

ARTICULO ORIGINAL DE INVESTIGACION

# Experiencias y respuestas emocionales de médicos residentes de medicina familiar frente al paciente difícil: Un estudio cualitativo en Paraguay

Nathalia Desiré Servián Aponte y Juana Elizabeth Pavón Fleitas

Programa de Especialización en Medicina Familiar, Dirección de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Asunción, Paraguay

DOI: 10.5281/zenodo.15459359

Publicado: 19 de mayo, 2025

## Resumen

**Introducción:** El encuentro con pacientes percibidos como «difíciles» es un desafío inherente a la práctica médica, con un impacto particular en los médicos residentes. Estas interacciones pueden suscitar una compleja gama de emociones y experiencias que influyen en la calidad de la atención y el bienestar del profesional en formación. **Objetivo:** Explorar las experiencias y emociones de los residentes del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad Nacional de Asunción ante el abordaje de pacientes considerados difíciles. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico y diseño de corte transversal entre mayo y octubre de 2024. Participaron 12 residentes del programa, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia hasta alcanzar la saturación teórica. Se utilizó un cuestionario semiestructurado de 9 preguntas abiertas para la recolección de datos mediante entrevistas grabadas. El análisis de los datos se realizó siguiendo los principios de la hermenéutica dialéctica. **Resultados:** Los residentes identificaron como características de los pacientes difíciles la alta frecuencia de consultas, la desconfianza hacia el tratamiento y las demandas excesivas. Las emociones más frecuentemente experimentadas fueron la frustración, el enojo y la impotencia. Las estrategias de afrontamiento predominantes incluyeron mantener la calma, el diálogo con el paciente, la negociación de tratamientos y la escucha activa. A pesar de las emociones negativas, los participantes consideraron estas experiencias como oportunidades valiosas para el aprendizaje y desarrollo profesional. **Conclusión:** Los médicos residentes de medicina familiar enfrentan desafíos significativos al interactuar con pacientes difíciles, experimentando un espectro de emociones predominantemente negativas. No obstante, emplean diversas estrategias de afrontamiento y perciben estas interacciones como formativas. Se subraya la necesidad de más investigación y el desarrollo de intervenciones de apoyo específicas para este colectivo.

**Palabras clave:** paciente difícil, medicina familiar, médicos residentes, emociones, formación profesional, estudio cualitativo, Paraguay

# 1. INTRODUCCIÓN

La interacción con pacientes que, por diversas razones, son percibidos como «difíciles» constituye un desafío recurrente y significativo en la práctica clínica (1). Estos encuentros pueden generar una considerable tensión emocional en el profesional de la salud, influir en la calidad de la atención dispensada y afectar la propia satisfacción laboral (2). Para los médicos residentes, quienes se encuentran en una etapa crucial de adquisición de competencias y desarrollo de su identidad profesional, el abordaje de estos pacientes representa una experiencia formativa particularmente intensa y, a menudo, compleja (3).

La literatura define al «paciente difícil» de múltiples maneras, pero comúnmente se refiere a aquel individuo cuya interacción con el sistema de salud o con el profesional genera distrés, frustración o una sensación de ineffectividad en el médico (4–6). Estos pacientes pueden presentar patrones de comportamiento demandantes, resistencia al tratamiento, múltiples quejas somáticas sin una explicación clara, o dificultades en la comunicación (6).

En el contexto de la medicina familiar, donde se prioriza la atención continua, integral y centrada en la persona, la relación médico-paciente es un pilar fundamental (7). Las dificultades en esta relación pueden tener un impacto profundo. Los médicos residentes de esta especialidad, al estar expuestos de manera frecuente a una amplia variedad de pacientes y problemáticas biopsicosociales, inevitablemente se enfrentarán a estas situaciones desafiantes. Las emociones que emergen de estos encuentros —como frustración, enojo, impotencia o incluso temor— pueden influir en su bienestar, su aprendizaje y su capacidad para mantener una actitud empática y profesional (8).

A pesar de la relevancia de este fenómeno, la investigación sobre las experiencias y el impacto emocional específico en médicos residentes de medicina familiar en el contexto paraguayo es limitada. Comprender en profundidad cómo viven y afrontan estas situaciones los futuros especialistas es esencial para diseñar estrategias de apoyo efectivas, optimizar los programas de formación y promover tanto la resiliencia profesional como la calidad de la atención.

Este estudio cualitativo se propuso explorar las experiencias y emociones de los residentes del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad Nacional de Asunción ante el abordaje de pacientes considerados difíciles, con el fin de aportar conocimiento valioso para la mejora de la formación médica y el bienestar de los residentes.

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

### 2.1 *Diseño del estudio*

Se llevó a cabo un estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico y diseño de corte transversal. Este enfoque se consideró apropiado para explorar en profundidad las experiencias vividas y los significados atribuidos por los participantes a sus interacciones con pacientes difíciles.

## **2.2 Contexto y período del estudio**

La investigación se llevó a cabo en el marco del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (UNA), Paraguay. Los participantes fueron residentes que realizan sus actividades formativas en el Hospital de Clínicas y el Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas. La recolección de datos se efectuó entre los meses de mayo y octubre de 2024. Participantes y muestreo

La población enfocada fueron los médicos residentes del mencionado programa de especialización. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para la selección de los participantes. Se buscó incluir residentes de diferentes años de formación (primero, segundo y tercer año) y de ambos sexos para obtener una diversidad de perspectivas. El reclutamiento continuó hasta alcanzar la saturación teórica de los datos, lo cual se logró con la participación de 12 residentes.

## **2.3 Criterios de inclusión y exclusión**

Se incluyeron en el estudio a residentes del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la UNA, de ambos sexos, que cursaban diferentes años de la residencia durante 2024, pertenecientes a la nómina del Hospital de Clínicas o del Hospital Militar Central. Estos residentes ya habían rotado por el consultorio de medicina familiar de la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas.

Se excluyeron aquellos residentes que no completaron la totalidad de la entrevista.

## **2.4 Instrumento y técnica de recolección de datos**

La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas individuales. Se utilizó un cuestionario guía de 9 preguntas abiertas, elaborado por la autora y basado en aspectos descritos en estudios previos sobre el tema (9–12). Este instrumento permitió explorar de manera flexible las experiencias, características atribuidas a los pacientes difíciles, emociones experimentadas, estrategias de afrontamiento y la influencia de estas interacciones en la formación profesional.

Las entrevistas se llevaron a cabo en un entorno que propiciaba la confianza y la libre expresión, con una duración aproximada de 10 a 15 minutos cada una. Previo consentimiento informado por escrito, las entrevistas fueron grabadas en audio para asegurar la fidelidad de la información.

## **2.5 Análisis de datos**

Las entrevistas grabadas fueron transcritas textualmente a documentos digitales. Posteriormente, los datos transcritos fueron analizados siguiendo los principios de la hermenéutica dialéctica (13). Este proceso implicó una lectura repetida y profunda de las transcripciones para identificar unidades de significado, codificar los datos emergentes, agruparlos en categorías temáticas y, finalmente, interpretar los patrones y relaciones entre estas categorías para comprender la esencia de las experiencias y emociones de los residentes. Se buscó una interpretación que reflejara fielmente las perspectivas de los participantes.

## 2.6 Consideraciones éticas

El estudio se adhirió a los principios bioéticos universales (14). Se obtuvo la aprobación de la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas. Se garantizó la autonomía de los participantes mediante la explicación detallada del estudio y la obtención del consentimiento informado por escrito, asegurando su derecho a participar o retirarse en cualquier momento. Se respetó el principio de justicia al ofrecer la misma oportunidad de participación a todos los residentes elegibles, sin discriminación. Se aseguró la no maleficencia, ya que el procedimiento de recolección de datos (entrevista grabada) no implicó riesgos para la salud física o emocional de los participantes. Se mantuvo la confidencialidad de la información y el anonimato de los entrevistados en todo momento, utilizando los datos exclusivamente con fines académicos. Se buscó la beneficencia, por el hecho de que los datos obtenidos podrían servir de base para futuras investigaciones y mejoras en los programas de formación.

## 3. RESULTADOS

Participaron en el estudio 12 médicos residentes del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad Nacional de Asunción, con representación de diferentes años de residencia y de ambos sexos. El análisis de las entrevistas permitió identificar tres ejes temáticos principales que describen las experiencias y emociones de los residentes ante el abordaje de pacientes difíciles: 1) Identificación del «paciente difícil»; 2) Experiencias y emociones, y 3) Estrategias de afrontamiento y formación profesional.

### 3.1 Identificación del «paciente difícil»

Los residentes describieron una serie de características y comportamientos que, desde su perspectiva, definen a un paciente como «difícil». Aunque las definiciones teóricas pueden variar, los participantes coincidieron en varios aspectos. Las características más comúnmente mencionadas incluyeron:

- **Alta frecuencia de consultas y demandas percibidas como excesivas:** Varios residentes señalaron a pacientes que consultan con mucha frecuencia, a veces por motivos que consideran menores o para solicitar documentos como reposos médicos de manera reiterada. Un residente expresó: «Consulta con frecuencia, o busca enfermedades que no existen... también aquellos que solo usan el servicio para conseguir reposos médicos para no cumplir obligaciones» (Residente 2).
- **Desconfianza o cuestionamiento del tratamiento y del profesional:** La falta de adherencia, el cuestionamiento constante de las indicaciones o la desconfianza hacia la competencia del médico fueron aspectos destacados. «Un paciente que no quiere aceptar las indicaciones, no toma la medicación de la forma indicada, no quiere o no lleva a cabo los estudios solicitados» (11). Otro mencionó: «Rechazo/cuestionamiento sobre los tratamientos o sobre nosotros como profesionales» (12).
- **Exigencias de estudios o medicaciones consideradas inadecuadas:** La presión por parte de los pacientes para obtener prescripciones o estudios que el médico

no considera clínicamente justificados fue otra característica. «Llegan exigiendo estudios o medicaciones no adecuados para su patología o estado actual» (Residente 3).

- **Múltiples síntomas o quejas vagas:** Algunos residentes identificaron como difíciles a aquellos pacientes que presentan una gran cantidad de síntomas, a veces de forma confusa, o que incluso «inventan síntomas» (Residente 7).
- **Falta de respeto percibida (especialmente hacia médicos mujeres):** Una residente señaló una dimensión de género en la dificultad: «Para mí son pacientes difíciles aquellos que no te demuestran respeto por ser médico mujer o por no querer darle recetas de medicación que consumen por decisión propia» (Residente 10).

### 3.2 Experiencias y emociones

La interacción con pacientes difíciles generó un espectro de emociones en los residentes, predominantemente negativas. Las más frecuentemente expresadas fueron:

- **Frustración:** Esta fue la emoción principal mencionada por varios participantes, a menudo ligada a la sensación de no poder ayudar eficazmente al paciente o a la falta de cumplimiento de las indicaciones. «Frustración, es la emoción principal...» (9). «Me provoca desesperación durante la consulta y frustración» (Residente 12).
- **Enojo e impotencia:** Sentimientos de enojo ante la actitud del paciente o impotencia por no poder modificar la situación fueron también comunes. «Me causa un poco de enojo, miedo e incomodidad» (Residente 1). «La mayoría de las veces siento impotencia por no poder hacer adecuadamente el trabajo. O enojo por los pacientes más vulnerables o hacia aquellos que pese a realizar un buen abordaje el paciente no colabora» (16).
- **Otras emociones:** También se mencionaron el miedo, la incomodidad y la desesperación. Algunos residentes intentaron contrarrestar estas emociones negativas con empatía: «...también empatía, intento ponerme en el lugar de la persona para identificar por qué no está logrando las indicaciones y ver si encuentro alguna otra forma de llegarle» (9).

### 3.3 Estrategias de afrontamiento y formación profesional

Ante estas situaciones desafiantes, los residentes refirieron emplear diversas estrategias de afrontamiento durante la consulta:

- **Mantener la calma y el profesionalismo:** Fue una estrategia recurrente. «Tratar de tener calma...» (Residente 5).
- **Diálogo y comunicación:** Buscar el entendimiento a través del diálogo y evitar la confrontación. «Llegar a un acuerdo con el diálogo y evitar las discusiones innecesarias» (12). «Bajar la conversación a su nivel» (Residente 9).
- **Escucha activa y empatía:** Intentar comprender las motivaciones y preocupaciones del paciente. «Mi principal forma de manejar a los pacientes difíciles en consulta es siendo lo más amable posible, escucho sus inquietudes para intentar explorar las emociones de ese paciente...» (11).

- **Negociación:** Buscar puntos de acuerdo en el plan terapéutico. «Indagar los motivos por los que no siguen indicaciones; negociar los objetivos de tratamiento» (12). «Negociar con el paciente...» (Residente 4).
- **Limitación del tiempo de consulta:** En algunos casos, como estrategia para manejar la demanda excesiva. «...también acortando el tiempo de consulta» (Residente 5).

A pesar de las dificultades y las emociones negativas experimentadas, la totalidad de los residentes entrevistados percibió estas interacciones como experiencias de aprendizaje valiosas que contribuyen a su formación profesional:

- **Oportunidad de aprendizaje y desarrollo de habilidades:** «Veo como cada experiencia desafiante se convierte en una oportunidad para aprender, también ayuda a reconocer y gestionar mis emociones, así como a identificar también las emociones de los pacientes» (Residente 1).
- **Desarrollo de la empatía y comprensión de límites:** «Que también es un aprendizaje porque no todos los pacientes quieren ser ayudados... Están los pacientes que te hacen desarrollar tu empatía...» (17).
- **Forjamiento del carácter:** «Regular, hay veces que me dan ganas de tirar la toalla, pero, por otro lado, me ha forjado mi carácter» (Residente 10).
- **Comprensión de las dificultades del paciente:** «...son personas que merecen respeto y todas esas actitudes que presentan en la consulta son el resultado de algún problema en su entorno...» (Residente 12).

## 4. DISCUSIÓN

Este estudio cualitativo exploró las experiencias y emociones de médicos residentes de Medicina Familiar de la Universidad Nacional de Asunción al abordar pacientes percibidos como difíciles. Los hallazgos ofrecen una visión matizada de los desafíos inherentes a estas interacciones y su impacto en la formación profesional.

Las características identificadas por los residentes para definir a un «paciente difícil» —como la alta frecuencia de consultas, la desconfianza hacia el tratamiento, las demandas excesivas y la presentación de múltiples síntomas— son consistentes con las descripciones encontradas en la literatura internacional (6, 9, 10). Estudios como el de Jackson et al. (9) y Khazen et al. (10), aunque realizados en contextos diferentes (pacientes hospitalizados y atención primaria respectivamente), también señalan la resistencia al tratamiento y la desconfianza como rasgos comunes. La mención de la alta frecuentación y la multiplicidad de síntomas coincide con lo reportado por Mas Garriga et al. (11). Es interesante notar que, a diferencia del estudio de Jackson et al. (9), la barrera lingüística no emergió como una característica principal en esta cohorte de residentes, a pesar del bilingüismo de Paraguay. No obstante, un estudio paraguayo previo en residentes de urgencias sí identificó la barrera idiomática como una dificultad (15). La percepción de una residente sobre la falta de respeto por ser mujer introduce una perspectiva de género que merece mayor atención y que no siempre es explícitamente abordada en la literatura general sobre pacientes difíciles.

Las emociones experimentadas por los residentes, con un claro predominio de la frustración, el enojo y la impotencia, también se alinean con investigaciones previas (9, 16). La intensidad de estas emociones subraya el impacto personal que estas interacciones pueden tener en los médicos en formación. La capacidad de reconocer y gestionar estas emociones es crucial para evitar el desgaste profesional y mantener una atención de calidad.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, las mencionadas por los residentes —mantener la calma, dialogar, negociar, practicar la escucha activa y la empatía— son coherentes con las recomendaciones para el manejo de relaciones difíciles médico-paciente (9, 11, 12). La ausencia de la «derivación» como estrategia principal, mencionada en algunos estudios como el de Mas Garriga et al. (11), podría reflejar el compromiso de la medicina familiar con la continuidad de la atención o la percepción de que estos pacientes son una responsabilidad inherente a la especialidad.

Un aspecto particularmente relevante de este estudio es la perspectiva unánime de los residentes de que estas experiencias, aunque desafiantes, constituyen oportunidades de aprendizaje positivo y contribuyen a su desarrollo profesional. Esta visión resiliente y orientada al crecimiento es fundamental y coincide con la idea de que enfrentar y superar dificultades clínicas complejas puede forjar mejores profesionales (17). La capacidad de transformar una interacción potencialmente negativa en una instancia de aprendizaje sobre comunicación, manejo emocional y límites profesionales es una habilidad valiosa.

No obstante, la escasez de estudios locales que aborden específicamente la influencia de estos encuentros en la formación profesional de residentes de medicina familiar, como bien señala la autora de la monografía, es una limitación para una comparación más profunda en el contexto paraguayo.

La principal fortaleza de este estudio radica en su enfoque cualitativo, que permite una exploración profunda de las vivencias subjetivas de los residentes, un área poco investigada en el contexto local. La metodología fenomenológica es adecuada para capturar la esencia de estas experiencias.

Entre las limitaciones, se encuentra el tamaño reducido de la muestra (12 participantes), aunque se alcanzó la saturación teórica. Al ser un estudio realizado en un único programa de residencia, los hallazgos pueden no ser generalizables a otros contextos. El muestreo por conveniencia también podría introducir sesgos. La naturaleza autoinformada de las entrevistas puede estar sujeta a la deseabilidad social o a la interpretación retrospectiva de las experiencias.

Los hallazgos de este estudio tienen implicaciones importantes para los programas de formación en medicina familiar. Subrayan la necesidad de incorporar de manera más explícita y estructurada el entrenamiento en habilidades de comunicación para el manejo de pacientes difíciles, así como estrategias para la gestión emocional y el autocuidado del residente. La creación de espacios seguros para la reflexión y sesiones de retroalimentación de estas experiencias podría ser beneficiosa.

Se recomienda la realización de más investigaciones en el contexto paraguayo, posiblemente con metodologías mixtas o muestras más amplias, para validar y expandir estos hallazgos. Explorar la perspectiva de los pacientes y de los tutores sobre estas interacciones podría ofrecer una visión más completa del fenómeno. El desarrollo

y evaluación de intervenciones específicas para apoyar a los residentes en el manejo de pacientes difíciles y en la promoción de su bienestar emocional es una línea de investigación prioritaria.

En conclusión, los médicos residentes del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad Nacional de Asunción identifican a los «pacientes difíciles» a través de características como la alta frecuentación, la desconfianza y las demandas excesivas. Estas interacciones generan predominantemente emociones negativas como frustración, enojo e impotencia. Para afrontar estas situaciones, los residentes emplean estrategias como mantener la calma, la escucha activa, el diálogo y la negociación. A pesar de los desafíos emocionales, estas experiencias son valoradas como oportunidades significativas de aprendizaje y crecimiento profesional. Este estudio resalta la importancia de reconocer el impacto de estos encuentros en los médicos en formación y la necesidad de desarrollar estrategias de apoyo y formación continua para mejorar la calidad de la atención y el bienestar tanto del paciente como del profesional.

## RECONOCIMIENTOS

El presente estudio fue realizado como parte del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, bajo la supervisión del Prof. Dr. Andrés Szwako. El texto original ha sido modificado para adaptarse a los requerimientos editoriales de la presente publicación, manteniendo la integridad y el propósito del estudio original. La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS

1. De Mestral E, Szwako A. Manual de medicina familiar. Asunción, Paraguay: EFACIM, Editorial de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción; 2018.
2. Kopitowski K, Durante E, Villalón G. Medicina familiar y práctica ambulatoria. Carrete P, editor. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2016.
3. Familia y Salud. ¿Qué es un médico residente? [Internet]. [Lugar desconocido]: AEPap; 2022 [citado 2024 Ene 10].
4. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid: RAE; 2023 [citado 2024 Ene 10].
5. UNICEF. ¿Cómo reconocer nuestras emociones? [Internet]. [Lugar desconocido]: UNICEF; [fecha desconocida; citado 2024 Ene 10].
6. Ágreda J, Yanguas E. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. *An Sist Sanit Navar*. 2001;24(Supl 2):47-53.
7. Méndez VJC, Carvajal EF, Medel SP. Pacientes difíciles o relaciones difíciles en psiquiatría: un estudio de casos y controles. *Rev Chil Neuropsiquiatr* [Internet]. 2017 [citado 2024 Ene 10];55(3):179-85.
8. Loayssa JR. Pacientes difíciles. Una situación habitual en la consulta. *DocTutor* [Internet]. [Fecha desconocida; citado 2024 Ene 10].
9. Jackson JL, Murphy MG, Fletcher KE. The difficult inpatient: a qualitative study of physician perspectives. *J Gen Intern Med*. 2014;29(7):1000-6.
10. Khazen M, Shalev L, Golan-Cohen A, Davidovitch N, Feder-Bubis P. Responsibility for follow-up of medical recommendations in primary care and challenging patients: The perspective of physicians, nurses, pharmacists and administrative staff. *Patient Educ Couns*. 2024;119:108083.



11. Mas Garriga X, Cruz Doménech JM, Fañanás Lanau N, Allué Buil A, Casas R, Viñas Vidal IZ. Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Aten Primaria*. 2003;31(6):366-74.
12. Fernández R, Menéndez M, Fernández MJ, Pérez M, Novo J, Álvarez MÁ. Encuentros difíciles en atención primaria: una perspectiva multifocal. *SEMERGEN*. 2014;40(8):431-7.
13. Matos Hernández EC, Fuentes González HC, Montoya Rivera J, de Quesada Varona JO. *Didáctica: lógica de investigación y construcción del texto científico*. Barranquilla: Ediciones Universidad Libre; 2005.
14. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas [Internet]*. 2010 [citado 2024 Ene 10];(22):121-57.
15. Silvero RA, Aranda GR, Cristaldo R, Recalde ME, Arias R, Presentado D, et al. Actitud de residentes de urgencias hacia la relación médico-paciente en el Hospital de Clínicas-Asunción, Paraguay. *Rev Fac Cien Med (Asunción)*. 2015;72(1):23-8.
16. Luz Bascuñán Ra M. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev Méd Chile*. 2005;133(1):11-6.
17. Bosch Fontcuberta JM. Encuentros difíciles médico-paciente: ¿un problema inevitable? *Aten Primaria*. 2009;41(1):15-7.

ARTICULO ORIGINAL DE INVESTIGACION

# Evaluación del ambiente educativo en programas de especialización médica del Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas, Paraguay, 2023: Un estudio transversal

Rosa Eliane Díaz Cañete y Eva Maciel Welko

Programa de Especialización en Medicina Familiar, Dirección de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay.

DOI: 10.5281/zenodo.15459400

Publicado: 19 de mayo, 2025

## Resumen

**Introducción:** El ambiente educacional (AE) es fundamental en la formación de postgrado médico, impactando el aprendizaje y bienestar del residente. Su evaluación constante es necesaria para asegurar la calidad del proceso enseñanza-aprendizaje. **Objetivo:** Conocer el ambiente educativo en los programas de especialización médica del Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas (HMCFA) de Paraguay durante el año 2023. **Materiales y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. Participaron médicos residentes de todas las especialidades del HMCFA en 2023, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó el cuestionario Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM) validado al español. Se analizaron datos sociodemográficos y las puntuaciones del PHEEM. **Resultados:** Participaron 48 residentes, el 58 % de sexo femenino. El puntaje global del PHEEM indicó que el 70,8 % de los residentes percibió el ambiente educacional como «más positivo que negativo, con espacio para mejorar». En la dimensión de percepción de la enseñanza, el 66,7 % consideró que estaba «encaminada en la dirección correcta». La percepción del soporte social varió según el año de residencia: los de primer año lo calificaron mayoritariamente como «lugar poco placentero» (45,8 %), mientras que los de segundo (54,5 %) y tercer año (63,6 %) como un entorno con «más pros que contras». **Conclusión:** Los médicos residentes del HMCFA tienen una percepción del ambiente educacional predominantemente positiva pero con áreas identificadas para la mejora, especialmente en el soporte social para ciertos grupos.

**Palabras clave:** ambiente educativo, educación de postgrado, residencia médica, PHEEM, percepción, Paraguay

# 1. INTRODUCCIÓN

El ambiente educacional (AE) se define como el conjunto de percepciones que los estudiantes tienen sobre el contexto en el que se desarrollan los procesos de enseñanza y aprendizaje, abarcando aspectos curriculares, pedagógicos, interpersonales y organizacionales (1). En la educación médica de postgrado, particularmente durante la residencia, el AE adquiere una relevancia crítica, ya que la formación se centra en la práctica clínica supervisada dentro de instituciones hospitalarias (2). Un AE positivo se asocia con una mayor motivación, satisfacción, aprendizaje efectivo, mejor rendimiento académico y bienestar psicológico de los médicos residentes, influyendo directamente en la calidad de la atención al paciente y en el desarrollo de competencias profesionales (3, 4). Por el contrario, un ambiente deficiente puede generar estrés, agotamiento (burnout) y afectar negativamente la adquisición de habilidades y la empatía (5).

La evaluación sistemática del AE es una herramienta fundamental para monitorizar y mejorar la calidad de los programas de formación médica (6). Diversos instrumentos han sido desarrollados y validados para este propósito, entre los que destaca el Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM). Este cuestionario, diseñado específicamente para el entorno hospitalario de postgrado, evalúa tres dominios clave: la percepción de la autonomía, la calidad de la enseñanza y el soporte social (7). Su aplicación permite identificar fortalezas y debilidades desde la perspectiva de los propios residentes, proporcionando información valiosa para implementar mejoras curriculares y organizativas (8).

Estudios en Latinoamérica han mostrado variabilidad en la percepción del AE. Mientras algunas investigaciones reportan ambientes predominantemente positivos (2), otras señalan áreas problemáticas significativas, como deficiencias en la retroalimentación, oportunidades de desarrollo social limitadas o condiciones poco favorables para la reflexión crítica (1, 9). En Paraguay, la calidad de la educación superior y de los programas de especialización médica es un área de continuo interés, con organismos como la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior (ANEAES) promoviendo la mejora continua (10).

El Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas (HMCFA) es una unidad formadora importante en Paraguay. Sin embargo, la percepción del ambiente educativo por parte de sus médicos residentes no había sido sistemáticamente explorada. Considerando que un AE adecuado es crucial para la formación de especialistas competentes y para la seguridad del paciente, se justifica la necesidad de evaluar este aspecto. Este estudio busca medir la percepción del ambiente de enseñanza y aprendizaje en la educación médica hospitalaria de postgrado en dicha institución, con el fin de detectar fortalezas, identificar áreas deficitarias y sentar bases para futuras intervenciones de mejora.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue conocer el ambiente educativo en los programas de especialización médica del Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas de Paraguay, durante el año 2023, desde la perspectiva de los médicos residentes.

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

### 2.1 *Diseño del estudio y período*

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. La recolección de datos se llevó a cabo durante el mes de octubre de 2023.

### 2.2 *Población y muestra*

La población enfocada fueron los médicos residentes de todas las especialidades de la República del Paraguay. La población accesible estuvo constituida por todos los médicos residentes que cursaban alguna especialidad en el Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas (HMCFA) durante el período de estudio en 2023. Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a todos los médicos residentes del HMCFA que aceptaron participar. El documento original menciona un cálculo de muestra de  $n=47$  para una población  $N=52$ , y finalmente se encuestó a 48 residentes.

### 2.3 *Criterios de inclusión y exclusión*

Se incluyeron médicos residentes de ambos sexos, que se encontraban cursando activamente su residencia médica en el HMCFA, sin distinción de especialidad o año de residencia. Se excluyeron aquellos formularios que fueron completados de forma incorrecta o incompleta, o aquellos que no correspondieran al marco temporal del estudio.

### 2.4 *Instrumento de recolección de datos*

Se utilizó el cuestionario Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM), desarrollado por Roff *et al.* (7) y validado en su versión al español en Chile, donde demostró alta confiabilidad (alfa de Cronbach de 0,955) (11). El PHEEM consta de 40 ítems que se responden mediante una escala de Likert de 5 opciones, puntuadas de 0 («Totalmente en desacuerdo») a 4 («Completamente de acuerdo»). Los ítems 7, 8, 11 y 13, que contienen enunciados en negación, tuvieron sus puntajes invertidos para el análisis, de modo que un puntaje más alto siempre indica una percepción más positiva. El puntaje máximo global del cuestionario es de 160 puntos.

El instrumento evalúa tres dominios:

- Percepción del Rol de Autonomía (PRA): 14 ítems, puntaje máximo 56.
- Percepción de la Enseñanza (PE): 15 ítems, puntaje máximo 60.
- Percepción del Soporte Social (PSS): 11 ítems, puntaje máximo 44.

### 2.5 *Variables de interés*

Las variables sociodemográficas recolectadas incluyeron: sexo (femenino, masculino), estado civil (casado, soltero, unión libre), procedencia (Central, Interior), especialidad (Ginecología y Obstetricia, Medicina Familiar, Ortopedia y Traumatología, Medicina Interna, Cirugía General, Anestesiología, Pediatría, Imágenes) y año de especialidad (primero, segundo, tercero, cuarto). Las variables principales del estudio fueron los puntajes obtenidos en la encuesta PHEEM, tanto el puntaje global como los puntajes para cada uno de sus tres dominios.

## **2.6 Procedimiento de recolección de datos**

Se socializó el protocolo de investigación con los médicos residentes del HMCFA, explicando los objetivos y la finalidad del estudio, y resaltando la importancia de su participación y la veracidad de sus respuestas. Se aseguró la autonomía en la decisión de participar. La encuesta se administró de forma virtual mediante la plataforma Google Forms, a través de enlaces enviados a grupos de mensajería o personalmente.

## **2.7 Análisis estadístico**

Los datos obtenidos de las encuestas fueron procesados y analizados utilizando herramientas de Microsoft Office para el cálculo de frecuencias y porcentajes de las respuestas para cada dimensión indagada. Los resultados se presentaron de forma descriptiva. La interpretación de los puntajes del PHEEM se basó en las categorías propuestas por los autores del instrumento y utilizadas en estudios previos (ej. puntaje global: 0-40 «muy pobre», 41-80 «con muchos problemas», 81-120 «más positivo que negativo, con espacio para mejorar», 121-160 «excelente») (7, 11).

## **2.8 Consideraciones éticas**

El estudio se condujo respetando los principios éticos fundamentales. Se aseguró la autonomía de los participantes, quienes completaron la encuesta de forma voluntaria previa información y socialización del tema. Se garantizó la justicia, permitiendo la participación de todos los residentes que cumplieran los criterios, sin discriminación. Se actuó bajo el principio de no maleficencia, realizando la recolección de datos con discreción para no causar daños. Se buscó la beneficencia, orientada a obtener información útil para la mejora del ambiente educativo, respetando las respuestas y el bienestar de los participantes. Se mantuvo la confidencialidad y anonimato de la información; los datos no se vincularon a identificaciones personales y los resultados se presentaron de forma global y en el ámbito científico. Se obtuvo el permiso de la Jefatura del Departamento de Docencia e Investigación del HMCFA para la realización del estudio.

# **3. RESULTADOS**

Se encuestó a un total de 48 médicos residentes del Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas (HMCFA).

## **3.1 Características sociodemográficas de los participantes**

Del total de 48 residentes, 28 (58 %) correspondieron al sexo femenino y 19 (42 %) al sexo masculino (un participante no especificó o no se contabilizó en esta suma). En cuanto al estado civil, la mayoría, 31 residentes (65 %), eran solteros, mientras que 10 (21 %) se encontraban en unión libre y 7 (15 %) estaban casados. Respecto a la procedencia, 27 residentes (56 %) provenían del departamento Central y 21 (44 %) del interior del país. Participaron residentes de diversos años y especialidades.

### 3.2 *Percepción global del ambiente educativo*

La evaluación global del ambiente educativo, medida a través del puntaje total del cuestionario PHEEM, reveló que 32 de los 48 residentes (70,8 %) tuvieron una percepción del ambiente educacional como «más positivo que negativo, con espacio para mejorar». El porcentaje restante (29,2 %) se distribuiría en otras categorías de percepción, aunque no se especifican en el resumen gráfico del documento original.

### 3.3 *Percepción de la enseñanza (dominio PHEEM)*

En lo referente al dominio de percepción de la enseñanza, los resultados indicaron que el 66,7 % de los médicos residentes consideraron que la enseñanza en sus programas de especialización «va encaminada en la dirección correcta». Este hallazgo sugiere una valoración mayoritariamente favorable de los aspectos pedagógicos y de la calidad de la instrucción recibida.

### 3.4 *Percepción del soporte social (dominio PHEEM) por año de residencia*

La percepción del soporte social en el ambiente educativo mostró variaciones significativas según el año de residencia. Entre los residentes de primer año, el 45,8 % describió el ambiente como un «lugar poco placentero». En contraste, los residentes de segundo año, en un 54,5 %, y los de tercer año, en un 63,6 %, consideraron que el soporte social ofrecía «más pros que contras». Finalmente, entre los residentes de cuarto año, el 50 % percibió el soporte social como un «lugar poco placentero pero con más pros que contras», indicando una percepción mixta en este grupo más avanzado.

## 4. DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo conocer el ambiente educativo en los programas de especialización médica del Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas (HMCFA) de Paraguay, desde la perspectiva de sus médicos residentes. Los hallazgos indican una percepción general del AE como «más positivo que negativo, con espacio para mejorar», lo cual es un punto de partida constructivo, aunque evidencia la necesidad de intervenciones específicas.

Las características sociodemográficas de la muestra, con un predominio del sexo femenino (58 %) y una mayoría de residentes solteros (65 %) procedentes del departamento Central (56 %), son consistentes con otros estudios realizados en Paraguay en poblaciones de médicos residentes (12), lo que sugiere una representatividad demográfica similar a otros contextos formativos del país.

La percepción global del AE en el HMCFA (70,8 % como «más positivo que negativo, con espacio para mejorar») difiere de un estudio previo en Paraguay realizado en 2019 por Ríos González et al. (12), que encontró un ambiente educacional «con muchos problemas» utilizando el mismo instrumento PHEEM. Sin embargo, nuestros resultados se alinean más favorablemente con investigaciones en México (13) y Chile (14), donde los residentes también percibieron en general un ambiente «más positivo que negativo». Estas diferencias podrían atribuirse a variaciones institucionales específicas, cambios temporales en las condiciones de los programas de residencia, o diferencias metodológicas en la aplicación e interpretación del instrumento.

En cuanto a la percepción de la enseñanza, el 66,7 % de los residentes del HMCFA consideró que «va encaminada en la dirección correcta». Este es un aspecto positivo, aunque contrasta con un estudio en Bolivia que manifestó la necesidad de reentrenamiento en este dominio (8). No obstante, es similar a los hallazgos de una evaluación en Chile donde la percepción de la enseñanza también fue valorada como «encaminada en la dirección correcta» (11). Esto sugiere que, si bien hay espacio para la optimización, los aspectos pedagógicos fundamentales son percibidos de manera relativamente favorable por una mayoría de los residentes.

La percepción del soporte social reveló ser el área con mayor variabilidad y posibles puntos críticos, especialmente influenciada por el año de residencia. Los residentes de primer año percibieron el soporte social de manera menos favorable («lugar poco placentero» en un 45,8 %), lo cual podría estar relacionado con el proceso de adaptación inicial a las exigencias de la residencia, la mayor carga de trabajo o la menor integración en los equipos. Los residentes de segundo y tercer año mostraron una percepción más positiva («más pros que contras»), lo que podría indicar una mejor adaptación y establecimiento de redes de apoyo. Curiosamente, los residentes de cuarto año mostraron una percepción mixta («lugar poco placentero, pero con más pros que contras» en un 50 %), lo que podría reflejar nuevas presiones asociadas a la finalización de la residencia y la transición a la práctica independiente, o quizás un desgaste acumulado. Estos hallazgos sobre el soporte social, aunque con matices, se asemejan parcialmente a los de un estudio chileno que también encontró una percepción general de «más pros que contras» en este dominio (11). La vulnerabilidad de los residentes, especialmente en los primeros años, al estrés y la privación del sueño, como se menciona en la literatura (4), podría exacerbar las percepciones negativas del soporte social si este no es adecuado.

Es importante destacar que el estudio no presentó resultados explícitos para el dominio de «percepción del rol de autonomía», lo cual limita una comprensión completa de todos los aspectos del AE según el modelo PHEEM.

Una fortaleza clave de este estudio es el uso del cuestionario PHEEM, un instrumento validado internacionalmente para evaluar el AE en el postgrado médico. La inclusión de residentes de diversas especialidades y años de formación dentro de una misma institución proporciona una visión interna valiosa.

Entre las limitaciones, se encuentra el diseño descriptivo y transversal, que no permite establecer relaciones de causalidad ni evaluar cambios a lo largo del tiempo. El muestreo no probabilístico por conveniencia y el tamaño de la muestra, limitado a una sola institución, restringen la generalización de los resultados a otros contextos hospitalarios en Paraguay. Aunque se menciona un cálculo de tamaño de muestra, la participación final fue de 48 residentes, lo que podría ser insuficiente para análisis más detallados por subgrupos (especialidad, año específico con N pequeños). La dependencia de un software básico para el análisis estadístico (Microsoft Office) podría haber limitado la profundidad de los análisis posibles. Finalmente, como en toda encuesta de percepción, existe la posibilidad de sesgo de deseabilidad social.

Los hallazgos de este estudio tienen implicaciones directas para la gestión y mejora de los programas de residencia en el HMCFA. Se deben considerar estrategias para fortalecer el soporte social, especialmente para los residentes de primer y cuarto año.

Aunque la enseñanza se percibe mayoritariamente de forma positiva, el lema «con espacio para mejorar» debe guiar esfuerzos continuos de optimización pedagógica.

Futuras investigaciones podrían incluir análisis cualitativos para profundizar en las razones detrás de las percepciones de los residentes, especialmente en las áreas identificadas como problemáticas. Sería beneficioso llevar a cabo estudios longitudinales para rastrear la evolución de la percepción del AE a lo largo de los años de residencia y evaluar el impacto de las intervenciones implementadas. La comparación con otras instituciones formadoras en Paraguay, utilizando metodologías estandarizadas, permitiría contextualizar mejor los hallazgos. La exploración del dominio de «autonomía» también es una línea pendiente.

En conclusión, los médicos residentes de los programas de especialización del Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas de Paraguay perciben su ambiente educacional de forma predominantemente positiva, aunque con claras oportunidades de mejora, particularmente en el ámbito del soporte social según el año de residencia. Estos resultados proporcionan una línea base importante para futuras intervenciones destinadas a optimizar la calidad de la formación médica de postgrado en esta institución.

## RECONOCIMIENTOS

El presente estudio fue realizado como parte del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, bajo la supervisión del Prof. Dr. Andrés Szwako. El texto original ha sido modificado para adaptarse a los requerimientos editoriales de la presente publicación, manteniendo la integridad y el propósito del estudio original. La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS

1. Galli A, Brissón ME, Soler C, Lapresa S, Alves De Lima A. Evaluación del ambiente educacional en residencias de cardiología. *Rev Argent Cardiol* [Internet]. 2014 Oct [citado 2023 Nov 01];82(5).
2. Herrera CA, Olivios T, Román JA, Larraín A, Pizarro M, Solís N, et al. Evaluación del ambiente educacional en programas de especialización médica. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2012 Dic [citado 2023 Nov 01];140(12):1554–61.
3. Olascoaga A. Validación del instrumento PHEEM para evaluar el ambiente educacional en el residendo médico en la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 2020 [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020.
4. Ríos MS, Martínez JD, Servín NA. Calidad del sueño y satisfacción laboral en médicos residentes. *Med Clín Soc* [Internet]. 2022 Abr [citado 2023 Nov 08];6(1):26–32.
5. Arce Antezana O, Larrazabal Cordóva C, Soria Galvarro M. Medición del ambiente educacional hospitalario en internos de la Facultad de Medicina, UMSS. Cochabamba, Bolivia. *Gac Med Bol* [Internet]. 2015 Jun [citado 2023 Nov 01];38(1):19–23.
6. Fuenzalida B, Pizarro M, Fuentes J, San Martín C, Rojas V, López A, et al. Percepción del ambiente educacional en estudiantes de pregrado de la carrera de Kinesiología: metodología mixta. *Educ Med*. 2020;21(1):36–43.
7. Roff S, McAleer S, Skinner A. Development and validation of an instrument to measure the postgraduate clinical learning and teaching educational environment for hospital-based junior doctors in the UK. *Med Teach*. 2005;27(4):326–31.



8. Arce Antezana O, Larrazábal Córdova C, Antezana Soria Galvarro M. Aplicación del instrumento de encuesta PHEEM de Roff et al. en residentes de especialidad médica en la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Simón. *Gac Med Bol* [Internet]. 2015 Dic [citado 2023 Nov 05];38(2):47-51.
9. Posada Uribe MA, Vargas González V, Orrego Morales C, Cataño C, Vásquez EM, Restrepo D. Ambiente educativo y bienestar mental de los residentes de posgrados médicos y quirúrgicos en Medellín, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2023 Mar [citado 2023 Nov 05];52(1):20-8.
10. Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior. Modelo Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior, Paraguay. 2022. [citado 2023 Nov 20].
11. Herrera CA, Olivos T, Román JA, Larraín A, Pizarro M, Solís N, et al. Validación de la encuesta Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM) en internos chilenos. *Rev Méd Chile*. 2012;140(12):1554-1561.
12. Ríos González CM, Ortiz D, Sánchez Romero N, Palacios-González JM. Validación de la Medida de Entorno Educativo Hospitalario de Postgrado (PHEEM) en médicos residentes de Paraguay, 2019. *Rev Salud Pública Parag*. 2023;13(2):7-12. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/rspp/v13n2/2307-3349-rspp-13-02-7.pdf>
13. Martínez González N. Ambiente educacional hospitalario y estrés laboral en médicos residentes de la UMF 73. México [Tesis]. Veracruz: Universidad Veracruzana; 2021.
14. Fuenzalida B, Pizarro M, Fuentes J. Percepción del ambiente educacional en estudiantes de pregrado de la carrera de Kinesiología: metodología mixta. *Educ Med*. 2018.

ARTICULO ORIGINAL DE INVESTIGACION

# Calidad de vida en adultos mayores usuarios de un servicio de medicina familiar universitario en Asunción, Paraguay: Un estudio descriptivo transversal

Laura Liz Rojas Alfonso y Juana Elizabeth Pavón Fleitas

Programa de Especialización en Medicina Familiar, Dirección de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay.

DOI: 10.5281/zenodo.15459444

Publicado: 19 de mayo, 2025

## Resumen

**Introducción:** El envejecimiento poblacional es un fenómeno global que plantea desafíos para mantener la calidad de vida (CV) en adultos mayores. La CV es una percepción multidimensional del bienestar influenciada por factores de salud física, psicológica y social. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida percibida por los adultos mayores usuarios de la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, entre junio y septiembre de 2023. **Materiales y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal. Participaron adultos mayores ( $\geq 60$  años) usuarios del servicio. Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se recolectaron datos sociodemográficos y se utilizó el cuestionario WHOQoL-OLD. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. **Resultados:** Se estudiaron 236 adultos mayores (61 % mujeres), con una edad promedio de  $66 \pm 3,9$  años. El 77 % procedía de Asunción. El 47,4 % cursó nivel primario. El 53 % estaba casado/a. El 55 % de los participantes percibió una buena calidad de vida global; el 41 % medianamente buena y el 4 % mala. La dimensión «muerte y morir» obtuvo la puntuación media más alta (14,6 puntos), mientras que «intimidad» obtuvo la más baja (12,11 puntos). Más del 60 % presentó puntuaciones altas en todas las dimensiones, excepto en «intimidad» (52,1 % con puntuación alta). **Conclusión:** La mayoría de los adultos mayores usuarios del servicio perciben una buena calidad de vida. La dimensión de intimidad fue la más afectada, mientras que la conformidad con la muerte y la autonomía fueron las mejor valoradas.

**Palabras clave:** calidad de vida, adulto mayor, envejecimiento, WHOQoL-OLD, atención primaria, Paraguay

## 1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es una tendencia demográfica global ineludible, con proyecciones que indican que para el año 2050 cerca de dos mil millones de personas superarán los 60 años de edad a nivel mundial (1). En Paraguay, aproximadamente el 10 % de la población, equivalente a más de 750.000 personas, corresponde a adultos mayores (2). Este cambio demográfico, si bien representa un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, impone retos significativos a la sociedad para asegurar que esta longevidad se acompañe de bienestar y dignidad (1).

La calidad de vida (CV) en la vejez es un constructo multidimensional definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como «la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses» (3). Esta percepción subjetiva abarca dominios como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con características destacadas del entorno (4). Investigaciones previas han demostrado consistentemente que la CV en adultos mayores se asocia con la salud percibida, el funcionamiento cognitivo, el bienestar psicológico y la satisfacción vital (5,6). Una buena percepción de la CV influye positivamente en el funcionamiento comportamental, la voluntad de vivir y promueve un envejecimiento exitoso (5).

El concepto de envejecimiento activo, promovido por la OMS, enfatiza la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la CV a medida que las personas envejecen (7). Este enfoque reconoce la influencia de múltiples determinantes, incluyendo factores conductuales (estilos de vida), personales (psicológicos, genéticos), del entorno físico (accesibilidad, seguridad), del entorno social (apoyo social, prevención de la violencia), económicos (ingresos, protección social) y culturales (valores, género) (7,8).

La evaluación de la CV en adultos mayores se ha convertido en un área de creciente interés investigativo, impulsando el desarrollo de instrumentos específicos como el WHOQoL-OLD, un módulo complementario al WHOQoL-BREF diseñado para capturar aspectos de la CV particularmente relevantes para este grupo etario (9). Este instrumento evalúa seis facetas: funcionamiento sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y morir, e intimidad (9).

En Paraguay, si bien existen políticas nacionales orientadas a los adultos mayores, es fundamental generar evidencia local sobre su CV para informar la planificación de servicios y programas que respondan efectivamente a sus necesidades. La Cátedra y Servicio de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (CSMF-FCM-UNA) atiende a una proporción significativa de esta población. Conocer la CV de sus usuarios permite identificar áreas de fortaleza y vulnerabilidad, orientando intervenciones para mejorar su bienestar.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue determinar la calidad de vida percibida por los adultos mayores usuarios de la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, durante el período de junio a septiembre de 2023.

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

### 2.1 *Diseño y área de estudio*

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal. El estudio se llevó a cabo en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, ubicado en la ciudad de Asunción, Paraguay. El período de recolección de datos fue de junio a septiembre de 2023.

### 2.2 *Población y muestra*

La población enfocada fueron pacientes adultos mayores (definidos como personas de 60 años o más) con y sin patologías de base. La población accesible comprendió a aquellos pacientes adultos mayores que acudieron a consulta en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar durante el período de estudio. Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia. El tamaño de la muestra se calculó utilizando la fórmula para estudios descriptivos para proporciones:  $n = (Z^2 * p(1 - p))/e^2$ , donde Z (nivel de fiabilidad) fue 1,96 para un IC del 95 %, p (prevalencia estimada) se tomó como 0,81 (basado en un estudio previo sobre satisfacción vital en ancianos en Paraguay (10)), y e (margen de error) fue 0,05. Esto arrojó un tamaño muestral requerido de 236 participantes.

### 2.3 *Criterios de inclusión y exclusión*

Se incluyeron pacientes adultos mayores ( $\geq 60$  años) con y sin patologías de base que acudieron a consulta en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar y que aceptaron participar. Se excluyeron pacientes que no desearon responder las preguntas, aquellos que consultaban en servicios externos al de Medicina Familiar dentro de la misma institución (psicología, fisioterapia, dermatología, endocrinología), y pacientes con dificultades cognitivas evidentes que impidieran la comprensión y respuesta adecuada al cuestionario.

### 2.4 *Instrumentos de recolección de datos*

Se utilizó un cuestionario estructurado que constó de dos secciones:

- Datos sociodemográficos: Se recolectó información sobre edad (categorizada en 60–74, 75–89, 90–99 años), sexo (hombre, mujer), estado civil (soltero/a, casado/a, unión libre, separado/a, divorciado/a, viudo/a), nivel de instrucción (ninguna, primaria, secundaria, superior) y actividad laboral (trabajo activo remunerado, trabajo activo no remunerado, desocupado).
- Cuestionario WHOQoL-OLD: Se empleó la versión en español de este instrumento desarrollado por el grupo WHOQoL para medir la calidad de vida en adultos mayores (9). El cuestionario consta de 24 ítems agrupados en 6 facetas o dimensiones, cada una con 4 ítems: «Capacidades sensoriales», «Autonomía», «Actividades pasadas, presentes y futuras», «Participación social», «Muerte y morir» e «Intimidad». Cada ítem se responde en una escala Likert de 5 puntos. Las puntuaciones de cada faceta pueden variar de 4 a 20 puntos, y la puntuación global del

WHOQoL-OLD se obtiene sumando las puntuaciones de las facetas, pudiendo transformarse a una escala de 0 a 100 para facilitar la interpretación. Puntuaciones más altas indican una mejor calidad de vida.

## **2.5 Prueba piloto y adecuación del instrumento**

Se realizó una prueba piloto con 15 adultos mayores que cumplían los criterios de inclusión. Se les administró la versión oficial en español del WHOQoL-OLD y el cuestionario sociodemográfico. Posteriormente, mediante entrevistas abiertas, se recogió información sobre la comprensión de las preguntas y se solicitaron recomendaciones. Con base en esta retroalimentación, se realizaron adecuaciones al español hablado en Paraguay y se utilizaron sinónimos para mejorar la comprensión, respetando el concepto y los objetivos del cuestionario original.

## **2.6 Procedimiento de recolección de datos**

Previo aprobación de las autoridades correspondientes, la recolección de datos se realizó de 3 a 5 días por semana durante el período de estudio. Durante la consulta médica, se ofreció una charla educativa a los pacientes y sus familiares explicando los objetivos de la encuesta. Se invitó a los pacientes a participar de manera voluntaria. Aquellos que aceptaron, respondieron el cuestionario administrado a través de Google Forms en ese momento, con asistencia del investigador si era necesario para la lectura o el registro de respuestas, especialmente considerando posibles limitaciones visuales o de lectoescritura.

## **2.7 Análisis estadístico**

Los datos recolectados se organizaron en una matriz en Microsoft Excel 2013 y se analizaron utilizando el software estadístico JAMOV. Se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas (edad y puntuaciones del WHOQoL-OLD), se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango). La calidad de vida global y por dimensiones se categorizó según los puntajes obtenidos (ej. bajo, medio, alto o mala, medianamente buena, buena).

## **2.8 Consideraciones éticas**

El estudio se adhirió a los principios éticos fundamentales. Se respetó el principio de autonomía, obteniendo el consentimiento informado de cada participante antes de su inclusión, con la opción de retirarse en cualquier momento. Se aplicó el principio de justicia, ofreciendo la misma oportunidad de participación a todos los adultos mayores elegibles. Se buscó la beneficencia, ya que la institución recibiría un informe con los resultados para posibles mejoras. Se garantizó la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes; la información personal no se divulgó y los resultados se presentaron de forma agregada.

### 3. RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 236 pacientes adultos mayores que acudieron a la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción.

#### 3.1 *Características sociodemográficas*

Del total de participantes, 145 (61 %) fueron de sexo femenino y 91 (39 %) de sexo masculino. El promedio de edad fue de  $66 \pm 3,9$  años para ambos sexos, con un rango de edad comprendido entre los 60 y los 89 años. En cuanto a la procedencia, 182 pacientes (77 %) residían en la ciudad de Asunción, mientras que 54 (23 %) procedían de ciudades aledañas. Respecto al nivel de instrucción, 112 pacientes (47,4 %) habían cursado el nivel primario, 96 (40,6 %) el nivel secundario, y 28 (12 %) alcanzaron el nivel terciario o superior. Al analizar el estado civil, 126 participantes (53 %) estaban casados/as, 76 (32 %) eran viudos/as, y 14 (6 %) solteros/as. El 9 % restante se distribuyó en otras categorías como separados/as o divorciados/as. En relación con la actividad laboral, 127 adultos mayores (54 %) se consideraban inactivos laboralmente (sin remuneración), mientras que 109 (46 %) aún se encontraban trabajando en alguna actividad remunerada. Se observó una mayor proporción de mujeres (68 % de las mujeres encuestadas) reportando actividad laboral remunerada en comparación con los hombres.

#### 3.2 *Calidad de vida global y por dimensiones (WHOQoL-OLD)*

La puntuación media global de calidad de vida en la población estudiada fue de  $78,5 \pm 9$  puntos (en una escala donde el máximo posible no se especifica claramente en esta sección, pero el texto original menciona un rango de 4 a 20 por faceta, y 6 facetas, lo que daría un máximo de 120 para la suma de facetas, o una transformación a escala 0-100). Con base en esta puntuación, se determinó que 130 pacientes (55 %) percibían una «buena» calidad de vida global. Un total de 97 pacientes (41 %) percibían una calidad de vida «medianamente buena», y 9 pacientes (4 %) percibían una «mala» calidad de vida. La puntuación mínima registrada fue de 36 puntos y la máxima de 110 puntos. Al analizar las dimensiones específicas del cuestionario WHOQoL-OLD, la puntuación media general para las dimensiones fue de 14,1 puntos (sobre un máximo de 20 por dimensión). La dimensión de «Intimidad» obtuvo la puntuación media más baja, con 12,11 puntos. Por el contrario, la dimensión de «Muerte y morir» presentó la puntuación media más alta, con 14,6 puntos. Se observó que más del 60 % de los pacientes presentaron puntuaciones altas en todas las dimensiones de calidad de vida, con la excepción de la dimensión de «Intimidad». Específicamente, en la dimensión de «Intimidad», 123 adultos mayores (52,1 %) obtuvieron una puntuación alta, 54 (22,9 %) una puntuación media, y 59 (25 %) una puntuación baja. En la dimensión de «Muerte y morir», 176 participantes (74,6 %) obtuvieron una puntuación alta, indicando una mayor conformidad o menor preocupación respecto a este tema. Los porcentajes específicos para las otras cuatro dimensiones («Capacidades sensoriales», «Autonomía», «Actividades pasadas, presentes y futuras», «Participación social») no se detallan individualmente en la narrativa de resultados, más allá de la afirmación general de que más del 60 % obtuvo puntuaciones altas.

## 4. DISCUSIÓN

Este estudio se propuso determinar la calidad de vida (CV) de los adultos mayores usuarios de la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar de la FCM-UNA, identificando las características sociodemográficas y las dimensiones de la CV más afectadas. Los hallazgos revelan un panorama general de buena CV, aunque con matices importantes en dimensiones específicas.

La predominancia de mujeres (61 %) y una edad promedio de 66 años en la muestra son consistentes con la demografía de usuarios de servicios de salud en este grupo etario y con estudios similares en América Latina (11, 12). La procedencia mayoritaria de Asunción (77 %) refleja el área de influencia del hospital. El nivel educativo, con casi la mitad de los participantes habiendo cursado solo primaria (47,4 %), es un factor relevante, ya que la literatura sugiere una asociación positiva entre mayor nivel educativo y mejor CV en adultos mayores (13). El estado civil, con una mayoría de casados (53 %) y una proporción significativa de viudos (32 %), también influye en las redes de apoyo y la CV.

Un hallazgo notable es que el 46 % de los encuestados se mantenía laboralmente activo con remuneración, con una mayor proporción de mujeres reportando esta actividad. Esto contrasta con algunas tendencias regionales reportadas por la ONU que indican mayor actividad laboral remunerada en hombres (14), aunque concuerda con un estudio en Colombia donde las mujeres mostraron mayor actividad laboral remunerada (15). Esta actividad puede ser un factor protector para la CV, proveyendo ingresos, propósito y participación social.

La percepción global de la CV fue «buena» para el 55 % de los participantes y «medianamente buena» para el 41 %. Estos resultados son alentadores y concuerdan con un estudio previo realizado en zonas periurbanas de Asunción por Meza-Paredes et al. (10), que también encontró una percepción mayoritariamente positiva. Esto podría indicar una resiliencia y capacidad de adaptación en la población de adultos mayores paraguayos estudiada.

Al analizar las dimensiones específicas del WHOQoL-OLD, la dimensión de «Muerte y morir» obtuvo la puntuación media más alta (14,6 puntos), con un 74,6 % de los participantes obteniendo una puntuación alta. Esto sugiere un nivel relativamente alto de aceptación o una menor angustia frente a la propia finitud, lo cual puede ser un aspecto positivo de la CV en esta etapa. La dimensión de «Autonomía» también fue bien valorada, lo cual es crucial para el bienestar en la vejez. Estos hallazgos son consistentes con estudios en Colombia, Perú y Brasil (16–18).

En contraste, la dimensión de «Intimidad» presentó la puntuación media más baja (12,11 puntos), y fue la única donde menos del 60 % de los participantes (52,1 %) obtuvo una puntuación alta, con un 25 % reportando una puntuación baja. Este resultado es recurrente en la literatura sobre CV en adultos mayores (16–18) y subraya la necesidad de abordar las necesidades afectivas, de compañía y de expresión de la intimidad en esta población, aspectos que a menudo son descuidados o estigmatizados. La pérdida del cónyuge, los cambios fisiológicos y las barreras socioculturales pueden contribuir a esta menor satisfacción en la esfera de la intimidad.

Las demás dimensiones («Capacidades sensoriales», «Actividades pasadas, presentes y futuras», «Participación social») fueron valoradas positivamente por más del 60 % de

los encuestados, lo que indica un buen nivel de funcionamiento y satisfacción en estas áreas para la mayoría.

La principal fortaleza de este estudio radica en el uso del WHOQoL-OLD, un instrumento específico y validado transculturalmente para medir la CV en adultos mayores, y su aplicación en un contexto de atención primaria universitario en Paraguay, generando datos locales relevantes. La realización de una prueba piloto y la adecuación del lenguaje del instrumento son también puntos fuertes.

Entre las limitaciones, el diseño transversal no permite establecer causalidad ni observar cambios en la CV a lo largo del tiempo. El muestreo no probabilístico por conveniencia, aunque se alcanzó el tamaño muestral calculado, podría limitar la generalizabilidad de los resultados a todos los adultos mayores de Asunción o Paraguay. La exclusión de pacientes con dificultades cognitivas evidentes, si bien necesaria para la validez de las respuestas, podría sesgar la muestra hacia individuos con mejor estado de salud general. La información sobre la actividad laboral remunerada de las mujeres (68 % de las mujeres encuestadas) podría necesitar una contextualización más profunda, ya que el texto original no aclara si este porcentaje se refiere al subgrupo de mujeres o al total de activos.

Los resultados de este estudio pueden informar a los profesionales de la salud de la CSMF-FCM-UNA y a los planificadores de políticas sobre las áreas prioritarias para mejorar la CV de los adultos mayores. Es crucial desarrollar intervenciones que aborden la dimensión de la intimidad, promoviendo espacios de diálogo y apoyo. Fomentar la participación social y mantener la autonomía son estrategias clave.

Futuras investigaciones podrían explorar los factores específicos asociados con una mejor o peor CV en cada dimensión, utilizando análisis multivariados. Estudios cualitativos podrían profundizar en la comprensión de las experiencias de los adultos mayores respecto a la intimidad y otros aspectos de su CV. Sería valioso también comparar la CV de adultos mayores en diferentes contextos (urbano vs. rural, institucionalizados vs. comunitarios) dentro de Paraguay.

En conclusión, la mayoría de los adultos mayores usuarios de la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, perciben tener una buena calidad de vida. Las dimensiones relacionadas con la conformidad con la muerte y la autonomía fueron las mejor valoradas, mientras que la dimensión de intimidad emergió como el área más afectada y que requiere mayor atención. Estos hallazgos subrayan la importancia de un enfoque integral en la atención al adulto mayor, que considere no solo los aspectos físicos de la salud, sino también sus necesidades psicosociales y emocionales.

## RECONOCIMIENTOS

El presente estudio fue realizado como parte del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, bajo la supervisión del Prof. Dr. Andrés Szwako. El texto original ha sido modificado para adaptarse a los requerimientos editoriales de la presente publicación, manteniendo la integridad y el propósito del estudio original. La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.



## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. Datos y cifras [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [citado 2023 Jul 20].
2. Instituto Nacional de Estadística (INE) Paraguay. Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2021. Principales Resultados. [Internet]. Asunción: INE; 2021 [citado 2023 Jul 20].
3. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life [Internet]. Geneva: WHO; [citado 2023 Oct 23]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol>
4. Sifontes B, Marcelo S. Valoración geriátrica integral: aspectos psicosociales, calidad de vida y satisfacción autopercibida en el adulto mayor. Valencia 2010-2011 [Tesis]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2012 [citado 2023 Ago 25].
5. Herrera EM, López AA, Pérez BC. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). Rev Cient Salud Uninorte. 2012;28(2):235-45.
6. Ángeles MAV, Jiménez JM, Martínez PYO, López JAH. Percepción de la calidad de vida del adulto mayor en México. Retos. 2021;(41):480-4.
7. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37(S2):74-105.
8. Jiménez-Aguilera B, Baillet-Esquivel LE, Ávalos-Pérez F, Campos-Aragón L. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. Aten Fam. 2016;23(4):129-33.
9. Power M, Quinn K, Schmidt S; WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-OLD module. Qual Life Res. 2005;14(10):2197-214.
10. Meza-Paredes J, Aguilar-Rabito A, Díaz A. Calidad de vida en ancianos de zonas periurbanas de Asunción, Paraguay. Rev Soc Cient Parag [Internet]. 2020 Jun [citado 2023 Oct 20];25(1):6-19.
11. Herrera Cella CB, Mora Santacruz JH. Percepción de calidad de vida mediante el cuestionario Whoqol-Old en adultos mayores que asisten a la consulta externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de Quito [Tesis]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016.
12. Villarreal Angeles MA, Moncada Jiménez J, Ochoa Martínez PY, Hall López JA. Percepción de la calidad de vida del adulto mayor en México. Retos [Internet]. 2021 Jul 1 [citado 2023 Jul 20];41:480-4.
13. Fiffé-Gamboa M, Delgado-YG. Influencia de la educación en la calidad de vida del adulto mayor. Rev EduSol [Internet]. 2018 [citado 2023 Oct 23];18(1):163-9.
14. Organización de las Naciones Unidas. Panorama Social de América Latina. Santiago: CEPAL; Ediciones anuales relevantes al periodo 2002-2016.
15. Contreras MAY, Pedroza CDM. Participación laboral de la población de 60 años de edad o más en Colombia. Rev Econ Caribe [Internet]. 2016 [citado 2023 Jul 21];(17):59-85.
16. Estrada A, Cardona D, Segura ÁM, Chavarriaga LM, Ordóñez J, Osorio JJ. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. Biomédica [Internet]. 2011 [citado 2023 Nov 10];31(4):492-502.
17. Queirolo-Ore SA, Barboza-Palomino M, Ventura-León J. Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). Enferm Glob [Internet]. 2020 [citado 2023 Jul 30];19(60):259-88.
18. Santos KAd, Guedes MBOG, de Sousa FGM, de Menezes RMP, de Oliveira Lopes M, de Freitas DA. Qualidade de vida de idosos na comunidade: aplicação da escala WHOQOL-OLD. Rev Bras Enferm. 2015;68(2):258-64.

ARTICULO ORIGINAL DE INVESTIGACION

# Factores determinantes de la adherencia terapéutica en pacientes de un servicio de Medicina Familiar universitario en Paraguay: Un estudio analítico transversal

Alejandro Rafael Monges Villalba y Juana Elizabeth Pavón Fleitas

Programa de Especialización en Medicina Familiar, Dirección de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay.

DOI: 10.5281/zenodo.15459463

Publicado: 19 de mayo, 2025

## Resumen

**Introducción:** La adherencia terapéutica, definida como el grado en que el comportamiento del paciente se corresponde con las recomendaciones del profesional sanitario, es crucial para la efectividad de los tratamientos. La no adherencia es un problema prevalente que limita los beneficios de los avances médicos. **Objetivo:** Identificar los factores determinantes del grado de adherencia terapéutica en pacientes que asisten al Servicio de Medicina Familiar de la Universidad Nacional de Asunción (UNA). **Materiales y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional analítico de corte transversal con muestreo no probabilístico por conveniencia en pacientes del Servicio de Medicina Familiar, UNA en diciembre de 2021. Se midieron variables biológicas, socioambientales y relacionadas con la enfermedad. Se utilizó el cuestionario ARMS-e para evaluar la adherencia. Se aplicaron pruebas de Kolmogorov-Smirnov, U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y Rho de Spearman para el análisis de correlaciones. **Resultados:** Participaron 138 sujetos, con un puntaje promedio en el ARMS-e de 21 (menor puntaje = mejor adherencia). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el grado de adherencia terapéutica y el sexo, la edad, ocupación, estado civil, nivel de estudios, nivel de ingresos, padecer Diabetes Mellitus tipo 2, consumir Metformina y antihipertensivos ARA II, el conocimiento sobre la enfermedad de base y los años de evolución de la enfermedad. **Conclusión:** Existen múltiples factores biológicos, socioambientales y relacionados con la enfermedad que determinan el grado de adherencia terapéutica en la población estudiada, lo que subraya la necesidad de abordajes multifactoriales para mejorarla.

**Palabras clave:** adherencia a la medicación, factores socioeconómicos, enfermedades crónicas, atención primaria de salud, Paraguay

# 1. INTRODUCCIÓN

La adherencia terapéutica es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como «el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria» (1, 2). Este concepto subraya la importancia de un acuerdo colaborativo entre el paciente y el profesional de la salud, y va más allá de la simple toma de medicamentos, abarcando modificaciones en el estilo de vida esenciales para el manejo de múltiples condiciones, especialmente las enfermedades crónicas.

A pesar de los significativos avances en el conocimiento biomédico y el desarrollo de tratamientos eficaces, sus beneficios potenciales a menudo no se materializan plenamente debido a la falta de adherencia terapéutica (3). La no adherencia es un problema de salud pública global, con estudios que reportan tasas de adherencia completa que varían ampliamente, situándose en muchos casos alrededor del 50 % o incluso menos para tratamientos a largo plazo (4–7). Esta situación conlleva consecuencias negativas significativas, incluyendo el fracaso terapéutico, el aumento de la morbilidad y mortalidad, la progresión de la enfermedad, la aparición de complicaciones, la reducción de la calidad de vida de los pacientes y un incremento considerable de los costos para los sistemas de salud (1, 3).

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo y multifactorial. La OMS ha identificado cinco dimensiones interrelacionadas de factores que pueden influir en ella: 1) factores socioeconómicos (ej. nivel educativo, ingresos, ocupación, costo del tratamiento); 2) factores relacionados con el sistema o equipo de asistencia sanitaria (ej. relación médico–paciente, acceso a servicios, calidad de la atención); 3) factores relacionados con la enfermedad (ej. cronicidad, gravedad, presencia de síntomas); 4) factores relacionados con el tratamiento (ej. complejidad del régimen, duración, efectos adversos); y 5) factores relacionados con el paciente (ej. conocimientos, creencias, actitudes, motivación, estado de ánimo, capacidad de autocuidado) (1, 7). La dinámica familiar y el apoyo social también juegan un papel crucial, pudiendo tanto facilitar como obstaculizar la adherencia (2).

La medición de la adherencia puede realizarse mediante métodos directos (ej. determinación de niveles de fármaco en fluidos biológicos) o indirectos (ej. recuento de comprimidos, cuestionarios autoadministrados, registros de dispensación) (1). Los cuestionarios, como el Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS), son herramientas indirectas ampliamente utilizadas por su facilidad de aplicación y bajo costo, permitiendo identificar barreras y facilitadores desde la perspectiva del paciente (10).

En el contexto de la atención primaria, donde se maneja un gran volumen de pacientes con enfermedades crónicas, comprender los determinantes de la adherencia es fundamental para diseñar intervenciones efectivas y personalizadas. En Paraguay, aunque existen estudios sobre adherencia en poblaciones específicas (5, 9), es necesario continuar generando evidencia local que permita caracterizar este problema en diferentes entornos asistenciales. El Servicio de Medicina Familiar de la Universidad Nacional de Asunción (UNA) atiende a una población diversa con múltiples patologías crónicas. Identificar los factores que influyen en la adherencia de estos pacientes puede proporcionar datos clave para optimizar su manejo terapéutico y mejorar los resultados

en salud.

Por lo tanto, el objetivo general de este estudio fue identificar los factores determinantes del grado de adherencia terapéutica de los pacientes que asisten a consultar en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar – UNA. Los objetivos específicos fueron: 1) especificar la relación entre factores biológicos de los pacientes y su adherencia al tratamiento; 2) describir la relación entre factores socioambientales de los pacientes y su adherencia; y 3) definir la relación entre la patología y medicación de los pacientes y su adherencia.

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

### 2.1 *Diseño del estudio y período*

Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico y de corte transversal. La recolección de datos se llevó a cabo durante el mes de diciembre de 2021.

### 2.2 *Población y muestra*

La población enfocada correspondió a pacientes que se encontraban recibiendo algún tipo de tratamiento médico. La población accesible estuvo constituida por pacientes que acudieron a consulta en el Servicio de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción (UNA), durante el período de estudio.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. El tamaño mínimo de la muestra se calculó utilizando la fórmula para proporciones en poblaciones infinitas:  $n = (Z^2 * p(1 - p)) / d^2$ , donde Z (nivel de confianza) fue 1,96 para un IC del 95 %, p (proporción esperada de adherencia) se tomó como 0,68 (basado en un estudio previo en Paraguay (9)), y d (amplitud o margen de error) fue 0,08. Esto dio como resultado una cantidad mínima de 131 sujetos. Finalmente, participaron 138 sujetos.

### 2.3 *Criterios de inclusión y exclusión*

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que estuvieran recibiendo algún tipo de tratamiento farmacológico.

Se excluyeron pacientes cuyo inicio de tratamiento fuera menor a un mes, aquellos con una sola patología (buscando probablemente una población con mayor complejidad o cronicidad, aunque esto no se explicita como justificación) y pacientes incapaces de responder la encuesta por sus propios medios (ej. por deterioro cognitivo grave o barreras de comunicación insalvables).

### 2.4 *Variables e instrumentos de recolección de datos*

Se recolectaron las siguientes variables:

- **Factores biológicos:** Edad (en años) y sexo (masculino, femenino).
- **Factores socioambientales:** Ocupación (categorizada), estado civil (categorizado), nivel educativo (categorizado), domicilio (Asunción, Central), conformación de los miembros del hogar (vive solo, con pareja, con hijos, con padres), nivel de ingresos mensuales (categorizado en sin ingresos, < salario mínimo, ≥ salario mínimo) y posesión de seguro médico (sí/no).

- **Patología y medicación:** Medicación administrada (específicamente se mencionan ARA II, Metformina, Enalapril, AAS, Betabloqueantes), enfermedad de base (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidad), enfermedad actual (no se detalla cómo se operacionalizó más allá de la enfermedad de base), tiempo desde el inicio del tratamiento/diagnóstico de la enfermedad (en años) e interpretación personal del conocimiento sobre la enfermedad (poco, intermedio, mucho).

Para medir la adherencia terapéutica se utilizó el cuestionario ARMS-e (Adherence to Refills and Medications Scale, versión en español) (10). Este instrumento consta de 12 preguntas que se responden con una escala de Likert de 4 puntos: «nunca» (1 punto), «algunas veces» (2 puntos), «casi siempre» (3 puntos) o «siempre» (4 puntos). Ocho preguntas se relacionan con la administración de medicamentos y cuatro con la recogida de los mismos. El puntaje total puede variar, y un mayor puntaje indica una peor adherencia terapéutica. Se calcularon puntajes totales, de administración y de recogida.

## 2.5 Procedimiento de recolección de datos

Los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión y aceptaban participar fueron encuestados en el Servicio de Medicina Familiar, UNA. Se les explicó el propósito del estudio y se obtuvo su consentimiento. El cuestionario ARMS-e y las preguntas sobre las variables sociodemográficas y clínicas fueron administrados por el investigador.

## 2.6 Análisis estadístico

Los datos recopilados fueron tabulados en una planilla de Microsoft Excel y analizados con el software SPSS versión 26. Se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas.

Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de las variables cuantitativas (puntajes ARMS-e, edad, años de enfermedad). Dado que estas variables presentaron una distribución no normal ( $P < 0,05$ ), se emplearon pruebas no paramétricas para los análisis de correlación:

- **Prueba U de Mann-Whitney:** para correlacionar variables dicotómicas (ej. sexo, padecer diabetes) con las variables continuas de distribución no normal (puntajes ARMS-e).
- **Prueba de Kruskal-Wallis:** para correlacionar variables nominales con más de dos categorías (ej. ocupación, estado civil, nivel educativo) con las variables continuas de distribución no normal (puntajes ARMS-e).
- **Coeficiente de correlación Rho de Spearman:** para correlacionar variables continuas de distribución no normal entre sí (ej. edad con puntajes ARMS-e, años de enfermedad con puntajes ARMS-e).

Se consideró un valor de  $P < 0,05$  como estadísticamente significativo.

## 2.7 Consideraciones éticas

El estudio se realizó siguiendo principios éticos. Se aseguró la autonomía de los sujetos, quienes participaron voluntariamente. Se garantizó la justicia y el anonimato de los

participantes durante todo el proceso. Se buscó la beneficencia al orientar a las personas sobre la importancia de la adherencia terapéutica. Se cumplió con el principio de no maleficencia, asegurando que la participación no implicara riesgos para la integridad personal.

### 3. RESULTADOS

Participaron en el estudio 138 sujetos. El puntaje promedio total del cuestionario ARMS-e fue de 21, con un rango entre 12 (mejor adherencia) y 32 (peor adherencia). El puntaje promedio para la subescala de administración de medicamentos fue de 14,3 y para la subescala de recogida de medicamentos fue de 6,7. Las variables cuantitativas (puntaje total ARMS-e, puntaje de administración, puntaje de recogida, edad y años de enfermedad) mostraron una distribución no normal (Kolmogorov-Smirnov,  $P < 0,05$ ).

#### 3.1 Factores biológicos y adherencia

Del total de participantes, el 66,7 % ( $n=92$ ) fueron de sexo femenino. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa al correlacionar el sexo del encuestado con el puntaje de recogida de medicamentos (U de Mann-Whitney,  $P < 0,05$ ), observándose que los hombres presentaron una mejor adherencia en este aspecto (menor puntaje).

La edad promedio de los encuestados fue de  $53,5 \pm 12,8$  años (rango: 25-80 años). Se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa, aunque de magnitud muy baja, entre la edad y el puntaje total del ARMS-e (Rho de Spearman = 0,230;  $P < 0,05$ ), el puntaje de administración (Rho = 0,182;  $P < 0,05$ ) y el puntaje de recogida (Rho = 0,252;  $P < 0,05$ ). Esto indica que a mayor edad, tendía a haber una peor adherencia terapéutica.

#### 3.2 Factores socioambientales y adherencia

El 56,5 % de los encuestados se encontraba desempleado al momento del estudio. La ocupación más frecuente entre los empleados fue la de comerciante (17,4 %). Al correlacionar la ocupación con los puntajes del ARMS-e (Kruskal-Wallis,  $P < 0,05$ ), se observaron diferencias significativas: la profesión de albañil presentó el mayor puntaje total y de administración (peor adherencia), mientras que los médicos y odontólogos mostraron los menores puntajes (mejor adherencia).

El estado civil más frecuente fue casado (56,5 %). Se encontró una relación significativa entre el estado civil y el grado de adherencia (Kruskal-Wallis,  $P < 0,05$ ). Los solteros mostraron mejor adherencia (menores puntajes totales y de administración) en comparación con los casados y viudos. Los viudos presentaron la peor adherencia, especialmente en el puntaje de administración.

El nivel educativo secundario fue el prevalente (37,7 %). Se observó una asociación significativa entre el nivel educativo y la adherencia (Kruskal-Wallis,  $P < 0,05$ ): aquellos con educación terciaria completa tuvieron una mejor adherencia (menores puntajes en administración y recogida) comparados con los que tenían educación secundaria, primaria completa o incompleta.

Respecto a la conformación del hogar, el 4,3 % vivía solo. Estos participantes tuvieron puntajes totales y de recogida significativamente más altos (peor adherencia) que los demás (U de Mann-Whitney,  $P < 0,05$ ). Por el contrario, los pacientes que afirmaron vivir con sus padres (8,7 %) tuvieron menores puntajes en administración y recogida (mejor adherencia) en comparación con los que no vivían con sus padres (U de Mann-Whitney,  $P < 0,05$ ).

La mayoría de los sujetos (73,9 %) eran de Asunción. No se encontró relación entre el domicilio (Asunción vs. Central) y el grado de adherencia.

El 17,4 % negó tener ingresos monetarios, y el 46 % refirió ingresos menores al salario mínimo. Se encontró una relación significativa entre el ingreso monetario mensual y el puntaje de recogida (Kruskal-Wallis,  $P < 0,05$ ): quienes ganaban menos del salario mínimo tendieron a tener mayor puntaje en la sección de recogida (peor adherencia) respecto a los que ganaban el salario mínimo o más. Solo el 2,9 % de los encuestados tenía seguro médico (IPS). No se encontró relación entre tener seguro médico y el grado de adherencia.

### **3.3 Patología, medicación y adherencia**

La hipertensión arterial fue la enfermedad más frecuente (76,8 %), seguida por la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (46,4 %). Los pacientes con DM2 obtuvieron puntajes totales, de administración y de recogida significativamente más altos (peor adherencia) que los no diabéticos (U de Mann-Whitney,  $P < 0,05$ ). Los pacientes obesos presentaron puntajes significativamente más bajos en administración de medicamentos (mejor adherencia) comparado con los no obesos (U de Mann-Whitney,  $p < 0,05$ ).

Los fármacos más consumidos fueron los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) (40,6 %), metformina (39,1 %), enalapril (33,3 %) y AAS (33,3 %). Los pacientes tratados con ARA II mostraron un menor grado de adherencia (mayor puntaje total y de administración) en comparación con los no tratados con este fármaco (U de Mann-Whitney,  $p < 0,05$ ). Similarmente, los pacientes tratados con Metformina tuvieron mayor puntaje total, de administración y de recogida (peor adherencia) respecto a los que no la utilizaban (U de Mann-Whitney,  $P < 0,05$ ). Por el contrario, los pacientes tratados con betabloqueantes tuvieron un mayor grado de adherencia (menor puntaje total y de administración) comparado con los que no los consumían (U de Mann-Whitney,  $P < 0,05$ ).

Respecto al conocimiento autopercebido sobre la enfermedad, el 81,2 % refirió tener un conocimiento intermedio. Se encontró una diferencia significativa en el puntaje de recogida (Kruskal-Wallis,  $P < 0,05$ ): el grupo que refirió saber poco mostró peor adherencia que el grupo con conocimiento intermedio. Esta diferencia fue mayor al comparar al grupo que conocía poco con el que conocía mucho, siendo este último el que presentó mejor adherencia global (menores puntajes totales, de administración y de recogida).

Los encuestados tenían un promedio de  $3,9 \pm 3,5$  años desde el diagnóstico de su enfermedad crónica. Se constató una correlación inversa estadísticamente significativa, aunque de magnitud muy baja, entre el tiempo de enfermedad diagnosticada y el puntaje de administración ( $\text{Rho de Spearman} = -0,246$ ;  $P < 0,05$ ), sugiriendo que a más tiempo con la enfermedad, mejor era la adherencia en la administración de

medicamentos.

## 4. DISCUSIÓN

Este estudio identificó múltiples factores determinantes del grado de adherencia terapéutica en pacientes del Servicio de Medicina Familiar de la UNA, abarcando dimensiones biológicas, socioambientales y relacionadas con la enfermedad y su tratamiento. La adherencia, medida con el cuestionario ARMS-e, mostró una variabilidad considerable, con un puntaje promedio de 21, indicando un margen para la mejora.

En cuanto a los factores biológicos, la peor adherencia observada a mayor edad coincide con algunos estudios (17), y podría atribuirse a factores como el deterioro cognitivo, la polifarmacia, o la complejidad de los regímenes terapéuticos en este grupo. Sin embargo, otros estudios reportan resultados mixtos o incluso mejor adherencia en adultos mayores. La mejor adherencia en la recogida de medicamentos por parte de los hombres es un hallazgo que requeriría mayor exploración para comprender sus determinantes culturales o conductuales.

Los factores socioambientales demostraron una influencia significativa. La peor adherencia en desempleados y en aquellos con menores ingresos, especialmente en la recogida de medicación, subraya el impacto de las barreras económicas en el acceso y continuidad del tratamiento, hallazgo consistente con la literatura (4). El nivel educativo también fue un predictor importante, con una mejor adherencia en aquellos con educación terciaria, lo que resalta el papel del conocimiento y la capacidad de comprensión en el manejo de la propia salud. El estado civil influyó, siendo los solteros más adherentes que casados y viudos, y estos últimos los menos adherentes. La peor adherencia en viudos podría estar vinculada a factores como la depresión, la falta de apoyo social o la dificultad para gestionar los tratamientos sin la pareja (13). Vivir solo se asoció con peor adherencia, mientras que vivir con los padres (un grupo probablemente más joven o con mayor apoyo) se asoció con mejor adherencia, destacando la importancia de la red de apoyo familiar.

Respecto a la enfermedad y el tratamiento, los pacientes con DM2 mostraron peor adherencia. Esto es un hallazgo preocupante dada la cronicidad de la DM2 y la necesidad de un manejo riguroso para prevenir complicaciones. Estudios previos en Paraguay y otros países también han reportado baja adherencia en pacientes diabéticos, atribuyéndolo a la falta de conocimiento, motivación o la complejidad del tratamiento (5, 15). La peor adherencia asociada al uso de Metformina podría estar relacionada con sus efectos secundarios gastrointestinales conocidos (14), que pueden llevar a los pacientes a omitir dosis. Similarmente, la menor adherencia con ARA II necesitaría un análisis más profundo, considerando si se relaciona con efectos adversos, costos o percepciones del paciente. Por el contrario, la mejor adherencia con betabloqueantes es un dato positivo.

El conocimiento autopercibido sobre la enfermedad se correlacionó positivamente con la adherencia, lo que concuerda con estudios como el de Robinet Serrano et al. (16). Esto enfatiza la importancia de la educación al paciente como componente esencial de la atención médica. Interesantemente, un mayor tiempo de evolución de la enfermedad se asoció con mejor adherencia en la administración de medicamentos,



lo que podría sugerir un proceso de adaptación y aprendizaje a lo largo del tiempo o una mayor conciencia de la necesidad del tratamiento continuo. La mejor adherencia en la administración de medicamentos en pacientes obesos es un hallazgo que podría explorarse más, considerando si se asocia a programas específicos de manejo o mayor seguimiento.

Los resultados de esta investigación, que muestran una adherencia subóptima y la influencia de múltiples factores, son consistentes con la literatura internacional y latinoamericana (1, 4, 12). La complejidad de la adherencia requiere que los profesionales de la salud, especialmente en atención primaria, adopten un enfoque holístico, evaluando no solo los aspectos clínicos sino también el contexto socioeconómico y psicosocial del paciente.

Este estudio aporta información valiosa sobre la adherencia terapéutica en un contexto de atención primaria universitario en Paraguay, utilizando un instrumento validado como el ARMS-e. La consideración de un amplio rango de variables es una fortaleza.

Sin embargo, existen limitaciones. El diseño transversal impide establecer causalidad. El muestreo no probabilístico por conveniencia podría introducir sesgos de selección y limitar la generalizabilidad de los hallazgos. La medición de la adherencia mediante autoinforme (ARMS-e) puede estar sujeta a sesgo de memoria o deseabilidad social, tendiendo a sobreestimar la adherencia. La exclusión de pacientes con una sola patología podría no reflejar la totalidad de la población atendida. Algunas correlaciones, aunque estadísticamente significativas, fueron de magnitud muy baja, lo que indica que, si bien existe una asociación, la variable explica una pequeña proporción de la varianza en la adherencia.

Los hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias multifactoriales para mejorar la adherencia terapéutica. Estas deben incluir la educación al paciente, la simplificación de regímenes terapéuticos, la evaluación y manejo de efectos adversos, el fortalecimiento del apoyo social y familiar, y la consideración de las barreras socioeconómicas. Los profesionales de la salud deben ser capacitados para identificar pacientes en riesgo de no adherencia y aplicar intervenciones personalizadas.

Futuras investigaciones podrían utilizar métodos combinados (cuantitativos y cualitativos) para profundizar en la comprensión de las barreras y facilitadores. Estudios longitudinales permitirían evaluar la evolución de la adherencia y el impacto de las intervenciones. La validación de otros instrumentos de medición de adherencia y la comparación con métodos más directos serían de utilidad en el contexto paraguayo.

En conclusión, el grado de adherencia terapéutica en los pacientes del Servicio de Medicina Familiar, UNA está determinado por una compleja interacción de factores biológicos (edad, sexo), socioambientales (ocupación, ingresos, educación, estado civil, convivencia) y relacionados con la enfermedad y su tratamiento (tipo de enfermedad, medicación, conocimiento, tiempo de evolución). La identificación de estos factores es el primer paso para diseñar e implementar intervenciones efectivas que promuevan una mejor adherencia y, consecuentemente, mejores resultados en salud para los pacientes.

## RECONOCIMIENTOS

El presente estudio fue realizado como parte del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, bajo la supervisión del Prof. Dr. Andrés Szwako. El texto original ha sido modificado para adaptarse a los requerimientos editoriales de la presente publicación, manteniendo la integridad y el propósito del estudio original. La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
2. Martínez-Domínguez GI, Martínez-Sánchez LM, Lopera-Valle JS, Vargas-Grisales N. The importance of medication adherence. *Rev Venez Endocrinol Metab* [Internet]. 2016 Jun [citado 2024 Ene 10];14(2):107-16.
3. Lifshitz A. Importancia y complejidad de la adherencia terapéutica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007;45(4):309-10.
4. Quintana Setién C, Fernández-Britto Rodríguez JE. Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. *Rev Cubana Invest Bioméd* [Internet]. 2009 Jun [citado 2024 Ene 10];28(2).
5. Domínguez L, Ortega E. Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Virtual Soc Parag Med Int*. 2019;6(1):63-74.
6. Urizar CA, Jarolin-Montiel M, Ayala-Servin N, Centurión-Wenninger C, Montiel-Garcete D. Factores asociados a la no adherencia del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en un hospital de Paraguay. *Rev Cient Cienc Méd* [Internet]. 2020 [citado 2024 Ene 10];23(2):166-74.
7. Calderón Barahona G, Candray Calderón K, García Landaverde V, Salinas Guerrero R. Diferencias y similitudes en la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en Latinoamérica. *CREACIENCIA* [Internet]. 2020 Sep 4 [citado 2024 Ene 10];12(2):9-20.
8. Equipo de redacción de QuestionPro Latinoamérica. Tamaño de muestra [Internet]. QuestionPro; 2016 Oct 22 [citado 2024 Ene 10].
9. Real Delor R, Gamez Cassera MA, Redes Zeballos ML, Martínez Urizar M, Aguilera Iriarte GA, Oviedo Velázquez G, et al. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos de Unidades de Salud Familiar del Paraguay: estudio multicéntrico. *Rev Salud Pública Parag* [Internet]. 2021 Dic [citado 2024 Ene 10];11(2):35-41.
10. González-Bueno J, Calvo-Cidoncha E, Sevilla-Sánchez D, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C, Santos-Ramos B. Traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario ARMS para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*. 2017;49(8):459-64.
11. Bello Escamilla NV, Montoya Cáceres PA. Adherence to drug treatment in older adults with type 2 diabetes and its associated factors. *Gerokomos* [Internet]. 2017 [citado 2022 Feb 01];28(2):73-7.
12. León Vázquez F, Cruz Quevedo JE, Borges Osorio PC, Segura MFP. Polifarmacia y cumplimiento terapéutico en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. *Med Gen Fam*. 2021;10(6):261-7.
13. Muñoz Quispe Y. Prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, enero-marzo del 2019 [Tesis]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2019.
14. Ouvarovskaia V, Portillo K, Delgado MT, Requeno MN, Torrente JI, Pinilla M, et al. Deficiencia de vitamina B(12) en diabéticos tipo 2 tratados con metformina. *Aten Primaria*. 2013;45(2):121-2.
15. Castillo Morejón M, Martín Alonso L, Almenares Rodríguez K. Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2017 Dic [citado 2022 Ene 31];33(4).

16. Robinet Serrano AL, Siccha Burgos DVN. Nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. Hospital I Luis Albrecht-2015 [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
17. Alza Rodríguez JV. Factores asociados a la adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial del hospital I Luis Albrecht EsSalud [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.

ARTICULO ORIGINAL DE INVESTIGACION

# Percepción de la relación médico-paciente en usuarios de un servicio universitario de medicina familiar en Asunción, Paraguay: Un estudio transversal

Dahiana Elizabeth Oviedo Baccon y María Belén Giménez Reyes

Programa de Especialización en Medicina Familiar, Dirección de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay.

DOI: 10.5281/zenodo.15459614

Publicado: 19 de mayo, 2025

## Resumen

**Introducción:** La relación médico-paciente (RMP) es un pilar fundamental de la atención sanitaria, influyendo en el diagnóstico, tratamiento y recuperación. Su calidad es percibida de manera subjetiva por el paciente y puede impactar la adherencia y satisfacción. **Objetivo:** Determinar la percepción de la relación médico-paciente por parte de los usuarios adultos del consultorio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, entre junio y agosto de 2023. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron usuarios adultos del consultorio mediante muestreo probabilístico sistemático. Se utilizó el cuestionario PREMEPA para evaluar la percepción de la RMP y se recolectaron datos sociodemográficos. **Resultados:** Participaron 263 pacientes, el 66,1 % mujeres, con una edad media de  $51,4 \pm 11,5$  años. El 51,8 % tenía nivel secundario completo y el 82,1 % eran pacientes continuadores. El 82,8 % fue atendido por médicas. Se encontró una RMP adecuada en el 92,3 % de los casos. El puntaje promedio para los ítems de respeto, escucha, comprensión, sensibilidad, confianza y participación fue consistentemente alto (entre 2,65 y 2,88 en una escala de 0 a 3). El 91,2 % de los pacientes manifestó mucha satisfacción con la atención recibida. **Conclusión:** La percepción de la relación médico-paciente por parte de los usuarios del consultorio de Medicina Familiar fue predominantemente adecuada, con altos niveles de satisfacción reportados.

**Palabras clave:** relación médico-paciente, percepción, satisfacción del paciente, atención primaria de salud, Paraguay

## 1. INTRODUCCIÓN

La relación médico-paciente (RMP) constituye el núcleo central de la práctica clínica y es un componente esencial en el proceso de atención sanitaria (1). Se define como una interacción interpersonal compleja, establecida con el fin de devolverle al paciente

la salud, aliviar su padecimiento y prevenir enfermedades, donde intervienen factores técnicos, emocionales, éticos y comunicacionales (2,3). Esta relación, históricamente influenciada por cambios socioculturales y avances tecnológicos, ha evolucionado desde modelos paternalistas hacia enfoques más participativos y centrados en el paciente, donde la autonomía y la toma de decisiones compartida son fundamentales (4,5).

Una RMP de calidad se asocia con múltiples beneficios tanto para el paciente como para el médico. Para el paciente, una buena consulta puede dar como resultado una mayor comprensión de su condición, mejor adherencia al tratamiento, mayor satisfacción con la atención recibida y, en última instancia, mejores resultados de salud (6). Para el médico, una relación positiva puede traducirse en una mayor satisfacción profesional, una práctica más efectiva y una disminución de litigios por mala praxis (6,7). Por el contrario, una percepción de desinterés, prisa o falta de calidez humana por parte del profesional puede llevar a una comunicación deficiente, historias clínicas incompletas, diagnósticos erróneos y planes terapéuticos inadecuados (6).

Diversas dimensiones contribuyen a una RMP exitosa, entre ellas la empatía, la confianza, la comunicación efectiva, el respeto y la humanización de la atención (8). La empatía permite al médico comprender la perspectiva y los sentimientos del paciente; la confianza es la base sobre la cual se construye la alianza terapéutica; una comunicación clara y adaptada al paciente facilita la comprensión y la participación; el respeto a la dignidad y autonomía del paciente es un imperativo ético; y la humanización reconoce al paciente como un ser integral en su contexto biopsicosocial (8,9).

En la era digital, la RMP enfrenta nuevos desafíos y oportunidades. El acceso de los pacientes a la información médica a través de internet ha modificado la dinámica tradicional, empoderando a los usuarios pero también generando la necesidad de que los médicos guíen y validen dicha información (10). A pesar de la tecnificación, el componente humano de la relación sigue siendo insustituible (5).

La evaluación de la RMP desde la perspectiva del paciente es crucial para identificar áreas de mejora y asegurar una atención de calidad. Instrumentos como el cuestionario PREMEPA (Percepción de la Relación Médico-Paciente) permiten medir esta percepción de manera estructurada (1). En Paraguay, aunque la importancia de la RMP es reconocida, existen escasos estudios que exploren sistemáticamente cómo la perciben los usuarios de los servicios de salud. La Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción (CSMF-HC-UNA) es un centro de referencia en atención primaria y formación de especialistas. Conocer la percepción de sus usuarios sobre la RMP es fundamental para optimizar la calidad asistencial y la formación de futuros médicos.

Por lo tanto, el objetivo general de este estudio fue determinar la percepción de la relación médico-paciente por parte de los usuarios adultos del consultorio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, durante el período de junio a agosto de 2023. Los objetivos específicos fueron describir las características sociodemográficas de los pacientes y médicos, caracterizar la RMP en sus diferentes esferas y exponer el grado de satisfacción de los pacientes.

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

### 2.1 *Diseño del estudio*

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal.

### 2.2 *Universo y muestra*

El universo estuvo constituido por todos los pacientes usuarios del consultorio de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA) durante el período comprendido entre junio y agosto de 2023.

Se aplicó un muestreo probabilístico sistemático. La unidad de información y análisis fue el paciente y su percepción de la relación médico-paciente. El tamaño de la población de referencia, basado en el número de pacientes adultos atendidos en los tres meses previos (marzo: 394, abril: 271, mayo: 161), se estimó en 826 pacientes. El tamaño de la muestra se calculó utilizando la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

donde  $N = 826$ ,  $Z = 1,96$  (para un intervalo de confianza del 95 %),  $p = 0,5$  (proporción esperada, para maximizar el tamaño de muestra ante la ausencia de datos previos específicos) y  $e = 0,05$  (margen de error). Esto arrojó un tamaño de muestra calculado de 263 pacientes.

### 2.3 *Criterios de inclusión y exclusión*

Se incluyeron usuarios del consultorio de Medicina Familiar de la FCM-UNA con edad igual o mayor a 18 años, que hubieran aceptado participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Se excluyeron personas con retardo mental u otra condición que afectara su lucidez y aquellos pacientes que no otorgaron su consentimiento para participar.

### 2.4 *Instrumento de recolección de datos*

Se utilizó un cuestionario estructurado semiabierto denominado PREMEPA (Percepción de la Relación Médico-Paciente), el cual fue validado por juicio de expertos (5 especialistas en el área) y cuya confiabilidad (consistencia interna) fue evaluada mediante la fórmula de Kuder-Richardson (KR-20 = 0,833, índice de fiabilidad del 91,3 %), tras dos aplicaciones piloto en Perú (1).

El cuestionario PREMEPA se divide en tres bloques:

- **Bloque I:** Datos generales del paciente. Incluye sexo, edad, tipo de paciente (nuevo, continuador, chequeo médico) y nivel académico (ninguno, primaria, secundaria, estudios superiores, con opción de indicar si fue incompleto).
- **Bloque II:** Datos generales del médico. Incluye sexo del médico, grupo etario del médico (aunque la monografía reporta edad promedio), número de consultas anteriores con ese médico y si el paciente eligió o no al médico.

- **Bloque III:** Percepción de la relación médico-paciente. Consta de 13 preguntas. La primera es una pregunta abierta sobre consultas previas por el mismo problema. Las preguntas 2 a 9 son de opción múltiple (4 opciones cada una) y evalúan, mediante una escala de Likert modificada (valores de 0 a 3), las actitudes y características del profesional percibidas en la consulta en cuanto a respeto y cortesía, disponibilidad de escuchar, comprensión, sensibilidad humana, grado de confianza en su capacidad profesional y participación del paciente en la consulta. Las preguntas 10 a 12 son dicotómicas (valores 0 y 3). Los puntajes de las preguntas 2 a 12 se suman para obtener una puntuación total que se categoriza como: RMP adecuada ( $\geq 15$  puntos), RMP inadecuada ( $\leq 8$  puntos) y RMP medianamente adecuada (entre 9 y 14 puntos). La pregunta 13 evalúa la satisfacción del paciente con la atención médica mediante una escala vigesimal (0–20), que luego se transforma en grados de satisfacción: muy satisfecho ( $>15$  puntos), poco satisfecho ( $<10$  puntos) y medianamente satisfecho (11–14 puntos).

### 2.5 Procedimiento de recolección de datos

El estudio se aplicó en los consultorios de Medicina Familiar de la FCM-UNA. Las encuestas se realizaron todos los días de la semana durante los meses de junio y julio de 2023. Se seleccionó al primer, cuarto y octavo paciente del día para la encuesta, la cual se aplicó al culminar la consulta. Previamente, en la sala de espera, se les explicó el estudio y se obtuvo el consentimiento informado.

### 2.6 Análisis de datos

Los datos recolectados fueron procesados y analizados utilizando el programa estadístico SPSS versión 25. Se llevó a cabo un análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central (media, desviación estándar) y porcentajes. Los resultados se presentaron en tablas de frecuencias.

### 2.7 Consideraciones éticas

El protocolo del estudio y los instrumentos fueron sometidos a revisión y aprobación por la Cátedra de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas. Se entregó un consentimiento informado a todos los participantes, explicando los objetivos, riesgos previsibles (mínimos) y beneficios de la investigación, salvaguardando su intimidad e integridad personal, y asegurando su derecho a no participar o retirarse.

## 3. RESULTADOS

Un total de 263 pacientes que acudieron a los consultorios de Medicina Familiar de la FCM-UNA completaron la encuesta.

### 3.1 Características sociodemográficas de los pacientes (Bloque I)

En cuanto a la distribución por sexo, 174 participantes (66,1 %) fueron mujeres y 89 (33,9 %) fueron hombres. La edad de los pacientes osciló entre un mínimo de 21 años y un máximo de 82 años, con una edad media de  $51,41 \pm 11,47$  años.

Respecto al nivel académico, la categoría más frecuente fue el secundario completo, alcanzado por 136 pacientes (51,8 %). Le siguió en frecuencia la educación primaria, reportada por 106 pacientes (40,3 %). Solo 21 pacientes (7,9 %) indicaron tener estudios universitarios. La mayoría de los encuestados, 216 (82,1 %), eran pacientes continuadores, es decir, ya habían consultado previamente en el servicio, mientras que 47 (17,9 %) eran pacientes nuevos.

### **3.2 Datos de los médicos que atendieron a los pacientes (Bloque II)**

Los pacientes entrevistados fueron atendidos por médicas en el 82,8 % de las ocasiones. La edad promedio de los médicos que atendieron en los consultorios de Medicina Familiar fue de  $28 \pm 3$  años.

La mayor parte de los pacientes, el 76,4 %, afirmó no haber elegido específicamente al médico que los atendió ese día. El 51,7 % de los pacientes refirió haber acudido antes a consulta con ese mismo médico.

### **3.3 Percepción de la calidad de la relación médico-paciente (Bloque III)**

Las respuestas a las preguntas que evaluaron la percepción de la RMP en cuanto a diferentes atributos del médico se resumen a continuación. Los puntajes promedio obtenidos para cada ítem, en una escala de 0 (percepción más negativa) a 3 (percepción más positiva), fueron los siguientes:

- Respeto y cortesía: 2,80
- Disponibilidad para escuchar: 2,88
- Comprensión: 2,77
- Sensibilidad humana: 2,73
- Confianza en la capacidad profesional: 2,65
- Participación del paciente en la consulta: 2,74

Estos puntajes promedio, consistentemente altos y cercanos al máximo de 3, indican una percepción favorable de estas características por parte de los pacientes.

Al convertir la suma de los puntajes de los ítems relevantes a una categoría global de RMP, se encontró que el 92,3 % de las RMP evaluadas fueron percibidas como «adecuadas» (puntaje  $\geq 15$ ). Un 5 % de los pacientes ( $n=14$ ) percibió la RMP como «medianamente adecuada» (puntaje entre 9 y 14), y solo un 1,3 % ( $n=4$ ) la consideró «inadecuada» (puntaje  $\leq 8$ ).

### **3.4 Satisfacción del paciente**

El grado de satisfacción con la atención médica recibida, evaluado en una escala del 0 al 20 y luego categorizado, mostró que 240 pacientes (91,2 %) manifestaron «mucha satisfacción» (puntaje  $>15$ ). Un total de 13 pacientes (4,9 %) reportaron «mediana satisfacción» (puntaje entre 11 y 14), y 10 pacientes (3,8 %) expresaron «poca satisfacción» (puntaje  $\leq 10$ ).

Adicionalmente, el 91,2 % de los pacientes afirmó que recomendarían al médico que los atendió en esa oportunidad a sus familiares o amigos, mientras que el 8,8 % indicó que no lo harían.



## 4. DISCUSIÓN

Este estudio se propuso determinar la percepción de la relación médico-paciente (RMP) por parte de los usuarios adultos del consultorio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas de la UNA. Los resultados indican una percepción abrumadoramente positiva de la RMP, con un 92,3 % de los pacientes calificándola como «adecuada» y un 91,2 % manifestando «mucha satisfacción» con la atención recibida.

Las características sociodemográficas de la muestra, con una mayoría de mujeres (66,1 %) y una edad media de 51,4 años, son típicas de las poblaciones que acuden a servicios de atención primaria. El nivel educativo, con más del 90 % de los pacientes habiendo alcanzado como máximo el nivel secundario, es un factor a considerar, ya que puede influir en la comunicación y la comprensión de la información médica. El hecho de que la mayoría (82,1 %) fueran pacientes continuadores sugiere una fidelización con el servicio.

La atención fue predominantemente brindada por médicas (82,8 %) jóvenes (edad promedio de 28 años). Aunque la mayoría de los pacientes no eligió específicamente al médico tratante, más de la mitad ya había consultado previamente con ese mismo profesional, lo que puede haber contribuido a la construcción de una relación de confianza.

Los puntajes promedio obtenidos en las diferentes dimensiones de la RMP evaluadas por el cuestionario PREMEPA (respeto, escucha, comprensión, sensibilidad, confianza y participación) fueron consistentemente altos, cercanos al máximo posible. Esto sugiere que los pacientes percibieron a los médicos como corteses, atentos, comprensivos, empáticos y competentes, y sintieron que se les permitió participar en la consulta. Estos hallazgos son muy positivos y reflejan una fortaleza del servicio.

La alta proporción de RMP percibida como «adecuada» (92,3 %) y el elevado nivel de «mucha satisfacción» (91,2 %) son resultados destacables. Estos datos superan los encontrados en algunos estudios latinoamericanos. Por ejemplo, un estudio multicéntrico en unidades de salud familiar de Paraguay en 2020 reportó una frecuencia de satisfacción del 49 % (11), aunque es importante notar que dicho estudio podría haber utilizado una metodología o instrumento diferente para medir satisfacción. Los resultados del presente estudio son más comparables con los de Ramos Rodríguez en Perú (1), quien encontró una RMP adecuada en un 92,3 % en usuarios de consulta externa, y con los de Juárez Díaz de León en México (12), quien reportó una relación totalmente apropiada en el 82,1 % de pacientes con enfermedades crónicas.

La discusión de la monografía original menciona que los cambios en la RMP en Paraguay, debido al mayor acceso a la información por parte de los pacientes y una población más crítica, representan un desafío. En este contexto, los resultados positivos obtenidos en el CSMF-HC-UNA son aún más significativos, pues podrían indicar que los profesionales del servicio están logrando adaptarse a estas nuevas dinámicas, manteniendo una comunicación efectiva y una alianza terapéutica sólida.

Es fundamental que la RMP se base en el respeto mutuo y la colaboración, reconociendo la autonomía del paciente y fomentando su participación activa en la toma de decisiones (9). El método clínico centrado en el paciente, que va más allá de la enfermedad para abordar al individuo de manera integral, es clave para lograr este tipo de relación (13). Los resultados sugieren que estos principios podrían estar siendo

aplicados en la práctica clínica del servicio estudiado.

La principal fortaleza de este estudio es la evaluación de la RMP en un importante centro de atención primaria y formación de especialistas en Paraguay, utilizando un instrumento validado (PREMEPA). El tamaño de la muestra fue adecuado según el cálculo realizado.

Entre las limitaciones, se debe considerar que el estudio se realizó en una única institución, lo que limita la generalizabilidad de los resultados a otros contextos. Aunque el muestreo fue probabilístico sistemático, la aplicación en días específicos y a pacientes seleccionados por orden de llegada podría introducir algún sesgo no controlado. La naturaleza descriptiva del estudio no permite establecer causalidad entre las características de los médicos o pacientes y la calidad de la RMP. Podría existir un sesgo de cortesía o deseabilidad social en las respuestas de los pacientes, especialmente si la encuesta se aplicó inmediatamente después de la consulta y en el mismo entorno.

Los hallazgos positivos de este estudio deberían servir como un estímulo para mantener y reforzar las buenas prácticas en la RMP dentro del CSMF-HC-UNA. Podrían utilizarse como base para programas de formación continua dirigidos a médicos y residentes, enfatizando las habilidades comunicacionales y la atención centrada en el paciente.

Futuras investigaciones podrían explorar cualitativamente las experiencias de los pacientes para comprender más profundamente qué aspectos específicos valoran en la RMP. Sería interesante comparar estos resultados con los de otros servicios de salud en Paraguay, tanto públicos como privados. Investigar la perspectiva de los médicos sobre la RMP y los factores que la facilitan o dificultan desde su punto de vista también aportaría una visión complementaria. Además, se podría analizar si existen diferencias en la percepción de la RMP según características específicas de los pacientes (ej. nivel educativo, tipo de patología) o de los médicos (ej. años de experiencia).

En conclusión, la percepción de la relación médico-paciente por parte de los usuarios adultos del consultorio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción fue predominantemente adecuada, con altos niveles de satisfacción reportados. Estos resultados sugieren un desempeño favorable del servicio en cuanto a la calidad de la interacción humana en la atención médica, un aspecto crucial para la efectividad terapéutica y el bienestar del paciente.

## RECONOCIMIENTOS

El presente estudio fue realizado como parte del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, bajo la supervisión del Prof. Dr. Andrés Szwako. El texto original ha sido modificado para adaptarse a los requerimientos editoriales de la presente publicación, manteniendo la integridad y el propósito del estudio original. La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS

1. Ramos-Rodríguez C. Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. *An Fac Med (Lima Peru)* : 1990). 2008;69(1):12-6.

2. Graber MA, Lanternier ML. Manual de medicina de familia. 4ª ed. Madrid: Elsevier España; 2002.
3. Morales RN, Cornejo MA, Sánchez NS, Porras TH, Bravo VB, Vallejos MR, et al. Relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2014. *Rev Exp Med*. 2015;1(2):20-4.
4. Marques Filho J, Hossne WS. A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia. *Rev Bioét*. 2015;23(2):304-10.
5. Lechuga LM. La problemática actual en la relación médico paciente: una visión reduccionista vs. una visión integradora. *Rev Salud Pública Nutr*. 2005;6(2).
6. Montauti JM. La relación médico-paciente. 1ª ed. Barcelona: Edicions Universitat Barcelona; 2018.
7. Asociación Médica Mundial. Declaración de Córdoba de la AMM sobre la relación médico-paciente [Internet]. Ferney-Voltaire: AMM; 2006 [adoptada, revisada en 2019; citado 2023 Nov 18].
8. Aguilar Fleitas B. La relación médico-paciente: dimensiones. *Rev Urug Cardiol*. 2014;29(3):290-4.
9. García C. Evolución de la relación médico-paciente: de la medicina centrada en el médico a la medicina centrada en el paciente. *Evid Act Pract Ambul*. 2001;4(4):108-10.
10. Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad. La era digital en la relación médico-paciente: evolución a la relación médico-internet-paciente [Internet]. Madrid: Fundación IDIS; [fecha desconocida; citado 2023 Nov 18].
11. Real Delor RE, Azuaga Franco HM, Bordón Medina NC, Colman Gómez DB, Delgado Ortiz LM, Fernández Méndez YB, et al. Satisfaction of users of family health units in Paraguay in 2020: a multicenter study. *Salud(i)Ciencia (Impresa)*. 2021;13(1):64-75.
12. Juárez Díaz de León JA. Calidad de atención y satisfacción del usuario sobre la atención médica recibida en el centro de atención primaria San Fernando durante la pandemia COVID-19 [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2022.
13. Escobar Yéñez NV, Fong Estrada JA, Terazón Miclín O, Alcaraz Agüero M, García Céspedes ME. La relación médico-paciente: ¿necesidad o conveniencia? *Rev Cubana Med [Internet]*. 2019 [citado 2023 Nov 18];58(1):e500.

ARTICULO ORIGINAL DE INVESTIGACION

# Niveles de empatía en médicos residentes de medicina familiar durante la pandemia de COVID-19 en Asunción, Paraguay

Aida Judith Salomón Desvars y Fátima Liz González Ayala

Programa de Especialización en Medicina Familiar, Dirección de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Asunción, Paraguay.

DOI: 110.5281/zenodo.15459629

Publicado: 19 de mayo, 2025

## Resumen

**Introducción:** La empatía es una habilidad cognitiva fundamental en la atención primaria, con un impacto positivo en la relación médico-paciente. Su estudio en médicos residentes durante contextos de crisis sanitaria, como la pandemia de COVID-19, es relevante para comprender su desarrollo y posibles variaciones. **Objetivo:** Determinar el nivel de empatía en médicos residentes del curso de especialización en medicina familiar del posgrado de la Universidad Nacional de Asunción, durante el periodo pandémico de COVID-19. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, de corte transversal y prospectivo, con enfoque cuantitativo. Participaron médicos residentes de medicina familiar de la Universidad Nacional de Asunción entre mayo y noviembre de 2020. Se aplicó el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) para medir la empatía y se recolectaron datos sociodemográficos. **Resultados:** Participaron 20 residentes (70 % mujeres), con edades entre 25 y 36 años. El 55 % residía en Asunción. El 65 % vivió de cerca la enfermedad de un amigo y el 60 % había participado en voluntariado. Los niveles de empatía, medidos por las subescalas del IRI, fueron moderados-altos, destacando las puntuaciones en «Toma de perspectiva» (media 22,2) y «Preocupación empática» (media 26,3). No se encontraron diferencias significativas en los niveles de empatía según sexo o año de residencia. Se observó una correlación significativa entre residir en el interior del país y mayor «Preocupación empática» ( $P = 0,0325$ ). **Conclusión:** Los médicos residentes de medicina familiar presentaron niveles de empatía moderados-altos durante la pandemia de COVID-19, con la «Preocupación empática» y la «Toma de perspectiva» como las dimensiones más destacadas.

**Palabras clave:** empatía, medicina familiar, COVID-19, educación de postgrado, Paraguay

## 1. INTRODUCCIÓN

La empatía, definida como la capacidad de comprender los pensamientos, sentimientos y acciones de otra persona desde su perspectiva, es una habilidad fundamental en la interacción humana y, de manera particular, en la práctica médica (1). En el ámbito de

la salud, la empatía médica va más allá de una simple comprensión emocional; implica un componente cognitivo que permite al profesional de la salud reconocer y entender las experiencias, preocupaciones y emociones del paciente, comunicando esta comprensión de manera efectiva (2). Esta habilidad es crucial para establecer una relación médico-paciente (RMP) sólida y de confianza, lo cual se ha asociado consistentemente con una mayor satisfacción del paciente, mejor adherencia al tratamiento y resultados clínicos más favorables (3,4).

La medicina familiar, como especialidad centrada en la persona y la comunidad, otorga un valor primordial a la RMP. El médico de familia, actuando como médico de cabecera, necesita desarrollar altos niveles de empatía para comprender el contexto biopsicosocial de sus pacientes y brindar una atención integral y continuada (5). Durante situaciones de crisis sanitaria, como la pandemia de COVID-19, el rol del médico de familia se vuelve aún más crítico, enfrentando no solo los desafíos clínicos de una nueva enfermedad, sino también el impacto emocional y social en los pacientes y la comunidad (6). En este contexto, la capacidad empática de los profesionales sanitarios puede verse sometida a una presión considerable.

La empatía no es un rasgo estático; puede ser influenciada por diversos factores, incluyendo la formación, la experiencia personal y las características del entorno laboral (7). Se ha investigado si la empatía disminuye durante la formación médica, un fenómeno conocido como la «erosión de la empatía», aunque los resultados no son concluyentes y pueden variar según el contexto y los instrumentos de medición (4,8). El estudio de la empatía en médicos residentes es particularmente importante, ya que se encuentran en una etapa formativa crucial donde se consolidan habilidades y actitudes profesionales.

El Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) es un instrumento multidimensional ampliamente utilizado para evaluar la empatía, midiendo tanto sus componentes cognitivos (toma de perspectiva, fantasía) como afectivos (preocupación empática, distrés personal) (9). La pandemia de COVID-19 representó un escenario sin precedentes que pudo haber afectado la capacidad empática de los profesionales de la salud, incluidos los médicos residentes, debido al aumento del estrés, la carga de trabajo y el distanciamiento físico.

Considerando la relevancia de la empatía en la medicina familiar y el contexto particular de la pandemia, este estudio se propuso investigar los niveles de empatía en los médicos residentes de esta especialidad en Paraguay.

El objetivo general de esta investigación fue determinar el nivel de empatía que presentan los médicos residentes del curso de especialización en medicina familiar del posgrado de la Universidad Nacional de Asunción, durante el periodo pandémico de la COVID-19. Los objetivos específicos fueron discriminar a los médicos residentes según sexo y nivel de empatía, identificar a los médicos residentes según año de residencia y nivel de empatía concomitante, y determinar a los médicos residentes según características sociodemográficas y niveles de empatía.

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

### 2.1 *Diseño del estudio*

Se llevó a cabo un estudio observacional, con alcance analítico, de corte transversal y temporalmente prospectivo, adoptando un enfoque cuantitativo.

### 2.2 *Sujetos y muestreo*

La población enfocada y accesible fueron los médicos residentes del curso de especialización en medicina familiar del posgrado de la Universidad Nacional de Asunción. El periodo de estudio comprendió desde mayo hasta noviembre de 2020. Se utilizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos, incluyendo a la totalidad de la población de médicos residentes que cumplieran los criterios y aceptaran participar (N=26).

### 2.3 *Criterios de inclusión y exclusión*

Se incluyeron médicos residentes de primer, segundo y tercer año del curso de especialización en medicina familiar del posgrado de la Universidad Nacional de Asunción. Se excluyeron aquellos residentes de medicina familiar que no desearon participar en el estudio, así como aquellos cuestionarios que fueron completados de forma incorrecta o incompleta.

### 2.4 *Variables e instrumento de trabajo*

Las variables independientes recolectadas fueron de carácter sociodemográfico: edad (en años cumplidos), sexo (hombre, mujer), año de residencia (primero, segundo, tercero), lugar de residencia (Central, Asunción, Interior), haber vivido de cerca la enfermedad de un amigo (sí, no) y haber participado en voluntariado social (sí, no).

La variable dependiente fue el nivel de empatía, medido a través del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) de Davis (9). El IRI es una escala autoaplicada compuesta por 28 ítems distribuidos en cuatro subescalas de 7 ítems cada una, que miden diferentes dimensiones de la empatía:

- **Toma de perspectiva (TP):** Evalúa la tendencia a adoptar espontáneamente el punto de vista psicológico de los demás.
- **Fantasía (FS):** Mide la tendencia a identificarse imaginativamente con los sentimientos y acciones de personajes ficticios en libros, películas y obras de teatro.
- **Preocupación empática (PE):** Evalúa los sentimientos de simpatía y preocupación «orientados hacia el otro» ante el infortunio ajeno.
- **Distrés o malestar personal (MP):** Mide los sentimientos de ansiedad y malestar personal «orientados hacia uno mismo» que resultan de presenciar las experiencias negativas de otros.

Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (1= «no me describe muy bien» a 5= «me describe muy bien»). Algunos ítems (3, 4, 7, 12, 13, 14, 15, 18, 19) tienen puntuación inversa. Un mayor puntaje en cada subescala indica un mayor nivel en esa dimensión particular de la empatía.

## 2.5 *Procedimiento de reclutamiento y recolección de datos*

El estudio se desarrolló en el área metropolitana de Asunción, en los consultorios de medicina familiar del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, sede Sajonia. Previa autorización del Jefe de Cátedra, se realizó una invitación a los médicos residentes de medicina familiar para participar en el trabajo. A quienes aceptaron, se les explicó el propósito del estudio y se les solicitó la firma del consentimiento informado antes de entregarles el cuestionario IRI y la ficha de datos sociodemográficos.

## 2.6 *Análisis y gestión de datos*

Los datos recolectados se agruparon utilizando Microsoft Excel 2010 y se analizaron con el programa estadístico Infostat versión estudiantil. Se calcularon estadísticas descriptivas (frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar) para las variables sociodemográficas y los puntajes de las subescalas del IRI. Para comparar las medias de las subescalas del IRI entre grupos (ej. según sexo, año de residencia, lugar de residencia, experiencia de voluntariado, enfermedad de un amigo), se utilizaron pruebas de comparación de medias apropiadas (ej. prueba t de Student o ANOVA, o sus equivalentes no paramétricos si no se cumplían los supuestos de normalidad, aunque la monografía no especifica las pruebas exactas utilizadas para los valores P reportados, se infiere su uso). Se consideró un valor de  $P < 0,05$  como estadísticamente significativo.

## 2.7 *Asuntos éticos*

El trabajo fue sometido a la aprobación del comité de ética correspondiente de la Universidad Nacional de Asunción. Se respetaron los principios bioéticos de autonomía (participación voluntaria y consentimiento informado), beneficencia (comunicación de resultados para mejora), no maleficencia (no causar daño, respetar dignidad) y justicia (selección equitativa). Se aseguró la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes. El método utilizado no implicó riesgos para la salud física ni emocional de los participantes.

# 3. RESULTADOS

De un total de 26 residentes elegibles, se completaron 21 encuestas. Una de ellas fue excluida por presentar datos incompletos, dando como resultado una muestra final de 20 médicos residentes.

## 3.1 *Características sociodemográficas de los participantes*

La muestra estuvo conformada por 14 mujeres (70 %) y 6 hombres (30 %). Las edades de los residentes estuvieron comprendidas entre los 25 y 36 años. En cuanto al año de residencia, 5 participantes (25 %) cursaban el primer año, 6 (30 %) el segundo año, y 9 (45 %) el tercer año.

Respecto al lugar de residencia, 11 residentes (55 %) vivían en Asunción, 7 (35 %) en el departamento Central, y 2 (10 %) en el Interior del país.

Un total de 12 residentes (60 %) había participado alguna vez en actividades de voluntariado social, mientras que 8 (40 %) no lo habían hecho. En relación con la

experiencia personal con la enfermedad, 13 participantes (65 %) habían vivido de cerca la enfermedad de un amigo, y 7 (35 %) no.

### 3.2 Niveles de empatía según el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)

Las puntuaciones medias y desviaciones estándar (DE) obtenidas en las cuatro subescalas del IRI para el total de la muestra ( $n=20$ ) fueron las siguientes:

- Toma de perspectiva (TP): Media = 22,2; DE = 3,55
- Fantasía (FS): Media = 20,05; DE = 4,38
- Preocupación empática (PE): Media = 26,3; DE = 3,66
- Distrés personal (MP): Media = 17,45; DE = 5,17

Considerando que el rango posible para cada subescala es de 7 a 35 puntos, las puntuaciones medias más altas se observaron en «Preocupación empática» y «Toma de perspectiva», sugiriendo niveles moderados-altos en estas dimensiones.

### 3.3 Empatía según sexo

Al analizar la relación entre el sexo y los puntajes obtenidos en las diferentes subescalas del IRI, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (todos los valores  $P > 0,05$ ). Sin embargo, se observó una tendencia a que las mujeres presentaran medias ligeramente superiores en las subescalas de «Fantasía» (Mujeres:  $21,07 \pm 3,81$ ; Hombres:  $17,67 \pm 5,05$ ;  $P = 0,5088$ ) y «Preocupación empática» (Mujeres:  $27,43 \pm 3,59$ ; Hombres:  $23,67 \pm 2,34$ ). En «Toma de perspectiva», los hombres tuvieron una media ligeramente mayor (Hombres:  $23,17 \pm 3,19$ ; Mujeres:  $21,79 \pm 3,72$ ;  $P = 0,5447$ ). En «Distrés personal», las medias fueron muy similares (Mujeres:  $17,64 \pm 5,26$ ; Hombres:  $17,00 \pm 5,40$ ;  $P = 0,7047$ ).

### 3.4 Empatía según año de residencia

El año de residencia no se relacionó de manera estadísticamente significativa con las puntuaciones de ninguna de las subescalas del IRI (todos los valores  $P > 0,05$ ). Las medias para cada subescala por año de residencia fueron:

- Toma de perspectiva: 1.º año:  $19,4 \pm 3,05$ ; 2.º año:  $21,67 \pm 1,97$ ; 3.º año:  $24,11 \pm 3,69$  ( $P = 0,5239$ ).
- Fantasía: 1.º año:  $21,4 \pm 4,83$ ; 2.º año:  $20,83 \pm 4,07$ ; 3.º año:  $18,78 \pm 4,49$  ( $P = 0,3987$ ).
- Preocupación empática: 1.º año:  $25,8 \pm 2,49$ ; 2.º año:  $25,83 \pm 4,75$ ; 3.º año:  $26,89 \pm 3,72$  ( $P = 0,2972$ ).
- Distrés personal: 1.º año:  $16,0 \pm 5,66$ ; 2.º año:  $17,5 \pm 3,73$ ; 3.º año:  $18,22 \pm 6,06$  ( $P = 0,4017$ ).

### 3.5 Empatía según otras variables sociodemográficas

Al analizar el lugar de residencia, se encontró una correlación estadísticamente significativa entre residir en el Interior del país y una mayor puntuación en la subescala de «Preocupación empática» (Media Interior:  $28,5 \pm 4,95$ ; Media Asunción:  $26,82$



$\pm 3,84$ ; Media Central:  $24,86 \pm 3,02$ ;  $P = 0,0325$ ). No se encontraron diferencias significativas para las otras subescalas según el lugar de residencia.

El haber realizado algún tipo de voluntariado social no se relacionó de manera estadísticamente significativa con ninguna de las subescalas del IRI (todos los valores  $P > 0,11$ ). De manera similar, el haber vivido de cerca la enfermedad de un amigo tampoco mostró una asociación estadísticamente significativa con ninguna de las subescalas del instrumento (todos los valores  $P > 0,19$ ).

## 4. DISCUSIÓN

Este estudio se propuso determinar el nivel de empatía en médicos residentes de medicina familiar de la Universidad Nacional de Asunción durante el singular contexto de la pandemia de COVID-19. Los resultados indican que, en general, los residentes presentaron niveles de empatía moderados-altos, con las dimensiones de «Preocupación empática» y «Toma de perspectiva» del IRI mostrando las puntuaciones medias más elevadas.

La empatía es una competencia esencial en medicina, y su relevancia se magnifica en la medicina familiar, donde la continuidad de la atención y la comprensión integral del paciente son pilares fundamentales (4,5). La pandemia de COVID-19 impuso desafíos sin precedentes al sistema de salud y a sus profesionales, pudiendo afectar su bienestar emocional y, potencialmente, su capacidad empática. En este estudio, las puntuaciones medias obtenidas en las subescalas del IRI sugieren que, a pesar del contexto adverso, los residentes de medicina familiar mantuvieron un buen nivel de las diferentes facetas de la empatía. La alta «Preocupación empática» indica una tendencia a experimentar sentimientos de compasión y cariño hacia otros, mientras que una buena «Toma de perspectiva» refleja la habilidad para comprender el punto de vista de los demás, ambos componentes cruciales para una RMP efectiva.

En cuanto a la relación entre empatía y sexo, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, las mujeres tendieron a puntuar ligeramente más alto en «Preocupación empática» y «Fantasía». Esta tendencia es consistente con la mayoría de las investigaciones que informan niveles de empatía sustancialmente mayores en estudiantes de medicina y médicas en comparación con sus homólogos masculinos (10,11). Un estudio similar en Paraguay en período pre-pandémico tampoco encontró diferencias significativas por sexo, aunque también observó mayores medias en mujeres en algunas subescalas (9).

El año de residencia no mostró una asociación significativa con los niveles de empatía en ninguna de las subescalas. Esto contrasta con algunos estudios que sugieren una posible «erosión de la empatía» a medida que avanza la formación médica (4,8). Sin embargo, otros estudios no encuentran esta disminución o incluso reportan aumentos. El estudio pre-pandémico en Paraguay (9) observó una disminución en «Distrés personal» y «Toma de perspectiva» con el progreso en la residencia, lo cual no se replicó en el presente estudio durante la pandemia. Es posible que el contexto pandémico haya influido de manera particular en la expresión o mantenimiento de la empatía, o que el tamaño de muestra reducido por año de residencia limite la detección de diferencias sutiles.

Un hallazgo interesante fue la asociación significativa entre residir en el Interior del país y una mayor «Preocupación empática». Esto podría estar relacionado con características culturales, un mayor sentido de comunidad o diferentes experiencias de vida en entornos no urbanos, aunque se necesitarían estudios más profundos para explorar estas hipótesis.

La falta de asociación significativa entre haber realizado voluntariado social o haber vivido de cerca la enfermedad de un amigo y los niveles de empatía en este estudio es notable. Si bien se podría esperar que estas experiencias fomentaran la empatía, es posible que otros factores, o la naturaleza misma de la formación médica, tengan una influencia más preponderante, o que el tamaño de la muestra no permitiera detectar efectos menores. El estudio prepandémico en Paraguay sí encontró que el voluntariado se asociaba con mayores niveles de «Toma de perspectiva» y «Preocupación empática» (9). Las diferencias podrían deberse al contexto pandémico o a las características específicas de las muestras.

Este estudio es uno de los pocos que explora la empatía en médicos residentes de medicina familiar en Paraguay, y lo hace en el contexto único de la pandemia de COVID-19, utilizando un instrumento validado como el IRI.

Sin embargo, presenta varias limitaciones. El tamaño de la muestra ( $n=20$ ) es pequeño, lo que reduce la potencia estadística para detectar diferencias significativas y limita la generalizabilidad de los resultados. El muestreo no probabilístico de casos consecutivos también afecta la representatividad. El instrumento IRI mide la empatía general y no específicamente la «empatía clínica» o la empatía en el contexto de la relación médico-paciente, lo cual podría ser una limitación al extrapolar los resultados directamente a la práctica clínica. La naturaleza autoinformada del cuestionario puede estar sujeta a sesgos de deseabilidad social.

A pesar de las limitaciones, los hallazgos sugieren que los residentes de medicina familiar mantuvieron niveles adecuados de empatía durante un período de alta exigencia. Esto podría reflejar la resiliencia de los profesionales o la efectividad de los mecanismos de afrontamiento y apoyo. No obstante, es importante continuar fomentando el desarrollo de la empatía durante la formación médica, especialmente considerando su impacto en la calidad de la atención.

Futuras investigaciones con muestras más grandes y diseños longitudinales podrían explorar con mayor profundidad la evolución de la empatía durante la residencia y los factores que la modulan, tanto en contextos de normalidad como de crisis. Sería valioso también comparar los niveles de empatía entre diferentes especialidades médicas en Paraguay y utilizar instrumentos que midan específicamente la empatía clínica. Investigar el impacto de intervenciones educativas diseñadas para fomentar la empatía en residentes también sería de gran interés.

En conclusión, los médicos residentes de medicina familiar del posgrado de la Universidad Nacional de Asunción presentaron niveles de empatía moderados-altos durante el período pandémico de COVID-19, destacándose las dimensiones de «Preocupación empática» y «Toma de perspectiva». Aunque no se encontraron diferencias significativas por sexo o año de residencia en este estudio con muestra limitada, la procedencia del interior del país se asoció con mayor preocupación empática. Estos hallazgos aportan una visión inicial sobre la empatía en este grupo de profesionales

en un contexto desafiante y subrayan la importancia de continuar investigando y promoviendo esta cualidad esencial en la práctica médica.

## RECONOCIMIENTOS

El presente estudio fue realizado como parte del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, bajo la supervisión del Prof. Dr. Andrés Szwako. El texto original ha sido modificado para adaptarse a los requerimientos editoriales de la presente publicación, manteniendo la integridad y el propósito del estudio original. La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS

1. Significados.com. Significado de empatía [Internet]. [Lugar desconocido]: Significados.com; [fecha desconocida; citado 2020 Jul 20].
2. Vidal Madera Anaya M, Tirado Amador LR, González Martínez F. Factores relacionados con la empatía en estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena. *Rev Clin Med Fam.* 2015;8(3):185-92.
3. Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Aten Primaria.* 2012 Jun 1;44(6):358-65.
4. Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Aten Primaria.* 2016 Ene 1;48(1):8-14.
5. Rivero M. Empatía, el arte de entender a los demás. [Lugar desconocido]: [Editorial desconocida]; 2019.
6. Dávila Pontón Y, Neira Molina VA, Aguilera Muñoz J, Martínez Reyes FC, Vélez Calvo X, Díaz Narváez VP. La empatía y estudiantes de medicina en la Universidad de Azuay, Ecuador. *Rev Cient Salud Uninorte* [Internet]. 2017 Mar 8 [citado 2020 Ago 09];33(1).
7. Borrell Carrió F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Med Clin (Barc).* 2011 Abr;136(9):390-7.
8. Remón-Torres MA, Remón-Torres MM, Tataje-Lavanda MK. Características del nivel de empatía hacia el paciente en internos de medicina de dos hospitales nacionales. *Rev Méd Panacea* [Internet]. 2013 [citado 2020 Ago 09];3(1).
9. Villalba Arias JR, Barrios I, Palacios J, Torales J. Niveles de empatía en médicos residentes: un estudio del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. *Rev Nac (Itauguá)* [Internet]. 2020 Abr 8 [citado 2024 Ene 10];12(1):37-43.
10. Maguire GP, Rutter DR. History-taking for medical students: I—deficiencias in performance. *Lancet.* 1976 Sep 11;308(7985):556-8.
11. Figueroa R, Acuña R, Cayazzo C, Wilhelm K, Durán A, Fasce C, et al. Mejorando la calidad de la enseñanza de la entrevista clínica: evaluación de una intervención con estudiantes de medicina. *Rev Med Chil.* 2000 Mar 1;128(3):294-300.

ARTICULO ORIGINAL DE INVESTIGACION

# Satisfacción y expectativas de médicos residentes de medicina familiar respecto a su formación en un programa universitario en Paraguay

Johnny David Salinas Benítez y María Belén Giménez Reyes

Programa de Especialización en Medicina Familiar, Dirección de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay.

DOI: 10.5281/zenodo.15459754

Publicado: 19 de mayo, 2025

## Resumen

**Introducción:** La formación en la residencia de medicina familiar es fundamental para desarrollar competencias en atención primaria. La satisfacción y las expectativas de los médicos residentes son indicadores clave de la calidad de los programas formativos. **Objetivo:** Determinar la satisfacción y las expectativas de los médicos residentes con su formación en la especialización en medicina familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción durante el año 2023. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con enfoque cuantitativo. Participaron 18 médicos residentes del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas. Se utilizó un cuestionario validado para medir satisfacción (dimensiones: apoyo, superación, participación, respeto) y expectativas, con respuestas en escala de frecuencia. **Resultados:** La edad de los residentes osciló entre 26 y 36 años, con un 67 % de mujeres. En cuanto a la satisfacción, el 50 % de los participantes valoró su satisfacción global como «apropiada». En la dimensión de apoyo, el 83 % refirió recibir «casi siempre» orientación. En superación, el 61 % indicó que «casi siempre» se fomenta la efectividad. En participación, el 61 % señaló que «casi siempre» se fomenta la participación sistemática. En respeto, el 89 % manifestó que «casi siempre» se brindan oportunidades para expresar opiniones. Respecto a las expectativas, el 44 % las consideró «apropiadas» y el 33 % «inapropiadas». **Conclusión:** La satisfacción general de los médicos residentes con su formación fue predominantemente apropiada, aunque las expectativas mostraron una mayor variabilidad, señalando áreas específicas para la mejora continua del programa.

**Palabras clave:** satisfacción, expectativas, residencia médica, medicina familiar, educación de postgrado, Paraguay

# 1. INTRODUCCIÓN

La residencia en medicina familiar constituye una etapa formativa esencial, diseñada para proporcionar a los médicos una preparación integral y especializada en el ámbito de la atención primaria de salud (1). Durante este período, los residentes adquieren conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para ofrecer una atención centrada en el paciente, abordando sus necesidades físicas, emocionales y sociales dentro de su contexto familiar y comunitario (2). Un programa de residencia exitoso no solo transmite conocimientos técnicos, sino que también fomenta el desarrollo de competencias en comunicación, trabajo en equipo, promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la capacidad de gestionar la continuidad de la atención a lo largo del tiempo (3).

La calidad de la formación durante la residencia tiene un impacto directo en la futura práctica profesional del médico y, por ende, en la calidad de la atención que recibirán los pacientes (4). En este sentido, la satisfacción de los médicos residentes con su programa formativo y el grado en que este cumple con sus expectativas son indicadores cruciales de la efectividad y pertinencia del mismo (5). Una alta satisfacción se asocia con mayor motivación, mejor desempeño y una menor tasa de desgaste profesional (burnout), mientras que las expectativas no cumplidas pueden generar frustración y afectar negativamente el proceso de aprendizaje (6,7).

Diversos factores pueden influir en la satisfacción y las expectativas de los residentes, incluyendo la estructura curricular, la calidad de la supervisión y tutoría, las oportunidades de aprendizaje práctico, el ambiente de trabajo, la carga asistencial y las posibilidades de desarrollo profesional y personal (8,9). Evaluar estos aspectos desde la perspectiva de los propios residentes permite a las instituciones formadoras identificar fortalezas y debilidades, y llevar a cabo los ajustes necesarios para optimizar la experiencia educativa (10).

En Paraguay, la especialización en medicina familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA) es un programa reconocido que forma a futuros médicos de familia. Comprender cómo los residentes de este programa perciben su formación, su nivel de satisfacción y si sus expectativas iniciales se están cumpliendo es fundamental para asegurar la mejora continua y la excelencia educativa. Estudios previos han abordado la satisfacción laboral en médicos de atención primaria y residentes en otros contextos, así como la relación entre calidad del sueño y satisfacción, o la percepción durante situaciones de crisis como la pandemia de COVID-19 (4-6). Sin embargo, se requiere un análisis específico de la satisfacción y expectativas dentro del programa de medicina familiar de la FCM-UNA.

Por lo tanto, el objetivo general de esta investigación fue determinar la satisfacción y las expectativas de los médicos residentes con su formación en la especialización en medicina familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción durante el año 2023. Los objetivos específicos fueron: conocer los datos demográficos de los médicos residentes, describir su satisfacción con la formación e identificar sus expectativas respecto a la misma.

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

### 2.1 Enfoque y diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio con un enfoque cuantitativo, bajo un diseño observacional, descriptivo y de corte transversal.

### 2.2 Población y muestra

La población enfocada fueron los médicos residentes de la especialización en medicina familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. La población accesible correspondió a aquellos médicos residentes de dicho programa que desearon participar en el estudio durante el año 2023. Se trabajó con una muestra de 18 residentes. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

### 2.3 Variables y operacionalización

Las variables principales fueron la satisfacción y las expectativas de los médicos residentes con su formación.

- **Datos demográficos:** Se recolectó información sobre edad (cuantitativa discreta, medida en años completos) y sexo (cualitativa nominal: masculino, femenino).
- **Satisfacción:** Se evaluó a través de cuatro dimensiones (apoyo, superación, participación y respeto), cada una medida con varios indicadores. Las respuestas se recogieron en una escala de frecuencia (nunca, casi nunca, casi siempre, siempre). La satisfacción global se clasificó en cinco niveles basados en la puntuación obtenida: muy apropiada (25,26 a 30,00), apropiada (20,51 a 25,25), intermedia (15,76 a 20,50), inapropiada (11,01 a 15,75) y muy inapropiada ( $\leq 11,00$ ).
- **Expectativas:** Se evaluaron a través de seis dimensiones (conocimientos clínicos, habilidades de comunicación, experiencia práctica, apoyo y supervisión, actualización y formación continua, equilibrio entre vida personal y profesional). Al igual que la satisfacción, las respuestas se recogieron en una escala de frecuencia y la expectativa global se clasificó en los mismos cinco niveles.

### 2.4 Instrumento de medición y recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante la técnica de la encuesta, utilizando como instrumento un cuestionario sobre satisfacción y expectativas validado en el estudio de Cárdenas-Ayón et al. (11). El cuestionario fue administrado a través de un formulario de Google.

### 2.5 Análisis de datos

Los datos recolectados a través del formulario de Google se descargaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel para su tabulación. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos utilizando el paquete estadístico Stata 16.0. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. Los resultados se presentaron en gráficos y tablas.

## 2.6 Aspectos éticos

Se garantizó la autonomía de los participantes, ofreciéndoles la libre elección de completar o no el cuestionario. Se aseguró la no maleficencia, indicando que los datos no serían manipulados ni empleados para fines no académicos. Se destacó la beneficencia del estudio, ya que los resultados ayudarían a comprender la realidad de la formación y las expectativas. Se aplicó el principio de justicia, tomando en cuenta los resultados de todos los entrevistados de manera equitativa. Finalmente, se garantizó la confidencialidad de los datos personales y las opiniones recopiladas, utilizándolos exclusivamente con fines académicos. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes.

## 3. RESULTADOS

Participaron en el estudio 18 médicos residentes del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas.

### 3.1 Datos demográficos de los médicos residentes

La edad de los participantes osciló entre un límite inferior de 26 años y un límite superior de 36 años. El 50 % de la población se encontró en el rango de edad de 28 a 31 años. En cuanto a la distribución por sexo, 12 residentes (67 %) fueron de sexo femenino y 6 (33 %) de sexo masculino.

### 3.2 Satisfacción de los médicos residentes con su formación

La satisfacción de los médicos residentes se evaluó a través de cuatro dimensiones: apoyo, superación, participación y respeto.

- **Dimensión de apoyo:** En cuanto a recibir orientación y ayuda en actividades profesionales y familiares, 15 residentes (83 %) respondieron «casi siempre» y 3 (17 %) «casi nunca». Respecto a si se brindan condiciones de apoyo que sustentan sus actividades, 12 (67 %) indicaron «casi siempre» y 6 (33 %) «casi nunca». Sobre la regularidad con que se les proporciona orientación y ayuda ante problemas, 10 (56 %) respondieron «casi siempre», 2 (11 %) «siempre» y 6 (33 %) «casi nunca». Con relación a la frecuencia con que encuentran condiciones de apoyo insuficientes, 11 (61 %) manifestaron «casi nunca» y 7 (39 %) «casi siempre». Finalmente, al preguntar si perciben que la falta de apoyo afecta negativamente sus actividades, 10 (56 %) respondieron «casi nunca», 7 (39 %) «casi siempre» y 1 (6 %) «nunca».
- **Dimensión de superación:** Respecto a la valoración y estímulo de acciones meritorias, 9 residentes (50 %) indicaron «casi siempre», 8 (44 %) «casi nunca» y 1 (6 %) «nunca». En cuanto a si se fomenta la realización de actividades con mayor efectividad, pertinencia y refinamiento, 11 (61 %) respondieron «casi siempre», 6 (33 %) «casi nunca» y 1 (6 %) «siempre». Sobre la regularidad con que se reconocen los logros y avances, 7 (39 %) manifestaron «casi siempre», 10 (56 %) «casi nunca» y 1 (6 %) «nunca». Con relación a si se brindan oportunidades para mejorar habilidades y competencias, 7 (39 %) indicaron «casi siempre», 10 (56 %) «casi nunca» y 1 (6 %) «nunca». Finalmente, al preguntar si se promueve el

desarrollo personal y profesional mediante la búsqueda de la excelencia, 12 (67 %) respondieron «casi siempre», 5 (28 %) «casi nunca» y 1 (6 %) «nunca».

- **Dimensión de participación:** Sobre si se fomenta la participación sistemática para cuestionar o proponer, 11 residentes (61 %) respondieron «casi siempre» y 7 (39 %) «casi nunca». Respecto a si se brindan condiciones para expresar puntos de vista, 10 (56 %) indicaron «casi siempre», 7 (39 %) «casi nunca» y 1 (6 %) «nunca». En cuanto a la promoción del diálogo y la discusión, 10 (56 %) manifestaron «casi siempre», 7 (39 %) «casi nunca» y 1 (6 %) «nunca». Sobre si se anima a cuestionar y sugerir ideas nuevas, 8 (44 %) respondieron «casi siempre», 7 (39 %) «casi nunca» y 3 (17 %) «nunca». Finalmente, al preguntar si se fomenta la participación activa para mejorar la calidad de la formación, 9 (50 %) indicaron «casi siempre», 7 (39 %) «casi nunca» y 2 (11 %) «nunca».
- **Dimensión de respeto:** En cuanto a si se promueven condiciones para relaciones armónicas y reciprocidad, 9 residentes (50 %) respondieron «casi siempre», 1 (6 %) «siempre» y 8 (44 %) «casi nunca». Respecto al fomento del respeto mutuo en las interacciones, 9 (50 %) indicaron «casi siempre» y 9 (50 %) «casi nunca». Sobre si se brindan oportunidades para expresar libremente opiniones en un ambiente respetuoso, 16 (89 %) manifestaron «casi siempre» y 2 (11 %) «casi nunca». Con relación a si se promueve la reciprocidad en el trato, 10 (56 %) respondieron «casi siempre», 7 (39 %) «casi nunca» y 1 (6 %) «nunca». Finalmente, al preguntar si se evidencia un ambiente de respeto general, 9 (50 %) indicaron «casi siempre», 1 (6 %) «siempre» y 8 (44 %) «casi nunca».

### 3.3 Satisfacción global

Al evaluar los niveles globales de satisfacción, se observó que 9 médicos residentes (50 %) calificaron su satisfacción como «apropiada». Cinco residentes (28 %) indicaron una satisfacción «intermedia». Dos residentes (11 %) reportaron una satisfacción «muy apropiada», y otros 2 (11 %) consideraron su satisfacción como «inapropiada».

### 3.4 Expectativas de los médicos residentes con su formación

Las expectativas de los médicos residentes se evaluaron a través de varios indicadores:

- Consulta sobre metas y objetivos: 14 residentes (78 %) respondieron «casi siempre», 1 (6 %) «siempre» y 3 (17 %) «casi nunca».
- Consideración de sus aportes en la planificación del programa: 9 (50 %) indicaron «casi siempre», 7 (39 %) «casi nunca» y 2 (11 %) «nunca».
- Revisiones periódicas para evaluar progreso y ajustar enfoque: 8 (44 %) manifestaron «casi siempre», 6 (33 %) «casi nunca» y 4 (22 %) «nunca».
- Retroalimentación sobre desarrollo profesional y cumplimiento de metas: 8 (44 %) respondieron «casi siempre», 6 (33 %) «casi nunca» y 4 (22 %) «nunca».
- Implementación de acciones para crear ambiente de apoyo y mentoría: 7 (39 %) indicaron «casi siempre», 9 (50 %) «casi nunca» y 2 (11 %) «nunca».
- Reconocimiento y valoración de logros y esfuerzos: 13 (72 %) manifestaron «casi siempre» y 5 (28 %) «casi nunca».
- Oportunidades para adquirir habilidades y competencias para metas profesionales: 10 (56 %) respondieron «casi siempre» y 8 (44 %) «casi nunca».



- Apoyo para equilibrio vida personal-profesional: 5 (28 %) indicaron «casi siempre», 11 (61 %) «casi nunca» y 2 (11 %) «nunca».
- Establecimiento y comunicación de expectativas de desempeño: 11 (61 %) manifestaron «casi siempre» y 7 (39 %) «casi nunca».
- Involucramiento en toma de decisiones sobre su formación: 10 (56 %) respondieron «casi siempre», 6 (33 %) «casi nunca» y 2 (11 %) «nunca».

### 3.5 Expectativas globales

En la evaluación global de las expectativas, 8 médicos residentes (44 %) las calificaron como «apropiadas». Seis residentes (33 %) las consideraron «inapropiadas». Dos residentes (11 %) las percibieron como «intermedias», y otros 2 también las calificaron como «muy inappropriate».

## 4. DISCUSIÓN

Este estudio proporciona una visión sobre la satisfacción y las expectativas de los médicos residentes del programa de medicina familiar de la FCM-UNA respecto a su formación. Los hallazgos demográficos, con una mayoría femenina y un rango de edad joven, son consistentes con las tendencias actuales en las residencias médicas.

La satisfacción general de los residentes, calificada como «apropiada» por el 50 % y «muy apropiada» por un 11 %, sugiere que una mayoría percibe de manera positiva su experiencia formativa. No obstante, un 28 % la considera «intermedia» y un 11 % «inapropiada», lo que indica que existe un subgrupo significativo con niveles de satisfacción menores que requieren atención. Estos resultados son, en cierto modo, comparables con el estudio de Sobrequés *et al.* (4), que encontró una satisfacción global intermedia en médicos de atención primaria, y con el de Camarillo *et al.* (12), que reportó un alto grado de satisfacción general en residentes, aunque también identificó un porcentaje que requería mejoras.

Analizando las dimensiones de la satisfacción, en «apoyo», la mayoría de los residentes (83 %) siente que «casi siempre» recibe orientación, lo cual es un aspecto positivo. Sin embargo, en la dimensión de «superación», aunque el 61 % siente que se fomenta la efectividad, un preocupante 56 % indica que «casi nunca» se reconocen sus logros o se brindan oportunidades específicas para mejorar habilidades. Esto podría ser un factor clave que contribuye a la insatisfacción en algunos residentes y representa un área clara de mejora. La falta de reconocimiento y oportunidades de perfeccionamiento puede mermar la motivación y el sentido de progreso.

En la dimensión de «participación», más del 60 % siente que se fomenta la participación sistemática. No obstante, cuando se trata de animar a proponer ideas nuevas, el porcentaje de respuestas «nunca» aumenta al 17 %, lo que podría indicar una necesidad de promover una cultura más abierta a la innovación por parte de los residentes. Respecto al «respeto», es muy positivo que el 89 % sienta que «casi siempre» se brindan oportunidades para expresar opiniones en un ambiente respetuoso. Sin embargo, la percepción sobre el fomento del respeto mutuo en las interacciones es dividida (el 50 % «casi siempre» y el 50 % «casi nunca»), lo que sugiere inconsistencias en este aspecto.

En cuanto a las expectativas, la variabilidad es más pronunciada: el 44 % las considera «apropiadas», pero un 33 % las califica como «inapropiadas» y un 12 % como «muy inappropriate». Esto apunta a un desajuste significativo para casi la mitad de los residentes entre lo que esperaban de la formación y lo que están recibiendo. Aspectos como la falta de un ambiente de apoyo y mentoría (50 % «casi nunca» se implementan acciones) y la escasa ayuda para el equilibrio vida personal-profesional (61 % «casi nunca» se brinda apoyo) son particularmente críticos y podrían explicar esta percepción negativa de las expectativas. El estudio de Romero (13) destaca la importancia de la planificación cuidadosa del proceso formativo para la satisfacción, y la falta de apoyo y mentoría podría ser vista como una deficiencia en esta planificación.

La necesidad de mejorar la flexibilidad formativa, fomentar el trabajo de campo y la investigación, como se señala en el estudio de Latasa et al. (7) sobre residentes de Medicina Preventiva, también podría ser relevante para los residentes de medicina familiar y contribuir a alinear mejor las expectativas. Aunque los residentes de medicina de familia suelen tener una visión positiva del sistema de formación en comparación con otras especialidades (8), los puntos débiles identificados en este estudio, como el apoyo para el equilibrio vital y la mentoría, son cruciales.

La principal fortaleza de este estudio es que aborda un tema esencial para la calidad de la educación médica de postgrado en un contexto específico de Paraguay, utilizando un instrumento previamente validado. Proporciona datos concretos sobre las percepciones de los residentes.

Las limitaciones incluyen el tamaño reducido de la muestra ( $n=18$ ), lo que limita la generalizabilidad de los resultados y la potencia estadística para análisis más profundos. El diseño transversal no permite evaluar cambios en la satisfacción o expectativas a lo largo del tiempo de residencia. Al ser un estudio basado en autoinformes, puede existir sesgo de deseabilidad social o de respuesta influenciado por experiencias recientes.

Los resultados sugieren varias áreas de intervención para el programa de residencia. Es fundamental mejorar los mecanismos de reconocimiento de logros y ofrecer más oportunidades estructuradas para el perfeccionamiento de habilidades. Se debe trabajar en crear un ambiente de apoyo y mentoría más robusto y sistemático. Un aspecto crítico es abordar la falta de apoyo para el equilibrio entre la vida personal y profesional, lo cual es un factor conocido de estrés y burnout en residentes.

Futuras investigaciones podrían realizarse con muestras más grandes, incluyendo diferentes programas de residencia de medicina familiar en el país para permitir comparaciones. Estudios longitudinales podrían rastrear la evolución de la satisfacción y las expectativas a lo largo de los años de residencia. La incorporación de metodologías cualitativas, como entrevistas en profundidad o grupos focales, podría proporcionar una comprensión más rica de las experiencias y percepciones de los residentes.

En conclusión, si bien la satisfacción general de los médicos residentes de medicina familiar de la FCM-UNA con su formación es predominantemente apropiada, existen áreas significativas de mejora, especialmente en lo referente al reconocimiento, las oportunidades de superación, el apoyo para el equilibrio vida-trabajo y la mentoría. Las expectativas de los residentes muestran una considerable variabilidad, con un porcentaje importante que las considera inappropriate, lo que subraya la necesidad de una revisión y ajuste continuo del programa formativo para alinearlo mejor con las

necesidades y aspiraciones de los futuros especialistas en medicina familiar.

## RECONOCIMIENTOS

El presente estudio fue realizado como parte del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, bajo la supervisión del Prof. Dr. Andrés Szwako. El texto original ha sido modificado para adaptarse a los requerimientos editoriales de la presente publicación, manteniendo la integridad y el propósito del estudio original. La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS

1. Abril-Collado RO, Cuba-Fuentes MS. Introducción a la medicina familiar. *Acta Méd Peru.* 2013 Ene;30(1):31-6.
2. Rodríguez Weber FL, Ramírez Arias JL. ¿Tenemos claro lo que es la residencia médica? *Acta Méd Grupo Ángeles.* 2016 Sep;14(3):183-4.
3. Ferreira R, Giubi J, Martínez N, Villagra R, Colucci A, Ferreira J, et al. Impacto en la formación de médicos residentes en cirugía general por la pandemia generada por el virus SARS-CoV-2. *Cir Parag.* 2022 Dic;46(3):19-22.
4. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria.* 2003 Mar 15;31(4):227-33.
5. Ríos MS, Martínez JD, Servín NA. Calidad del sueño y satisfacción laboral en médicos residentes. *Med Clín Soc.* 2022 Abr;6(1):26-32.
6. Muñoz-Cobo Orosa B, Pérez García M, Rodríguez Ledott M, Varela Serrano C, Sanz Valero J. Satisfacción laboral y calidad de vida de los médicos residentes españoles durante la pandemia por la COVID-19. *Med Segur Trab.* 2021 Sep;67(264):169-90.
7. Latasa P, Reques L, Gil-Borrelli CC. Actitudes y valoraciones de los médicos residentes sobre la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. *Invest Educ Méd.* 2016 Jul 1;5(19):182-90.
8. Galiano-Coronil S, Serrano-Del-Rosal R, García-De-Diego JM, Biedma-Velázquez L, Ranchal-Romero J. Actitudes y valores de los residentes de Medicina de Familia y Comunitaria: un modelo sanitario adaptado a los nuevos tiempos. *Med Fam SEMERGEN.* 2013 Ene 1;39(1):18-25.
9. Fernández-Ortega MÁ, Quiroz-Pérez JR, Hernández-Torres I, García-Pedroza F, Arellano López J, Ávalos-Carranza MT. Seguimiento de egresados de la especialidad en medicina familiar y el grado de satisfacción de sus empleadores. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2015 Sep;31(3):266-76.
10. Dursi C, Millenaar V. Motivaciones, expectativas y experiencias en la formación como especialistas de jóvenes médicos: informe de investigación [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; 2017 [citado 2023 Nov 14].
11. Cárdenas-Ayón E, Cabrera-Pivaral CE, Viniestra-Velázquez L, González-Reyes H, Luce-González EG, Ortiz-López MA. Satisfacción de los residentes de medicina familiar con el ambiente académico laboral. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2010;48(2):227-31.
12. Camarillo-Nava VM, Ramírez-Cortez M, Pérez-López D, Andrade-Pineda JE, Hernández-Cid de León S, López-Rojas E. Satisfacción académica en residentes de la zona norte, ciudad de México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2023;61(4):457-65.
13. Romero-Sánchez E, Anza-Aguirrezabala I, Saura-Llamas J. ¿Planifican los tutores la formación de sus residentes?: Investigación realizada en la especialidad de medicina familiar y Comunitaria. *Educ Méd.* 2012 Jun;15(2):117-22.

## ARTICULO ORIGINAL DE INVESTIGACION

# Síndrome de burnout y su relación con el desempeño laboral en médicos del servicio de urgencias de un hospital militar en Paraguay

Arary Centurión, Sofía Rojas, Brenda Torres, Paola Zena, y Juana Elizabeth Pavón Fleitas

Programa de Especialización en Medicina Familiar, Dirección de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay.

DOI: 10.5281/zenodo.15459817

Publicado: 19 de mayo, 2025

### Resumen

**Introducción:** El síndrome de burnout (SB), caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, es un factor de riesgo laboral reconocido, especialmente prevalente en profesionales de la salud. Este síndrome puede afectar significativamente el desempeño laboral. **Objetivo:** Comprobar si el síndrome de burnout afecta el desempeño laboral en los médicos del servicio de urgencias del Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas (HMC-FFAA) de Paraguay en 2023. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico y transversal. Participaron 45 médicos especialistas del servicio de urgencias del HMC-FFAA, seleccionados mediante muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI) para medir el SB y un cuestionario para evaluar el desempeño laboral. Se analizaron datos sociodemográficos y laborales. Se utilizó la prueba exacta de Fisher para comparar variables cualitativas. **Resultados:** El 68,9 % ( $n=31$ ) de los médicos presentó síndrome de burnout. El 77,8 % de la muestra eran mujeres. El 42,2 % tenía más de 10 años de antigüedad. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de burnout y los años de antigüedad ( $P = 0,78$ ). Tampoco se halló una relación significativa entre las dimensiones del burnout (cansancio emocional, despersonalización, realización personal) y el desempeño laboral ( $P = 0,87$  para cansancio emocional;  $P = 1$  para despersonalización;  $P = 0,43$  para realización personal). **Conclusión:** Aunque se observó una alta frecuencia de síndrome de burnout entre los médicos del servicio de urgencias estudiado, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre este síndrome y el desempeño laboral en esta muestra.

**Palabras clave:** agotamiento profesional, desempeño laboral, médicos, servicios médicos de urgencia, Paraguay

# 1. INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout (SB), también conocido como síndrome de desgaste profesional o del quemado, es una respuesta psicológica al estrés laboral crónico, particularmente en profesiones que implican una intensa interacción interpersonal y una elevada carga emocional (1). La Organización Mundial de la Salud lo ha reconocido como un factor de riesgo laboral capaz de afectar la calidad de vida, la salud mental e incluso la integridad física de quien lo padece (1). Maslach y Jackson, pioneros en su conceptualización, lo definieron como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional (sensación de no poder dar más de sí a nivel afectivo), despersonalización (desarrollo de actitudes cínicas, distantes e impersonales hacia los receptores del servicio) y una disminuida realización personal en el trabajo (sentimientos de incompetencia y falta de logro profesional) (2,3). Es fundamental entender que el burnout no es una debilidad individual, sino más bien una consecuencia de un ambiente laboral disfuncional y estresante (1).

Históricamente, el concepto fue introducido por Freudenberg en 1974 al observar una pérdida progresiva de energía, idealismo y empatía en profesionales con varios años de servicio (4). Posteriormente, Maslach y Leiter desarrollaron el Maslach Burnout Inventory (MBI), que se ha convertido en el instrumento de referencia para su diagnóstico (5). Aunque inicialmente se circunscribió a profesiones de ayuda, se ha reconocido que puede afectar a cualquier tipo de profesional (6). La prevalencia del SB varía considerablemente según los estudios, el contexto laboral y las características individuales, pero se ha reportado en cifras significativas en profesionales de la salud, incluso desde etapas formativas como la escuela de medicina (5,7). En Paraguay, diversas investigaciones han abordado este síndrome en diferentes servicios y poblaciones sanitarias (8).

Los desencadenantes del SB en profesionales de la salud son multifactoriales y pueden operar a nivel individual (altruismo excesivo, idealismo), interpersonal (relaciones conflictivas con usuarios o colegas, falta de apoyo), organizacional (burocracia, falta de autonomía, sobrecarga laboral) y del entorno social (cambios en la profesión médica) (9). Las manifestaciones clínicas son insidiosas y progresivas, abarcando síntomas físicos (fatiga, cefaleas, trastornos del sueño), emocionales (ansiedad, depresión, irritabilidad) y conductuales (aislamiento, ausentismo, abuso de sustancias) (10,11). Se han descrito etapas en su desarrollo, desde un entusiasmo inicial hasta una fase de frustración y, finalmente, el agotamiento o «quemado» (12). Ciertos perfiles de riesgo incluyen personas jóvenes, solteras, con sobrecarga laboral y rasgos de personalidad idealistas (11,13).

El desempeño laboral, entendido como el conjunto de comportamientos y resultados observables del empleado relevantes para los objetivos de la organización, puede verse seriamente afectado por el SB (14). Las consecuencias del burnout en el desempeño laboral incluyen disminución de la calidad asistencial, menor rendimiento, aumento del ausentismo, conflictos interpersonales y, en el caso de los médicos, un impacto negativo en la relación médico-paciente y en la seguridad del mismo (15,16). Los servicios de urgencias, por su naturaleza demandante, la exposición constante a situaciones críticas y la presión temporal, constituyen un entorno de alto riesgo para el desarrollo del SB en los médicos (17).

Considerando la alta prevalencia del SB en el personal de salud y sus potenciales repercusiones en la calidad de la atención, es crucial investigar su impacto en el desempeño laboral, especialmente en áreas críticas como los servicios de urgencias. Este estudio busca aportar información sobre esta relación en el contexto específico del Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas de Paraguay. El objetivo general de esta investigación fue comprobar si el síndrome de burnout afecta el desempeño laboral en los médicos del servicio de urgencias del Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas (HMC-FFAA). Los objetivos específicos fueron: registrar el porcentaje de médicos del servicio de urgencias del HMC-FFAA que cursan con el síndrome de burnout, determinar qué dimensiones del síndrome de burnout son las que más afectan a estos médicos especialistas, y determinar la relación entre los años de antigüedad laboral y la incidencia del síndrome de burnout.

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

### 2.1 *Diseño metodológico*

Se llevó a cabo un estudio observacional, de alcance analítico y de corte transversal.

### 2.2 *Marco temporal y espacial*

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas (HMC-FFAA), ubicado en el barrio Sajonia de la ciudad de Asunción, Paraguay. El período de recolección de datos abarcó desde octubre hasta noviembre de 2023.

### 2.3 *Población y técnica de muestreo*

La población enfocada fueron los médicos especialistas funcionarios del HMC-FFAA. La población accesible estuvo constituida por los médicos especialistas funcionarios del servicio de urgencias de adultos de dicha institución. Se utilizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos, incluyendo a 45 sujetos.

### 2.4 *Criterios de inclusión y exclusión*

Se incluyeron médicos especialistas que trabajaban en el servicio de urgencias del HMC-FFAA, con una antigüedad mínima de 3 años en el servicio, mayores de edad y que aceptaron voluntariamente formar parte del estudio.

Se excluyeron aquellos médicos especialistas que completaron indebidamente o dejaron incompleto el cuestionario, y aquellos con otros trastornos psicológicos o psiquiátricos previamente diagnosticados que pudieran interferir con la evaluación del síndrome de burnout.

### 2.5 *Variables e instrumentos de recolección de datos*

Las variables estudiadas fueron:

- **Síndrome de burnout:** Medido mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI). Este cuestionario consta de 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo. Evalúa tres dimensiones: a) Cansancio emocional (CE): 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20). Puntuación máxima: 54. b)

Despersonalización (DP): 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22). Puntuación máxima: 30. c) Realización personal (RP): 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). Puntuación máxima: 48. Las respuestas se dan en una escala de frecuencia de 0 («nunca») a 6 («todos los días»). Puntuaciones altas en CE y DP, y bajas en RP, definen el síndrome. Se consideró prevalencia de burnout la presencia de niveles altos en al menos una de las tres dimensiones, según los siguientes puntos de corte: CE bajo ( $\leq 18$ ), medio (19–26), alto ( $\geq 27$ ); DP baja ( $\leq 5$ ), media (6–9), alta ( $\geq 10$ ); RP baja ( $\leq 33$ ), media (34–39), alta ( $\geq 40$ ).

- **Desempeño laboral:** Evaluado mediante un cuestionario específico que indaga sobre aspectos como conocimiento de patologías, aplicación correcta de conocimientos, toma de decisiones, cuidados adecuados, uso de equipos, registro en historia clínica, soporte emocional a la familia, relaciones interpersonales, respeto a la privacidad y aplicación de medidas de bioseguridad. Las respuestas se recogieron en una escala de frecuencia (Nunca, A veces, Frecuentemente, Siempre). Para el análisis, el desempeño laboral se categorizó en «malo», «regular» y «bueno», aunque no se especifica en la metodología cómo se realizó esta categorización a partir del cuestionario.
- **Variables sociodemográficas y laborales:** Se recolectaron datos sobre sexo (hombre, mujer), edad (en años) y años de antigüedad en el servicio.

## 2.6 Procedimiento de recolección de datos

Previo obtención del consentimiento informado, se administraron los cuestionarios (MBI, cuestionario de desempeño laboral y ficha sociodemográfica) a los médicos especialistas que cumplían los criterios de inclusión.

## 2.7 Aspectos estadísticos

Los datos fueron recogidos y analizados utilizando Microsoft Office e IBM SPSS Statistics versión 21. Las variables cualitativas se analizaron utilizando frecuencias y porcentajes. Para comparar las proporciones entre grupos, se utilizó la prueba exacta de Fisher, aceptando un valor de  $P < 0,05$  como estadísticamente significativo.

## 2.8 Asuntos éticos

Se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes. La participación fue libre y voluntaria. Se aseguró que los datos no se utilizarían con fines malintencionados y se respetó la dignidad de los participantes. El estudio fue autofinanciado por las autoras, declarando no tener conflictos de intereses.

# 3. RESULTADOS

Se incluyó en el estudio a 45 médicos especialistas que trabajaban en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas (HMC-FFAA).

## 3.1 Características sociodemográficas y laborales de los participantes

La mayoría de los participantes, el 62,2 % ( $n=28$ ), tenía entre 31 y 35 años de edad, seguido por un 17,8 % ( $n=8$ ) con edades entre 25 y 30 años. Un 13,3 % ( $n=6$ ) tenía

entre 36 y 40 años, y un 6,7 % ( $n=3$ ) era mayor de 40 años. Predominó el sexo femenino, representando el 77,8 % ( $n=35$ ) de la muestra.

En cuanto a la especialidad, el 53,3 % ( $n=24$ ) eran especialistas en medicina familiar, el 26,7 % ( $n=12$ ) en medicina interna y el 20 % ( $n=9$ ) en emergentología.

Respecto a los años de antigüedad en el servicio, el 42,2 % ( $n=19$ ) trabajaba hace más de 10 años, el 33,3 % ( $n=15$ ) tenía entre 1 y 4 años de antigüedad, y el 24,4 % ( $n=11$ ) entre 5 y 9 años.

### 3.2 Prevalencia del síndrome de burnout y su relación con la antigüedad laboral

Se encontró que el 68,9 % ( $n=31$ ) de los médicos especialistas encuestados presentó síndrome de burnout, mientras que el 31,1 % ( $n=14$ ) no lo presentó. Al analizar la prevalencia del burnout según los años de antigüedad, se observó que el 73,3 % de los médicos con 1-4 años de antigüedad presentaron burnout, el 72,7 % de aquellos con 5-9 años, y el 63,2 % de los que tenían más de 10 años de antigüedad. Sin embargo, esta diferencia en la prevalencia del burnout según los años de antigüedad no fue estadísticamente significativa (Prueba exacta de Fisher;  $P = 0,78$ ).

### 3.3 Relación entre desempeño laboral y las dimensiones del síndrome de burnout

- **Desempeño laboral y cansancio emocional (CE):** Entre los 4 médicos con desempeño laboral calificado como «malo», 1 (25 %) presentó CE bajo, 2 (50 %) CE medio y 1 (25 %) CE alto. De los 3 médicos con desempeño «regular», 2 (66,7 %) tuvieron CE medio y 1 (33,3 %) CE alto. Entre los 38 médicos con desempeño «bueno», 13 (34,2 %) presentaron CE bajo, 14 (36,8 %) CE medio y 11 (28,9 %) CE alto. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el desempeño laboral y el nivel de cansancio emocional (Prueba exacta de Fisher;  $P = 0,87$ ).
- **Desempeño laboral y despersonalización (DP):** De los 4 médicos con desempeño laboral «malo», 3 (75 %) tuvieron DP baja y 1 (25 %) DP alta. Entre los 3 médicos con desempeño «regular», 2 (66,7 %) presentaron DP baja y 1 (33,3 %) DP alta. De los 38 médicos con desempeño «bueno», 19 (50 %) tuvieron DP baja, 6 (15,8 %) DP media y 13 (34,2 %) DP alta. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el desempeño laboral y el nivel de despersonalización (Prueba exacta de Fisher;  $P = 1$ ).
- **Desempeño laboral y realización personal (RP):** Entre los 4 médicos con desempeño laboral «malo», 2 (50 %) presentaron RP baja (indicativo de burnout) y 2 (50 %) RP alta. De los 3 médicos con desempeño «regular», los 3 (100 %) tuvieron RP baja. Entre los 38 médicos con desempeño «bueno», 19 (50 %) tuvieron RP baja, 10 (26,3 %) RP media y 9 (23,7 %) RP alta. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el desempeño laboral y el nivel de realización personal (Prueba exacta de Fisher;  $P = 0,43$ ).

## 4. DISCUSIÓN

Este estudio investigó la presencia del síndrome de burnout (SB) y su posible asociación con el desempeño laboral en médicos especialistas del servicio de urgencias del Hospital



Militar Central de las FFAA en Paraguay. Los hallazgos revelan una alta frecuencia de SB en esta población, aunque no se encontró una relación estadísticamente significativa con el desempeño laboral ni con los años de antigüedad en el servicio.

La frecuencia de SB encontrada, del 68,9 %, es considerablemente elevada y se sitúa por encima del promedio reportado en otros estudios con profesionales sanitarios, que suelen oscilar entre el 28 % y el 46 % utilizando la escala MBI (17–19). Esta alta prevalencia podría explicarse por las características inherentes al trabajo en servicios de urgencias, como la exposición constante a situaciones de riesgo vital, la alta demanda emocional, la sobrecarga de trabajo y la presión temporal, factores todos ellos reconocidos como estresores significativos (17, 18). La predominancia del sexo femenino en la muestra (77,8 %) es un dato a considerar, aunque el estudio no analizó diferencias de burnout por sexo.

En cuanto a las dimensiones del SB, la monografía original menciona en su discusión que la despersonalización fue la más frecuente, afectando a más de la mitad de los encuestados, lo cual diferiría de otros estudios donde el cansancio emocional es el aspecto predominante. Esta alta despersonalización podría ser una estrategia de afrontamiento disfuncional ante la sobrecarga emocional del entorno de urgencias.

No se encontró una asociación significativa entre los años de antigüedad laboral y la incidencia del SB. Tanto médicos con menos de 4 años de antigüedad como aquellos con más de 10 años presentaron tasas elevadas de SB (el 73,3 % y el 63,2 % respectivamente). Esto sugiere que el SB puede manifestarse en diferentes etapas de la carrera profesional en este entorno, y que la experiencia no necesariamente confiere una protección completa, o que los factores estresantes son tan intensos que afectan a profesionales de todos los niveles de experiencia.

El hallazgo más notable es la ausencia de una asociación estadísticamente significativa entre las dimensiones del SB (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) y el desempeño laboral evaluado. A pesar de la alta prevalencia de SB, la mayoría de los médicos (84,4 %) fueron calificados con un desempeño laboral «bueno». Esto podría interpretarse de varias maneras. Es posible que los médicos, a pesar de experimentar síntomas de burnout, logren mantener un nivel de desempeño profesional adecuado debido a su compromiso, profesionalismo o mediante estrategias de afrontamiento que les permitan cumplir con sus responsabilidades. También es posible que el instrumento utilizado para medir el desempeño laboral no haya sido lo suficientemente sensible para captar los efectos más sutiles del burnout, o que exista un sesgo en la autoevaluación del desempeño si este fue el método utilizado. La literatura general sugiere que el burnout sí tiene consecuencias negativas en el desempeño (15, 16), por lo que esta falta de asociación en el presente estudio es un punto que merece mayor investigación. Podría ser que los efectos del burnout se manifiesten en aspectos no directamente medidos por el cuestionario de desempeño, como la calidad de la interacción con el paciente, la empatía o la toma de decisiones a largo plazo.

Dada la alta frecuencia de SB, es imperativo, como señalan las autoras, reconocer el problema e implementar estrategias preventivas y terapéuticas. La evaluación periódica del SB con instrumentos validados, la modificación de factores organizacionales estresantes, la mejora de las condiciones laborales y el fomento de habilidades de afrontamiento y resiliencia en los médicos son acciones cruciales.

Este estudio aborda un tema de gran relevancia en un contexto específico y de alto riesgo como es un servicio de urgencias militar en Paraguay. El uso del MBI es una fortaleza. Sin embargo, existen limitaciones importantes. El tamaño de la muestra ( $n=45$ ) es relativamente pequeño, lo que podría afectar la potencia estadística para detectar asociaciones, especialmente si los efectos son moderados. El muestreo no probabilístico limita la generalizabilidad de los resultados. La categorización del desempeño laboral en «malo», «regular» y «bueno» no se describe metodológicamente en detalle, lo que dificulta la interpretación de cómo se llegó a estas categorías. La evaluación del desempeño laboral, si fue mediante autoinforme, podría estar sujeta a sesgos. El diseño transversal no permite establecer relaciones de causalidad.

A pesar de no encontrar una asociación directa con el desempeño laboral medido, la alta prevalencia de SB es una señal de alarma que requiere atención institucional. Se deben implementar programas de bienestar y apoyo para los médicos del servicio de urgencias.

Futuras investigaciones podrían utilizar muestras más grandes y diseños longitudinales para explorar la relación entre SB y desempeño laboral a lo largo del tiempo. Sería útil emplear múltiples métodos para evaluar el desempeño, incluyendo indicadores objetivos de calidad asistencial o evaluaciones por pares o supervisores, además del autoinforme. Investigar los factores protectores y las estrategias de afrontamiento efectivas en este contexto también sería de gran valor.

En conclusión, aunque este estudio encontró una alta frecuencia del síndrome de burnout (68,9 %) entre los médicos del servicio de urgencias del Hospital Militar Central de las FFAA, no se demostró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de este síndrome o sus dimensiones y el desempeño laboral evaluado. La antigüedad en el servicio tampoco mostró una relación clara con la incidencia del burnout. Estos resultados, si bien no confirman un impacto directo en el desempeño medido en esta muestra, subrayan la urgente necesidad de abordar la elevada prevalencia de burnout para proteger la salud y el bienestar de estos profesionales.

## RECONOCIMIENTOS

El presente estudio fue realizado como parte del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, bajo la supervisión del Prof. Dr. Andrés Szwako. El texto original ha sido modificado para adaptarse a los requerimientos editoriales de la presente publicación, manteniendo la integridad y el propósito del estudio original. La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS

1. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2015 Mar [citado 2023 Ago 30];32(1):119-24.
2. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 4th ed. Menlo Park, CA: Mind Garden; 2016.
3. Acosta FV, Abente SV, Galeano IO. Frecuencia del síndrome de Burnout en residentes de Medicina Interna del Hospital de Clínicas. Rev Virtual Soc Paraguaya Med Interna. 2020;7(2):54-62.

4. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues*. 1974;30(1):159-65.
5. Torres Romero AD, Alcaraz Romero IA. Síndrome de Burnout en médicos residentes de un hospital público de la ciudad de Areguá en el año 2020. *Med Clín Soc* [Internet]. 2020 [citado 2023 Nov 10];4(3):98-103.
6. Pines A, Aronson E. *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press; 1988.
7. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med*. 2008 Sep 2;149(5):334-41.
8. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) Paraguay. Estudios sobre Síndrome de Burnout en personal de salud en Paraguay.
9. Bedoya A, Ramona. Factores desencadenantes del síndrome de burnout, Medellín-Colombia [Tesis] [Internet]. Medellín: Corporación Universitaria Adventista; 2017 [citado 2023 Ago 31].
10. Vera Olmedo YM, Rodríguez Alava RR, León Samaniego GF. Síndrome de Burnout en personal de enfermería y calidad de atención. *Más Vita*. 2023;5(2):68-79.
11. Aceves GÁ. Síndrome de burnout. *Arch Neurocién (Mex)*. 2006;11(4):305-9.
12. Miller D, Smith Del. *The new American job-security handbook*. New York: AMACOM; 1994.
13. Guerrero R, Zambrano O, Torres M, Freire N, Rivera Á, Zambrano RO, et al. Factores de riesgo asociados al síndrome de desgaste profesional (Burnout). *Rev Científica Mundo Investig Conocim*. 2019;3(1):790-816.
14. López-Martínez BE, Aragón-Castillo JM, Muñoz-Palomeque M, Madrid-Tovilla S, Tornell-Castillo I. Calidad de vida laboral y desempeño laboral en médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el estado de Chiapas. *Rev Fac Med Hum*. 2021;21(2):316-25.
15. Perea S, Syr R. Propuesta de estrategia para la evaluación del desempeño laboral de los médicos en Cuba. *Educ Méd Super (Impresa)*. 2010;24(3):387-417.
16. Ansoleaga E, Miranda G. Depresión y condiciones de trabajo. *Rev Costarric Psicol*. 2014;33(1):1-14.
17. Barbosa FT, Leão BA, Sales Tavares GM, Rocha Peixoto dos Santos JG. Burnout syndrome and weekly workload of on-call physicians: Cross-sectional study. *Sao Paulo Med J*. 2012;130(5):282-8.
18. Merlani P, Verdon M, Businger A, Domenighetti G, Pargger H, Ricou B. Burnout in ICU caregivers: A multicenter study of factors associated to centers. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;184(10):1140-6.
19. Verdon M, Merlani P, Perneger T, Ricou B. Burnout in a surgical ICU team. *Intensive Care Med*. 2008;34(1):152-6.

ARTICULO ORIGINAL DE INVESTIGACION

# Desarrollo e implementación de un programa de autocuidado y bienestar para médicos residentes de medicina familiar en Paraguay: Una experiencia institucional

Cinthia Camacho Santacruz, María Belén Giménez Reyes, Juana Elizabeth Pavón Fleitas, Luz Soria, María Isabel Molas, Rosario Noguera, Cesar Rojas, y Fátima Liz González Ayala

Programa de Especialización en Medicina Familiar, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.

DOI: 10.5281/zenodo.15459836

Publicado: 19 de mayo, 2025

## Resumen

**Introducción:** La residencia médica es un período de alta exigencia que puede afectar la salud mental de los profesionales en formación. El autocuidado y el bienestar son cruciales para un desarrollo profesional saludable y una atención óptima al paciente. **Objetivo:** Contribuir al bienestar integral de los médicos residentes de la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar de la FCM-UNA a través de un programa multifásico que incluye diagnóstico psicoemocional, talleres de inteligencia emocional, jornadas recreativas y asistencia individual y colectiva. **Materiales y métodos:** Se diseñó e implementó un proyecto en tres fases. Fase 1 (Diagnóstico, mayo-junio): evaluación psicoemocional de 28 residentes mediante los instrumentos MBI, Test de Tolerancia a la Frustración Namuche Vázquez y Escala de Resiliencia de Connor-Davidson. Fase 2 (Planificación, julio-agosto): análisis de resultados y diseño de intervenciones. Fase 3 (Implementación, septiembre en adelante): ejecución de talleres, jornadas y asistencia, con la participación de 26 residentes. Se evaluó la satisfacción con las actividades iniciales. **Resultados:** En la fase diagnóstica, se identificó un 60 % de agotamiento emocional. Las intervenciones iniciales (talleres y jornadas) fueron bien recibidas: el 91 % de los participantes las consideró útiles y el 95,5 % volvería a participar. Se iniciaron intervenciones de seguimiento individual y grupal. **Conclusión:** La implementación de un programa estructurado de autocuidado y bienestar, basado en un diagnóstico de necesidades, es valorada positivamente por los médicos residentes y representa una estrategia promisorio para fomentar la salud mental y el desarrollo de habilidades socioemocionales durante la residencia.

**Palabras clave:** residencia médica, bienestar del médico, autocuidado, inteligencia emocional, agotamiento profesional, Paraguay

# 1. INTRODUCCIÓN

La etapa de residencia médica representa un período de intensa formación profesional, caracterizado por altas demandas académicas, largas jornadas laborales y una significativa carga emocional derivada de la responsabilidad en el cuidado de los pacientes (1). Estas condiciones pueden exponer a los médicos residentes a niveles elevados de estrés, con el consecuente riesgo de desarrollar problemas de salud mental, incluyendo ansiedad, depresión y el síndrome de agotamiento profesional o burnout (2, 3). El síndrome de burnout, en particular, se manifiesta a través de agotamiento emocional, despersonalización y una reducida sensación de realización personal, pudiendo afectar negativamente no solo el bienestar del residente, sino también la calidad de la atención brindada y la seguridad del paciente (4).

En este contexto, el fomento del autocuidado y el bienestar integral de los médicos residentes emerge como una necesidad imperante dentro de los programas de formación de postgrado (5). El autocuidado implica la adopción de prácticas y hábitos que promueven la salud física y mental, mientras que el bienestar abarca un estado general de satisfacción con la vida y un funcionamiento psicológico positivo (6). Estrategias que promuevan la inteligencia emocional, la resiliencia, la gestión del estrés y el apoyo social pueden ser herramientas valiosas para mitigar los efectos adversos del entorno de la residencia (7, 8).

La inteligencia emocional, entendida como la capacidad de reconocer, comprender y gestionar las propias emociones y las de los demás, es una habilidad crucial para los profesionales de la salud, ya que facilita la comunicación efectiva, la empatía y el manejo de situaciones interpersonales complejas (9). El desarrollo de la resiliencia, definida como la capacidad de adaptarse positivamente a la adversidad, permite a los residentes afrontar los desafíos inherentes a su formación con mayor fortaleza (10).

Reconociendo la exposición de los médicos residentes del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA) a estas sobrecargas emocionales, y la importancia de sostener su salud mental, se diseñó e implementó un proyecto enfocado en el bienestar y el autocuidado. Este programa busca no solo identificar las necesidades psicoemocionales de los residentes, sino también ofrecerles herramientas y espacios para fortalecer sus recursos personales y mejorar su calidad de vida durante esta exigente etapa formativa.

El presente artículo describe el desarrollo, la implementación y la evaluación inicial de este programa de autocuidado y bienestar, cuyo objetivo general fue contribuir al bienestar integral de la salud de los médicos residentes de la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar a través de talleres de inteligencia emocional, jornadas recreativas y asistencia individual y colectiva oportuna y efectiva. Los objetivos específicos del programa incluyeron: promover el autocuidado facilitando herramientas y acompañamiento profesional; desarrollar el sentido de pertenencia mediante actividades de integración; y fomentar el aprendizaje y aplicación de valores como la solidaridad, empatía, respeto, tolerancia, confianza e inclusión.

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

### 2.1 *Diseño del programa y enfoque*

Se diseñó e implementó un programa de intervención multifásico con un enfoque descriptivo y evaluativo de su proceso y recepción inicial. El programa se estructuró en tres fases principales: diagnóstico, planificación e implementación.

### 2.2 *Población objetivo del programa*

La población objetivo del programa fueron los médicos residentes del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA).

### 2.3 *Fase 1: Detección diagnóstica*

Esta fase se desarrolló entre los meses de mayo y junio y tuvo como objetivo evaluar el estado psicoemocional de los médicos residentes.

- **Participantes:** Se incluyó a la totalidad de la población de residentes en ese momento, compuesta por 28 médicos. Se obvió un proceso de muestreo debido al tamaño reducido y accesible de la población.
- **Instrumentos de evaluación:** Se utilizaron tres instrumentos estandarizados:
  - Maslach Burnout Inventory (MBI): Para evaluar el síndrome de burnout en sus tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización personal (4).
  - Test de Tolerancia a la Frustración de Namuche Vázquez: Para medir la capacidad de los individuos para manejar situaciones frustrantes.
  - Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC): Para evaluar la capacidad de resiliencia (10).
- **Consideraciones éticas:** Se aseguró la libre participación, se obtuvo el consentimiento informado de cada residente y se garantizó el anonimato de los datos recolectados.

### 2.4 *Fase 2: Planificación de la intervención*

Esta fase se llevó a cabo durante los meses de julio y agosto. Consistió en el análisis de los resultados obtenidos en la fase diagnóstica y la posterior planificación de estrategias de intervención. Se utilizó una metodología de lluvia de ideas entre los coordinadores y colaboradores del proyecto para diseñar actividades acordes a las necesidades identificadas, planteándose la implementación de talleres como principal método de intervención.

### 2.5 *Fase 3: Implementación de estrategias y evaluación inicial*

Esta fase comenzó en el mes de septiembre y se encontraba en desarrollo al momento de la redacción del informe original.

- **Intervenciones implementadas:**

- Talleres de inteligencia emocional: Enfocados en dar valor a las expresiones emitidas por cada participante y desarrollar habilidades socioemocionales.
  - Jornadas recreativas: Diseñadas para la integración y el trabajo colaborativo, contando incluso con la participación de docentes para fomentar el sentido de pertenencia y el trabajo en equipo. Se promovió un ambiente de libre expresión, permitiendo a los residentes asistir con vestimenta cómoda.
  - Asistencia individual y colectiva: Se ofreció apoyo psicológico oportuno y efectivo según las necesidades detectadas.
- **Participantes en las actividades iniciales:** Un total de 26 médicos residentes participaron de forma voluntaria. La participación fue voluntaria.
  - **Evaluación de la satisfacción con las actividades iniciales:** Al término de las primeras actividades implementadas, se aplicó un test para conocer el grado de satisfacción de los participantes.
  - **Intervenciones de seguimiento (en curso):** Desde septiembre y hasta la fecha del informe original, se iniciaron entrevistas individuales y la aplicación de cuestionarios estandarizados para evaluar niveles de estrés, ansiedad, depresión y agotamiento. Paralelamente, se comenzaron a realizar talleres y jornadas grupales sobre educación en agotamiento emocional, técnicas de manejo del estrés, identificación y cambio de pensamientos disfuncionales, fomento del autocuidado y promoción del apoyo social.

## 2.6 *Análisis de datos*

Los datos recolectados en la fase diagnóstica (MBI, Test de Tolerancia a la Frustración, Escala de Resiliencia) y los datos de la encuesta de satisfacción con las actividades iniciales fueron analizados mediante estadística descriptiva, calculando principalmente porcentajes.

# 3. RESULTADOS

## 3.1 *Resultados de la fase 1: Detección diagnóstica*

La evaluación psicoemocional inicial, realizada con 28 médicos residentes, identificó que un alto porcentaje, específicamente el 60 %, presentaba agotamiento emocional según el Maslach Burnout Inventory. El resto de las variables evaluadas (despersonalización, realización personal, tolerancia a la frustración y resiliencia) se encontraron en niveles considerados aceptables.

## 3.2 *Resultados de la fase 3: Implementación y evaluación inicial de actividades*

Un total de 26 médicos residentes participaron de forma voluntaria y activa en los talleres de inteligencia emocional y las jornadas recreativas iniciales. La evaluación de la satisfacción con estas primeras actividades arrojó resultados alentadores:

- El 86,3 % de los participantes manifestó que la actividad le sorprendió positivamente, ya que no la esperaba.
- El 91 % consideró que la actividad le fue útil, permitiéndole tomar conciencia de aspectos personales, laborales y psicológicos.

- El 81,8 % indicó que la actividad le permitió conocer más a sus compañeros en un ámbito diferente al laboral.
- El 95,5 % afirmó que volvería a participar en actividades similares y que buscaría ayuda para fortalecer las debilidades encontradas.

### 3.3 Implementación de intervenciones de seguimiento

Como parte del programa, se iniciaron entrevistas individuales y la aplicación de cuestionarios estandarizados para una evaluación continua de los niveles de estrés, ansiedad, depresión y agotamiento. Asimismo, se comenzaron a desarrollar talleres y jornadas grupales enfocados en la educación sobre el agotamiento emocional, técnicas de manejo del estrés, reestructuración cognitiva, fomento del autocuidado y fortalecimiento del apoyo social. Estas actividades se encontraban en curso al momento de la elaboración del informe original.

## 4. DISCUSIÓN

El presente estudio describe la implementación y evaluación inicial de un programa de autocuidado y bienestar dirigido a médicos residentes de Medicina Familiar de la FCM-UNA. La alta prevalencia de agotamiento emocional (60 %) detectada en la fase diagnóstica subraya la pertinencia y necesidad de este tipo de intervenciones en el contexto de la formación médica de postgrado, un hallazgo consistente con la literatura que reporta altos niveles de estrés y burnout en esta población (2,3).

La estructura multifásica del programa, que incluyó un diagnóstico inicial de necesidades, una planificación basada en dichos hallazgos y una implementación de estrategias diversificadas (talleres, jornadas, asistencia individual y grupal), parece ser un enfoque adecuado para abordar la complejidad del bienestar del residente. La utilización de instrumentos validados en la fase diagnóstica (MBI, Test de Tolerancia a la Frustración, Escala de Resiliencia) proporcionó una base empírica para el diseño de las intervenciones.

La alta tasa de participación voluntaria (26 de 28 residentes) en las actividades iniciales de la fase de implementación y los elevados niveles de satisfacción reportados por los participantes son indicadores muy positivos de la receptividad y el valor percibido del programa. El hecho de que más del 90 % considerara útiles las actividades y estuviera dispuesto a participar nuevamente, así como a buscar ayuda, sugiere que el programa logró conectar con las necesidades de los residentes y generar un impacto inicial favorable. La oportunidad de conocer a los compañeros en un ámbito diferente al laboral (81,8 %) resalta la importancia de las actividades de integración para fortalecer el apoyo social y el sentido de pertenencia, factores protectores conocidos contra el estrés y el burnout (5).

Las intervenciones implementadas, como los talleres de inteligencia emocional y las jornadas recreativas, se alinean con estrategias recomendadas para mejorar el bienestar y desarrollar habilidades de afrontamiento (7,9). La inteligencia emocional es particularmente relevante para los médicos, ya que se relaciona con una mejor comunicación, manejo del estrés y calidad de la relación médico-paciente (9). El énfasis



en la libre expresión y un ambiente relajado durante estas actividades probablemente contribuyó a su buena acogida.

El inicio de un seguimiento individualizado y la continuación de talleres grupales como parte de la tercera fase demuestran un compromiso con la sostenibilidad del programa y la atención continua a las necesidades de los residentes. Las temáticas abordadas en estos talleres (manejo del estrés, cambio de pensamientos disfuncionales, fomento del autocuidado) son centrales para la prevención y el manejo del agotamiento emocional.

Una fortaleza importante de este programa es su enfoque integral y proactivo, que no solo busca intervenir ante problemas existentes, sino también promover el autocuidado y el desarrollo de habilidades preventivas. La combinación de evaluaciones grupales e individuales, así como de intervenciones diversificadas, es otro aspecto destacable. La alta participación y satisfacción inicial son indicadores del éxito preliminar del programa.

Entre las limitaciones, al tratarse de la descripción de un programa en implementación, los resultados presentados corresponden principalmente a la fase diagnóstica y a la evaluación de la satisfacción con las primeras actividades, y no a una evaluación del impacto a largo plazo del programa en los niveles de burnout o bienestar. La muestra, aunque representa la totalidad de los residentes de un programa específico, es pequeña, lo que limita la generalizabilidad de los hallazgos diagnósticos a otros contextos. No se presenta un análisis comparativo con un grupo control, lo cual es comprensible dado que se trata de la descripción de una intervención institucional.

Este programa sienta un precedente valioso para otras instituciones de formación médica en Paraguay. Demuestra la viabilidad y la buena recepción de iniciativas orientadas al bienestar de los residentes. Sería importante continuar con el seguimiento y la evaluación sistemática del impacto del programa a mediano y largo plazo, utilizando los mismos instrumentos de la fase diagnóstica para medir cambios en los niveles de agotamiento emocional, tolerancia a la frustración y resiliencia.

Futuras investigaciones podrían explorar con mayor detalle los factores específicos del entorno de la residencia en la FCM-UNA que contribuyen al agotamiento emocional. Asimismo, sería útil comparar la efectividad de diferentes componentes del programa de intervención. La diseminación de esta experiencia puede motivar la implementación de programas similares en otros programas de residencia a nivel nacional.

En conclusión, la implementación de un programa de autocuidado y bienestar para médicos residentes de Medicina Familiar, basado en un diagnóstico de necesidades, ha demostrado ser una iniciativa beneficiosa y bien recibida. El alto porcentaje de agotamiento emocional inicialmente detectado justificó la intervención, y la respuesta positiva a los talleres y jornadas iniciales sugiere que estas estrategias son valoradas y consideradas útiles por los participantes. El programa busca proporcionar herramientas para reducir los síntomas de agotamiento, mejorar el afrontamiento del estrés, promover cogniciones funcionales y fomentar un estilo de vida equilibrado, contribuyendo así a la salud mental y al desarrollo integral de los futuros especialistas.

## RECONOCIMIENTOS

El presente estudio fue realizado como parte del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, bajo la supervisión del Prof. Dr. Andrés Szwako. El texto original ha sido modificado para adaptarse a los requerimientos editoriales de la presente publicación, manteniendo la integridad y el propósito del estudio original. La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS

1. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012 Oct 8;172(18):1377-85.
2. Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Acad Med*. 2006 Apr;81(4):374-84.
3. Ishak WW, Lederer S, Mandili C, Nikraves R, Seligman L, Vasa M, et al. Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach*. 2009 Dec;6(4):242-5.
4. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
5. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009 Nov 14;374(9702):1714-21.
6. World Health Organization. Self-care interventions for health [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado 2024 Ene 10].
7. Begoña E. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Rev Psicopatol Psicol Clín*. 2006;11(3):125-46.
8. Belykh A. Resiliencia e inteligencia emocional: conceptos complementarios para empoderar al estudiante. *Rev Latinoam Estud Educ*. 2018;48(1):255-82.
9. Aguilera J. El factor proactivo. ¿Por qué algunas personas sí pueden resolver problemas? Inteligencia emocional para líderes y equipos corporativos. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2017.
10. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.

ARTICULO ORIGINAL DE INVESTIGACION

# Asociación entre funcionalidad instrumental y frecuencia de automedicación en adultos mayores de una unidad de salud familiar en Paraguay

Verónica Rosalba González Gaona y David Dionisio Ortiz

Programa de Especialización en Medicina Familiar, Dirección de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay.

DOI: 10.5281/zenodo.15459931

Publicado: 19 de mayo, 2025

## Resumen

**Introducción:** El envejecimiento poblacional conlleva un aumento de discapacidades y enfermedades crónicas, lo que puede comprometer la capacidad para llevar a cabo actividades instrumentales de la vida diaria. Paralelamente, la automedicación en adultos mayores es un problema de salud pública relevante, a menudo percibida por ellos como una forma de autocuidado. **Objetivo:** Evaluar la asociación entre el nivel de funcionalidad instrumental de la vida diaria y la frecuencia de automedicación en adultos mayores atendidos en la Unidad de Salud Familiar – Republicano1, Paraguay. **Materiales y métodos:** Se efectuó un estudio analítico, observacional y descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 119 adultos mayores. La funcionalidad instrumental se evaluó mediante la escala de Lawton y Brody, y la frecuencia de automedicación mediante una encuesta validada tras prueba piloto. Los datos se analizaron utilizando estadística descriptiva y la prueba de Chi-cuadrado para determinar asociación. **Resultados:** La edad media de los 119 participantes fue de 72,87 años, con un predominio del sexo femenino (65,5 %). El 44,5 % alcanzó un nivel de escolaridad secundaria y el 37,8 % se dedicaba a quehaceres domésticos. El 29,4 % de los adultos mayores fueron clasificados como autónomos según la escala de Lawton y Brody. Se detectó una alta frecuencia de automedicación (96,6 %), siendo la modalidad «ocasional» (3–5 veces al mes) la más reportada (55,4 %). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de funcionalidad instrumental y la frecuencia de automedicación ( $\chi^2 = 26,296$ ;  $P = 0,069$ ). **Conclusión:** En la población estudiada, la mayoría fueron mujeres, con una edad promedio avanzada y un nivel educativo predominantemente secundario. Un tercio de los adultos mayores eran funcionalmente autónomos. La automedicación fue una práctica altamente frecuente, principalmente de carácter ocasional. No se demostró una asociación significativa entre la funcionalidad instrumental y la frecuencia de esta práctica.

**Palabras clave:** adulto mayor, actividades instrumentales de la vida diaria, escala de Lawton y Brody, automedicación, atención primaria de salud, Paraguay

## 1. INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento es un fenómeno universal e intrínseco al ciclo vital humano, caracterizado por una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que pueden influir significativamente en la salud y la calidad de vida (1). Con el aumento de la esperanza de vida a nivel global, la población de adultos mayores ha crecido considerablemente, lo que plantea nuevos desafíos para los sistemas de salud y la sociedad en general. Esta etapa vital se asocia frecuentemente con un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidades, lo que puede comprometer la capacidad del individuo para llevar a cabo actividades esenciales de la vida diaria (AVD) (1).

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), tales como la gestión del hogar, el uso del teléfono, la realización de compras, la preparación de alimentos y la administración de la propia medicación, son cruciales para mantener la independencia y la autonomía en la comunidad (2,11). La evaluación de la funcionalidad instrumental, a menudo mediante escalas validadas como la de Lawton y Brody, es un componente esencial de la valoración geriátrica integral, ya que permite identificar precozmente el deterioro funcional y planificar intervenciones adecuadas (7,11).

Paralelamente, la automedicación, definida como el uso de medicamentos por iniciativa propia sin prescripción ni supervisión médica, es una práctica extendida a nivel mundial y constituye un problema de salud pública de considerable magnitud (3,4). En la población de adultos mayores, la automedicación es particularmente prevalente y preocupante, dado que este grupo etario suele presentar polipatología, polifarmacia y alteraciones farmacocinéticas y farmacodinámicas propias del envejecimiento, lo que incrementa el riesgo de reacciones adversas, interacciones medicamentosas y enmascaramiento de enfermedades graves (5,15). Diversos factores pueden influir en esta práctica, incluyendo la percepción de la automedicación como una forma de autocuidado, dificultades en el acceso a los servicios de salud, experiencias previas con medicamentos y la influencia de terceros (5,17).

Se ha planteado la hipótesis de que una menor capacidad funcional podría estar asociada con una mayor tendencia a la automedicación, ya sea por dificultades para acceder a la atención médica formal, por la búsqueda de alivio rápido a síntomas derivados de la propia limitación funcional, o por una percepción alterada de las necesidades de salud (9,11). Sin embargo, la evidencia científica que explore específicamente la asociación entre el nivel de funcionalidad instrumental y la frecuencia de automedicación en adultos mayores es limitada.

La presente investigación se justifica por la necesidad de comprender mejor los factores asociados a la automedicación en adultos mayores en el contexto de una comunidad específica en Paraguay. Identificar si existe una relación entre la dependencia funcional para las AIVD y las prácticas de automedicación podría aportar información valiosa para el diseño de estrategias de intervención orientadas a promover un uso racional de los medicamentos, prevenir riesgos y mejorar la calidad de vida de esta población vulnerable.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre el nivel de funcionalidad instrumental de la vida diaria y la frecuencia de automedicación en los pacientes adultos mayores de la unidad de salud familiar del barrio Republicano.

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

### 2.1 *Diseño del estudio y período*

Se llevó a cabo un estudio con diseño analítico, observacional y de corte transversal. La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de mayo y octubre de 2024.

### 2.2 *Población y muestra*

La población enfocada fueron los pacientes adultos mayores (60 años o más) de ambos sexos. La población accesible estuvo constituida por aquellos pacientes adultos mayores pertenecientes al área de cobertura de la unidad de salud familiar (USF) del barrio Republicano, Paraguay, durante el período de estudio.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de casos consecutivos. El tamaño de la muestra se calculó considerando una prevalencia esperada de automedicación superior al 60 % (16) y una no automedicación del 40 %. Para una diferencia esperada entre grupos de 0,20, un alfa bilateral de 0,05 y una potencia de 0,80, se estimó un tamaño muestral mínimo de 107 pacientes (25). Finalmente, se incluyeron 119 sujetos que cumplieron los criterios de selección.

### 2.3 *Criterios de inclusión y exclusión*

Se incluyeron pacientes adultos de 60 años o más, de ambos sexos, pertenecientes a la región sanitaria de la USF, que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Se excluyeron aquellos pacientes adultos mayores que no pertenecían al área de cobertura de la USF, los que no desearon participar o aquellos que no completaron en su totalidad los instrumentos de recolección de datos.

### 2.4 *Variables e instrumentos de recolección de datos*

Se recolectaron las siguientes variables:

- **Características sociodemográficas:** Edad (años cumplidos), sexo (femenino, masculino), escolaridad (sin escolaridad, primaria, secundaria, superior, otro) y situación laboral (ama de casa, empleado/a, independiente, jubilado/a, desempleado/a, otros).
- **Funcionalidad instrumental de la vida diaria:** Se evaluó mediante la Escala de Lawton y Brody (11, 23). Esta escala valora la capacidad para realizar ocho AIVD (usar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y capacidad para utilizar dinero). A cada ítem se le asigna un valor de 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación total oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). Para el análisis, se consideraron los niveles de dependencia según los puntos de corte establecidos para hombres y mujeres (23).
- **Prácticas de automedicación:** Se utilizó un cuestionario adaptado del modelo empleado por Real *et al.* (3), el cual fue sometido a una prueba piloto y validado metodológicamente. Este cuestionario incluyó preguntas sobre la frecuencia de automedicación (nunca; casi nunca: 1-2 veces/mes; ocasionalmente: 3-5 veces/mes; frecuentemente: 6-12 veces/mes; casi siempre: 13-20 veces/mes; otros), los tipos de

medicamentos utilizados sin prescripción, los motivos y las fuentes de adquisición e información.

Para el componente analítico, la variable independiente fue el nivel de funcionalidad instrumental (obtenido de la Escala de Lawton y Brody) y la variable dependiente fue la frecuencia de automedicación.

## **2.5 Procedimiento de recolección de datos**

Previo socialización del protocolo y obtención del consentimiento (verbal, considerado implícito con la aceptación de completar los cuestionarios), se aplicaron la Escala de Lawton y Brody y el cuestionario sobre prácticas de automedicación a los participantes que cumplieran los criterios de inclusión.

## **2.6 Análisis estadístico**

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados utilizando el programa Microsoft Office Excel. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Para las variables cuantitativas (edad) se calcularon el rango, el promedio y la desviación estándar (DE). Para evaluar la asociación entre el nivel de funcionalidad instrumental y la frecuencia de automedicación, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. Se consideró un valor de  $P < 0,05$  como estadísticamente significativo.

## **2.7 Consideraciones éticas**

El estudio se condujo respetando los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. La participación fue voluntaria y se aseguró la confidencialidad y el anonimato de los datos de los participantes. La aceptación verbal de completar los cuestionarios se consideró como consentimiento implícito.

# **3. RESULTADOS**

Se encuestó a un total de 119 adultos mayores.

## **3.1 Características sociodemográficas**

De los 119 participantes, 78 (65,5 %) fueron de sexo femenino. La edad promedio fue de  $72,87 \pm 7,3$  años, con un rango que osciló entre los 60 y los 92 años. En cuanto al nivel de escolaridad, la categoría más frecuente fue el nivel secundario, alcanzado por el 44,5 % ( $n=53$ ) de los encuestados, seguido por el nivel superior con el 37 % ( $n=44$ ). Un 10,9 % ( $n=13$ ) tenía escolaridad primaria y un 7,6 % ( $n=9$ ) no poseía escolaridad. La situación laboral predominante fue la de «quehaceres domésticos», reportada por 45 participantes (37,8 %). Otras características sociodemográficas se detallan en la Tabla 1 de la monografía original.

## **3.2 Nivel de funcionalidad instrumental (escala de Lawton y Brody)**

Según la evaluación con la Escala de Lawton y Brody, 35 pacientes (29,4 %) fueron clasificados como autónomos para la realización de actividades instrumentales de

la vida diaria. En el otro extremo, 25 pacientes (21 %) presentaron dependencia total. Los niveles intermedios de dependencia se distribuyeron de la siguiente manera: dependencia ligera, el 18,5 % (n=22); dependencia moderada, el 18,5 %; (n=22) y dependencia grave, el 12,6 % (n=15).

### **3.3 Frecuencia de automedicación**

La práctica de automedicación fue altamente frecuente en la muestra estudiada, alcanzando al 96,6 % (n=115) de los encuestados. Solo 4 participantes (3,3 %) refirieron no automedicarse nunca. Entre aquellos que sí se automedicaban, la frecuencia más común fue «ocasionalmente» (3-5 veces al mes), reportada por 66 sujetos (55,4 %). Le siguieron, en frecuencia, «casi nunca» (1-2 veces al mes) con 26 participantes (22 %), y «frecuentemente» (6-12 veces al mes) con 19 participantes (16 %). Solo 4 encuestados (3,3 %) indicaron automedicarse «casi siempre» (13-20 veces al mes).

### **3.4 Asociación entre funcionalidad instrumental y frecuencia de automedicación**

Se evaluó la posible asociación entre el nivel de funcionalidad instrumental (categorizado según la Escala de Lawton y Brody) y la frecuencia de automedicación mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. El análisis produjo un estadístico  $X^2$  de 26,296, con 16 grados de libertad, y un valor de  $P$  de 0,069. Este resultado indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de funcionalidad instrumental y la frecuencia de automedicación en la población de adultos mayores estudiada.

## **4. DISCUSIÓN**

Este estudio se propuso evaluar la asociación entre la funcionalidad instrumental y la frecuencia de automedicación en adultos mayores de una comunidad atendida por una USF en Paraguay. Los hallazgos revelan una alta prevalencia de automedicación, aunque no se encontró una relación estadísticamente significativa con el nivel de dependencia funcional para las AIVD.

Las características sociodemográficas de la muestra, con un predominio de mujeres y una edad media superior a los 70 años, son consistentes con la demografía de las poblaciones de adultos mayores que suelen utilizar los servicios de atención primaria (3, 4). El nivel educativo, con una mayoría que alcanzó la secundaria, es un dato relevante, ya que la escolaridad puede influir en la comprensión de la información sobre salud y medicamentos.

Casi un tercio de los participantes (29,4 %) fueron clasificados como autónomos según la Escala de Lawton y Brody, mientras que un 21 % presentó dependencia total. Esta variabilidad en la capacidad funcional es esperable en una población de adultos mayores y subraya la heterogeneidad de este grupo etario. La evaluación de las AIVD es crucial, ya que su deterioro puede impactar significativamente la calidad de vida y la necesidad de cuidados (2, 7).

La frecuencia de automedicación detectada (96,6 %) es notablemente alta, superando las cifras reportadas en otros estudios latinoamericanos, que suelen oscilar

entre el 34 % y el 87,8 % (5, 9, 12, 16). Si bien la mayoría de los participantes refirió una automedicación «ocasional», la magnitud de esta práctica es una señal de alerta. La automedicación en adultos mayores conlleva riesgos significativos debido a la polifarmacia, las comorbilidades y los cambios fisiológicos del envejecimiento, que pueden aumentar la susceptibilidad a efectos adversos e interacciones medicamentosas (4, 10, 15).

El principal hallazgo de este estudio es la ausencia de una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de funcionalidad instrumental y la frecuencia de automedicación ( $P = 0,069$ ). Esto sugiere que, en esta población, la capacidad para llevar a cabo actividades instrumentales de la vida diaria no fue un factor determinante para la frecuencia con la que los adultos mayores se automedicaban. Es posible que otros factores, no explorados en profundidad en este estudio, como las creencias sobre la salud, las experiencias previas con el sistema sanitario, el acceso a información (o desinformación), la influencia de redes sociales o familiares, y la disponibilidad de medicamentos sin receta, jueguen un papel más preponderante en la decisión de automedicarse (5, 9, 17).

La autora de la monografía original señala la falta de investigaciones específicas que asocien directamente la funcionalidad instrumental medida por la Escala de Lawton y Brody con la frecuencia de automedicación, lo que dificulta la comparación directa de este hallazgo. No obstante, la alta prevalencia de automedicación, independientemente del nivel funcional, refuerza la necesidad de implementar estrategias educativas y de concienciación dirigidas a este grupo etario sobre los riesgos del uso no supervisado de medicamentos.

Es importante considerar algunas limitaciones del estudio, como el diseño transversal, que no permite establecer relaciones de causalidad, y el muestreo no probabilístico, que podría afectar la generalizabilidad de los resultados. Además, como se menciona, no se evaluó el conocimiento de los participantes sobre las consecuencias de la automedicación ni se detalló si el nivel de instrucción fue culminado.

Este estudio aporta datos locales sobre la funcionalidad y la automedicación en adultos mayores de una comunidad paraguaya, un tema de relevancia para la salud pública. La utilización de instrumentos estandarizados (Lawton y Brody) y un cuestionario de automedicación adaptado y pilotado son fortalezas metodológicas.

Entre las limitaciones, el diseño transversal impide establecer causalidad. El muestreo no probabilístico por conveniencia puede limitar la generalizabilidad de los hallazgos. La evaluación de la automedicación mediante autoinforme puede estar sujeta a sesgos de memoria o deseabilidad social. No se exploraron en profundidad otros factores que podrían influir en la automedicación, como el conocimiento sobre medicamentos o el acceso a servicios de salud.

La alta prevalencia de automedicación, incluso en adultos mayores autónomos, subraya la necesidad urgente de programas de educación sanitaria sobre el uso racional de medicamentos y los riesgos de la automedicación. Los profesionales de la salud, especialmente en atención primaria, deben indagar activamente sobre estas prácticas y ofrecer alternativas seguras.

Futuras investigaciones podrían explorar con mayor detalle los motivos específicos de la automedicación en esta población, el tipo de medicamentos más utilizados y



las fuentes de información que influyen en estas decisiones. Estudios con diseños longitudinales o cualitativos podrían aportar una comprensión más profunda de este fenómeno y de la posible influencia de la funcionalidad a lo largo del tiempo.

En conclusión, en la población de adultos mayores estudiada, se observó un predominio del sexo femenino, una edad promedio avanzada y un nivel educativo mayoritariamente secundario. Aproximadamente un tercio de los participantes eran funcionalmente autónomos para las actividades instrumentales de la vida diaria. La práctica de la automedicación fue altamente frecuente, siendo la modalidad «ocasional» la más común. A pesar de la hipótesis inicial, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de funcionalidad instrumental y la frecuencia de automedicación. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar la automedicación como un problema de salud pública relevante en los adultos mayores, independientemente de su grado de dependencia funcional, y la necesidad de implementar estrategias educativas para promover un uso seguro y racional de los medicamentos.

## RECONOCIMIENTOS

El presente estudio fue realizado como parte del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, bajo la supervisión del Prof. Dr. Andrés Szwako. El texto original ha sido modificado para adaptarse a los requerimientos editoriales de la presente publicación, manteniendo la integridad y el propósito del estudio original. La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS

1. De Mestral E, Szwako A. Manual de medicina familiar. Asunción, Paraguay: EFACIM, Editorial de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción; 2018.
2. Hernández K, Neumann V. Análisis de instrumento para evaluación del desempeño en actividades de la vida diaria instrumentales Lawton y Brody. *Rev Chil Ter Ocup* [Internet]. 2016 [citado 2024 Ene 10];16(2):55-63.
3. Real Aparicio NE, Barrios DS, Carvallo F, Eliana E, Acosta L. Clinical characteristics of self-medication in adults of three Family Health Units of Paraguay in 2019. *Rev Virtual Soc Paraguaya Med Interna* [Internet]. 2020 [citado 2024 Ene 10];7(1):77-85.
4. Ávila Peña Y, Mariño C, Ladis Peña P, Ramírez Pérez T. Análisis de la automedicación en adultos mayores. [Manuscrito no publicado]. Universidad Técnica del Norte; 2021.
5. Delgado LJC. Factores asociados a la automedicación en el adulto mayor en la comunidad Juncal de la provincia de Imbabura periodo 2022 [Tesis en Internet]. Ibarra: Universidad Técnica del Norte; 2022 [citado 2024 Ene 10].
6. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. Datos y cifras [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [citado 2024 Ene 10].
7. Fernández C, Mías C, Causse M. Desarrollo de una escala global de valoración funcional de actividades de la vida diaria en adultos mayores de 50 años. *PSIENCIA Rev Latinoam Psicol* [Internet]. 2023 [citado 2024 Ene 10];15(2):1-17.
8. Cantillo Bustillo J, Rodríguez Pérez Y, Martínez Cantillo YM, Padilla Martínez F. Evaluación funcional del adulto mayor. *Rev Ciencias Médicas Pinar Río* [Internet]. 2019 [citado 2024 Ene 10];23(6):976-83.

9. Arguedas-Ramírez G, Rodríguez-Arce MA, Ugalde-Ramírez A. Uso de medicamentos por parte de personas mayores durante 2018-2019 en Goicoechea, Costa Rica. *Rev Costarric Salud Pública*. 2020;29(2):1-11.
10. Reyes Briceño G, García Rodríguez YL. Comportamiento de la automedicación en adultos mayores. *Rev Méd Electrón*. 2020;42(4):1938-49.
11. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
12. Pillaca-Medina ML, Carrión-Domínguez K. Automedicación en personas adultas que acuden a boticas del distrito Jesús Nazareno, Ayacucho 2015. *An Fac Med (Lima)*. 2016;77(4):387-92.
13. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Cuidá tu salud: usá responsablemente los medicamentos [Internet]. Buenos Aires: Argentina.gov.ar; 2018 [citado 2024 Ene 10].
14. Organización Panamericana de la Salud. Crece el mapa de motivaciones para automedicarse [Internet]. Washington D.C.: PAHO; 2021 Mar 4 [citado 2024 Ene 10].
15. Ávila Peña Y, Mariño Cano H, Peña Pérez LN, Pérez Pérez TR. Automedicación en el adulto mayor. *Consultorio Médico de la Familia # 15, Jesús Menéndez, Cuba*. 2018. *Más Vita*. 2020;2(2):60-7.
16. Fernández GEL, Lara GEC, Padrón RAL, Crespo IR, De los Santos GAP, Echevarría RO. Automedicación en pacientes mayores de 60 con enfermedades neurológicas. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2021 [citado 2024 Ene 10];37(3):e1425.
17. Cares V. Automedicación y abuso de fármacos en el adulto mayor. Santiago: Clínica UANDES; 2020.
18. Ávila Y, Mariño C, Peña L, Ramírez Pérez T. Automedicación en el adulto mayor: una revisión crítica. *Rev Cienc Salud*. 2020.
19. Asociación Agentes de Propaganda Médica de la República Argentina (AAPMRA). (Informes sobre hospitalizaciones por automedicación).
20. Blog Salud MAPFRE. La automedicación en las personas mayores [Internet]. Madrid: MAPFRE; 2021 [citado 2024 Ene 10].
21. Cabezas Cobá NS, López Barba DF. Análisis de la automedicación en adultos mayores. *RECIMUNDO*. 2022;6(2):104-11.
22. Vergara W, Armijo J, Solís G, Campalans E, Moya Y. Automedicación en clubes de adulto mayor de la ciudad de Valparaíso. *Rev Chil Salud Pública* [Internet]. 2014 [citado 2024 Ene 10];18(3):274-80.
23. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) Ecuador. Escala de Lawton y Brody (Actividades instrumentales de la vida diaria) [Internet]. Quito: MIES; 2019 [citado 2024 Ene 10].
24. Pumasunta Pumasunta EG, Espín López VI. Valoración de la capacidad funcional y física en adultos mayores de una comunidad ecuatoriana. *Reincisol* [Internet]. 2024 Jul 15 [citado 2024 Ene 10];3(6):25-42.
25. Browner WS, Newman TB, Hulley SB. Estimating sample size and power: applications and examples. En: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB, editores. *Designing clinical research*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 65-94.
26. Molina A, Morocho K. Automedicación en adultos mayores del Centro de Especialidades Central Cuenca, 2019 [Tesis en Internet]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2019 [citado 2024 Ene 10].
27. Medrano Plana Y, León Cadme MM, Vázquez Medina AL, Sancan Moreira MT, Mero Reinado AM. Evaluación del nivel de independencia para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria en una comunidad de personas vulnerables. *Cad Bras Ter Ocup* [Internet]. 2023 [citado 2024 Ene 10];31:e3346.

## ARTICULO DE OPINION

# La dimensión bioética en la medicina familiar: Hacia una atención integral y humanizada

Alcides Chau<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Programa de Especialización en Medicina Familiar, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

<sup>2</sup>Facultad de Medicina, Universidad del Norte, Asunción, Paraguay

DOI: 10.5281/zenodo.15459940

Publicado: 19 de mayo, 2025

### Resumen

Este artículo de perspectiva analiza el papel fundamental e insustituible de la bioética en la práctica contemporánea de la medicina familiar. Se argumenta que los principios bioéticos —autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia— no constituyen meros constructos teóricos, sino que representan herramientas prácticas esenciales que deben guiar la toma de decisiones clínicas, fomentar el profesionalismo y enriquecer la relación médico-paciente. Se sostiene la tesis de que una integración sistemática y reflexiva de la bioética, tanto en la formación de los médicos de familia como en su quehacer diario, es crucial para proveer una atención sanitaria compasiva, equitativa, de alta calidad y éticamente sólida.

**Palabras clave:** bioética, medicina familiar, principios éticos, autonomía del paciente, profesionalismo médico, toma de decisiones éticas, Paraguay

## 1. Introducción

La medicina familiar se distingue dentro del espectro de la atención sanitaria por su enfoque holístico y longitudinal, centrado en la persona en el contexto de su familia y su comunidad. Los profesionales de esta disciplina se enfrentan cotidianamente a una intrincada red de interacciones humanas, decisiones clínicas con múltiples variables y una diversidad de contextos socioculturales que demandan una particular sensibilidad y un sólido andamiaje ético (1–3). En este complejo escenario, la bioética se erige en un componente esencial, proveyendo los principios y marcos de referencia necesarios para navegar los dilemas éticos inherentes a la práctica, promover la autonomía del paciente y asegurar una atención culturalmente competente y respetuosa (1,2).

La relevancia de la bioética en la medicina familiar trasciende el mero cumplimiento de normativas deontológicas; su correcta aplicación y comprensión son fundamentales para transformar la práctica médica, elevándola de una serie de intervenciones técnicas a un genuino acto de cuidado que considera la integralidad del ser humano. Este artículo tiene como propósito analizar y fundamentar la importancia de los aspectos bioéticos cruciales que deben permear la medicina familiar, con el fin de optimizar la

calidad de la atención, fortalecer la relación terapéutica y contribuir al bienestar de los pacientes y la sociedad.

## 2. Los pilares bioéticos en medicina familiar

La estructura ética de la medicina familiar se asienta sobre cuatro principios bioéticos cardinales, reconocidos internacionalmente: el respeto por la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia (4–6). Estos principios no son entidades aisladas, sino que interactúan dinámicamente en la praxis clínica diaria, ofreciendo una guía para la deliberación y la acción.

El respeto por la autonomía reconoce el derecho inherente de toda persona competente a la autodeterminación en las decisiones concernientes a su salud y su cuerpo (7,8). En el ámbito de la medicina familiar, donde se gestionan condiciones agudas y crónicas a lo largo de la vida del paciente y se interactúa con individuos de diversos niveles de comprensión y vulnerabilidad, este principio adquiere una significación especial. Su aplicación efectiva demanda procesos de consentimiento informado que sean verdaderamente dialógicos y educativos, trascendiendo la mera firma de un formulario (9). Implica asegurar que el paciente no solo reciba información clara, veraz y completa sobre su diagnóstico, opciones terapéuticas, riesgos y beneficios, sino que también comprenda dicha información en el contexto de sus propios valores y preferencias, facilitando así una genuina toma de decisiones compartida (10). La evidencia sugiere que este enfoque participativo no solo respeta la dignidad del paciente, sino que también se correlaciona con una mayor adherencia al tratamiento, mejores resultados clínicos y una elevada satisfacción con la atención recibida (10,11). El desafío para el médico de familia reside en cultivar habilidades comunicacionales que permitan adaptar la información a las capacidades y necesidades individuales de cada paciente, garantizando que la autonomía se ejerza de manera informada y efectiva.

Los principios de beneficencia y no maleficencia constituyen el núcleo del compromiso terapéutico del médico. La beneficencia compele al profesional a actuar siempre en el mejor interés del paciente, buscando activamente promover su salud y bienestar (5,12). Esto implica no solo la aplicación competente del conocimiento médico, sino también una actitud de cuidado y compasión. Por su parte, la no maleficencia, consagrada en el aforismo hipocrático *primum non nocere*, establece la obligación fundamental de no causar daño innecesario, ya sea por acción u omisión (13). En la práctica de la medicina familiar, estos principios se entrelazan constantemente. Cada decisión diagnóstica o terapéutica requiere una cuidadosa ponderación de los potenciales beneficios frente a los posibles riesgos y cargas para el paciente. Situaciones complejas, como el manejo de enfermedades crónicas múltiples, la atención al final de la vida o la consejería en salud reproductiva, exigen un discernimiento ético agudo para equilibrar estos principios, asegurando que las intervenciones sean proporcionadas y verdaderamente beneficiosas (2,11).

Finalmente, el principio de justicia interpela al médico de familia respecto a la equidad en la atención sanitaria (1,14). Este principio se refiere a la distribución justa y equitativa de los recursos de salud, así como al acceso imparcial a los servicios necesarios, independientemente del estatus socioeconómico, origen étnico, género,

orientación sexual u otras características personales del paciente. En la medicina familiar, la conciencia de los determinantes sociales de la salud y de las disparidades existentes en el sistema sanitario es crucial (1,5). Los médicos de familia, a menudo trabajando en la primera línea de atención y con poblaciones vulnerables, tienen la responsabilidad de abogar por la equidad y de implementar prácticas inclusivas que no exacerbén las desigualdades existentes (15). Esto incluye el desarrollo de una profunda competencia cultural, que permita comprender y respetar las diversas cosmovisiones y prácticas de salud de los pacientes, adaptando la atención para que sea culturalmente segura y efectiva (16,17). La justicia, por tanto, no es solo un ideal abstracto, sino un compromiso activo con la reducción de barreras y la promoción de la salud para todos.

### **3. Profesionalismo: la manifestación conductual de la bioética**

El profesionalismo en la medicina familiar es la encarnación de los principios bioéticos en la conducta y las actitudes del médico. Virtudes fundamentales como la integridad, la honestidad, la compasión, el respeto por los pacientes y colegas, la responsabilidad y el compromiso con la excelencia y el aprendizaje continuo, no son meras cualidades deseables, sino componentes esenciales de una práctica éticamente sólida (18,19). Estas virtudes se nutren de una comprensión profunda de los fundamentos éticos que subyacen a la profesión médica.

Cuando los profesionales de la salud internalizan los principios bioéticos, estos guían sus interacciones cotidianas, sus decisiones clínicas y su respuesta ante los dilemas éticos (17). La falta de un anclaje ético robusto puede conducir a una erosión del profesionalismo, manifestándose en conductas inapropiadas, falta de empatía o decisiones que no priorizan el bienestar del paciente. Por el contrario, la investigación sugiere que una sólida comprensión y adhesión a los principios éticos mejora la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Asimismo, se asocia con una mayor satisfacción laboral y una menor incidencia de desgaste profesional entre los proveedores de salud, ya que les permite ejercer su vocación de manera coherente con sus valores fundamentales (20). Fomentar una cultura organizacional donde la reflexión ética y el comportamiento profesional ejemplar sean valorados y promovidos es, por tanto, indispensable.

### **4. Integrando la bioética en la práctica cotidiana y en la formación especializada**

La efectiva integración de la bioética en la medicina familiar requiere un compromiso proactivo tanto a nivel individual como institucional, abarcando desde la formación de los futuros especialistas hasta la práctica clínica diaria. Los programas de residencia en medicina familiar desempeñan un papel crucial en este proceso, y deben priorizar una educación bioética que sea rigurosa, relevante y aplicable (6,21,22). Esto implica ir más allá de la enseñanza teórica de los principios, incorporando metodologías pedagógicas activas que fomenten el desarrollo del razonamiento ético y la toma de decisiones en

contextos reales. Las rondas de ética clínica, donde se discuten casos complejos con la participación de equipos multidisciplinarios, los seminarios basados en problemas éticos frecuentes en atención primaria (como la confidencialidad, el manejo de pacientes difíciles, o las decisiones al final de la vida), y el uso de escenarios de simulación pueden ser herramientas pedagógicas de gran valor (21, 23). Estas estrategias permiten a los residentes explorar diferentes perspectivas, debatir dilemas y practicar habilidades de comunicación ética en un entorno seguro y supervisado.

En la práctica clínica diaria, la bioética se manifiesta en la calidad de la interacción con el paciente. Es fundamental cultivar un entorno de consulta donde los pacientes se sientan seguros y empoderados para expresar sus preocupaciones, valores y preferencias sin temor a ser juzgados (24, 25). Esto se logra a través de una escucha activa y empática, dedicando el tiempo necesario para comprender la perspectiva del paciente y validando sus experiencias (26). La construcción de una sólida alianza terapéutica, basada en la confianza y el respeto mutuo, es en sí misma un acto ético y la base para una toma de decisiones verdaderamente compartida (27).

Además, para los casos que presentan dilemas éticos particularmente complejos o que generan incertidumbre significativa, las prácticas de medicina familiar pueden beneficiarse de la implementación de mecanismos de consulta ética formal. La disponibilidad de comités de ética clínica interdisciplinarios o la posibilidad de solicitar una consulta ética individualizada puede proporcionar un apoyo invaluable a los profesionales (28). Estos recursos ofrecen un espacio estructurado para el análisis ético, la deliberación y la búsqueda de soluciones que respeten los derechos y el bienestar de todas las partes involucradas, incluyendo al paciente, su familia y el equipo de salud (29).

## **5. Desafíos y consideraciones futuras para una medicina familiar éticamente robusta**

A pesar del consenso sobre la importancia de la bioética, su plena integración en la medicina familiar enfrenta diversos desafíos. Las presiones asistenciales, que a menudo limitan el tiempo disponible por consulta, pueden dificultar la comunicación profunda y la deliberación ética necesarias para una toma de decisiones compartida efectiva. La escasez de recursos en determinados sistemas de salud puede plantear dilemas de justicia distributiva que son difíciles de resolver a nivel individual. La creciente diversidad cultural de las poblaciones atendidas exige una continua formación y reflexión sobre cómo aplicar los principios bioéticos de manera sensible y respetuosa en diferentes contextos culturales, evitando la imposición de valores (1, 16).

Las nuevas tecnologías médicas, como la telemedicina, la inteligencia artificial en el diagnóstico o la genética predictiva, también introducen nuevos y complejos desafíos éticos relacionados con la privacidad, la equidad en el acceso, la responsabilidad y la relación médico-paciente, que los médicos de familia deben estar preparados para abordar (30).

Para el futuro, es imperativo que la formación continua en bioética sea una constante en la vida profesional del médico de familia. Esto incluye no solo la actualización de conocimientos, sino también el desarrollo de habilidades prácticas para la delib-

eración ética y la comunicación en situaciones difíciles. La creación de espacios regulares para la discusión de casos éticos entre colegas, la supervisión ética y la investigación en bioética aplicada a la atención primaria son estrategias que pueden contribuir a fortalecer la competencia ética de los profesionales y la calidad ética de la atención.

## 6. Conclusión

La bioética no es un apéndice de la medicina familiar, sino su fundamento moral y la guía esencial para una práctica clínica humanizada y de excelencia. Los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, cuando se internalizan y aplican consistentemente, permiten al médico de familia navegar la complejidad de la atención sanitaria moderna con integridad y compasión (4, 5, 29). La integración efectiva de la bioética en la formación y en la práctica diaria mejora la calidad de las decisiones clínicas y los resultados para los pacientes. Asimismo, fortalece la confianza en la profesión médica y contribuye a la construcción de un sistema de salud más equitativo, respetuoso y centrado en las necesidades auténticas de las personas. La medicina familiar, por su naturaleza intrínsecamente relacional y su compromiso con el cuidado integral a lo largo del ciclo vital, está llamada a liderar con el ejemplo en la promoción y aplicación de una práctica médica éticamente informada y profundamente humana.

## RECONOCIMIENTOS

El autor declara no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS

1. Laws T, Chilton J. Ethics, cultural competence, and the changing face of america. *Pastor Psychol.* 2012;62(2):175–88.
2. Glynou A, Frysira E, Christakakou-Fotiadi K, Eleftheriadis M, Sarella A, Stergiotou I, et al. The cognitive approach to bioethical issues in perinatal care in greece. *Cureus.* 2022;14(3):e22760.
3. Dale S. A critique of principlism. *Voices Bioeth.* 2023;9:1–9.
4. Watine J. Why would medical publishers not incorporate core bioethical values into their ethics guidelines? *Biochem Med (Zagreb).* 2014;24(1):7–11.
5. Turgut D, Yakar Z. Socioscientific issues and pre-service science teachers' bioethical values. *Probl Educ 21st Century.* 2021;79(4):640–56.
6. Wangmo T, Hauri S, Gennet É, Anane-Sarpong E, Provoost V, Elger B. An update on the “empirical turn” in bioethics: analysis of empirical research in nine bioethics journals. *BMC Med Ethics.* 2018;19(1):6.
7. Goldim J, Gibbon S. Between personal and relational privacy: understanding the work of informed consent in cancer genetics in brazil. *J Community Genet.* 2015;6(3):287–93.
8. Goodwin M. Vulnerable subjects: why does informed consent matter? *J Law Med Ethics.* 2016;44(3):371–80.
9. Farrell R, Metcalfe J, McGowan M, Weise K, Agatista P, Berg J. Emerging ethical issues in reproductive medicine: are bioethics educators ready? *Hastings Cent Rep.* 2014;44(5):21–9.
10. Adinma J. Ethics in perinatal medicine. *Niger J Paediatr.* 2016;43(3):221.

11. Orona C, Koenig B, Davis A. Cultural aspects of nondisclosure. *Camb Q Healthc Ethics*. 1994;3(3):338-46.
12. Browning D. Sturdy for common things: cultivating moral sensemaking on the front lines of practice. *J Med Ethics*. 2011;38(4):233-5.
13. Parker M. Overstating values: medical facts, diverse values, bioethics and values-based medicine. *Bioethics*. 2011;27(2):97-104.
14. Emmerich N. A sociological analysis of ethical expertise. *Sage Open*. 2015;5(2):215824401559044.
15. Have H. Global bioethics: transnational experiences and islamic bioethics. *Zygon*. 2013;48(3):591-605.
16. Dib C. Bioethics-csr divide. *Voices Bioeth*. 2024;10:1-6.
17. Czarny M, Faden R, Nolan M, Bodensiek E, Sugarman J. Response to open peer commentaries on "medical and nursing students' television viewing habits: potential implications for bioethics". *Am J Bioeth*. 2008;8(12):W1.
18. Kuczewski M, Bading E, Langbein M, Henry B. Fostering professionalism: the loyola model. *Camb Q Healthc Ethics*. 2003;12(2):161-6.
19. Kirkov V, Vodenicharova A, Markova K, Borisova L, Popova K. Bioethics in the education of the future healthcare professionals. *Pharmacia*. 2024;71:1-5.
20. Okwenna C. An african response to the philosophical crises in medicine: towards an african philosophy of medicine and bioethics. *Filos Theor J Afr Philos Cult Relig*. 2021;10(2):1-20.
21. Landry J, Valiani S, Foreman T, Patel R. Development of an ethics education curriculum for critical care trainees in canada: from knowledge synthesis to bedside application. *Int J Ethics Educ*. 2015;1(1):57-68.
22. Tavares A, Travassos A, Rêgo F, Nunes R. Bioethics curriculum in medical schools in portuguese-speaking countries. *BMC Med Educ*. 2022;22(1):188.
23. Hoffmaster B, Hooker C. What reason can do for clinical moral perception. *Am J Bioeth*. 2009;9(10):29-31.
24. Wiwanitkit S, Wiwanitkit V. Chatgpt's relevance for bioethics: comment. *Formos J Surg*. 2024;57(5):214.
25. Mueller R. Prognostic imagination: genetic counseling amidst therapeutic innovation and evolving futures. *J Genet Couns*. 2022;32(4):762-7.
26. Dive L, Newson A. Reconceptualizing autonomy for bioethics. *Kennedy Inst Ethics J*. 2018;28(2):171-203.
27. Samuel J, Burgart A, Wootton S, Magnus D, Lantos J, Tyson J. Randomized n-of-1 trials: quality improvement, research, or both? *Pediatrics*. 2016;138(2):e20161103.
28. Have H. *Bioethics education in a global perspective*. Dordrecht: Springer; 2015.
29. Shaw J, Donia J. The sociotechnical ethics of digital health: a critique and extension of approaches from bioethics. *Front Digit Health*. 2021;3:725088.
30. Shirazi B, Riaz Q, Jafarey A, Ahmed R, Shamim M. The current status and challenges of bioethics education in undergraduate medical education in karachi, pakistan. *Res Sq [Preprint]*. 2023 Aug 29 [citado 2024 Ene 10];rs.3.rs-3315723.