosis de acción necesaria para la correcta actuación médica. El médico debe asegurar esta unidad, incorporando toda la ciencia de la que es capaz, mejorando sus conocimientos antropológicos, meditando sobre ellos, extrayéndolos, diariamente, del contacto con el paciente. Y también la cultura que alimenta el humanismo, y se convierte en recurso para auxiliar a otros, como decía Ortega: *“Entendamos por cultura un sistema de actitudes ante la vida que tenga sentido, coherencia, eficacia. La vida es primeramente un conjunto de problemas esenciales a que el hombre responde con un conjunto de soluciones: la cultura”*.⁸ Sólo así se puede construir el médico humanista que es lo que el paciente espera encontrar cuando acude a él aquejado de una enfermedad, buscando ayuda.

A través de esta reunión de académicos y estudiantes de más de 12 países de los más diversos orígenes y posiciones geográficas hacemos votos porque el humanismo -como propósito en la vida y manera de conducirnos en los actos médicos cotidianos- se transforme en el futuro cercano en una auténtica realidad.

La entrega de 16 Premios a la Excelencia Docente 2024 a destacados profesores de la medicina de Bolivia, Colombia, España y México hace “una suerte de realidad” las palabras que pronunció Eduardo Matos Moctezuma al recibir en España el Premio Princesa de Asturias: *Los premios enaltecen y nos inducen a seguir adelante. Establecen un compromiso entre el destinatario y su propia conciencia. Los premios y reconocimientos no son sólo para las personas o instituciones a quienes se les otorga: son también para aquellos maestros que nos formaron; para las instituciones que nos apoyaron en el transcurso de nuestro devenir académico y que hicieron posible desarrollar nuestro conocimiento, ya en la investigación, ya en el desempeño de nuestro quehacer*. A continuación, presentamos el listado de los Distinguidos Docentes que recibieron el **Premio a la Excelencia Docente**:

Avilés Sánchez María Emiliana (México), **Caballero Rendón Javier** (Bolivia), **Carballe Domínguez César** (México), **Fernández Martínez Sergio Carlos** (México), **Fernández Ortega Miguel Ángel** (México), **González Pérez Brian** (México), **Haro Acosta María Elena** (México), **Hidalgo García Isabel María** (España), **Morales López Rosario** (España), **Mota Chávez Marco Tulio** (México), **Sánchez Duque Jorge Andrés** (Colombia), **Suárez Cuba Miguel Ángel** (Bolivia), **Tecuanhuey Tlahuel Héctor** (México), **Torres López Ludvick** (México), **Tovar Bañuelos Angélica Guadalupe** (México), **Zavala Cruz Gad Gammed** (México).

Finalmente, citamos las palabras de la Dra. Rosario Morales López, digna representante de España:

He recibido este premio con gran emoción y gratitud. Es un honor inmenso ser reconocido por mi labor docente en un evento tan prestigioso como el Pan American Academic Summit 2024. Le ruego que transmita mi agradecimiento al Comité de premiación, a la Sociedad Brasileira de Medicina de Familia y a la Asociación Académica Panamericana de Medicina Familiar que realizan una labor fundamental en el fomento de la excelencia en la educación médica para asegurar los valores humanistas de los médicos y médicas de familia del futuro.

En este reconocimiento he visto incluidos a los compañeros y compañeras de los que he aprendido y con los que he compartido, especialmente por su papel estimulante y motivador, al Grupo Comunicación y Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, les agradezco su amistad y su apoyo que me han enriquecido a través del intercambio de experiencias y conocimientos. En los momentos actuales de grandes avances científico-técnicos, formar médicos implica ir más allá de la transmisión de

conocimientos científicos y habilidades clínicas, siendo prioritario cultivar valores como el reconocimiento de los pacientes a través de la empatía, la compasión y el respeto. Estas cuestiones se han visto reflejadas ampliamente en el Summit del que estoy disfrutando en diferido.

Gracias de nuevo.

Saludos cordiales desde Cartagena de España

Rosario Morales López

Referencias

1. Cfr. <http://sobramfa.com.br/>
2. <https://sobramfa.com.br/summit-2024/>
3. Díaz González JA: Soy Médico. Identidad Personal en la Práctica Médica. EUNSA. 2024.
4. Marañón G. La medicina y nuestro tiempo Espasa Calpe. Madrid.1954
5. Marañón G. Vocación y ética. Espasa Calpe Buenos Aires.1946
6. Marañón G: "Mi homenaje a Francisco Huertas" en Obras Completas, vol. III (conferencias). Espasa Calpe. Madrid, 1967
7. Marañón G. La medicina y nuestro tiempo Espasa Calpe. Madrid.1954
8. Ortega y Gasset, J.: Notas de andar y ver. Revista de Occidente. Alianza Editorial. Madrid, 1988

*Doutor em Medicina (FMUSP, 2002). Membro Fundador (São Paulo, 1992) e Diretor Científico da SOBRAMFA. **Doutor em Medicina (FMUSP, 2015). Vice Presidente da SOBRAMFA.***Doutora em Medicina (UNIFESP, 2017). Diretora de Publicações. ****Doutora em Medicina (FMUSP, 2015). Diretora de Programas Educacionais da SOBRAMFA.*****Editora de la Revista Archivos en Medicina Familiar. An International Journal. ***** Fundador y Editor Emérito de la Revista Archivos en Medicina Familiar. An International Journal.

Memorias de la Pan American Academic Summit 2024: Humanism in Medical Education (Trabajos Libres)

Proceedings of the Pan American Academic Summit 2024: Humanism in Medical Education (Abstracts)

Anais da Cume Acadêmica Pan-Americana 2024: Humanismo na Educação Médica (Resumos)

Pablo González Blasco,* Marcelo Rozenfeld Levites,** Maria Auxiliadora Craice De Benedetto,*** Graziela Moreto,**** Herlinda Morales López,***** Arnulfo Emanuel Irigoyen Coria.*****

DOI: 10.62514/amf.v27i1.120



SOBRAMFA
Educação Médica & Humanismo

Pan American Academic Summit 2024:
Humanism in Medical Education

A ASSOCIAÇÃO ACADÊMICA PAN-AMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR
LA ASOCIACIÓN ACADÉMICA PAN-AMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR
The Pan American Academic Association of Family Medicine
FUNDAÇÃO EM SÃO PAULO, BRASIL EM 2005

PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN POBLACIÓN MENOR DE 15 AÑOS CON INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 9 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Emmanuel Alcantar Casas, * Elizabet Parada Garnica. **

*Médico Residente de Medicina Familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Hospital General de Zona con Medicina Familiar 9, Ciudad Guzmán, Jalisco. **Médico especialista en Medicina Familiar. IMSS, Hospital General de Zona con Medicina Familiar 9, Ciudad Guzmán, Jalisco.

Introducción: La infección aguda de vías respiratorias superiores es la primera causa de enfermedad en México, es el primer motivo de consulta médica; dos terceras partes de los casos en la población general ocurren en pacientes pediátricos. Uno de los problemas para la prescripción de los antimicrobianos en las infecciones de las vías respiratorias altas se debe a que no es fácil determinar la etiología. La probabilidad de tener una infección estreptocócica aumenta a medida que se cumplen los criterios de CENTOR modificados por Mc Isaac. **Objetivos:** Determinar la prescripción de antibióticos en población menor de 15 años con infección de vías respiratorias altas en la consulta externa del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 9 del Instituto Mexicano del seguro social. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal. Se incluyeron 384 pacientes menores de 15 años con diagnóstico de infección de vías respiratorias altas en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar 9 del IMSS de enero a diciembre del 2024, se obtuvieron los datos clínicos del expediente electrónico y se aplicó la escala de CENTOR modificada por Mc Isaac. Para el análisis se utilizó el programa EPI-INFO, mediante estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** Se prescribió tratamiento antibiótico a 91 pacientes (23.7%). La amoxicilina fue el medicamento de mayor prescripción en 26 pacientes (29.35%) seguido de la amoxicilina combinada con ácido clavulánico en 24 pacientes (26.09%), se obtuvo una media de 6.08 ± 1.41 días totales de prescripción, El promedio de criterios positivos de la escala de CENTOR Mc Isaac fue de 1.23 ± 0.89 , de estos 5 pacientes presentaron cuatro criterios (1.30%) predominando 174 pacientes que presentaron un solo criterio (45.31%), y solo 1 paciente con un criterio (0.26%). El criterio más frecuente fue la edad en 232 pacientes (60.42%), seguido de ausencia de tos en 160 pacientes (41.67%), 35 pacientes con exudado amigdalal/inflamación (9.11%), 27 con adenopatías cervicales anteriores (7.03%) y 5 con fiebre (5.21%). La edad promedio de los pacientes fue de 0.6 ± 0.48 años. **Conclusiones:** La prescripción antibiótica en infección de vías respiratorias fue del 23%, esta no fue basada en los criterios de CENTOR (Mc Isaac), por lo que se requieren estrategias para mejorar la prescripción.



Pan American Academic
Summit 2024:
*Humanism in Medical
Education*



NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN ZACAPU, MICHOACÁN, MÉXICO

Jonathan Ramón Carranza-Avalos,* Juan Martín Morales-Bedolla,** Carlos Sánchez-Anguiano,**
Brenda Poullette Morales-Hernández.***

*Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2, Coordinación de Educación. Zacapu, Michoacán, México. **IMSS Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2, Jefatura de Enfermería. Zacapu, Michoacán, México. ***IMSS Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2, Departamento de Enseñanza. Zacapu, Michoacán, México. ****Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2, Departamento de Enseñanza. Zacapu, Michoacán, México.

Resumen

Introducción: la Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica, causante de múltiples complicaciones derivado al mal control glucémico que genera una baja adherencia terapéutica. **Objetivo:** determinar la adherencia terapéutica de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. **Métodos:** Estudio transversal descriptivo. Realizado en pacientes adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2 de mayo a julio 2023 con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 30 años de edad, que aceptaron participar en el estudio con más de un año de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2). Se excluyeron pacientes con cuestionarios incompletos. Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas como sexo, escolaridad, ocupación, fármacos hipoglucemiantes, polifarmacia y control glucémico. Se aplicó la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8) con alfa de Cronbach de 0.646, para conocer el grado de adherencia terapéutica. Se utilizó estadística descriptiva y la prueba χ^2 para determinar asociación entre variables categóricas con p valor <0.05. Se utilizó el programa estadístico SPSS v.23 para análisis de datos. **Resultados:** Se estudiaron 350 pacientes, del sexo femenino 206(58.9%) y 144(41.1%) del masculino, con escolaridad media superior completa 181(51.7%), jubilados 170(48.6%) y amas de casa 124(35.4%). Presentaron adherencia terapéutica media 141(40.3%), alta 130(37.1%) y baja 79(22.6%). Prevalenciando la baja adherencia en sexo masculino 31(8.9%), con escolaridad media superior completa 37(10.6%) y jubilados 41(11.7%). La metformina fue el fármaco con mayor grado de adherencia terapéutica 91(26.0%) [p <0.001]. La baja adherencia se asoció a uso de polifarmacia [p =0.018] y mal control glucémico [p <0.001]. **Conclusiones:** La baja adherencia terapéutica en los pacientes con DMT2 dificulta un adecuado control glucémico. La educación para la salud aunado a la observación estrecha de los pacientes, mejoran el impacto a la salud evitando la polifarmacia y favoreciendo el menor uso de los servicios médicos en los diferentes niveles de atención derivado de las complicaciones y un mal control glucémico.

Palabras Claves: Diabetes Mellitus tipo 2; Cumplimiento y adherencia al tratamiento; Control glucémico; Atención primaria.



Pan American Academic
Summit 2024:
Humanism in Medical
Education



PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 9 DE CIUDAD GUZMÁN, JALISCO, MÉXICO

Paulina Gabriela Carrizalez Mora, * Blanca Yaneth Facundo Quintero. **

*Médico Residente de Tercer año de Medicina Familiar. **Especialista en Medicina Familiar. Hospital General de Zona con Medicina Familiar 9 de Ciudad Guzmán, Jalisco. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

Introducción: La Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) es una enfermedad metabólica, caracterizada por hiperglucemia secundaria a una secreción o acción inadecuada de insulina, en México representa la tercera causa de muerte, México a nivel mundial se encuentra entre los de mayor prevalencia. El padecer esta enfermedad tiene un gran impacto en la vida de los pacientes contribuyendo a una disminución de la percepción de su calidad de vida. **Objetivo** Identificar la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores con DMT2 en la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar número 9 en el año 2023. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo de prevalencia, de una muestra de 351 pacientes adultos mayores con DMT2. Bajo consentimiento informado se aplicó el cuestionario *Diabetes Quality Of Life* (DQOL) para conocer la calidad de vida. El análisis estadístico se realizó en el programa EPI INFO. Se utilizó estadística descriptiva. **Resultados:** Se obtuvo una media de 118.47 ± 52.70 puntos en el DQOL, la calidad de vida global fue alta en 60 pacientes (17.09%), media en 265 pacientes (75.5%) y baja en 26 pacientes (7.41%). Las áreas más afectadas fueron la de *Satisfacción con el tratamiento* 50.29 ± 33.02 puntos, seguida por la *Preocupación relacionada con la diabetes* 44.59 ± 32.17 puntos y la dimensión que se vio menos afectada fue la *Preocupación social/vocacional* con 12.68 ± 19.69 puntos. Al comparar la calidad de vida con el tratamiento utilizado; los pacientes con hipoglucemiantes orales combinado con insulina obtuvieron mayor puntuación en el cuestionario DQOL (126.18 ± 51.07 puntos) en comparación con los que sólo utilizaban hipoglucemiantes orales o insulina con 104.54 ± 43.48 puntos ($T = 8, p = <0.0001$). Con hipoglucemiantes orales 101.41 ± 36.29 puntos y sin tratamiento con hipoglucemiantes orales 125.46 ± 52.03 puntos ($T = 8.52, p = <0.0001$). **Conclusiones:** Se encontró un nivel medio en la calidad de vida percibida en pacientes adultos mayores con DMT2. La satisfacción con el tratamiento fue la dimensión más afectada, el tratamiento con hipoglucemiantes orales disminuyó la percepción mientras que los hipoglucemiantes orales combinados con insulina mejoraron la percepción en la calidad de vida.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Calidad de la atención, Medicina Familiar.



Pan American Academic
Summit 2024:
Humanism in Medical
Education



PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN MAYORES DE 45 AÑOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE ZONA EN MICHOACÁN, MÉXICO

Zárate-Mediano Patricia*, Vargas-Nava Gerardo, **, Morales-Hernández Brenda Poullette. *

*Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2, Coordinación de Educación. Zacapu, Michoacán, México. **Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2, Departamento de Urgencias. Zacapu, Michoacán, México. ***Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2, Departamento de Enseñanza. Zacapu, Michoacán, México.

Resumen

Introducción: Existen factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta, como ingesta crónica de alcohol, AINEs y polifarmacia; identificarlos oportunamente ayudará a disminuir la morbimortalidad asociada. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo más frecuentes asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes mayores de 45 años. **Métodos:** Estudio retrospectivo, transversal descriptivo, de expedientes de pacientes de ambos sexos, hospitalizados en el Hospital General de Zona No.2, en Zacapu, Michoacán, con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, confirmado por endoscopia. Para el cálculo muestral se utilizó la fórmula para población finita, con nivel de confianza del 95%. Se recabaron variables clínicas y sociodemográficas del expediente clínico como edad, sexo, estado civil, antecedentes de alcoholismo, tabaquismo, cirrosis hepática, ingesta de AINEs y polifarmacia. Se menciona estadística descriptiva (frecuencia y porcentaje) y para asociación de variables la prueba χ^2 y OR (Odds Ratio), con p valor <0.05. **Resultados:** Se revisaron 104 expedientes, 48(46.2%) del sexo femenino y 56(53.8%) masculino, con predominio del grupo de edad de 66 a 75 años 44(42.3%). Presentaron hemorragia digestiva alta de origen no variceal 67(64.40%) y variceal 37(35.60%). Determinando asociación con tabaquismo [p=0.037], alcoholismo [p=0.001], cirrosis hepática [p<0.001], polifarmacia [p=0.003], e ingesta crónica de AINEs [p<0.001]. **Conclusiones:** La mayoría de los factores asociados a la hemorragia digestiva alta de origen no variceal son modificables, por lo que los cambios en el estilo de vida y el apoyo por parte del médico tratante para evitar la polifarmacia e ingesta crónica de AINEs, son fundamentales para disminuir la morbimortalidad.

Palabras clave: Hemorragia gastrointestinal, Tracto gastrointestinal superior, Polifarmacia.



Pan American Academic
Summit 2024:
Humanism in Medical
Education

A ASSOCIAÇÃO ACADÉMICA PAN-AMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR
LA ASOCIACIÓN ACADÉMICA PAN-AMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR
The Pan American Academic Association of Family Medicine
FUNDADA EN SÃO PAULO, BRASIL EM 1965

IDENTIDAD MÉDICA: APRENDER A SER MÉDICO Y A SER UNO MISMO

Juan Antonio Díaz González, *

*Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. España.

Ser médico es heredar vidas enteras dedicadas al servicio de otros, ser depositarios de un saber conquistado a lo largo de la historia.

Ser médico es aprender a mirar de cara la fragilidad que causa la enfermedad y hacerla de alguna manera propia. Es ser premiado con la confianza y comprometerse con ella. Adentrarse en otros que te abren la puerta por ser lo que eres, sin preguntar primero. Ser médico es una forma de relacionarse con las personas que va dejando poso. Es saber mirar y hacerse cargo más allá de lo evidente, con luces cortas y largas. Bucear en el saber científico y escudriñar lo humano, acariciar el alma a través del cuerpo. Ser capaz de dirigir una orquesta sinfónica de datos objetivos y circunstancias subjetivas pero reales, conjugar lo general con lo concreto, lo prosaico con lo trascendente, en el escenario abarrotado de una sala de urgencias, en la mesa de quirófano o en la soledad de una consulta de ambulatorio.

Ser médico es heredar vidas enteras dedicadas al servicio de otros, ser depositarios de un saber conquistado a lo largo de la historia. Es observar a otros para aprender de ellos y ser parte de muchos unidos por un mismo propósito. Se llega a serlo siendo uno mismo, vertiendo la propia personalidad en el quehacer clínico cotidiano, que toma así el sabor del condimento personal. Porque no se puede ser médico despojado de sí mismo. Creemos o nos rompemos según la calidad de la fusión entre profesional y persona. Un compuesto que tiene que ser firme y flexible para ser apoyo de muchos. Lo que nos hace mejores como personas es lo que necesitamos para cumplir nuestra misión como médicos, y cuidar bien a los enfermos nos va haciendo mejores, una sinergia posible de crecimiento. Pero es una tarea. Una doble tarea que, en gran parte, depende de nosotros: hacer medicina siendo médicos, hacernos a nosotros mismos y ser quienes somos. Así es cómo el ser bueno se dice por igual del médico y de la persona. Y esto cada día, en cada encuentro con el paciente y en cada encuentro con nosotros mismos. Damos lo que somos y nos vamos haciendo al darnos. Con idas y venidas, con altibajos, con ideales grandes y realidades tozudas, pero forjando una identidad en la que se integra de manera armónica lo que somos y lo que hacemos. El camino no hay que descubrirlo, porque se ha trazado con la práctica de muchos en una tradición de siglos. En lo que nadie nos puede sustituir es en la manera de andarlo, que siempre es personal. De nuevo, es un juego entre lo recibido y lo que nosotros damos. Queremos saber para poder curar (competencia), pero ese saber se alimenta con el mismo esfuerzo, constancia y diligencia que nos piden otras facetas de la vida. Dejarse tocar por el sufrimiento ajeno (compasión) requiere saber dar sentido al sufrimiento propio. Quien quiere darse más allá de lo acordado (compromiso) necesita primero poseerse y ser fiel a uno mismo.

Ser, en fin, quien eres y en cualquier momento (integridad). Así es posible decir algo de uno mismo que sea coherente y encuentre el eco de lo que nos dicen otros (comunicación). Ser uno mismo y ser con otros, que solo con el roce se pulen las aristas y va tomando forma lo que somos (trabajo en equipo y liderazgo). Recorremos el camino de ser médicos con nuestros propios pasos, nos hacemos caminantes, es decir, nosotros mismos. Ser médico, como ser uno mismo, es una tarea inconclusa, un estilo de vida que merece la pena.



Pan American Academic
Summit 2024:
Humanism in Medical
Education



ASOCIACIÓN ENTRE MEJOR CONTROL GLUCÉMICO Y LA ASISTENCIA AL CENTRO DE ATENCIÓN A LA DIABETES EN EL IMSS EN GUAYMAS, SONORA, MÉXICO.

Jesús González-Aldana, * Suni López-Ramos. *

*Unidad de Medicina Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guaymas, Sonora, México

Introducción: En estadísticas oficiales del año 2022 se ha encontrado una prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) en México -diagnosticada y no diagnosticada- de 14.6 millones de personas. Las complicaciones de esta enfermedad son múltiples algunas ponen en peligro la vida; una forma de prevenirlas es lograr en los pacientes el autocontrol. El tratamiento de la DMT2 tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener un control glucémico y prevenir complicaciones. Para lograr estos objetivos es necesario que los pacientes desarrollen una modificación en sus estilos de vida. De acuerdo con los estándares nacionales para la educación y autocontrol de la diabetes, todas las personas con esta enfermedad deben participar en la educación para el autocontrol. Ante esta situación Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) diseñó un programa preventivo, (*DiabetIMSS*) que fue implementado en el 2008. Actualmente el programa preventivo de Atención al Paciente con Diabetes, se denomina *Centro de Atención a la Diabetes en el IMSS* “CADIMSS” a través del programa educativo se ofrece educación y apoyo para el autocontrol; el paciente recibe mayores beneficios en el control glucémico y en el nivel de conocimientos sobre su enfermedad. **Objetivo:** Determinar si existe asociación entre asistencia a “CADIMSS” y un mejor control glucémico en pacientes con DM2 de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 04 de Guaymas Sonora, México. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico, retrospectivo, se revisaron expedientes de pacientes con DMT2 que se integraron “CADIMSS” en la Unidad de Medicina Familiar No. 04 de Guaymas Sonora y de pacientes que no habían asistido al programa. Para el tamaño de muestra se realizó el cálculo de estimación de dos proporciones, el tamaño de la muestra fue de 71 expedientes por grupo. Para el análisis de los datos se realizaron medidas de tendencia central, y análisis con χ^2 . **Resultados:** Se detectaron expedientes de pacientes egresados que en un 76.1% se encontraban en control glucémico, en comparación, con los que no habían asistido (36.6%) que se identificaban en control, con una prueba de χ^2 de <0.001 . **Conclusiones:** Se observó que existe un mejor control glucémico en pacientes egresados del *Centro de Atención a la Diabetes en el IMSS* “CADIMSS” en comparación con pacientes que no habían asistido. Con base en los resultados obtenidos queda confirmado que la intervención educativa hecha en CADIMSS es fundamental para el control glucémico del paciente diabético.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Autocontrol, Medicina Familiar.



SOBAMFA
Educação Médica &
Humanismo

Pan American Academic
Summit 2024:
Humanism in Medical
Education

A ASSOCIAÇÃO ACADÊMICA PAN-AMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR
LA ASOCIACIÓN ACADÉMICA PAN-AMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR
The Pan American Academic Association of Family Medicine
FUNDAÇÃO EM SÃO PAULO, BRASIL EM 2005



MEJORAR LA SALUD INFANTIL EN COMUNIDADES RURALES: UN MODELO DE INTERVENCIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA, EL MÉDICO FAMILIAR COMO LÍDER

Juan Sebastián Therán, * Jorge Andrés Hernández, ** Miguel Fernando García Brilla,
*** Andrés Mauricio Sánchez Herrera, **** Valentina Ochoa Castellanos. *****

*Residente de tercer año medicina familiar. Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia. **Médico general. Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia. ***Residente de tercer año medicina familiar. Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia. ****Residente de tercer año medicina familiar. Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia. *****Fonoaudióloga. Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Introducción: La salud infantil en comunidades vulnerables enfrenta desafíos significativos debido a factores como el acceso limitado a servicios de salud y el desconocimiento en la población sobre prácticas de salud preventivas. En Colombia, las poblaciones rurales, como la comunidad del kilómetro 8 de Puerto Wilches, Santander, presentan una alta prevalencia de problemas de salud infantil prevenibles, incluidos trastornos visuales, enfermedades periodontales y desnutrición. **Objetivo:** Realizar un diagnóstico inicial, seguido de brigadas médicas, capacitación a docentes y talleres educativos para las familias, en un esfuerzo por promover la salud integral de los niños. **Métodos:** Intervención de salud comunitaria realizada por la Universidad de Santander (UNDES) con un enfoque participativo y comunitario y multidisciplinario. **Resultados:** el 95% de los profesores capacitados adquirieron habilidades para identificar problemas de salud infantil, la cobertura de vacunación alcanzó un 42.54% en estado adecuado y el 77.6% de los participantes presentó un estado nutricional adecuado. Sin embargo, también se identificaron grupos en sobrepeso y desnutrición, que representan áreas clave para futuras intervenciones. **Conclusiones:** La alta prevalencia de estos problemas está directamente relacionada con factores estructurales, como el acceso limitado a servicios de salud y la falta de capacitación en los profesores para identificar problemas de salud, así como el bajo conocimiento de derechos y responsabilidades en salud por parte de las familias. Estos problemas impactan negativamente el desarrollo físico, cognitivo y social de los niños, y su manejo oportuno es fundamental para evitar complicaciones a largo plazo. El presente proyecto demuestra la relevancia del médico familiar en el contexto de salud pública y comunitaria. Los médicos familiares desempeñan un papel esencial en el diagnóstico temprano y la gestión integral de la salud, adaptando las intervenciones a las necesidades particulares de cada población. La colaboración entre instituciones de salud, educativas y familiares es fundamental para lograr un desarrollo infantil saludable y equitativo, permitiendo a los niños alcanzar su máximo potencial y reduciendo la carga de enfermedades prevenibles. Nuestro proyecto resalta la necesidad de contar con un enfoque intersectorial y continuo en la atención primaria, donde el médico familiar pueda liderar la implementación de estrategias preventivas y educativas que fortalezcan la salud infantil y la participación de las familias en su cuidado. Además, se confirma el rol central del médico familiar como líder en el ámbito de la salud pública, capaz de implementar programas de atención integral que mejoran no solo la salud física, sino también el bienestar social de la comunidad.

Palabras clave: Salud infantil, Médico familiar, Servicios de salud.