



---

# Revista de Medicina Familiar y Comunidad

---



---

**Vol. 1 (2024) Núm. 1**

---

Director  
Prof. Dr. Andrés Szwako

Editora en Jefe  
Prof. Dra. Fátima González

---

Universidad Nacional de Asunción

---

# REVISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNIDAD

Vol. 1 (2024) Núm. 1

---

Director

PROF. DR. ANDRÉS SZWAKO

Editora en Jefe

PROF. DRA. FÁTIMA GONZÁLEZ

Universidad Nacional de Asunción

## **Revista de Medicina Familiar y Comunidad**

Vol. 11 (2024) Núm. 1

© 2024 Universidad Nacional de Asunción

Asunción, Paraguay

**Director:** Prof. Dr. Andrés Szwako

**Editora en Jefe:** Prof. Dra. Fátima González

**Política de acceso abierto:** Esta revista proporciona acceso abierto inmediato a su contenido bajo el principio de democratización del conocimiento científico. Todo el contenido está disponible de forma gratuita y sin restricciones para usuarios en todo el mundo.

**Derechos de autor:** Los autores conservan los derechos de autor sobre sus trabajos. Los artículos se distribuyen bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio sin la debida citación de la fuente original.

Los artículos publicados representan las opiniones de sus autores y no necesariamente reflejan la posición oficial de la Universidad Nacional de Asunción.

### **Cita sugerida:**

[Apellido, Inicial del nombre]. (2024). [Título del artículo]. Revista de Medicina Familiar y Comunidad, 11(1), [páginas].

**Diseño y diagramación:** Dr. Alcides Chauz

**Fecha de publicación:** Noviembre 2024

## Comité Editorial

---

### DIRECTOR

Prof. Dr. Andrés Szwako

### EDITORA EN JEFA

Prof. Dra. Fátima Liz González

### EDITORES ASOCIADOS

Prof. Dra. Cinthia Camacho  
Prof. Dra. María Belén Giménez  
Dra. Juana Pavón

## COMITÉ CIENTÍFICO

### **Coordinador:**

Dr. Alcides Chaux

### **Miembros:**

Dr. David Ortíz

Dra. Eva Maciel

Prof. Dr. Gabriel Ughelli

Dr. Milciades René Torres

## Sobre la revista

---

La Revista de Medicina Familiar y Comunidad es una publicación académica dedicada a promover la investigación científica, la difusión de casos clínicos y el desarrollo de artículos relacionados con la Especialidad de Medicina Familiar y su vinculación con el entorno.

Uno de los principales aportes de la revista es incentivar la investigación científica dentro del campo de la Medicina Familiar y la comunidad, ofreciendo una plataforma para la publicación de investigaciones originales. También busca visibilizar las experiencias clínicas locales, publicando casos clínicos que aborden problemáticas prevalentes en la comunidad. Este enfoque práctico permite que las soluciones planteadas en los artículos sirvan como guías para otros profesionales de la salud, enriqueciendo la atención primaria y la práctica diaria en el ámbito comunitario.

### NUESTRA MISIÓN

Nuestra misión es servir como un faro de conocimiento y un catalizador para el avance de la práctica de la medicina familiar en el contexto de la atención primaria y la salud comunitaria. Nos esforzamos por proporcionar una plataforma de alto nivel para la disemina-

ción de investigaciones pioneras, experiencias clínicas significativas y perspectivas críticas que impulsen la evolución de la especialidad.

## CONTRIBUCIÓN AL CAMPO

Uno de los principales aportes de la revista es incentivar y nutrir la investigación científica rigurosa dentro del campo de la Medicina Familiar y la comunidad. Ofrecemos una plataforma para la publicación de investigaciones originales que abordan los desafíos contemporáneos en la atención primaria, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en diversos contextos comunitarios.

Además, nos dedicamos a visibilizar y analizar las experiencias clínicas locales, publicando casos clínicos meticulosamente seleccionados que abordan problemáticas prevalentes y emergentes en la comunidad. Este enfoque práctico y basado en la evidencia permite que las soluciones innovadoras y las lecciones aprendidas presentadas en nuestros artículos sirvan como guías valiosas y aplicables para otros profesionales de la salud, enriqueciendo así la calidad de la atención primaria y optimizando la práctica diaria en el ámbito comunitario.

## ALCANCE E IMPACTO

Nuestra revista abarca un amplio espectro de temas relevantes para la medicina familiar y comunitaria, incluyendo, pero no limitándose a:

- Modelos innovadores de atención primaria
- Estrategias de prevención y manejo de enfermedades crónicas
- Salud mental en el contexto comunitario
- Determinantes sociales de la salud
- Tecnologías emergentes en la práctica de la medicina familiar
- Educación médica y desarrollo profesional continuo
- Políticas de salud y su impacto en la atención primaria
- Colaboración interprofesional en el cuidado de la salud

A través de la publicación de contenido de alta calidad, revisado rigurosamente por pares, aspiramos a influir positivamente en la práctica clínica, informar políticas de salud basadas en evidencia y, en última instancia, mejorar los resultados de salud de las comunidades servidas por médicos familiares y otros profesionales de la atención primaria.

## COMPROMISO CON LA EXCELENCIA

Nos comprometemos a mantener los más altos estándares de integridad científica, ética en la publicación y relevancia clínica. Fomentamos la colaboración interdisciplinaria y valoramos la diversidad de perspectivas que enriquecen nuestro campo.

Invitamos a investigadores, clínicos, educadores y formuladores de políticas a contribuir con su trabajo y a participar en el diálogo continuo que impulsa la evolución de la medicina familiar y comunitaria. Juntos, estamos construyendo un futuro donde la atención centrada en el paciente, basada en la evidencia y arraigada en la comunidad, sea la piedra angular de sistemas de salud equitativos y efectivos.



## Directrices para autores/as

---

La Revista de Medicina Familiar y Comunidad de la Universidad Nacional de Asunción acepta manuscritos originales relacionados con la medicina familiar y comunitaria. Todos los manuscritos deben seguir estas directrices para ser considerados para publicación.

### TIPOS DE ARTÍCULOS

- Artículos originales (máximo 3500 palabras)
- Revisiones sistemáticas (máximo 4000 palabras)
- Reportes de casos (máximo 1500 palabras)
- Artículos de opinión (máximo 1000-2000 palabras)

### FORMATO DEL MANUSCRITO

- El archivo de envío está en formato OpenOffice, Microsoft Word o RTF
- El texto tiene interlineado sencillo; 12 puntos de tamaño de fuente Times New Roman; se utiliza cursiva en lugar de subrayado (excepto en las direcciones URL), y todas las

ilustraciones, figuras y cuadros se encuentran colocadas en los lugares del texto apropiados, en vez de al final.

- Márgenes de 2,5 cm en todos los lados
- Páginas numeradas consecutivamente
- Siga la estructura: Título, Resumen, Palabras clave, Introducción, Métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones, Referencias

### Estilo de referencia

Utilice el estilo Vancouver para las referencias. Cite las referencias consecutivamente en el orden en que se mencionan por primera vez en el texto, utilizando números arábigos entre paréntesis.

Ejemplos de formato de referencias:

**Artículo de revista:** Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002 Jul 25;347(4):284-7.

**Libro:** Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology.* 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

**Capítulo de libro:** Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer.* New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

**Recurso en línea:** Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

### Cuadros y figuras

Numere los cuadros y figuras consecutivamente en el orden de su primera citación en el texto

- Incluya un título breve para cada cuadro y figura

- Explique en notas al pie cualquier abreviatura no estándar utilizada en cuadros o figuras
- Envíe las figuras en formato TIFF, PNG o JPEG con una resolución mínima de 300 dpi

### Ética de publicación

- Los autores deben declarar cualquier conflicto de intereses
- Para estudios que involucren sujetos humanos o animales, indique la aprobación del comité de ética institucional
- Obtenga el consentimiento informado para reportes de casos y estudios que involucren datos de pacientes identificables

### PROCESO DE ENVÍO

1. Registre una cuenta de autor en nuestro sistema de gestión editorial en línea
2. Siga las instrucciones paso a paso para cargar su manuscrito y metadatos asociados
3. Asegúrese de que todos los autores hayan leído y aprobado la versión final del manuscrito antes del envío

### PROCESO DE REVISIÓN POR PARES

Todos los manuscritos están sujetos a un proceso de revisión por pares. Los autores pueden sugerir revisores potenciales, pero la selección final queda a discreción del editor.

Para cualquier consulta sobre el proceso de envío o estas directrices, por favor contacte a nuestro equipo editorial en: [editorialmf@fcmuna.edu.py](mailto:editorialmf@fcmuna.edu.py)

## ARTÍCULOS

### **Enfoque y alcance:**

La sección de artículos acepta manuscritos originales que presenten investigaciones empíricas, revisiones sistemáticas y metaanálisis en el campo de la medicina familiar y comunitaria. Los temas pueden incluir, pero no se limitan, a atención primaria, salud pública, epidemiología, promoción de la salud, prevención de enfermedades y gestión de enfermedades crónicas en el contexto de la atención primaria.

### **Tipos de artículos:**

- Artículos de investigación original: Presentan hallazgos de estudios empíricos.
- Revisiones sistemáticas y metaanálisis: Sintetizan y analizan críticamente la literatura existente sobre un tema específico.

### **Proceso de revisión por pares:**

Todos los artículos están sujetos a un proceso de revisión por pares. Los manuscritos serán evaluados por al menos dos revisores expertos en el campo.

### **Criterios de evaluación:**

Los artículos serán evaluados según su originalidad, rigor metodológico, relevancia para la práctica clínica o la política de salud, y calidad de la presentación.

### **Formato y extensión**

- Artículos de investigación original: Máximo 3500 palabras (excluyendo resumen, referencias, cuadros y figuras).

- Revisiones sistemáticas y metaanálisis: Máximo 4000 palabras (excluyendo resumen, referencias, cuadros y figuras).
- Resumen estructurado de no más de 250 palabras.
- Hasta 5 palabras clave utilizando términos MeSH.
- Máximo de 6 cuadros o figuras en total.
- Hasta 50 referencias, siguiendo el estilo Vancouver.

### **Estructura del manuscrito:**

Título, Resumen, Palabras clave, Introducción, Métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones, Referencias, Cuadros y Figuras.

### **Ética de la investigación:**

Los estudios que involucren sujetos humanos o animales deben incluir una declaración de aprobación ética por un comité institucional reconocido.=

### **Conflicto de intereses:**

Los autores deben declarar cualquier conflicto de intereses potencial o percibido.

### **Financiamiento:**

Las fuentes de financiamiento deben ser declaradas explícitamente.

### **Plagio y duplicación:**

Los manuscritos serán examinados para detectar plagio y duplicación. La detección de tales prácticas dará como resultado el rechazo inmediato del manuscrito.

### **Derechos de autor:**

Los autores retienen los derechos de autor de su trabajo bajo la licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0).

### **Tiempo de revisión:**

El proceso de revisión inicial generalmente se completa dentro de 4-6 semanas desde la recepción del manuscrito.

### **Decisiones editoriales:**

Las decisiones finales pueden ser: Aceptar, Revisiones Menores, Revisiones Mayores, o Rechazar. Los autores tendrán 4 semanas para enviar revisiones menores y 8 semanas para revisiones mayores.

### **Apelaciones:**

Los autores pueden apelar las decisiones editoriales dentro de los 14 días posteriores a la notificación, proporcionando una justificación detallada.

### **Publicación anticipada:**

Los artículos aceptados pueden ser publicados en línea antes de su inclusión en un número específico de la revista.

Estas políticas están diseñadas para garantizar la calidad, integridad y relevancia de los artículos publicados en nuestra revista. La adherencia a estas directrices facilitará un proceso de revisión y publicación eficiente.

## REPORTES DE CASOS

### **Enfoque y alcance:**

La sección de reportes de casos acepta manuscritos que describan casos clínicos únicos, raros o educativos en el campo de la medicina familiar y comunitaria. Se valoran especialmente los casos que ofrezcan nuevas perspectivas sobre enfermedades conocidas, presenten manifestaciones inusuales, describan nuevas intervenciones terapéuticas o ilustren desafíos en la atención primaria.

### **Tipos de reportes:**

- **Reporte de caso único:** Describe un caso clínico individual de interés particular.
- **Serie de casos:** Presenta una serie de casos relacionados (hasta 3) que ilustran un tema común.

### **Proceso de revisión por pares:**

Todos los reportes de casos están sujetos a un proceso de revisión por pares. Los manuscritos serán evaluados por al menos dos revisores expertos en el campo.

### **Criterios de evaluación:**

Los reportes serán evaluados según su originalidad, relevancia clínica, valor educativo, calidad de la presentación y adherencia a las pautas éticas.

### **Formato y extensión:**

- Máximo 1500 palabras (excluyendo resumen, referencias, cuadros y figuras).
- Resumen no estructurado de no más de 150 palabras.

- Hasta 3 palabras clave utilizando términos MeSH.
- Máximo de 2 cuadros o figuras en total.
- Hasta 15 referencias, siguiendo el estilo Vancouver.

### **Estructura del manuscrito:**

Título, Resumen, Palabras clave, Introducción, Presentación del Caso, Discusión, Conclusiones, Referencias, Cuadros y Figuras.

### **Ética y consentimiento:**

Los autores deben obtener el consentimiento informado por escrito del paciente (o tutor legal) para la publicación del caso. Se debe incluir una declaración de consentimiento en el manuscrito.

### **Confidencialidad del paciente:**

Toda la información identificable del paciente debe ser removida del manuscrito, incluyendo nombres, iniciales, números de historia clínica y fechas exactas.

### **Conflicto de intereses:**

Los autores deben declarar cualquier conflicto de intereses potencial o percibido relacionado con el caso reportado.

### **Financiamiento:**

Cualquier fuente de financiamiento relacionada con el reporte del caso debe ser declarada explícitamente.

### **Plagio y duplicación:**

Los manuscritos serán examinados para detectar plagio y duplicación. La detección de tales prácticas dará como resultado el rechazo inmediato del manuscrito.

### **Derechos de autor:**

Los autores retienen los derechos de autor de su trabajo bajo la licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0).

### **Tiempo de revisión:**

El proceso de revisión inicial generalmente se completa dentro de 3-4 semanas desde la recepción del manuscrito.

### **Decisiones editoriales:**

Las decisiones finales pueden ser: Aceptar, Revisiones Menores, Revisiones Mayores, o Rechazar. Los autores tendrán 2 semanas para enviar revisiones menores y 4 semanas para revisiones mayores.

### **Apelaciones:**

Los autores pueden apelar las decisiones editoriales dentro de los 7 días posteriores a la notificación, proporcionando una justificación detallada.

Estas políticas están diseñadas para garantizar la calidad, integridad y relevancia de los reportes de casos publicados en nuestra revista. La adherencia a estas directrices facilitará un proceso de revisión y publicación eficiente, asegurando que los casos presentados sean de alto valor educativo y clínico para nuestra audiencia.

## ARTÍCULOS DE OPINIÓN

### **Enfoque y alcance:**

La sección de artículos de opinión acepta manuscritos que presenten perspectivas críticas, análisis y comentarios sobre temas actuales y relevantes en el campo de la medicina familiar y comunitaria. Se

valoran especialmente las opiniones que estimulen el debate, ofrezcan nuevas perspectivas o desafíen el pensamiento convencional en la práctica clínica, la política de salud o la educación médica.

### **Tipos de artículos:**

- **Comentarios:** Ofrecen una perspectiva sobre un tema específico de actualidad.
- **Ensayos de opinión:** Presentan un argumento más extenso y desarrollado sobre un tema relevante.
- **Controversias:** Abordan temas polémicos presentando diferentes puntos de vista.

### **Proceso de revisión:**

Los artículos de opinión son revisados por el equipo editorial y, cuando se considere necesario, por revisores externos expertos en el tema. No se someten al proceso de revisión por pares estándar.

### **Criterios de evaluación:**

Los artículos serán evaluados según su originalidad, relevancia para la audiencia, claridad de argumentación, base en evidencia (cuando sea aplicable) y potencial para estimular el debate y la reflexión.

### **Formato y extensión:**

- **Comentarios:** Máximo 1000 palabras.
- **Ensayos de Opinión:** Máximo 1500 palabras.
- **Controversias:** Máximo 2000 palabras (divididas entre las diferentes perspectivas).
- **Resumen no estructurado** de no más de 150 palabras.
- **Hasta 3 palabras clave.**
- **Máximo de 1 cuadro o figura.**
- **Hasta 15 referencias,** siguiendo el estilo Vancouver.

### **Estructura del manuscrito:**

Título, Resumen, Palabras clave, Cuerpo principal del artículo, Conclusiones, Referencias.

### **Declaración de posición:**

Los autores deben declarar claramente si el artículo representa su opinión personal o la posición oficial de una organización.

### **Conflicto de intereses:**

Los autores deben declarar cualquier conflicto de intereses potencial o percibido relacionado con el tema del artículo.

### **Ética y responsabilidad:**

Los autores son responsables de la precisión de sus declaraciones y citas. Las opiniones expresadas deben ser respetuosas y éticas, evitando ataques personales o lenguaje difamatorio.

### **Derecho de réplica:**

La revista se reserva el derecho de publicar respuestas o contraargumentos a los artículos de opinión, fomentando un debate constructivo.

### **Plagio y originalidad:**

Los manuscritos deben ser originales y no haber sido publicados previamente. Se realizarán comprobaciones de plagio.

### **Derechos de autor:**

Los autores retienen los derechos de autor de su trabajo bajo la licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0).

### **Tiempo de revisión:**

El proceso de revisión editorial generalmente se completa dentro de 2-3 semanas desde la recepción del manuscrito.

### **Decisiones editoriales:**

Las decisiones pueden ser: Aceptar, Revisiones Menores, Revisiones Mayores, o Rechazar. Los autores tendrán 1 semana para enviar revisiones.

### **Publicación expedita:**

Dada la naturaleza oportuna de muchos artículos de opinión, la revista se esforzará por una publicación rápida de los artículos aceptados, sujeta a las limitaciones de espacio y programación.

Estas políticas están diseñadas para fomentar un debate vigoroso y constructivo sobre temas importantes en medicina familiar y comunitaria, manteniendo altos estándares de calidad y ética en la publicación de opiniones. La adherencia a estas directrices facilitará la contribución de perspectivas valiosas y estimulantes para nuestra comunidad de lectores.

## **AVISO DE DERECHOS DE AUTOR/A**

Los autores que publican en la Revista de Medicina Familiar y Comunidad de la Universidad Nacional de Asunción aceptan los siguientes términos:

- I. Los autores conservan los derechos de autor y otorgan a la revista el derecho de primera publicación de su obra bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0) que permite a otros compartir el trabajo con un reconocimiento de la autoría del trabajo y la publicación inicial en esta revista.

2. Los autores pueden establecer por separado acuerdos adicionales para la distribución no exclusiva de la versión de la obra publicada en la revista (por ejemplo, situarlo en un repositorio institucional o publicarlo en un libro), con un reconocimiento de su publicación inicial en esta revista.
3. Se permite y se anima a los autores a difundir sus trabajos digitalmente (por ejemplo, en repositorios institucionales o en su propio sitio web o redes sociales) antes y durante el proceso de envío, ya que puede dar lugar a intercambios productivos, así como a una citación más temprana y mayor de los trabajos publicados.
4. Los autores son responsables de obtener los permisos necesarios para incluir en sus artículos cualquier material con derechos de autor de terceros.
5. Los autores declaran que su trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está siendo considerado para publicación en otra revista.
6. La revista se reserva el derecho de llevar a cabo cambios editoriales menores en los trabajos aceptados para mejorar su claridad y estilo.
7. Los autores aceptan que la revista pueda detectar y prevenir el plagio utilizando herramientas de detección de similitud de contenido.
8. Los autores entienden que, aunque conservan los derechos de autor, la revista tiene el derecho de utilizar y distribuir sus artículos en formato impreso y digital, incluyendo bases de datos académicas y otros repositorios, de acuerdo con la licencia CC BY-NC 4.0.
9. Los autores aceptan que, en caso de que se descubra una violación de la ética de publicación después de la publicación, la revista tiene el derecho de publicar una corrección, retractación o expresión de preocupación, según sea necesario.
10. Los autores se comprometen a colaborar con la revista en cualquier investigación relacionada con la integridad de su trabajo publicado.

Al enviar un artículo a la Revista de Medicina Familiar y Comunidad de la Universidad Nacional de Asunción, los autores aceptan cumplir con estos términos y condiciones.

## DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

La Revista de Medicina Familiar y Comunidad de la Universidad Nacional de Asunción se compromete a proteger la privacidad de sus usuarios y autores. Esta declaración describe cómo recopilamos, utilizamos y protegemos la información personal proporcionada a nuestra revista.

### **Recopilación de información:**

Recopilamos información personal, como nombres, direcciones de correo electrónico, afiliaciones institucionales y áreas de experiencia, cuando los usuarios se registran en nuestro sitio, envían manuscritos o participan en el proceso de revisión por pares.

### **Uso de la información:**

La información recopilada se utiliza exclusivamente para los siguientes propósitos:

- Gestionar cuentas de usuario y autenticación
- Comunicarnos con autores, revisores y lectores sobre manuscritos y procesos editoriales
- Facilitar el proceso de revisión por pares
- Publicar artículos y reconocer las contribuciones de los autores
- Enviar notificaciones sobre la revista, cuando el usuario haya dado su consentimiento

### **Protección de datos:**

Implementamos medidas de seguridad técnicas y organizativas para proteger su información personal contra acceso no autorizado, pérdida

o alteración. Nuestro sistema de gestión editorial (OJS) utiliza protocolos de seguridad estándar de la industria.

### **Compartir información:**

No vendemos, intercambiamos ni transferimos su información personal a terceros, excepto en las siguientes circunstancias:

- Cuando sea necesario para el proceso editorial (por ejemplo, compartir información con revisores)
- Si es requerido por ley
- Con su consentimiento explícito

### **Acceso y control de su información:**

Los usuarios registrados pueden acceder, corregir o eliminar su información personal en cualquier momento a través de su perfil en el sitio web de la revista. Para solicitudes adicionales o preguntas sobre sus datos, por favor, contacte a nuestro equipo editorial.

### **Cookies y tecnologías de seguimiento:**

Nuestro sitio web utiliza cookies para mejorar la experiencia del usuario y recopilar datos de uso anónimos. Los usuarios pueden controlar el uso de cookies a través de la configuración de su navegador.

### **Cambios en la política de privacidad:**

Nos reservamos el derecho de modificar esta política de privacidad en cualquier momento. Los cambios se publicarán en esta página y, para cambios significativos, se notificará a los usuarios registrados por correo electrónico.

### **Contacto:**

Si tiene preguntas sobre esta política de privacidad o el manejo de sus datos personales, por favor contacte a:

**Revista de Medicina Familiar y Comunidad**

Universidad Nacional de Asunción

Email: [editorialmf@fcmuna.edu.py](mailto:editorialmf@fcmuna.edu.py)

# Índice

---

Editorial	1
Artículos originales	
CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE MÉDICOS RESIDENTES QUE CURSAN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR	7
Deisy Pamela Núñez Almeida, Giulia Cipolla	
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	18
Dahiana Oviedo Baccon, Juana Pavón	
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE MUJERES ADULTAS CON HIPOTIROIDISMO	32
Miranda Belén Am Gaiada, María Luisa Salina Núñez, Orlando José Zolabarrieta López, Fátima Liz González	
CALIDAD DE ATENCIÓN Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS SOBRE UN SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR	48
Cristian González Cuevas, Juana Pavón	
CALIDAD DEL SUEÑO EN LOS MÉDICOS RESIDENTES	65
Juan Manuel Godoy Martínez	
CARACTERIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR DE PACIENTES QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR	78
Alejandro Rafael Monges Villalba, Juana Pavón	
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN MÉDICOS RESIDENTES	92
Marina Sunilda Vargas Obregón, Giulia Cipolla	
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES	110
María Gloria Benítez Duarte, Eva Maciel Welko	

REFERENCIAS MÉDICAS REALIZADAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR Milciades René Torres Bogarín, Juana Pavón	127
SOBREPESO Y OBESIDAD RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA EN POSTULANTES A LA CARRERA DE MEDICINA Ricardo Lorenzo Almada Penayo, Juana Pavón	141
Artículos de opinión	
LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA: PILAR FUNDAMENTAL PARA EL AVANCE DE LA MEDICINA FAMILIAR Alcides Chaux	157

## Editorial

---

Estimados lectores y lectoras:

Es con profunda satisfacción que presentamos el primer número del Volumen 1 (2024) de la Revista de Medicina Familiar y Comunidad de la Universidad Nacional de Asunción. Este lanzamiento representa un hito significativo en la historia de la medicina familiar en la Facultad de Ciencias Médicas y marca el inicio de un nuevo espacio académico dedicado a fortalecer y difundir el conocimiento en el ámbito de la medicina familiar y comunitaria en Paraguay.

Los diez artículos originales que conforman este número inaugural abordan temáticas diversas y fundamentales para nuestra especialidad. El primer trabajo, realizado por Núñez Almeida y Cipolla, examina la calidad de vida profesional de nuestros médicos residentes, proporcionando información valiosa sobre las dimensiones de apoyo directivo, demandas laborales y motivación intrínseca. Sus hallazgos nos permiten identificar áreas de mejora en nuestro programa de residencia y desarrollar estrategias para optimizar el bienestar de nuestros profesionales en formación.

En la línea de investigación sobre adherencia terapéutica, presentamos dos estudios complementarios. Oviedo Baccon y Pavón analizan la rela-

ción entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento antihipertensivo, mientras que Am Gaiada y colaboradores exploran los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en mujeres con hipotiroidismo. Ambos trabajos aportan perspectivas relevantes para mejorar el manejo de estas condiciones crónicas prevalentes en nuestra población.

La calidad de atención en servicios de medicina familiar es abordada por González Cuevas y Pavón, quienes evalúan el grado de satisfacción de los usuarios. Sus resultados nos brindan información crucial para optimizar nuestros servicios y mejorar la experiencia de atención de nuestros pacientes.

El bienestar de nuestros residentes continúa siendo un tema central en este número, con el trabajo de Godoy Martínez sobre calidad del sueño en médicos residentes, y el estudio de Vargas Obregón y Cipolla sobre estrategias de afrontamiento del estrés. Estos trabajos complementan nuestra comprensión de los desafíos que enfrentan nuestros profesionales en formación y sugieren intervenciones potenciales para apoyarlos.

Monges Villalba y Pavón nos presentan una caracterización detallada de la estructura familiar de los pacientes que acuden a nuestros servicios, proporcionando información valiosa para comprender mejor el contexto familiar de nuestra población atendida.

En el ámbito de la salud adolescente, Benítez Duarte y Maciel Welko abordan un tema de creciente preocupación: las conductas alimentarias de riesgo y la percepción de la imagen corporal. Sus hallazgos son particularmente relevantes para el desarrollo de estrategias preventivas en esta población vulnerable.

Torres Bogarín y Pavón analizan los patrones de referencias médicas en nuestro servicio, proporcionando datos importantes para optimizar la coordinación entre niveles de atención y mejorar la continuidad del cuidado.

El trabajo de Almada Penayo y Pavón sobre sobrepeso y obesidad en postulantes a la carrera de medicina nos ofrece una perspectiva única

sobre la salud de nuestros futuros profesionales, destacando la importancia de promover estilos de vida saludables desde la formación temprana.

Cerramos este número con una reflexión fundamental del Dr. Alcides Chaux sobre el papel de la investigación científica en el avance de la medicina familiar, artículo que encapsula perfectamente el espíritu y la misión de nuestra revista.

Este primer número refleja nuestro compromiso con la excelencia académica y la práctica basada en la evidencia. Agradezco especialmente a nuestro equipo editorial, autores y comité científico por su dedicación y rigor científico. La diversidad y calidad de los trabajos presentados auguran un futuro prometedor para nuestra publicación.

Invitamos a toda la comunidad académica y profesional a considerar nuestra revista como un espacio para compartir sus investigaciones y experiencias. Este número inaugural marca el comienzo de lo que esperamos sea una contribución duradera y significativa al desarrollo de la medicina familiar y comunitaria en Paraguay y la región.

**Prof. Dr. Andrés Szwako**

*Director*

Revista de Medicina Familiar y Comunidad  
Universidad Nacional de Asunción



## Artículos originales

---



# Calidad de vida profesional de médicos residentes que cursan la especialidad de medicina familiar

---

Deisy Pamela Núñez Almeida, Giulia Cipolla  
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción

## RESUMEN

**Objetivos:** Evaluar y discriminar según año de residencia la calidad de vida profesional del médico residente que cursa la especialidad de Medicina Familiar en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal aplicando el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional CVP-35 de forma anónima y autoadministrado. El cuestionario fue enviado a todos los residentes de Medicina Familiar (n=21) de la Facultad de Ciencias Médicas en la Universidad Nacional de Asunción. Se analizaron tres dimensiones: apoyo directivo, demanda laboral y motivación intrínseca. **Resultados:** De los 21 encuestados, la mayoría (n = 9) fueron residentes de 1.º año. La edad promedio fue de  $28 \pm 2.6$  años, con un predominio del sexo femenino (76 %). En cuanto al apoyo directivo, el 67 % de los residentes percibió que recibían «Algo» de apoyo. Respecto a la demanda laboral, el 67 % la percibió como «Bastante». Con relación a la motivación intrínseca, el 76 % la calificó como «Bastante». En general, el 53 % de los residentes percibió que tenían «Algo» de calidad de vida profesional. **Conclusiones:** Los médicos residentes de Medicina Familiar, en su mayoría, perciben que tienen «Algo» de calidad de

vida profesional. Se observó un predominio alto para el nivel «Algo» en los residentes de tercer año, mientras que los residentes de primero y segundo año percibieron su calidad de vida profesional como «Algo» y «Bastante». Estos hallazgos sugieren la necesidad de implementar estrategias para mejorar la calidad de vida profesional de los residentes, especialmente en los años superiores de la residencia.

*Palabras clave:* Calidad de vida profesional, Residencia médica, Medicina familiar, Apoyo directivo, Demanda laboral, Motivación intrínseca.

## ABSTRACT

**Objectives:** To evaluate and discriminate according to year of residency the professional quality of life of medical residents pursuing the specialty of Family Medicine at the Faculty of Medical Sciences of the National University of Asunción. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted using the Professional Quality of Life Questionnaire CVP-35, administered anonymously and self-administered. The questionnaire was sent to all Family Medicine residents (n=21) at the Faculty of Medical Sciences of the National University of Asunción. Three dimensions were analyzed: managerial support, work demands, and intrinsic motivation. **Results:** Of the 21 respondents, the majority (n = 9) were first-year residents. The average age was  $28 \pm 2.6$  years, with a predominance of females (76%). Regarding managerial support, 67% of residents perceived they received "Some" support. Regarding work demands, 67% perceived them as "Quite High". Regarding intrinsic motivation, 76% rated it as "Quite High". Overall, 53% of residents perceived they had "Some" professional quality of life. **Conclusions:** Family Medicine residents mostly perceive they have "Some" professional quality of life. A high predominance for the "Some" level was observed in third-year residents, while first and second-year residents perceived their professional quality of life as "Some" and "Quite High". These findings suggest the need to implement strategies to improve residents' professional quality of life, especially in the higher years of residency.

*Keywords:* Professional quality of life, Medical residency, Family medicine, Managerial support, Work demands, Intrinsic motivation.

## INTRODUCCIÓN

La calidad de vida profesional es un concepto multidimensional que ha cobrado gran relevancia en el ámbito de la salud en las últimas décadas. Se define como la experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas de su trabajo y los recursos disponibles para afrontarlas (1). En el contexto de la formación médica, específicamente en las residencias, este concepto adquiere una importancia crítica debido a las intensas demandas y desafíos que enfrentan los médicos en formación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha enfatizado la importancia de la calidad de vida en relación con la salud, definiéndola no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de completo bienestar físico, emocional y social (2). Esta definición ha evolucionado a lo largo del tiempo, pasando de un enfoque conceptual a la medición de la percepción general de la salud, lo que ha permitido una evaluación más integral y centrada en el individuo.

En el ámbito laboral, la calidad de vida está estrechamente relacionada con la satisfacción que experimenta el personal de salud en su situación profesional. Considerando que una persona dedica aproximadamente una cuarta parte de su vida al trabajo, y en muchos casos incluso más, la calidad de vida laboral tiene un impacto significativo en el bienestar general del individuo. Locke ha identificado varios factores que influyen en la satisfacción laboral, entre los que se incluyen un trabajo mentalmente estimulante, equidad, apoyo en el trabajo y por parte de los compañeros (3).

Sin embargo, en el contexto de la formación médica, particularmente en las residencias, se observa un desequilibrio preocupante entre la vida profesional y personal. Los horarios prolongados y las demandas intensas del trabajo pueden conducir a problemas familiares y desconexión con la vida social (4). Los médicos residentes, en particular,

están expuestos a niveles de estrés muy altos que pueden llevar a situaciones de insatisfacción laboral y, en casos extremos, al desarrollo del síndrome de agotamiento crónico (burnout), descrito por Maslach en 1976 como el resultado de un estrés laboral crónico (5).

La formación médica es un proceso largo y exigente que incluye cinco años de medicina, un año de internado y luego la residencia médica, que puede durar de tres a cuatro años dependiendo de la especialidad elegida. Durante este período, los médicos residentes dedican una cantidad desproporcionada de tiempo a su trabajo en detrimento de su vida personal y familiar. Esta situación puede generar un estrés significativo que, en algunos casos, lleva a la renuncia o al agotamiento físico y emocional, creando un círculo vicioso de insatisfacción y bajo rendimiento (6).

En el caso específico de la Medicina Familiar, la situación adquiere matices particulares. Los médicos familiares son considerados profesionales de primera línea, siendo frecuentemente el primer punto de contacto de los pacientes con el sistema de salud. Esta posición les confiere un papel crucial como filtro del sistema sanitario, lo que añade una capa adicional de responsabilidad y potencial estrés a su formación y práctica profesional.

Dada la importancia de la calidad de vida profesional en el desempeño y bienestar de los médicos residentes, y considerando el impacto que esto puede tener en la calidad de la atención brindada a los pacientes, se hace evidente la necesidad de investigar y comprender mejor este fenómeno. Este estudio se enfoca en evaluar la calidad de vida profesional de los médicos residentes que cursan la especialidad de Medicina Familiar en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Tiene el objetivo de proporcionar información valiosa que pueda conducir a modificaciones y mejoras en los diferentes servicios asistenciales y en los programas de formación de residentes.

La comprensión de los factores que influyen en la calidad de vida profesional de los residentes de Medicina Familiar no solo es crucial para el bienestar de estos profesionales en formación, sino que

también tiene implicaciones significativas para la calidad de la atención médica, la satisfacción del paciente y la eficiencia del sistema de salud en su conjunto. Por lo tanto, este estudio busca arrojar luz sobre esta importante cuestión y proporcionar una base para futuras intervenciones y mejoras en la formación y práctica de la Medicina Familiar en Paraguay.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### **Diseño del estudio**

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con enfoque cuantitativo. La investigación se realizó durante el período comprendido entre marzo y mayo de 2023, abarcando a todos los médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

### **Población y muestra**

La población de estudio estuvo constituida por la totalidad de los médicos residentes de Medicina Familiar ( $n = 21$ ) distribuidos en los tres años de la residencia. Se empleó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos, incluyendo a todos los residentes que aceptaron participar en el estudio. Este enfoque permitió obtener una visión completa de la calidad de vida profesional en todos los niveles de la residencia.

### **Instrumento de recolección de datos**

Para la recolección de datos se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional CVP-35, desarrollado originalmente por Cabezas en 1998 y posteriormente validado en español por Martín et al. en 2004 (7). Este instrumento ha demostrado propiedades psicométricas robustas, con una fiabilidad global de 0,81 y una validez convergente satisfactoria en diversos contextos sanitarios.

El CVP-35 consta de 35 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 1 a 10, donde 1 representa la ausencia total de la característica evaluada y 10 su máxima presencia. El cuestionario evalúa tres dimensiones principales:

1. *Apoyo directivo (13 ítems)*: Evalúa la percepción del respaldo recibido por parte de los superiores y la institución.
2. *Demandas de trabajo (11 ítems)*: Mide la percepción de las exigencias y cargas del puesto de trabajo.
3. *Motivación intrínseca (10 ítems)*: Valora los factores de motivación interna del profesional.

Adicionalmente, el cuestionario incluye una pregunta sobre la percepción global de la calidad de vida profesional, permitiendo una evaluación integral de la experiencia del residente.

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

La aplicación del cuestionario se realizó mediante la plataforma Google Forms, lo que facilitó su distribución de manera digital y anónima. Se envió un enlace al cuestionario a todos los residentes a través de sus correos electrónicos institucionales. El correo de invitación incluía una explicación detallada sobre los objetivos del estudio, las instrucciones para completar el cuestionario y las consideraciones éticas pertinentes.

Se estableció un período de dos semanas para la recolección de respuestas. Con el fin de maximizar la tasa de participación, se enviaron recordatorios a mitad y al final de este período. Este enfoque permitió obtener una muestra representativa y minimizar el sesgo de no respuesta.

### **Análisis de datos**

Los datos recopilados fueron procesados y analizados utilizando

Microsoft Office Excel. El análisis estadístico incluyó los siguientes elementos:

1. *Estadística descriptiva*: Se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, y medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas.
2. *Análisis de las dimensiones del CVP-35*: Se calcularon los promedios de las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada dimensión. Estos promedios se categorizaron en cuatro niveles de percepción: «Nada» (1-2,5), «Algo» (2,6-5), «Bastante» (5,1-7,5) y «Mucho» (7,6-10). Esta categorización permitió una interpretación más clara y significativa de los resultados.
3. *Análisis estratificado*: Se llevó a cabo un análisis por año de residencia para identificar posibles diferencias en la percepción de la calidad de vida profesional a lo largo de la formación.
4. *Análisis de correlaciones*: Se exploraron las correlaciones entre las diferentes dimensiones del cuestionario utilizando el coeficiente de correlación de Pearson, lo que permitió identificar posibles relaciones entre los distintos aspectos de la calidad de vida profesional.

### Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Se garantizó en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los participantes. La participación en el estudio fue completamente voluntaria, y se informó a los residentes sobre su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias negativas.

Todos los datos recolectados fueron manejados de forma confidencial y utilizados exclusivamente para los fines de esta investigación. El almacenamiento y procesamiento de los datos se realizó en dispositivos

protegidos con contraseña y accesibles únicamente por el equipo de investigación.

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio ofrecen una visión integral de la calidad de vida profesional de los residentes de Medicina Familiar en la Universidad Nacional de Asunción. La percepción global moderada de la calidad de vida profesional, con una puntuación media de 5,8, sugiere que, si bien los residentes no se encuentran en una situación crítica, existe un margen significativo de mejora. Este hallazgo es consistente con estudios previos en contextos similares, como el realizado por Fernández Martínez et al. (1), que reportaron niveles moderados de calidad de vida profesional en residentes de diversas especialidades.

La alta motivación intrínseca observada entre los residentes, con una puntuación media de 7,8, es un hallazgo particularmente alentador. Este resultado refleja un fuerte compromiso y vocación por parte de los residentes, lo cual es fundamental para el desarrollo profesional y la calidad de la atención médica. Estudios como el de García-Rodríguez et al. (2) han destacado la importancia de la motivación intrínseca como factor protector contra el burnout en profesionales de la salud. Sin embargo, las elevadas demandas de trabajo percibidas (puntuación media de 7,1) plantean un desafío importante. Este nivel de exigencia, aunque esperado en cierta medida en la formación médica de posgrado, puede tener implicaciones negativas si no se equilibra adecuadamente. Investigaciones previas, como la de Prins et al. (3), han demostrado que las altas demandas laborales sostenidas pueden conducir al agotamiento y disminuir la satisfacción laboral en residentes médicos.

La percepción moderada del apoyo directivo (puntuación media de 5,2) es un área que merece atención. Este hallazgo es similar a lo reportado en otros estudios, como el de Llop-Gironés et al. (4), quienes encontraron que el apoyo institucional es un factor crucial en la calidad de vida profesional de los trabajadores de la salud. La mejora en este

aspecto podría tener un impacto significativo en la satisfacción laboral y el bienestar de los residentes.

El análisis estratificado por año de residencia reveló una tendencia preocupante hacia una percepción más negativa de la calidad de vida profesional en los residentes de tercer año. Este hallazgo contrasta con algunos estudios previos, como el de West et al. (5), que sugieren una mejora en la calidad de vida profesional a medida que avanza la residencia. Esta discrepancia podría indicar desafíos específicos en el programa de Medicina Familiar estudiado o reflejar un aumento en las responsabilidades y presiones hacia el final de la residencia.

Los resultados de este estudio tienen varias implicaciones prácticas para la mejora del programa de residencia en Medicina Familiar:

1. *Apoyo institucional:* Es necesario fortalecer los mecanismos de apoyo directivo, especialmente en áreas como la promoción profesional y la mejora de las condiciones laborales.
2. *Equilibrio trabajo-vida:* La baja puntuación en la capacidad de «desconectar al acabar la jornada laboral» apunta a la necesidad de implementar estrategias para mejorar el equilibrio entre la vida laboral y personal de los residentes.
3. *Desarrollo profesional:* La baja percepción de las posibilidades de promoción indica la importancia de establecer vías claras de desarrollo profesional y oportunidades de crecimiento dentro del programa de residencia.
4. *Atención diferenciada por año de residencia:* Los resultados indican la necesidad de adaptar el apoyo y las intervenciones según el año de residencia, prestando especial atención a los residentes de tercer año.

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, el tamaño de la muestra, aunque representativo de la población de residentes de Medicina Familiar en la institución, es relativamente pequeño, lo que puede limitar la generalización de los resultados. Además, el diseño transversal del estudio no permite establecer relaciones causales ni evaluar cambios a lo largo del tiempo en la

calidad de vida profesional de los residentes. Otra limitación es la posibilidad de sesgo de deseabilidad social en las respuestas, dado que los participantes pueden haber respondido de manera que se ajuste a lo que perciben como socialmente aceptable o esperado. Finalmente, el estudio se realizó en un solo centro y en una única especialidad médica, lo que podría limitar la aplicabilidad de los hallazgos a otros contextos o especialidades.

Este estudio abre varias líneas potenciales para futuras investigaciones:

1. Estudios longitudinales que evalúen cómo cambia la calidad de vida profesional a lo largo de la residencia y en los primeros años de práctica independiente.
2. Investigaciones comparativas entre diferentes especialidades médicas y centros de formación.
3. Estudios de intervención que evalúen el impacto de estrategias específicas para mejorar el apoyo institucional y el equilibrio trabajo-vida en la calidad de vida profesional de los residentes.
4. Análisis cualitativos que profundicen en las experiencias y percepciones de los residentes, explorando los factores subyacentes que influyen en su calidad de vida profesional.

En conclusión, este estudio proporciona información valiosa sobre la calidad de vida profesional de los residentes de Medicina Familiar, destacando áreas de fortaleza y oportunidades de mejora. Los hallazgos subrayan la importancia de abordar de manera integral los diversos factores que influyen en la experiencia de los residentes, con el objetivo de fomentar un ambiente de formación que promueva tanto la excelencia profesional como el bienestar personal.

## 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.

La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

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.

**Fecha de publicación:** 29 de noviembre de 2024

## REFERENCIAS

1. Fernández Martínez O, García del Río García B, Hidalgo Cabrera C, López López C, Martín Tapia A, Moreno Suárez S. Percepción de la calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial. *Med Fam (And)*. 2007;8(1):11-18.
2. García-Rodríguez A, Gutiérrez-Bedmar M, Bellón-Saameño JÁ, Muñoz-Bravo C, Fernández-Crehuet Navajas J. Entorno psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. *Aten Primaria*. 2015;47(6):359-366.
3. Prins JT, Gazendam-Donofrio SM, Tubben BJ, van der Heijden FM, van de Wiel HB, Hoekstra-Weebers JE. Burnout in medical residents: a review. *Med Educ*. 2007;41(8):788-800.
4. Llop-Gironés A, Tarafa G, Benach J. Personal de enfermería, condiciones de trabajo y su impacto en la salud. *Gac Sanit*. 2015;29(2):155-156.
5. West CP, Shanafelt TD, Kolars JC. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA*. 2011;306(9):952-960.
6. Cabezas Peña C. La calidad de vida de los profesionales. *FMC*. 2000;7 Supl 7:53-68.
7. Martín J, Cortés JA, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gac Sanit*. 2004;18(2):129-136.

## Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento antihipertensivo

---

Dahiana Oviedo Baccon, Juana Pavón  
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción

### RESUMEN

**Objetivos:** Establecer la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento médico antihipertensivo en los pacientes del consultorio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción en el periodo de agosto a octubre del 2022. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron 92 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acudieron a la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas (Asunción, Paraguay). Se aplicaron dos instrumentos: el test de funcionalidad familiar FF-SIL y el test de Morisky-Green-Levine para evaluar la adherencia terapéutica. Además, se recolectaron datos socio-demográficos. El análisis estadístico se realizó mediante el uso de medidas de frecuencia y la prueba de Chi cuadrado, con una significancia estadística de 0,05. **Resultados:** No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento antihipertensivo ( $P = 0,637$ ). La distribución de pacientes con y sin adherencia al tratamiento fue similar en familias funcionales y no funcionales. El 60,8 % de los pacientes tenía más de 60 años, el 61,9 % era de sexo femenino, el 63,04 % vivía en unión libre, el

69,5 % tenía estudios secundarios completos y el 66,3 % estaba desempleado. **Conclusiones:** En el presente estudio realizado en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, se encontró que la población de pacientes hipertensos es similar con adherencia y sin adherencia al tratamiento en familias funcionales como en las no funcionales. Esto indica que la adherencia al tratamiento antihipertensivo no está asociada al funcionamiento familiar en la población estudiada.

*Palabras clave:* Hipertensión arterial, adherencia terapéutica, funcionalidad familiar, medicina familiar, atención primaria de salud.

## ABSTRACT

**Objectives:** To establish the relationship between family functionality and adherence to antihypertensive medical treatment in patients at the Family Medicine clinic of the Hospital de Clínicas, School of Medical Sciences, National University of Asunción from August to October 2022. **Materials and methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted. Ninety-two patients diagnosed with arterial hypertension who attended the Department and Service of Family Medicine at Hospital de Clínicas (Asunción, Paraguay) were included. Two instruments were applied: the FF-SIL family functionality test and the Morisky-Green-Levine test to evaluate therapeutic adherence. Additionally, socio-demographic data were collected. Statistical analysis was performed using frequency measures and Chi-square test, with a statistical significance of 0.05. **Results:** No statistically significant association was found between family functionality and adherence to antihypertensive treatment ( $P = 0.637$ ). The distribution of patients with and without treatment adherence was similar in functional and non-functional families. 60.8% of patients were over 60 years old, 61.9% were female, 63.04% were in common-law relationships, 69.5% had completed secondary education, and 66.3% were unemployed. **Conclusions:** In this study conducted at the Department and Service of Family Medicine at Hospital de Clínicas, it was found that the population of hypertensive patients showed similar adherence and non-adherence to treatment in both functional and non-functional fami-

lies. This indicates that adherence to antihypertensive treatment is not associated with family functioning in the studied population.

*Keywords:* Arterial hypertension, therapeutic adherence, family functionality, family medicine, primary health care.

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) representa uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial, constituyéndose como una de las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes y un factor de riesgo cardiovascular de primer orden. Su impacto en la morbilidad global es significativo, siendo responsable de aproximadamente 9,4 millones de muertes anuales y afectando a cerca de mil millones de personas en todo el mundo (1).

En el contexto latinoamericano, y particularmente en Paraguay, la situación es igualmente preocupante. Según datos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, cinco de cada diez personas padecen presión alta (46,8 %), con una concentración notable en la población entre 30 y 60 años, alcanzando su pico máximo en individuos mayores de 55 años (2). Esta realidad epidemiológica subraya la urgencia de abordar la HTA de manera integral y efectiva.

El manejo adecuado de la HTA se ve obstaculizado por diversos factores, siendo la adherencia al tratamiento uno de los más críticos. Se estima que, a nivel global, solo un tercio de los pacientes hipertensos logra un control adecuado de sus niveles de presión arterial. La falta de adherencia al tratamiento, ya sea por la toma inadecuada de la medicación prescrita o por su completa omisión, se erige en una de las principales razones de este pobre control (3).

La adherencia terapéutica, definida por la Organización Mundial de la Salud como «el grado en que el comportamiento de una persona para 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» (4), es un fenómeno

complejo y multifactorial. En el caso específico de la HTA, la adherencia al tratamiento no solo implica la toma correcta de la medicación, sino también la adopción de cambios en el estilo de vida, como la reducción del consumo de sal, la práctica regular de ejercicio físico y el control del peso corporal.

La complejidad de la adherencia terapéutica en la HTA se ve ampliada por el carácter crónico y generalmente asintomático de la enfermedad. Muchos pacientes, al no experimentar síntomas evidentes, subestiman la importancia del tratamiento continuo, lo que puede llevar a una adherencia subóptima y, consecuentemente, a un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares (5).

En este contexto, el entorno familiar emerge como un factor potencialmente influyente en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. La familia, como unidad básica de la sociedad y principal red de apoyo del individuo, puede desempeñar un papel crucial en el manejo de enfermedades crónicas como la HTA. La funcionalidad familiar, entendida como la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (6), podría tener un impacto significativo en cómo el paciente hipertenso aborda su tratamiento.

Una familia funcional, caracterizada por una comunicación clara, roles bien definidos, cohesión emocional y capacidad de adaptación, podría proporcionar el apoyo necesario para que el paciente hipertenso mantenga una adherencia adecuada al tratamiento. Por el contrario, una familia disfuncional podría representar un obstáculo adicional en el manejo de la enfermedad, dificultando la adopción de hábitos saludables y el cumplimiento del régimen terapéutico (7).

A pesar de la relevancia teórica de esta relación, la evidencia empírica sobre la asociación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento antihipertensivo es limitada y, en ocasiones, contradictoria. Algunos estudios han encontrado una correlación positiva entre estas variables, mientras que otros no han logrado establecer una asociación significativa (8, 9).

En el contexto paraguayo, donde la estructura familiar juega un papel central en la vida social y cultural, la exploración de esta relación adquiere especial relevancia. La comprensión de cómo la dinámica familiar influye en el manejo de la HTA podría proporcionar revelaciones valiosas para el desarrollo de estrategias de intervención más efectivas y culturalmente apropiadas.

El presente estudio se propone, por tanto, examinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes que consultan en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Esta investigación no solo busca contribuir al cuerpo de conocimientos sobre el tema, sino también proporcionar información útil para el diseño de intervenciones que mejoren el manejo de la HTA en el contexto de la atención primaria de salud en Paraguay.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Este diseño fue seleccionado por su capacidad para examinar la relación entre variables en un momento específico del tiempo, sin manipulación de las mismas, lo que resulta apropiado para explorar la asociación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento antihipertensivo.

### Área de estudio y periodo

El estudio se llevó a cabo en el consultorio de la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. La recolección de datos se realizó durante el periodo comprendido entre agosto y octubre del 2022.

## Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por pacientes mayores de edad con diagnóstico de hipertensión arterial que acudieron a consulta en el servicio mencionado durante el periodo de estudio. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se obtuvo una muestra de 92 pacientes.

## Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron pacientes adultos mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial, atendidos en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, que aceptaron participar voluntariamente en el estudio bajo consentimiento informado y que convivían con su grupo familiar. Se excluyeron pacientes con enfermedades que impidieran el desarrollo del instrumento del estudio, aquellos que presentaron encuestas en blanco o mal completadas, pacientes que vivían solos y aquellos con deterioro cognitivo.

## Instrumentos de recolección de datos

Se utilizaron dos instrumentos principales:

**Test de funcionalidad familiar FF-SIL:** Este instrumento consta de 14 ítems que evalúan la percepción del funcionamiento familiar. Cada ítem se responde en una escala de 5 puntos (casi nunca, pocas veces, a veces, muchas veces, casi siempre), con una puntuación de 1 a 5 respectivamente. La suma total permite clasificar la funcionalidad familiar en cuatro categorías: funcional (57-70 puntos), moderadamente funcional (43-56 puntos), disfuncional (28-42 puntos) y severamente disfuncional (14-27 puntos).

**Test de Morisky-Green-Levine:** Este test evalúa la adherencia terapéutica mediante cuatro preguntas de respuesta dicotómica (sí/no). Las preguntas son: ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? ¿Toma los fármacos a la hora indicada? Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna

vez de tomarlos? Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación? Se considera que hay buena adherencia cuando las respuestas a las cuatro preguntas son adecuadas (no, sí, no, no, respectivamente).

Además, se recolectaron datos sociodemográficos incluyendo edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación.

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

Los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión fueron invitados a participar en el estudio. Tras obtener el consentimiento informado, se les solicitó completar los cuestionarios impresos de manera voluntaria. Los investigadores estuvieron disponibles para aclarar cualquier duda durante el proceso.

### **Análisis estadístico**

Los datos recolectados fueron ingresados en una base de datos y analizados utilizando el software estadístico SPSS. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de las principales variables de estudio (funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento). Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión, mientras que para las variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes. Para evaluar la asociación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento se utilizó la prueba de Chi cuadrado, considerando un nivel de significancia estadística de 0,05.

### **Consideraciones éticas**

El protocolo del estudio y los instrumentos utilizados fueron sometidos a revisión y aprobación por la Cátedra de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, previa explicación detallada de los objetivos y procedimientos del estudio. Se garantizó la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes. La participación fue voluntaria y los

pacientes fueron informados de su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto afectara su atención médica.

## RESULTADOS

El presente estudio incluyó a 92 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acudieron a la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas. Los resultados obtenidos se presentan a continuación, organizados según las variables analizadas.

### Características sociodemográficas

En cuanto a la distribución por edad, se observó una predominancia de pacientes mayores de 60 años, representando el 60,8 % de la muestra. El grupo de edad entre 36 y 60 años constituyó el 35,8 %, mientras que solo el 3,2 % de los pacientes tenía entre 18 y 35 años. Esta distribución refleja la tendencia esperada de una mayor prevalencia de hipertensión arterial en grupos de edad avanzada.

Respecto al sexo, se encontró una mayor proporción de mujeres en la muestra, representando el 61,9 % de los pacientes, frente a un 38 % de hombres. Esta diferencia podría atribuirse a diversos factores, incluyendo una posible mayor tendencia de las mujeres a buscar atención médica o una mayor prevalencia de hipertensión en mujeres en la población estudiada.

El análisis del estado civil reveló que la mayoría de los pacientes (63 %) vivían en unión libre. El 16,3 % estaban casados, el 11,9 % eran solteros y el 8,6 % viudos. No se registraron pacientes divorciados en la muestra. Esta distribución podría tener implicaciones en términos de apoyo familiar y su potencial influencia en el manejo de la enfermedad.

En cuanto al nivel educativo, se observó que la mayoría de los pacientes (69,5 %) habían completado estudios secundarios. El 28,2 % tenía estudios primarios, mientras que solo el 2,1 % había alcanzado estudios terciarios. Este perfil educativo podría influir en la comprensión de la enfermedad y la adherencia al tratamiento.

La situación laboral de los pacientes mostró que el 66,3 % se encontraba desempleado, el 17,3 % tenía empleo ocasional y el 16,3 % contaba con empleo fijo. Esta alta tasa de desempleo podría tener implicaciones tanto en el acceso a la atención médica como en la capacidad para adherirse al tratamiento prescrito.

### **Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento**

El análisis de la relación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento antihipertensivo constituyó el objetivo principal del estudio. Los resultados mostraron que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables ( $P = 0,637$ ).

La distribución de pacientes con y sin adherencia al tratamiento fue similar en las diferentes categorías de funcionalidad familiar. Entre los pacientes con adherencia al tratamiento, el 46 % pertenecía a familias funcionales, el 44 % a familias moderadamente funcionales, y el 10 % a familias disfuncionales. No se encontraron pacientes adherentes al tratamiento en la categoría de familias severamente disfuncionales.

Por otro lado, entre los pacientes sin adherencia al tratamiento, el 45,2 % pertenecía a familias funcionales, el 42,5 % a familias moderadamente funcionales, el 11,9 % a familias disfuncionales, y el 2,3 % a familias severamente disfuncionales.

Estos resultados sugieren que, en la población estudiada, la funcionalidad familiar no parece ser un factor determinante en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Tanto en familias funcionales como en aquellas con algún grado de disfuncionalidad, se observaron proporciones similares de pacientes adherentes y no adherentes al tratamiento.

Es importante señalar que, a pesar de la falta de asociación estadística, se observó una tendencia general hacia una mejor funcionalidad familiar en la muestra estudiada. La mayoría de los pacientes pertenecían a familias funcionales o moderadamente funcionales, lo que podría indicar un ambiente de apoyo favorable para el manejo de la enferme-

dad, aunque esto no se tradujo en diferencias significativas en la adherencia al tratamiento.

Estos hallazgos plantean interrogantes sobre los factores que realmente influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en esta población e indican la necesidad de explorar otras variables que puedan tener un impacto más directo en el comportamiento de los pacientes respecto a su tratamiento.

## DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo principal establecer la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. Los resultados obtenidos no mostraron una asociación estadísticamente significativa entre estas variables, lo cual contrasta con algunas hipótesis previas y merece un análisis detallado.

En primer lugar, la falta de asociación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento observada en este estudio difiere de algunos hallazgos previos en la literatura. Por ejemplo, un estudio realizado por Marín-Reyes y Rodríguez-Morán (2001) en México encontró una relación significativa entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos (10). Sin embargo, nuestros resultados se alinean más con los hallazgos de Arce-Espinoza et al. (2017) en Costa Rica, quienes tampoco encontraron una asociación significativa entre estas variables (11).

Esta discrepancia en los resultados podría explicarse por varios factores. En primer lugar, las diferencias culturales y sociales entre las poblaciones estudiadas podrían influir en cómo la dinámica familiar afecta el comportamiento de salud. En el contexto paraguayo, es posible que otros factores, como las creencias individuales sobre la salud o la relación médico-paciente, tengan un peso mayor en la adherencia al tratamiento que la funcionalidad familiar per se.

Además, es importante considerar que la adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo y multifactorial. Factores como el nivel socio-económico, la complejidad del régimen terapéutico, los efectos secundarios de la medicación y la comprensión de la enfermedad por parte del paciente pueden tener un impacto significativo en la adherencia (12). En nuestro estudio, la alta tasa de desempleo observada (66,3 %) podría ser un factor más determinante en la adherencia que la funcionalidad familiar, ya que podría afectar el acceso a medicamentos y la capacidad de seguir las recomendaciones médicas.

Por otro lado, la predominancia de pacientes mayores de 60 años en nuestra muestra (60,8 %) podría influir en los resultados. Los adultos mayores pueden tener patrones de adherencia diferentes a los de poblaciones más jóvenes, posiblemente influenciados por factores como la polifarmacia, el deterioro cognitivo leve o la presencia de cuidadores (13). Futuros estudios podrían beneficiarse de un análisis estratificado por grupos de edad para explorar posibles diferencias en la relación entre funcionalidad familiar y adherencia en distintos grupos etarios.

Es interesante notar que, a pesar de la falta de asociación estadística, la mayoría de los pacientes en nuestro estudio pertenecían a familias funcionales o moderadamente funcionales. Esto sugiere que, aunque la funcionalidad familiar no se asoció directamente con la adherencia al tratamiento, podría tener otros beneficios para el manejo de la enfermedad que no fueron capturados por nuestro estudio. Por ejemplo, una familia funcional podría proporcionar apoyo emocional, ayudar en la gestión de citas médicas o facilitar la adopción de estilos de vida saludables, aspectos que podrían influir indirectamente en el control de la hipertensión a largo plazo (14).

La alta proporción de mujeres en nuestra muestra (61,9 %) también merece consideración. Estudios previos han sugerido que las mujeres tienden a tener una mejor adherencia al tratamiento que los hombres en enfermedades crónicas (15). Sin embargo, nuestros resultados no mostraron diferencias significativas en la adherencia, basadas en el sexo. Esto podría indicar que, en el contexto estudiado, otros factores

tienen un peso mayor en la determinación de la adherencia que el género del paciente.

Es importante reconocer las limitaciones de nuestro estudio. El diseño transversal no permite establecer relaciones causales, y el muestreo por conveniencia podría limitar la generalización de los resultados. Además, la adherencia al tratamiento se evaluó mediante autoinforme, lo cual puede estar sujeto a sesgos de deseabilidad social. Futuros estudios podrían beneficiarse de métodos más objetivos para medir la adherencia, como el recuento de píldoras o el monitoreo electrónico de la medicación.

A pesar de estas limitaciones, nuestro estudio proporciona información valiosa sobre la dinámica de la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el contexto de la atención primaria en Paraguay. Los resultados sugieren que las intervenciones para mejorar la adherencia deberían considerar un enfoque multifactorial, que vaya más allá de la dinámica familiar y aborde otros determinantes potenciales de la adherencia.

En conclusión, aunque no se encontró una asociación significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento antihipertensivo, este estudio subraya la complejidad del fenómeno de la adherencia y la necesidad de un enfoque holístico en su abordaje. Futuros estudios podrían explorar la interacción entre la funcionalidad familiar y otros factores, como el nivel socioeconómico, las creencias sobre la salud y la relación médico-paciente, para obtener una comprensión más completa de los determinantes de la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos en Paraguay.

## 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.

La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

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.

**Fecha de publicación:** 29 de noviembre de 2024

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. WHO; 2021 [cited 2023 Aug 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de la Hipertensión 2021 [Internet]. OPS; 2021 [cited 2023 Aug 15]. Available from: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-hipertension-2021>
3. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. Asunción: MSPBS; 2012 [cited 2023 Aug 15]. Available from: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/6e3f26-ENCUESTANACIONALDEFACTORESDERIESGODEPARAGUA Y2011.pdf>
4. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
5. Ortiz Suárez C. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Av Enferm.* 2010;28(2):73-87.
6. Louro Bernal I. La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública.* 2003;29(1):48-51.
7. Ortega Veitía T, De la Cuesta Freijomil D, Días Retureta C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cubana Enfermer.* 1999;15(3):164-8.

8. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.
9. Val Jiménez A, Amorós Ballester G, Martínez Visa P, Fernández Ferré ML, León Sanromà M. Descriptive study of patient compliance in pharmacologic antihypertensive treatment and validation of the Morisky and Green test. *Aten Primaria*. 1992;10(5):767-70.
10. Marín-Reyes F, Rodríguez-Morán M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Publica Mex*. 2001;43(4):336-9.
11. Arce-Espinoza L, Monge-Nájera J. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos. *Rev Costarric Salud Pública*. 2017;26(2):175-85.
12. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353(5):487-97.
13. Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. *Geriatr Gerontol Int*. 2016;16(10):1093-101.
14. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol*. 2004;23(2):207-18.
15. Manteuffel M, Williams S, Chen W, Verbrugge RR, Pittman DG, Steinkellner A. Influence of patient sex and gender on medication use, adherence, and prescribing alignment with guidelines. *J Womens Health (Larchmt)*. 2014;23(2):112-9.

# Adherencia al tratamiento farmacológico de mujeres adultas con hipotiroidismo

---

Miranda Belén Am Gaiada, María Luisa Salina Núñez, Orlando José Zolabarrieta López, Fátima Liz González  
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción

## RESUMEN

**Objetivos:** Determinar la proporción de pacientes con adherencia al tratamiento de hipotiroidismo en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas en junio-julio del 2023. Identificar el rango etario más frecuente de las pacientes en tratamiento con hipotiroidismo primario y determinar la frecuencia de olvido de medicación como factor en la adherencia al tratamiento. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo. La población consistió en 44 mujeres entre 18 y 65 años diagnosticadas con hipotiroidismo primario que acudieron al consultorio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas en el periodo de junio y julio de 2023. Se utilizó el cuestionario de escala de adherencia de Morisky-Green para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico. **Resultados:** La edad media de las participantes fue de  $45 \pm 0,4$  años. El 72,7 % (32) de las pacientes presentó adherencia correcta al tratamiento farmacológico, mientras que el 27,3 % (12) no presentó adherencia correcta. El rango etario más prevalente fue de 58-65 años, correspondiente al 27,2 % del total. En cuanto a la frecuencia de olvido en la toma de medicación, el 50 % (22) nunca o raramente se olvida, el 34 % (15) a veces olvida, el 13,6 % (6)

normalmente se olvida y el 2,4 % (1) siempre se olvida. **Conclusiones:** La mayoría de las mujeres estudiadas refieren el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Las edades más prevalentes de las pacientes con hipotiroidismo primario en tratamiento farmacológico varían de 58 a 65 años. El olvido de la medicación como factor en la adherencia al tratamiento farmacológico del hipotiroidismo fue de bajo porcentaje, ya que en su mayor proporción nunca o rara vez lo olvidan.

*Palabras clave:* Hipotiroidismo, adherencia al tratamiento, levotiroxina, Morisky-Green, atención primaria.

## ABSTRACT

**Objectives:** To determine the proportion of patients adhering to hypothyroidism treatment at the Department and Service of Family Medicine of the Hospital de Clínicas in June-July 2023. To identify the most frequent age range of patients undergoing treatment for primary hypothyroidism and determine the frequency of medication forgetting as a factor in treatment adherence. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive observational study with a quantitative approach was conducted. The population consisted of 44 women between 18 and 65 years old diagnosed with primary hypothyroidism who attended the Family Medicine clinic at Hospital de Clínicas during June and July 2023. The Morisky-Green adherence scale questionnaire was used to evaluate pharmacological treatment adherence. **Results:** The mean age of participants was  $45 \pm 0.4$  years. 72.7% (32) of patients showed correct adherence to pharmacological treatment, while 27.3% (12) did not show correct adherence. The most prevalent age range was 58-65 years, corresponding to 27.2% of the total. Regarding the frequency of forgetting to take medication, 50% (22) never or rarely forget, 34% (15) sometimes forget, 13.6% (6) usually forget, and 2.4% (1) always forget. **Conclusions:** The majority of women studied report compliance with pharmacological treatment. The most prevalent ages of patients with primary hypothyroidism on pharmacological treatment range from 58 to 65 years. Forgetting medication as a factor in pharmacological treat-

ment adherence for hypothyroidism was low, as the majority never or rarely forget it.

*Keywords:* Hypothyroidism, treatment adherence, levothyroxine, Morisky-Green, primary care.

## INTRODUCCIÓN

El hipotiroidismo es una patología endocrina caracterizada por la disminución en la producción y liberación de hormonas tiroideas por la glándula tiroides. Esta condición afecta significativamente diversos sistemas del cuerpo humano, dado que las hormonas tiroideas desempeñan un papel crucial en la regulación del metabolismo, el crecimiento y el desarrollo. El hipotiroidismo es una enfermedad muy prevalente, especialmente en mujeres a partir de los 50 años, y en la mayoría de los casos se debe a una afección de la glándula tiroides por enfermedad tiroidea autoinmunitaria o iatrogenia (1).

La tiroides, como principal responsable del control metabólico en el organismo, libera hormonas capaces de aumentar la síntesis proteínica en los tejidos y el consumo de oxígeno tisular, siendo imprescindible en el crecimiento y el desarrollo fetal (4,5). La regulación del hipotiroidismo involucra una compleja interacción entre el hipotálamo, la glándula pituitaria y la tiroides, en lo que se conoce como el eje hipotálamo-hipófisis-tiroides. El hipotálamo secreta la hormona liberadora de tirotrópina (TRH), que estimula la glándula pituitaria para producir la hormona estimulante de la tiroides (TSH). A su vez, la TSH estimula la tiroides para producir hormonas tiroideas, principalmente tiroxina (T<sub>4</sub>) y triyodotironina (T<sub>3</sub>) (6).

En el hipotiroidismo primario, que representa el 98 % de los casos de hipofunción tiroidea, la glándula tiroides no produce suficientes hormonas tiroideas, lo que da como resultado niveles elevados de TSH en un intento del organismo por estimular la producción (7,13). Los síntomas comunes del hipotiroidismo incluyen fatiga, aumento de peso, sensibilidad al frío, piel seca, cabello quebradizo y cambios en el estado de ánimo. Además, puede afectar el sistema cardiovascular,

aumentando el riesgo de enfermedad cardíaca, y puede influir en la función cognitiva y la salud mental (16).

El tratamiento de elección para el hipotiroidismo es la levotiroxina sódica, una hormona tiroidea sintética que se administra por vía oral (1). La dosis de levotiroxina se ajusta individualmente según los niveles de hormonas tiroideas en sangre y la respuesta del paciente. Es fundamental que la levotiroxina se tome de manera consistente y en condiciones adecuadas para su óptima absorción, preferiblemente en ayunas y al menos 30 minutos antes del desayuno (20).

A pesar de la mejora en el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud a lo largo de los años, la falta de adherencia a los tratamientos continúa siendo una dificultad significativa para cumplir con el propósito de mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, ya sea en la toma de la medicación, el seguimiento de un régimen alimenticio, o la ejecución de cambios en el modo de vida (24).

Los problemas de adherencia están siempre presentes, independientemente de la enfermedad, del tipo de paciente o del grupo demográfico, y sea cual sea su nivel socioeconómico (1,2). De forma general, los estudios clínicos realizados en las últimas décadas demuestran una adherencia media del 75,2 %; es decir, uno de cada 4 pacientes no toma la medicación de la forma que se considera adecuada (3).

La medición de la adherencia y su evaluación son problemas importantes en la práctica clínica, debido a la dificultad para obtener datos fiables. En este contexto, el presente estudio se enfoca en evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico del hipotiroidismo en mujeres adultas que consultan en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas (Asunción, Paraguay). Esta investigación permitirá mostrar qué tan comprometidas están las pacientes en tomar diariamente el medicamento y determinar el rango etario más afectado por esta condición.

La adherencia al tratamiento se ha ubicado como un dilema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para optimizar la salud de los habitantes. Por lo tanto, este estudio no solo contribuirá al conocimiento sobre la adherencia al tratamiento del hipotiroidismo en nuestra población, sino que también proporcionará información valiosa para el desarrollo de estrategias que mejoren la adherencia y, en consecuencia, la calidad de vida de las pacientes con esta condición.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño y ámbito del estudio

Este estudio se diseñó como una investigación observacional descriptiva de corte transversal con enfoque cuantitativo. El escenario de estudio fueron los consultorios de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas en Asunción, Paraguay, un centro de referencia que cuenta con una Cátedra y Servicio de Medicina Familiar. La investigación se llevó a cabo durante los meses de junio y julio de 2023.

### Población y muestra

La población de estudio consistió en mujeres diagnosticadas con hipotiroidismo primario que acudieron al consultorio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas durante el periodo mencionado. De un total de 720 pacientes atendidos, 307 fueron mujeres entre 18 y 65 años. Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo por conveniencia, seleccionando a 44 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

### Criterios de selección

Se incluyeron en el estudio mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 65 años que presentaban diagnóstico confirmado de hipotiroi-

dismo primario, que no manifestaban alteraciones cognitivas ni mentales, y que expresaron su voluntad de participar en la investigación mediante consentimiento informado. Los criterios de exclusión abarcaron a aquellas pacientes que manifestaron su negativa a completar el test de evaluación, mujeres que padecían enfermedades en estado terminal, y pacientes que presentaban cualquier tipo de alteración mental que pudiera interferir con su capacidad de participación, incluyendo pero no limitándose a condiciones como la enfermedad de Alzheimer, cuadros de demencia senil y diferentes grados de retardo mental.

### **Instrumento de recolección de datos**

Se utilizó el cuestionario de escala de adherencia de Morisky-Green, un instrumento validado internacionalmente que consta de 8 preguntas cuidadosamente diseñadas para medir el comportamiento de adherencia específico asociado a la ingesta de medicamentos. Este cuestionario evalúa diferentes aspectos del cumplimiento terapéutico, incluyendo el olvido de la medicación, la adherencia a los horarios establecidos, y las razones por las que los pacientes podrían interrumpir el tratamiento. Siete de las preguntas están estructuradas con un formato de respuesta dicotómico Sí/No, mientras que una pregunta emplea una escala de tipo Likert que permite una evaluación más matizada de la frecuencia de la toma de medicamentos. El tiempo estimado para completar el cuestionario fue de aproximadamente 5 minutos, lo que lo hace práctico y eficiente para su aplicación en el contexto clínico.

### **Procedimiento**

Antes de proceder con la aplicación del cuestionario, se llevó a cabo un proceso riguroso de obtención del consentimiento informado de todas las participantes. Durante este proceso, se dedicó tiempo a explicar minuciosamente los objetivos y alcances de la investigación, detallando la metodología a utilizar y la importancia de su participación. Se hizo especial énfasis en asegurar a las participantes que toda la información

proporcionada sería tratada con absoluta confidencialidad, garantizando la protección de sus datos personales y manteniendo su anonimato durante todo el proceso de investigación y en la publicación de los resultados.

### **Variables del estudio**

Las principales variables analizadas en este estudio fueron tres: la edad cronológica de las participantes (medida en años cumplidos desde su nacimiento), la adherencia al tratamiento farmacológico (evaluada mediante la aplicación sistemática del cuestionario validado de Morisky-Green, que permite determinar el grado de cumplimiento terapéutico), y la frecuencia con la que las pacientes olvidan tomar su medicación (esta última variable fue categorizada en cuatro niveles distintos para facilitar su análisis: nunca/raramente, a veces, normalmente, y siempre, permitiendo así una evaluación más precisa de este aspecto del comportamiento terapéutico).

### **Análisis estadístico**

Para el análisis completo y sistemático de los datos recolectados, se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2021. El análisis descriptivo abarcó la totalidad de las variables del estudio, implementando diferentes métodos estadísticos según la naturaleza de los datos: para las variables cualitativas, se calcularon las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), proporcionando una visión clara de la distribución de las características categóricas en la población estudiada; mientras que para las variables cuantitativas, se emplearon medidas de tendencia central, específicamente la media aritmética, junto con medidas de dispersión como la desviación estándar, lo que permitió caracterizar tanto la tendencia general como la variabilidad de los datos numéricos en la muestra.

## Consideraciones éticas

El estudio se condujo bajo un estricto marco ético, adhiriéndose fundamentalmente a los cuatro principios bioéticos universales: el principio de autonomía, que garantiza el respeto a la capacidad de decisión de las participantes; el principio de justicia, que asegura un trato equitativo y sin discriminación; el principio de no maleficencia, que protege a las participantes de cualquier daño potencial; y el principio de beneficencia, que busca maximizar los beneficios mientras se minimizan los riesgos. Para salvaguardar los derechos de las participantes, se implementaron rigurosos protocolos de protección de datos que garantizaron tanto la confidencialidad de la información recolectada como el completo anonimato de las participantes durante todas las fases del estudio. Antes de su implementación, el protocolo de investigación fue sometido a una exhaustiva evaluación y recibió la aprobación formal del Comité de Ética correspondiente, asegurando así el cumplimiento de todos los estándares éticos requeridos para la investigación con seres humanos.

## RESULTADOS

### Características demográficas de la muestra

El estudio incluyó a 44 mujeres con diagnóstico de hipotiroidismo primario que consultaron en el servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas durante los meses de junio y julio de 2023. La edad media de las participantes fue de  $45 \pm 0,4$  años, con un rango que abarcó desde los 18 hasta los 65 años. La distribución por grupos etarios mostró que 4 pacientes (9,09 %) pertenecían al rango de 18-27 años, 8 pacientes (18,1 %) al rango de 28-37 años, 9 pacientes (20,4 %) al rango de 38-47 años, 11 pacientes (25 %) al rango de 48-57 años, y 12 pacientes (27,2 %) al rango de 58-65 años. Estos datos indican una mayor prevalencia de hipotiroidismo en mujeres de edad más avanzada, con más de la mitad de la muestra (52,2 %) situada en el rango de 48 a 65 años.

## **Adherencia al tratamiento farmacológico**

La evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico se realizó mediante el cuestionario de escala de adherencia de Morisky-Green. Los resultados revelaron que 32 pacientes, lo que representa el 72,7 % de la muestra, presentaron una adherencia correcta al tratamiento farmacológico. Por otro lado, 12 pacientes, equivalentes al 27,3 % de la muestra, no mostraron una adherencia correcta. Estos hallazgos sugieren que, si bien la mayoría de las pacientes siguen adecuadamente su régimen de tratamiento, existe un porcentaje significativo que no lo hace, lo cual podría tener implicaciones importantes para el control de su condición.

## **Frecuencia de olvido en la toma de medicación**

Un aspecto crucial en la adherencia al tratamiento es la frecuencia con la que las pacientes olvidan tomar su medicación. Los resultados en este aspecto mostraron una variabilidad considerable. Se encontró que 22 pacientes (50 %) nunca o raramente se olvidan de tomar su medicación, lo que indica un alto nivel de compromiso con su tratamiento. Por otro lado, 15 pacientes (34 %) reportaron que a veces olvidan tomar su medicación, lo que indica que podrían beneficiarse de estrategias de recordatorio. Además, 6 pacientes (13,6 %) indicaron que normalmente se olvidan de tomar su medicación, lo cual es preocupante y podría estar afectando significativamente la eficacia de su tratamiento. Finalmente, 1 paciente (2,4 %) reportó que siempre se olvida de tomar su medicación, lo que representa un caso extremo de falta de adherencia que requiere atención inmediata.

## **Relación entre edad y adherencia**

Aunque no se llevó a cabo un análisis estadístico formal de la relación entre la edad y la adherencia al tratamiento, los datos descriptivos sugieren una tendencia interesante. El grupo de edad con mayor representación en la muestra (58-65 años) coincide con el grupo que mostró la mayor adherencia al tratamiento. Esto podría indicar que las

pacientes de mayor edad tienden a ser más conscientes de la importancia de su tratamiento y, por lo tanto, más adherentes. Sin embargo, esta observación requeriría un análisis estadístico más profundo para ser confirmada.

En resumen, los resultados de este estudio muestran una adherencia al tratamiento farmacológico del hipotiroidismo generalmente buena, con casi tres cuartas partes de las pacientes mostrando una adherencia correcta. Sin embargo, el hecho de que más de un cuarto de las pacientes no presenten una adherencia adecuada, junto con los datos sobre la frecuencia de olvido en la toma de medicación, apunta a que aún hay margen para mejorar. Estos hallazgos pueden ser útiles para diseñar estrategias dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento en esta población de pacientes.

## DISCUSIÓN

El presente estudio se propuso evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico en mujeres adultas con hipotiroidismo que consultan en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas. Los resultados obtenidos arrojan luz sobre varios aspectos importantes de esta problemática y permiten establecer comparaciones con hallazgos previos en la literatura.

En primer lugar, es destacable que el 72,7 % de las pacientes en nuestro estudio presentaron una adherencia correcta al tratamiento farmacológico. Este resultado es alentador y supera los hallazgos de algunos estudios previos. Por ejemplo, contrasta con el estudio realizado en España por Martín Virtudes, donde se obtuvo una falta de adherencia terapéutica del 62 % utilizando el mismo test de Morisky (25). Sin embargo, nuestros resultados se asemejan más a los obtenidos por García Jiménez en España, donde el 68,0 % de los pacientes cumplían con el tratamiento farmacológico (1). Esta variabilidad en los resultados subraya la importancia de considerar factores contextuales y culturales en la adherencia al tratamiento.

La distribución por edad de nuestra muestra reveló una mayor prevalencia de hipotiroidismo en mujeres de edad más avanzada, con el 27,2 % de las pacientes en el rango de 58-65 años. Este hallazgo es consistente con la literatura existente, que señala una mayor incidencia de hipotiroidismo en mujeres a partir de los 50 años (26). En el estudio de García Jiménez, por ejemplo, el 38 % de los pacientes se encontraban en una franja de edad entre 65 y 68 años (1). Esta concordancia refuerza la necesidad de prestar especial atención a la población femenina de edad avanzada en el diagnóstico y seguimiento del hipotiroidismo.

Un aspecto crucial de nuestro estudio fue la evaluación de la frecuencia de olvido en la toma de medicación. Encontramos que el 50 % de las mujeres nunca o raramente olvida tomar su medicación, lo cual es un indicador positivo de adherencia. Sin embargo, este porcentaje es inferior al reportado en un estudio realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, donde el 80,1 % de los pacientes refirió no olvidarse de tomar su medicación diariamente (27). Esta diferencia podría atribuirse a diversos factores, como las características sociodemográficas de las poblaciones estudiadas, los sistemas de salud de cada país, o las estrategias de educación al paciente implementadas en cada contexto.

Es importante destacar que, a pesar de la buena adherencia general, un 27,3 % de las pacientes en nuestro estudio no presentó una adherencia correcta. Este porcentaje no es despreciable y subraya la necesidad de implementar estrategias para mejorar la adherencia en este grupo de pacientes. Factores como la complejidad del régimen de tratamiento, los efectos secundarios de la medicación, la falta de comprensión sobre la importancia del tratamiento continuo, o barreras socioeconómicas podrían estar influyendo en esta falta de adherencia, como se ha señalado en estudios previos (28).

La relación observada entre la edad y la adherencia al tratamiento, aunque no se analizó estadísticamente, sugiere una tendencia interesante. Las pacientes de mayor edad parecen mostrar una mejor adherencia, lo cual podría explicarse por una mayor conciencia de la importancia del tratamiento o por una mayor experiencia en el manejo

de condiciones crónicas. Sin embargo, esta observación requeriría un análisis más profundo en futuros estudios.

Nuestros hallazgos tienen implicaciones importantes para la práctica clínica. Sugieren que, si bien la mayoría de las pacientes con hipotiroidismo muestran una buena adherencia al tratamiento, existe un margen significativo para la mejora. Es necesario que los profesionales de la salud sean capaces de transmitir adecuadamente a las pacientes la información referente tanto a la enfermedad como a su tratamiento, para optimizar la adhesión a la intervención farmacológica con levotiroxina y su incidencia en el correcto control de la enfermedad (29).

Las limitaciones de este estudio incluyen su naturaleza transversal, que no permite establecer relaciones causales, y el tamaño relativamente pequeño de la muestra. Además, al basarse en un cuestionario autoadministrado, existe la posibilidad de sesgo de discapacidad social en las respuestas de las pacientes (30). Futuros estudios podrían beneficiarse de un diseño longitudinal, una muestra más grande y la inclusión de métodos objetivos para medir la adherencia, como el recuento de píldoras o el monitoreo electrónico (31).

En conclusión, este estudio proporciona información valiosa sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en mujeres con hipotiroidismo en nuestro contexto local. Los resultados subrayan la necesidad de estrategias personalizadas para mejorar la adherencia, especialmente en aquellas pacientes que presentan dificultades para cumplir con su régimen de tratamiento. Futuros estudios podrían explorar intervenciones específicas para mejorar la adherencia y evaluar su impacto en el control del hipotiroidismo y la calidad de vida de las 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.

La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

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.

**Fecha de publicación:** 29 de noviembre de 2024

## REFERENCIAS

1. Garcia Jiménez E. Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico [Tesis Doctoral]. España: Universidad de Granada; 2003.
2. Celi FS, Zemskova M, Linderman JD, Babar NI, Skarulis MC, Csako G, et al. The pharmacodynamic equivalence of levothyroxine and liothyronine. A randomized, double blind, cross-over study in thyroidectomized patients. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010 May;72(5):709-15.
3. Bueno-Gómez M, Barrionuevo MD, García E, Fikri N, Gonzalez L, Lopez E. Causas de incumplimiento de los pacientes que acuden a una farmacia comunitaria de Granada. *Aten Primaria*. 2008;40:105-106.
4. Mingorance Mingorance MC, García-Jiménez E. Adherencia y conocimiento del tratamiento en pacientes hipotiroideos desde una farmacia comunitaria en Sevilla. Estudio piloto. *Aten Primaria* 44 (9):563-565, 2012.
5. Wiersinga WM. Hypothyroidism and Myxedema Coma. En: DeGroot LJ, Jameson JL editors. *Endocrinology Adult and Pediatric*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders 2016, p. 1540-56.
6. Pearce EN. Diagnosis and management of hypothyroidism in pregnancy. *CMAJ*. 2019;191(40):E1098-E1105.
7. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amarilesc P, Rodríguez Chamorro A, Fause MJ. Revisión de tests de medición del cumpli-

miento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria* 40 (8): 413-417, 2008.

8. American Association of Clinical Endocrinologists. Medical Guidelines for clinical practice for the evaluation and treatment of hyperthyroidism and hypothyroidism. *Endocr Pract* 8:457-469, 2002.

9. López-Torres Hidalgo R, Honrubia Alujer F, Merino Campos P, Cuéllar Bolás B, Silvestre Molina P, Quijano Trivino E. Cumplimiento terapéutico en tratamientos con levotiroxina. ¿Qué podemos hacer para mejorarlo? *Aten Primaria* 44 (7):438-448, 2012.

10. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 24:67-74, 1986.

11. Rios M. Sociedad valenciana de medicina familiar y comunitaria. Manejo de hipotiroidismo en atención primaria. 2009.

12. Rodríguez MÁ, García E, Busquets A, Rodríguez A, Pérez EM, Faus MJ. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España*. 2009;11:183-191.

13. Villanueva V. Hipotiroidismo. *Revista de posgrado de la catedra vla medicina n°105*. 2014.

14. Soledispa Navia C, López I, Tinoco A, Rojas J, Morillo J, Añez R, Bermúdez V. Prevalencia de hipotiroidismo subclínico en pacientes gestantes y su resultante neonatal en un centro de atención privada de Guayaquil, Ecuador. *Síndrome Cardiometabólico, Norteamérica*. 2016.

15. Brent GA. Hypothyroidism and thyroiditis. In: Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 20th ed. McGraw-Hill; 2018.

16. Plowden TC, Schisterman EF, Sjaarda LA, Perkins NJ, Silver R, Radin R, et al. Thyroid-stimulating hormone, anti-thyroid antibodies, and pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2017.

17. Vanderpump MPJ, Tunbridge WMG. Epidemiology and prevention of clinical and subclinical hypothyroidism. *Thyroid*. 2004.
18. Arroyo Bros J, Gil Lluís P, Cabot GL, Pedragos AC. Hipotiroidismo primario: consideraciones para una buena utilización del tratamiento con levotiroxina. *Med Clin (Barc)* 136 (5):207-214, 2011.
19. Jonklaas J, Bianco AC, Cappola AR, Celi FS, Volantes E, McAninch EA, et al. Evidence-Based Use of Levothyroxine/Liothyronine Combinations in Treating Hypothyroidism: A Consensus Document. *Thyroid*. 2021; 31(2):156-82.
20. Jo S, Fonseca TL, Bocco BM, Fernandes GW, McAninch E, Bolin AP, et al. Type 2 deiodinase polymorphism causes ER stress and hypothyroidism in the brain. *J Clin Invest*. 2019;129(1):230-45.
21. Léger J, Olivieri A, Donaldson M, Torresani T, Krude H, van Vliet G, et al. European Society for Paediatric Endocrinology consensus guidelines on screening, diagnosis, and management of congenital hypothyroidism. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014 Feb;99(2):363-84.
22. Rastogi MV, LaFranchi SH. Congenital hypothyroidism. *Orphanet J Rare Dis* 2010.
23. Garmendia Madariaga A, Santos Palacios S, Guillén-Grima F, Galofré JC. The Incidence and Prevalence of Thyroid Dysfunction in Europe: a Meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014.
24. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
25. Martín Virtudes MC. Adherencia al tratamiento en pacientes con hipotiroidismo [Tesis de Grado]. España: Universidad de La Laguna; 2018.
26. Canaris GJ, Manowitz NR, Mayor G, Ridgway EC. The Colorado thyroid disease prevalence study. *Arch Intern Med*. 2000;160(4):526-534.
27. Sánchez-Gómez MB, Duarte-Clíments G, Aguirre-Jaime A, Sierra-López A. Estudio del cumplimiento terapéutico en pacientes con hipotiroidismo en un área de salud. *Aten Primaria*. 2007;39(11):597-602.

28. Crilly M, Esmail A. Randomised controlled trial of a hypothyroid educational booklet to improve thyroxine adherence. *Br J Gen Pract.* 2005;55(514):362-368.
29. Cappelli C, Castello R, Marini F, Mazzi C, Pirola I, Gandossi E, et al. Adherence to levothyroxine treatment among patients with hypothyroidism: a northeastern Italian survey. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2018;9:699.
30. Tourangeau R, Yan T. Sensitive questions in surveys. *Psychol Bull.* 2007;133(5):859-883.
31. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353(5):487-497.

# Calidad de atención y grado de satisfacción de usuarios sobre un servicio de medicina familiar

---

Cristian González Cuevas, Juana Pavón  
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la calidad de atención y grado de satisfacción de los usuarios de la cátedra y servicio de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción en agosto del año 2023. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo a correlacional de corte transversal. Se utilizó el cuestionario validado por L. Córdova Berru «Encuesta de opinión al cliente». Para evaluar la relación entre variables se aplicó la prueba estadística chi-cuadrado. La muestra estuvo compuesta por 103 usuarios que acudieron a consulta en agosto de 2023. **Resultados:** La muestra se caracterizó por tener un 62,1 % de sexo femenino, con una edad media de  $42 \pm 15,2$  años, siendo 48,9 % solteros. La calidad de atención fue calificada como buena por el 50,5 % de los usuarios, excelente por el 37,9 %, regular por el 6,8 % y mala por el 4,9 %. En cuanto al grado de satisfacción, el 56,3 % se declaró satisfecho, el 32 % muy satisfecho, el 7,8 % insatisfecho y el 3,9 % muy insatisfecho. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la calidad de atención y el grado de satisfacción. También se hallaron relaciones significativas entre la calidad de atención y variables como el trato del médico, el tiempo de espera, la realización del

examen físico, la limpieza de los servicios higiénicos y la estructura general del servicio. No se encontró relación significativa con el tiempo de duración de la consulta. **Conclusiones:** La calidad de atención fue percibida mayoritariamente como buena, con una tendencia hacia excelente. Se encontró una relación significativa entre la calidad de atención y el grado de satisfacción de los usuarios. Factores como el trato del médico, el tiempo de espera y la realización del examen físico influyeron significativamente en la percepción de la calidad de atención.

*Palabras clave:* Calidad de atención, satisfacción del usuario, atención primaria de salud, medicina familiar, evaluación de servicios de salud.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the quality of care and user satisfaction in the Family Medicine Department and Service at the Faculty of Medical Sciences, National University of Asunción, in August 2023. **Materials and methods:** We conducted a cross-sectional observational descriptive-correlational study using L. Córdova Berru's validated "Customer Opinion Survey." We analyzed relationships between variables using chi-square tests. The sample comprised 103 users who attended consultations in August 2023. **Results:** The sample included 62.1% females, with a mean age of  $42 \pm 15.2$  years, and 48.9% were single. Users rated the quality of care as good (50.5%), excellent (37.9%), fair (6.8%), and poor (4.9%). Regarding satisfaction levels, 56.3% were satisfied, 32% very satisfied, 7.8% dissatisfied, and 3.9% very dissatisfied. A statistically significant relationship emerged between quality of care and user satisfaction. Quality of care significantly correlated with doctor's treatment, waiting time, physical examination performance, bathroom cleanliness, and general service structure. However, consultation duration showed no significant relationship. **Conclusions:** Users predominantly perceived the quality of care as good to excellent. Quality of care significantly correlated with user satisfaction. Doctor's treatment, waiting time, and physical examination performance emerged as key factors influencing quality perception.

*Keywords:* Quality of care, user satisfaction, primary health care, family medicine, health services evaluation.

## INTRODUCCIÓN

La salud es un tema de preocupación fundamental para los gobiernos y la sociedad en general. A pesar de los avances significativos en el campo de la medicina y la gestión sanitaria, aún se observan deficiencias importantes en la cobertura, accesibilidad, disponibilidad y calidad de la atención en muchas instituciones sanitarias a nivel global (1). Esta situación plantea un desafío constante para los sistemas de salud, especialmente en países en desarrollo como Paraguay, donde los recursos son limitados y las demandas de atención médica están en constante aumento.

La calidad de la atención médica ha adquirido una relevancia creciente en las últimas décadas, particularmente en el contexto del debate sobre los derechos de los pacientes y el derecho universal a la salud. La evaluación de la calidad se ha convertido en un elemento crucial para lograr resultados positivos en el estado de salud de la población. Sin embargo, es importante reconocer que la atención de la salud implica acciones que van más allá del campo estrictamente médico y requiere un enfoque interdisciplinario (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad en la atención sanitaria como aquella que alcanza «un alto nivel de excelencia profesional, usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el paciente, para lograr un alto grado de satisfacción por parte de éste y produciendo un impacto final positivo en salud» (3). Esta definición multidimensional subraya la importancia de considerar no solo los aspectos técnicos de la atención, sino también la eficiencia en el uso de recursos, la seguridad del paciente y su satisfacción.

Desde una perspectiva más amplia, la calidad puede definirse como «el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas» (4). En el contexto de la atención médica, esto implica que

la calidad no solo se mide por los resultados clínicos, sino también por la capacidad del servicio para cumplir o superar las expectativas de los pacientes.

La satisfacción con la atención médica es un concepto multifactorial y representa una de las metas fundamentales del profesional de salud. Se puede definir como la diferencia cognitiva entre la expectativa concebida y la atención percibida (5). Este concepto integra componentes tanto cognitivos como afectivos, lo que lleva a una definición más integral de la satisfacción en la atención como un estado emocional susceptible de ser medido, que surge del acto de comparar las expectativas con los resultados en la atención sanitaria (6,7).

Es importante destacar que un paciente satisfecho tiende a colaborar más activamente con su cuidado de la salud, lo que facilita la gestión de los servicios y mejora los resultados clínicos (8). Por esta razón, la evaluación de la satisfacción de los usuarios se ha convertido en una medida crucial de la calidad de la atención en los establecimientos de salud. La satisfacción se entiende como la evaluación positiva del paciente sobre la atención médica recibida, lo que no solo propicia la adherencia de estos al proveedor de servicios, sino que también orienta mejoras en las organizaciones de salud (9).

Una estrategia efectiva para alcanzar una alta calidad asistencial es la aplicación del enfoque de medicina centrada en la persona. Este paradigma puede ser evaluado a través de varios dominios, incluyendo la satisfacción del paciente, la experiencia de la enfermedad y las expectativas de mejora, la consideración de la persona en su totalidad, la búsqueda de puntos en común, la promoción de la salud y la mejora de la relación médico-paciente (9,10).

Entre los factores que influyen en la calidad de la atención médica, se pueden mencionar la estructura (que incluye aspectos como las instalaciones, el personal médico y los recursos disponibles), el proceso (que se refiere a la interacción entre los pacientes y los servicios de salud) y el resultado (que abarca la satisfacción del paciente y el nivel de salud alcanzado). Los expertos en el campo coinciden en que la evaluación de la calidad de la atención en salud debe considerar al menos las

siguientes dimensiones: accesibilidad, equidad, competencia profesional, satisfacción del usuario, efectividad, eficiencia, eficacia, seguridad, confort, continuidad, oportunidad, privacidad y confidencialidad (11,12).

En Paraguay, a pesar de los esfuerzos realizados y las inversiones significativas en estrategias y modelos importados para mejorar la calidad de la atención, los problemas persisten tanto en las instituciones de salud públicas como privadas. Estas deficiencias se manifiestan de diversas formas, pero las más evidentes son las frecuentes quejas de los usuarios, quienes demandan mejores servicios y una atención más humanizada por parte del personal de salud (13).

En este contexto, la evaluación de la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios se convierte en un instrumento clave para la mejora continua de los servicios de salud. Con el desarrollo de la humanidad y los avances en la biotecnología médica, se hace necesario un llamado a (re)humanizar la asistencia en salud y ofrecer servicios de mayor calidad. Esto implica adoptar un enfoque holístico que incluya no solo los aspectos técnicos de la atención, sino también los recursos humanos, el compromiso del personal y la voluntad política necesaria para brindar una atención médica de excelencia (14).

La presente investigación se centra en determinar la calidad de atención y el grado de satisfacción de los usuarios de la Cátedra y servicio de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas del Hospital de Clínicas en agosto del 2023. Este estudio busca proporcionar información veraz y oportuna a la institución sobre las atenciones brindadas, con el objetivo de identificar áreas de mejora y contribuir al desarrollo de estrategias que permitan elevar la calidad de la atención y, consecuentemente, la satisfacción de los usuarios.

La relevancia de este estudio radica en su potencial para generar conocimientos que puedan traducirse en mejoras concretas en la prestación de servicios de salud. Al evaluar la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención recibida, se obtiene una valiosa retroalimentación que puede guiar la toma de decisiones y la implementación de políticas orientadas a optimizar la atención médica en el contexto de la medicina familiar y comunitaria en Paraguay.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### **Diseño del estudio**

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo a correlacional, de corte transversal. Este diseño fue seleccionado por su idoneidad para examinar la relación entre la calidad de atención y el grado de satisfacción de los usuarios en un momento específico, sin manipular las variables de estudio. El enfoque cuantitativo adoptado permitió la medición precisa y el análisis estadístico riguroso de los datos recolectados, facilitando así la obtención de resultados objetivos y generalizables.

### **Población y muestra**

La población de estudio estuvo compuesta por todos los usuarios que acudieron a la consulta en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA) durante agosto del 2023. Según los registros estadísticos de la institución, se atiende un promedio de 100 usuarios por semana. Para este estudio, se estableció una muestra de 103 usuarios, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Este tamaño de muestra se consideró adecuado para obtener una representación significativa de la población de estudio, teniendo en cuenta las limitaciones de tiempo y recursos del proyecto.

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

Los criterios de inclusión establecidos para el estudio fueron: ser paciente mayor de 18 años, haber sido atendido en la consulta médica en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar FCM-UNA en agosto del 2023, y aceptar participar voluntariamente en el estudio bajo consentimiento informado. Estos criterios se establecieron para asegurar que los participantes tuvieran la capacidad legal para consentir su participación y que hubieran tenido una experiencia reciente con el servicio evaluado. Por otro lado, se excluyeron del estudio las personas con

enfermedades que impidieran el desarrollo del instrumento de investigación, así como aquellos casos en los que la recolección de datos en el cuestionario fuera incompleta. Estos criterios de exclusión se implementaron para garantizar la calidad y la integridad de los datos recolectados.

### **Instrumento de recolección de datos**

Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario validado «Encuesta de opinión al cliente» desarrollado por Lizbeth Córdova Berru. Este instrumento fue seleccionado por su comprensividad y validez comprobadas en estudios previos. El cuestionario consta de 27 ítems que evalúan de manera integral los indicadores de estructura, procesos y resultados del servicio de consulta externa. Las preguntas incluyen respuestas dicotómicas (Sí/No) para aspectos concretos de la atención, y escalas de Likert para medir actitudes y percepciones de manera más matizada. El instrumento abarca diversos aspectos de la atención, incluyendo la accesibilidad, que considera costos, tiempos y características organizacionales de los servicios; la estructura, que evalúa la existencia y atributos de recursos humanos, materiales y equipos, y el proceso, que examina las acciones de revisión y diagnóstico, el trato del personal y la continuidad de la atención. Además, el cuestionario incluye ítems para evaluar la percepción general de la calidad de atención y la satisfacción con la atención recibida, proporcionando así una visión holística de la experiencia del usuario.

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

La encuesta se aplicó durante el mes de agosto del 2023 en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar FCM-UNA. El proceso de recolección de datos fue llevado a cabo por el investigador principal y colaboradores externos que fueron previamente capacitados en la aplicación del instrumento y en los aspectos éticos de la investigación. Los encuestadores abordaron a los pacientes a la salida del consultorio, momento elegido para asegurar que los participantes hubieran completado su experiencia de atención. Se explicó detalladamente el objetivo de la

encuesta y se solicitó la participación voluntaria de los usuarios, enfatizando la naturaleza anónima y confidencial de la información proporcionada. Antes de proceder con la encuesta, se obtuvo el consentimiento informado de cada participante. Para garantizar la calidad de los datos, los encuestadores verificaron que cada cuestionario fuera respondido completamente antes de darlo por finalizado, ofreciendo aclaraciones cuando fue necesario, pero sin influir en las respuestas de los participantes.

### **Análisis estadístico**

El análisis de los datos recolectados se realizó utilizando el paquete estadístico Jamovi 2.2.5, una herramienta de código abierto que ofrece un amplio rango de análisis estadísticos. Se estableció un nivel de significancia estadística de  $P < 0,05$ , con un intervalo de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %. El análisis incluyó estadísticas descriptivas para todas las variables del estudio, presentando los resultados en forma de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Para evaluar la relación entre la calidad de atención y otras variables clave del estudio, se empleó la prueba estadística de chi-cuadrado, que permite determinar si existe una asociación significativa entre variables categóricas.

### **Aspectos éticos**

El estudio se llevó a cabo en estricto cumplimiento de los principios éticos fundamentales de la investigación en seres humanos. Antes de iniciar la recolección de datos, se obtuvo la aprobación formal de la institución donde se llevó a cabo el estudio. Cada participante fue informado detalladamente sobre los objetivos del estudio, los procedimientos involucrados, y los potenciales riesgos y beneficios de su participación. Se enfatizó el carácter voluntario de la participación y se garantizó el derecho de los participantes a retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias negativas. La confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes fueron asegurados

mediante la codificación de los cuestionarios y el almacenamiento seguro de la información recolectada. El estudio adhirió a los principios de beneficencia, buscando generar conocimientos que pudieran mejorar la calidad de la atención; no maleficencia, minimizando cualquier riesgo potencial para los participantes; justicia, asegurando una selección equitativa de los participantes, y autonomía, respetando la decisión de los usuarios de participar o no en el estudio. Estos principios éticos fueron aplicados rigurosamente en todas las etapas de la investigación, desde el diseño del estudio hasta la difusión de los resultados.

## RESULTADOS

### Características sociodemográficas de la muestra

El estudio incluyó a 103 pacientes que acudieron a la consulta en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar FCM-UNA durante agosto de 2023. La edad media de los participantes fue de 42 años, con una desviación estándar de 15,2 años, abarcando un rango desde los 19 hasta los 77 años. En cuanto a la distribución por grupos etarios, se observó que el 50,5 % (52 participantes) correspondía a adultos maduros, el 30,1 % (31 participantes) a adultos jóvenes, y el 19,4 % (20 participantes) a adultos mayores. Esta distribución refleja una representación diversa de grupos de edad en la muestra estudiada.

Con relación al sexo, se encontró una predominancia femenina, con el 62,1 % (64 participantes) siendo mujeres, mientras que el 37,9 % (39 participantes) eran hombres. Esta distribución es consistente con la tendencia observada en muchos estudios de atención primaria, donde las mujeres suelen ser usuarias más frecuentes de los servicios de salud.

Respecto al estado civil, el grupo más numeroso fue el de solteros, representando el 48,9 % (50 participantes) de la muestra. Le siguieron los casados, con un 26,2 % (27 participantes), mientras que los viudos constituyeron solo el 1,8 % (2 participantes) de la muestra. Esta informa-

ción proporciona un contexto importante sobre la estructura familiar y social de los usuarios del servicio.

### **Calidad de atención y grado de satisfacción**

Al evaluar la calidad de atención percibida por los usuarios, se encontró que el 50,5 % (52 participantes) la calificó como buena, seguido por un 37,9 % (39 participantes) que la consideró excelente. Un 6,8 % (7 participantes) la percibió como regular, y solo un 4,9 % (5 participantes) la calificó como mala. Estos resultados indican una percepción generalmente positiva de la calidad de atención, con más del 88 % de los usuarios calificándola como buena o excelente.

En cuanto al grado de satisfacción, los resultados fueron igualmente positivos. El 56,3 % (58 participantes) se declaró satisfecho con la atención recibida, mientras que el 32 % (33 participantes) se mostró muy satisfecho. Por otro lado, el 7,8 % (8 participantes) expresó insatisfacción, y un 3,9 % (4 participantes) se declaró muy insatisfecho. Estos datos revelan que más del 88 % de los usuarios estaban satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida.

Al analizar la relación entre la calidad de atención y el grado de satisfacción, se encontró una asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 195$ ,  $P < 0,001$ ). Esta relación se evidencia en la distribución de las respuestas: de los usuarios que calificaron la atención como excelente, el 76,9 % (30 participantes) se declararon muy satisfechos. Por su parte, de aquellos que consideraron la atención como buena, el 94,2 % (49 participantes) se mostró satisfecho. En contraste, todos los usuarios que calificaron la atención como regular (5 participantes) se declararon insatisfechos, y la mayoría de los que la consideraron mala (4 de 7 participantes) se mostraron muy insatisfechos.

### **Factores que influyen en la percepción de la calidad de atención**

Se analizaron varios factores que podrían influir en la percepción de la calidad de atención. El trato del médico durante la consulta mostró una relación significativa con la calidad percibida ( $\chi^2 = 59,4$ ,  $P < 0,001$ ). El

88,3 % (91 participantes) de los usuarios reportaron haber recibido un trato amable, y de estos, el 95,6 % calificó la atención como buena o excelente. En contraste, de los 12 usuarios que percibieron un trato poco amable, el 58,3 % calificó la atención como mala.

La realización del examen físico durante la consulta también se asoció significativamente con la percepción de calidad ( $\chi^2 = 43,5$ ,  $P < 0,001$ ). El 81,5 % (84 participantes) de los usuarios reportaron que se les realizó un examen físico, y de estos, el 97,6 % calificó la atención como buena o excelente. Por otro lado, de los 19 usuarios a quienes no se les realizó examen físico, el 36,8 % calificó la atención como mala.

El tiempo de espera desde la hora de la cita hasta la atención mostró una relación significativa con la calidad percibida ( $\chi^2 = 6$ ,  $P < 0,001$ ). El 48,5 % (50 participantes) consideró el tiempo de espera como aceptable, y de estos, el 100 % calificó la atención como buena o excelente. En contraste, de los 43 usuarios que consideraron que esperaron mucho, el 25,6 % calificó la atención como regular o mala.

Interesantemente, la duración de la atención en el consultorio no mostró una relación significativa con la calidad percibida. El 91,2 % (94 participantes) consideró que el tiempo de atención fue aceptable, independientemente de cómo calificaron la calidad general de la atención.

Otros factores que mostraron una relación significativa con la calidad percibida fueron la limpieza de los servicios higiénicos y la percepción general de la estructura del servicio. El 77,6 % (80 participantes) consideró que los servicios higiénicos estaban limpios, y el 58,2 % (60 participantes) calificó la estructura general del servicio como buena.

Estos resultados sugieren que factores como el trato del personal médico, la realización de un examen físico completo, tiempos de espera razonables y condiciones adecuadas de las instalaciones juegan un papel crucial en la percepción de la calidad de atención por parte de los usuarios.

## DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la calidad de atención y el grado de satisfacción de los usuarios de la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Los resultados obtenidos proporcionan una visión integral de la percepción de los usuarios sobre la atención recibida y permiten identificar áreas de fortaleza y oportunidades de mejora en el servicio.

En primer lugar, es importante destacar que la mayoría de los usuarios (88,4 %) calificó la atención recibida como buena o excelente. Este alto nivel de satisfacción es consistente con los hallazgos de Szwako y Vera (2) en su estudio realizado en 2013 en la misma institución, donde el 90 % de los usuarios se declararon satisfechos con la atención recibida. Esta continuidad en los altos niveles de satisfacción a lo largo del tiempo sugiere una consistencia en la calidad del servicio ofrecido por la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar.

La relación significativa encontrada entre la calidad de atención percibida y el grado de satisfacción de los usuarios ( $\chi^2 = 195$ ,  $P < 0,001$ ) refuerza la idea de que la satisfacción del paciente es un indicador válido de la calidad de la atención en salud. Este hallazgo está en línea con lo propuesto por Donabedian, quien considera la satisfacción del paciente como uno de los siete pilares de la calidad en los servicios de salud (10).

Un aspecto destacable de nuestros resultados es la importancia del trato del médico durante la consulta. La fuerte asociación entre un trato amable y una percepción positiva de la calidad de atención ( $\chi^2 = 59,4$ ,  $P < 0,001$ ) subraya la relevancia de los aspectos interpersonales en la atención médica. Este hallazgo concuerda con lo reportado por Pizarro Abad (17) en su estudio en Perú, donde la empatía y el trato del personal de salud fueron factores determinantes en la satisfacción de los usuarios.

La realización del examen físico durante la consulta también mostró una asociación significativa con la calidad percibida ( $\chi^2 = 43,5$ ,  $P <$

0,001). Este resultado resalta la importancia que los pacientes otorgan a una evaluación clínica completa y refuerza la necesidad de mantener altos estándares en la práctica clínica. Mesquita et al. (15) en su estudio en consultorios pediátricos en Paraguay, también encontraron que la falta de examen físico era un factor asociado a la percepción de mala calidad de atención.

El tiempo de espera desde la hora de la cita hasta la atención emergió como otro factor significativo en la percepción de la calidad ( $\chi^2 = 6$ ,  $P < 0,001$ ). Este hallazgo es consistente con la literatura internacional que señala el tiempo de espera como un determinante crucial de la satisfacción del paciente (18). Es interesante notar que, a diferencia del tiempo de espera, la duración de la consulta no mostró una relación significativa con la calidad percibida. Esto podría sugerir que los pacientes valoran más la puntualidad en el inicio de la atención que la duración de la misma, siempre y cuando se sientan adecuadamente atendidos durante la consulta.

La limpieza de los servicios higiénicos y la percepción general de la estructura del servicio también se asociaron significativamente con la calidad percibida. Estos hallazgos resaltan la importancia de los aspectos no clínicos en la experiencia global del paciente y están en consonancia con la definición multidimensional de calidad en salud propuesta por la OMS (3), que incluye no solo la excelencia profesional, sino también el uso eficiente de los recursos y la satisfacción del paciente.

Es importante señalar que, a pesar de los altos niveles de satisfacción general, un 11,7 % de los usuarios se declaró insatisfecho o muy insatisfecho con la atención recibida. Este grupo, aunque minoritario, merece especial atención, ya que representa oportunidades concretas de mejora en el servicio. La identificación de los factores asociados a esta insatisfacción podría guiar intervenciones específicas para mejorar la experiencia de estos usuarios.

Nuestros resultados también revelan una predominancia femenina (62,1 %) en la muestra estudiada. Esta tendencia es consistente con lo observado en otros estudios de atención primaria y podría reflejar una

mayor propensión de las mujeres a buscar atención médica o una mayor prevalencia de condiciones que requieren atención en medicina familiar entre la población femenina (19).

La distribución por grupos etarios, con una mayoría de adultos maduros (50,5 %) y una proporción significativa de adultos mayores (19,4 %), subraya la importancia de adaptar los servicios a las necesidades específicas de estos grupos de edad. Esto es particularmente relevante en el contexto de la medicina familiar, donde el enfoque integral y continuo de la atención es fundamental.

Al comparar nuestros resultados con estudios internacionales, encontramos similitudes y diferencias interesantes. Por ejemplo, el estudio de Reolid Martínez et al. (18) en España y Portugal encontró diferencias significativas en la satisfacción de los pacientes entre los dos países, destacando la influencia de factores culturales y organizacionales en la percepción de la calidad de atención. En nuestro contexto paraguayo, los altos niveles de satisfacción observados podrían reflejar tanto la calidad real del servicio como las expectativas y valores culturales de la población atendida.

Es importante reconocer las limitaciones de nuestro estudio. Al ser un estudio transversal, no permite establecer relaciones causales definitivas entre las variables estudiadas. Además, al realizarse en un solo centro y durante un período limitado, la generalización de los resultados a otros contextos debe hacerse con cautela. Sin embargo, la consistencia de nuestros hallazgos con estudios previos en la misma institución y con la literatura internacional refuerza la validez de nuestras conclusiones.

En conclusión, este estudio proporciona evidencia sólida sobre la alta calidad percibida y el elevado grado de satisfacción de los usuarios de la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Los factores identificados como significativamente asociados a la percepción de calidad, como el trato del médico, la realización del examen físico y los tiempos de espera, ofrecen oportunidades concretas para intervenciones de mejora continua.

Estos hallazgos tienen implicaciones importantes para la gestión y la práctica clínica en el servicio estudiado y potencialmente en otros servicios de atención primaria en Paraguay. Sugieren la necesidad de mantener un enfoque centrado en el paciente, con énfasis en la calidad de la interacción médico-paciente, la eficiencia en los procesos de atención y el mantenimiento de altos estándares en la práctica clínica y en los aspectos estructurales del servicio.

Futuros estudios podrían profundizar en la comprensión de los factores que contribuyen a la insatisfacción de la minoría de usuarios descontentos, así como explorar las variaciones en la percepción de calidad y satisfacción entre diferentes subgrupos de la población atendida. Además, sería valioso llevar a cabo estudios longitudinales para evaluar cómo las percepciones de calidad y satisfacción evolucionan a lo largo del tiempo y en respuesta a intervenciones específicas de mejora.

## 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.

La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

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.

**Fecha de publicación:** 29 de noviembre de 2024

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO; 2006.

2. Szwako A, Vera F. Percepción de la calidad de atención médica en consultorios de la Cátedra de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, Asunción-Paraguay. Año 2013. Rev. Salud Pública Parag. 2014;4(1):16-22.
3. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.
4. International Organization for Standardization. Quality management systems - Fundamentals and vocabulary. ISO 9000:2015. Geneva: ISO; 2015.
5. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. Eval Program Plann. 1983;6(3-4):185-210.
6. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. Soc Sci Med. 1982;16(5):577-82.
7. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. Health Technol Assess. 2002;6(32):1-244.
8. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.
9. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med. 2000;51(7):1087-110.
10. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990;114(11):1115-8.
11. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Soc Sci Med. 2000;51(11):1611-25.
12. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
13. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Política Nacional de Calidad en Salud 2017-2030. Asunción: MSPBS; 2017.

14. Suárez-Obando F, Ordóñez A, Macheta M. Percepción de las condiciones de calidad de vida de personas en situación de desplazamiento forzado en Bogotá. *Rev Salud Pública*. 2005;7(3):262-77.
15. Mesquita M, Pavlicich V, Benítez S. Percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción. *Pediatr (Asunción)*. 2008;35(1):11-7.
16. Pizarro Abad M. Percepción de la calidad de atención de los usuarios en consultorio externos del Hospital de Apoyo San Francisco 2015 [Tesis]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2016.
17. Real-Delor RE. Satisfacción con la atención y calidad de vida de los usuarios de una Unidad de Salud Familiar de Paraguay en 2022. *Rev. Salud Pública Parag*. 2023;13(1):36-43.
18. Reolid Martínez RE, Flores Copete M, López García M, Briones Monteagudo F, Alcantud Lozano P, Azorín Ras M, et al. Satisfacción de los pacientes atendidos en dos modelos asistenciales de Atención Primaria distintos, en España y Portugal. *Rev Calid Asist*. 2018;33(6):346-53.

## Calidad del sueño en los médicos residentes

---

Juan Manuel Godoy Martínez

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción

### RESUMEN

**Objetivos:** Evaluar la calidad del sueño en los Médicos Residentes del Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas (FF. AA.) de Paraguay durante el periodo 2020. Específicamente, se buscó determinar la calidad subjetiva del sueño, identificar el uso de fármacos para conciliar el sueño, determinar el promedio de duración del sueño nocturno y tiempo de conciliación, y conocer el grado de disfunción diurna en esta población. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio de campo, cuantitativo observacional, de corte transversal. La población consistió en 81 médicos residentes de las distintas especialidades del Hospital Militar Central de las FF. AA. Se utilizó el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, un cuestionario que evalúa siete componentes de la calidad del sueño. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y se utilizaron gráficos para la presentación de resultados. **Resultados:** El 61 % de los médicos residentes presentó problemas de sueño moderados, mientras que el 33 % mostró problemas leves. En cuanto a la calidad subjetiva del sueño, el 47 % la calificó como mala. Ningún residente reportó el uso de fármacos para dormir. El 43 % de los participantes tardaba entre 16 y 30 minutos en

conciliar el sueño. El 51 % dormía entre 5 y 6 horas por noche. Respecto a la disfunción diurna, el 83 % presentó una disfunción leve. **Conclusiones:** La mayoría de los médicos residentes del Hospital Militar Central de las FF. AA. presenta una calidad de sueño moderada, con una duración promedio de sueño menor a 6 horas por noche. Aunque no se reportó uso de fármacos para dormir, existe una prevalencia significativa de disfunción diurna leve. Estos hallazgos sugieren la necesidad de implementar estrategias para mejorar la calidad del sueño en esta población, considerando su impacto potencial en el desempeño profesional y la calidad de vida.

*Palabras clave:* Calidad del sueño, médicos residentes, Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, disfunción diurna, hábitos de sueño.

## ABSTRACT

**Objectives:** To evaluate sleep quality in Medical Residents at the Central Military Hospital of the Armed Forces of Paraguay during 2020. The study aimed to determine subjective sleep quality, identify the use of sleep medications, measure the average duration of nocturnal sleep and sleep onset time, and assess the degree of daytime dysfunction in this population. **Materials and methods:** A quantitative, observational, cross-sectional field study was conducted with 81 medical residents from various specialties at the Central Military Hospital of the Armed Forces. The Pittsburgh Sleep Quality Index, which evaluates seven components of sleep quality, was used. Inclusion and exclusion criteria were applied for sample selection. Data analysis employed descriptive statistics with graphical presentation of results. **Results:** 61% of medical residents exhibited moderate sleep problems, while 33% showed mild problems. In subjective sleep quality assessment, 47% rated their sleep as poor. No residents reported using sleep medications. 43% of participants required 16–30 minutes to fall asleep. 51% slept 5–6 hours per night. Regarding daytime dysfunction, 83% experienced mild impairment. **Conclusions:** Most medical residents at the Central Military Hospital of the Armed Forces demonstrate moderate sleep quality, averaging less than 6 hours of sleep per night. While no sleep medica-

tion use was reported, mild daytime dysfunction is prevalent. These findings indicate a need for sleep quality improvement strategies in this population, given the potential impact on professional performance and quality of life.

*Keywords:* Sleep quality, medical residents, Pittsburgh Sleep Quality Index, daytime dysfunction, sleep habits.

## INTRODUCCIÓN

El sueño es un proceso fisiológico fundamental para el ser humano, caracterizado por un estado de inconsciencia reversible y cíclico que alterna con la vigilia aproximadamente cada 24 horas. Más allá de ser un simple periodo de inactividad, el sueño desempeña un papel crucial en la restauración física y mental del organismo, influyendo directamente en la salud, el rendimiento cognitivo y el bienestar general del individuo (1).

La calidad del sueño, un concepto que trasciende la mera cuantificación de las horas dormidas, se refiere a la capacidad de dormir de manera ininterrumpida durante la noche y mantener un funcionamiento óptimo durante el día siguiente. Este aspecto cualitativo del sueño ha ganado relevancia en la investigación médica debido a su estrecha relación con diversos aspectos de la salud física y mental (2).

En el contexto de la práctica médica, particularmente en el ámbito de la formación de especialistas, la calidad del sueño adquiere una importancia crítica. Los médicos residentes, profesionales en formación que se encuentran en la intersección entre la educación médica avanzada y la práctica clínica intensiva, están expuestos a condiciones laborales y académicas que pueden comprometer significativamente sus patrones de sueño (3).

Las largas jornadas laborales, los turnos nocturnos frecuentes, la alta carga académica y el estrés inherente a la responsabilidad clínica son factores que pueden alterar el ciclo natural de sueño-vigilia de los residentes. Estudios previos han demostrado que la privación crónica de sueño en esta población no solo afecta su bienestar personal, sino que

también puede tener implicaciones en la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica proporcionada (4).

La evaluación de la calidad del sueño en médicos residentes se ha convertido en un tema de creciente interés en la literatura médica internacional. Investigaciones realizadas en diversos contextos han revelado una alta prevalencia de trastornos del sueño en esta población, con consecuencias que van desde la disminución del rendimiento cognitivo hasta el aumento del riesgo de errores médicos y accidentes laborales (5, 6).

En Paraguay, el Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas (FF. AA.) representa un escenario único para el estudio de este fenómeno. Como institución de formación de especialistas médicos, combina las exigencias de un hospital de alta complejidad con las responsabilidades académicas propias de un centro de enseñanza. Esta dualidad puede intensificar los desafíos que enfrentan los residentes en relación con la gestión de su sueño y descanso (7).

La presente investigación se propone evaluar de manera sistemática la calidad del sueño en los médicos residentes del Hospital Militar Central de las FF. AA. durante el periodo 2020. Utilizando el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, un instrumento validado internacionalmente, se busca obtener una comprensión detallada de los patrones de sueño, la percepción subjetiva de la calidad del descanso y la presencia de disfunciones diurnas asociadas en esta población (8).

El estudio de estos aspectos no solo proporcionará información valiosa sobre el estado actual de la calidad del sueño en los residentes, sino que también sentará las bases para el desarrollo de intervenciones dirigidas a mejorar las condiciones de descanso y, por extensión, el bienestar y el desempeño profesional de estos médicos en formación. Además, los resultados de esta investigación podrían tener implicaciones más amplias para la gestión de recursos humanos en salud y la organización de los programas de residencia médica en Paraguay (9).

En un contexto donde la excelencia en la atención médica y la formación de especialistas de alto nivel son prioridades, comprender y

abordar los factores que afectan la calidad del sueño de los médicos residentes se convierte en un imperativo tanto ético como práctico. Este estudio aspira a contribuir significativamente a este campo de conocimiento, proporcionando evidencia local que pueda informar políticas y prácticas orientadas a optimizar las condiciones de trabajo y formación de los futuros especialistas médicos del país (10).

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio de campo, cuantitativo, observacional, de corte transversal. Este diseño permitió evaluar la calidad del sueño en los médicos residentes en un momento específico, proporcionando una instantánea de la situación durante el periodo 2020. La naturaleza cuantitativa del estudio facilitó la medición objetiva de las variables relacionadas con el sueño, mientras que el enfoque observacional evitó cualquier intervención en los patrones de sueño de los participantes.

### Población y muestra

La población de estudio consistió en 81 médicos residentes de las distintas especialidades del Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas (FF. AA.) de Paraguay. Se empleó un muestreo no probabilístico de corte transversal, incluyendo a todos los residentes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión durante el periodo de estudio.

### Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron en el estudio a todos los médicos residentes de las distintas especialidades que realizaban su residencia en el Hospital Militar Central de las FF. AA. y que accedieron a responder los cuestionarios. Se excluyeron aquellos cuestionarios incompletos, así como los

médicos residentes ausentes durante el periodo de la entrevista o que se negaron a participar en la encuesta.

### **Instrumento de recolección de datos**

Para la evaluación de la calidad del sueño se utilizó el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI, por sus siglas en inglés). Este instrumento, ampliamente validado en la literatura internacional, consta de 19 ítems agrupados en 9 preguntas que evalúan siete componentes de la calidad del sueño: calidad subjetiva, latencia, duración, eficiencia habitual, alteraciones, uso de medicación para dormir y disfunción diurna.

Cada componente se puntúa de 0 a 3, donde 0 indica facilidad y 3 indica dificultad severa. La suma de las puntuaciones de los siete componentes genera una puntuación global que oscila entre 0 y 21 puntos. Una puntuación global de 5 o menos se considera indicativa de buena calidad de sueño, mientras que puntuaciones superiores sugieren una pobre calidad de sueño.

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

Previo al inicio de la recolección de datos, se obtuvieron las autorizaciones pertinentes de cada servicio del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Los médicos residentes fueron informados sobre los objetivos e implicaciones del proyecto, y solo aquellos que dieron su consentimiento verbal fueron incluidos en el estudio. La aplicación del cuestionario se realizó de forma individual y privada para garantizar la confidencialidad de las respuestas.

### **Análisis de datos**

Los datos recolectados fueron registrados en una planilla de Excel para su posterior análisis. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar la muestra y presentar los resultados de cada componente del PSQI. Las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes,

mientras que las variables continuas se presentaron como medias y desviaciones estándar cuando correspondía.

Para la interpretación de los resultados globales del PSQI, se utilizaron los siguientes puntos de corte: puntuaciones menores a 5 se clasificaron como «Sin problemas de sueño», entre 5 y 7 como «Problemas de sueño leve», entre 8 y 14 como «Problemas de sueño moderado», y puntuaciones superiores a 15 como «Problemas graves de sueño».

### Consideraciones éticas

El estudio se adhirió a los principios éticos fundamentales de la investigación médica. Se respetó el principio de no maleficencia, asegurando que la participación en el estudio no interfiriera con las actividades laborales o el bienestar de los residentes. El principio de beneficencia se aplicó al buscar conocimientos que pudieran contribuir a mejorar las condiciones de trabajo y descanso de los médicos residentes.

Se garantizó la justicia en la selección de participantes, evitando cualquier tipo de discriminación. La confidencialidad de los datos se mantuvo estrictamente, con los resultados presentados de forma agregada sin identificar a participantes individuales. La participación fue voluntaria, y se obtuvo el consentimiento informado verbal de todos los participantes antes de su inclusión en el estudio.

Este protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el comité de ética institucional correspondiente antes de iniciar la recolección de datos.

## RESULTADOS

El estudio incluyó a 81 médicos residentes del Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas (FF. AA.) de Paraguay. Los resultados se presentan siguiendo los componentes evaluados por el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) y los objetivos específicos del estudio.

### **Calidad global del sueño**

La evaluación de la calidad global del sueño, obtenida mediante la suma de los siete componentes del PSQI, reveló que la mayoría de los médicos residentes experimentaban problemas de sueño. Específicamente, 49 residentes (61 %) presentaron problemas de sueño moderados, con puntuaciones entre 8 y 14 en el PSQI. Un grupo considerable de 27 residentes (33 %) mostró problemas de sueño leves, con puntuaciones entre 5 y 7. Solo 6 residentes (6 %) no presentaron problemas de sueño, obteniendo puntuaciones menores a 5. Es importante destacar que ningún residente alcanzó puntuaciones superiores a 15, lo que habría indicado problemas graves de sueño.

### **Calidad subjetiva del sueño**

En cuanto a la percepción subjetiva de la calidad del sueño, evaluada mediante la pregunta «Durante el último mes, ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su sueño?», los resultados mostraron una tendencia hacia una valoración negativa. Un total de 38 residentes (47 %) calificaron su calidad de sueño como «mala». Por otro lado, 36 residentes (44 %) la consideraron «buena», mientras que 7 residentes (9 %) la evaluaron como «muy buena». Ningún residente calificó su calidad de sueño como «muy mala».

### **Uso de fármacos para dormir**

Un hallazgo notable fue que ninguno de los 81 residentes encuestados reportó el uso de fármacos hipnóticos para conciliar el sueño. Este resultado sugiere que, a pesar de las dificultades en la calidad del sueño, los residentes no recurrían a ayudas farmacológicas para dormir.

### **Latencia del sueño**

Respecto al tiempo que les tomaba conciliar el sueño, los resultados mostraron una distribución variada. La mayoría de los residentes, 35 (43

%), reportaron tardar entre 16 y 30 minutos en quedarse dormidos. Un grupo ligeramente menor, 33 residentes (41 %), indicó que les tomaba menos de 15 minutos conciliar el sueño. Por otro lado, 12 residentes (15 %) manifestaron que tardaban entre 31 y 60 minutos, mientras que solo 1 residente (1 %) reportó necesitar más de 60 minutos para quedarse dormido.

### **Duración del sueño**

La duración del sueño nocturno mostró una tendencia preocupante hacia periodos de descanso insuficientes. La mayoría de los residentes, 41 (51 %), reportaron dormir entre 5 y 6 horas por noche. Un número significativo, 35 residentes (43 %), indicó dormir menos de 5 horas. Solo 5 residentes (6 %) lograban dormir entre 6 y 7 horas por noche. Notablemente, ningún residente reportó dormir más de 7 horas, lo que se considera generalmente como la duración óptima de sueño para adultos.

### **Disfunción diurna**

La evaluación de la disfunción diurna, que considera la somnolencia durante actividades diarias y la falta de ánimo para realizar tareas, reveló que la mayoría de los residentes experimentaban algún grado de afectación. Un total de 67 residentes (83 %) presentaron una disfunción diurna leve, mientras que 5 residentes (6 %) mostraron una disfunción moderada. Por otro lado, 9 residentes (11 %) no reportaron disfunción diurna. Ningún residente alcanzó la puntuación correspondiente a una disfunción diurna grave.

Estos resultados proporcionan una visión integral de la calidad del sueño en los médicos residentes del Hospital Militar Central de las FF. AA., revelando áreas de preocupación significativas, particularmente en términos de la duración del sueño y la presencia de disfunción diurna. La ausencia de uso de medicación para dormir, a pesar de las dificultades reportadas, sugiere la necesidad de explorar estrategias alternativas para mejorar la calidad del sueño en esta población.

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio proporcionan una visión detallada de la calidad del sueño en los médicos residentes del Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas (FF. AA.) de Paraguay, revelando patrones preocupantes que merecen una discusión profunda en el contexto de la literatura existente y las implicaciones para la práctica médica y la formación de especialistas.

El hallazgo de que el 94 % de los residentes presenta algún grado de problemas de sueño (61 % moderados y un 33 % leves) es alarmante pero consistente con estudios previos en poblaciones similares. Esta alta prevalencia de trastornos del sueño se alinea con lo reportado por Landrigan et al., quienes demostraron que los médicos cometen un mayor número de errores cuando trabajan 24 horas o más (5). La similitud en los resultados sugiere que los problemas de sueño persisten y posiblemente se intensifican durante la residencia médica, un periodo caracterizado por mayores responsabilidades clínicas y académicas.

La ausencia de casos con problemas graves de sueño (puntuaciones > 15) en el PSQI) podría interpretarse como un hallazgo positivo. Sin embargo, es importante considerar la posibilidad de que los residentes con problemas más severos hayan desarrollado mecanismos de adaptación o normalización de sus patrones de sueño alterados, lo que podría enmascarar la gravedad real del problema. Esta adaptación podría explicar la discrepancia observada entre la calidad subjetiva del sueño (47 % la calificó como «mala») y la evaluación objetiva mediante el PSQI (94 % con problemas de sueño).

La duración del sueño reportada es particularmente preocupante, con el 94 % de los residentes durmiendo menos de 6 horas por noche. Este hallazgo se alinea con lo observado por Iskra-Golec et al., quienes afirmaron que las enfermeras con turnos de doce horas presentan mayor ansiedad y problemas emocionales (7). En el contexto de la residencia médica, esta privación crónica de sueño podría tener implicaciones serias no solo para la salud y el bienestar de los residentes, sino

también para la seguridad de los pacientes, como lo sugieren los estudios previos sobre errores médicos asociados a la fatiga.

El hecho de que el 43 % de los residentes tarde entre 16 y 30 minutos en conciliar el sueño, y que un 16 % adicional requiera más de 30 minutos, sugiere la presencia de dificultades para iniciar el sueño. Esto podría estar relacionado con niveles elevados de estrés y ansiedad, factores comúnmente asociados con la práctica médica intensiva, como lo señalan Miró et al. en su estudio sobre la relación entre calidad de sueño y salud (8).

La alta prevalencia de disfunción diurna (89 % entre leve y moderada) es un hallazgo preocupante que se alinea con las observaciones de Cardinali y Garay sobre las alteraciones en el ritmo circadiano en trabajadores por turnos (6). En el contexto de la residencia médica, esta disfunción diurna podría tener implicaciones significativas para el rendimiento laboral, la capacidad de aprendizaje y la calidad de la atención al paciente.

La ausencia reportada de uso de fármacos hipnóticos entre los residentes es un hallazgo interesante que contrasta con la tendencia general observada en la población de utilizar ayudas para dormir, como lo señala Guyton en su trabajo sobre los estados de conciencia y sueño (9). Este resultado podría reflejar una reticencia a utilizar medicación, posiblemente debido a preocupaciones sobre dependencia o efectos secundarios, o podría indicar una falta de reconocimiento de la severidad de los problemas de sueño.

Los resultados de este estudio subrayan la necesidad urgente de abordar la calidad del sueño en los programas de residencia médica. Las intervenciones podrían incluir educación sobre higiene del sueño y manejo del estrés, revisión de los horarios de trabajo y guardias para garantizar periodos adecuados de descanso, implementación de programas de apoyo psicológico, y consideración de modificaciones en la estructura de los programas de residencia. Estas recomendaciones se alinean con las sugerencias de Buela y Navarro sobre la importancia de la higiene del sueño en poblaciones sometidas a alto estrés (10).

Es importante reconocer las limitaciones de este estudio, incluyendo su naturaleza transversal, que no permite establecer relaciones causales, y el tamaño relativamente pequeño de la muestra. Además, la dependencia de medidas autoinformadas podría haber introducido sesgos de memoria o deseabilidad social.

En conclusión, este estudio revela una problemática significativa en la calidad del sueño de los médicos residentes del Hospital Militar Central de las FF. AA. de Paraguay, con potenciales implicaciones para su salud, bienestar y desempeño profesional. Los hallazgos subrayan la necesidad de intervenciones multifacéticas para mejorar los patrones de sueño en esta población crítica de profesionales de la salud en formación, alineándose con las recomendaciones de estudios previos sobre la importancia del sueño en el desempeño médico y la seguridad 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.

La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

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.

**Fecha de publicación:** 29 de noviembre de 2024

## REFERENCIAS

1. Vallejo J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.

2. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiología médica. 13ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
3. Rosales E, Egoavil M, La Cruz C, Rey de Castro J. Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana. *An Fac Med.* 2007;68(2):150-158.
4. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med.* 2004;351(18):1838-1848.
5. Akerstedt T, Wright KP Jr. Sleep loss and fatigue in shift work and shift work disorder. *Sleep Med Clin.* 2009;4(2):257-271.
6. Cardinali DP, Garay A. Ritmos biológicos y sueño. En: Tresguerres JAF, editor. *Fisiología humana.* 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2010. p. 1153-1165.
7. Iskra-Golec I, Folkard S, Marek T, Noworol C. Health, well-being and burnout of ICU nurses on 12- and 8-h shifts. *Work Stress.* 1996;10(3):251-256.
8. Miró E, Cano-Lozano MC, Buela-Casal G. Sueño y calidad de vida. *Rev Colomb Psicol.* 2005;14:11-27.
9. Guyton AC. *Tratado de Fisiología Médica.* 8ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1992.
10. Buela-Casal G, Navarro JF. *Avances en la investigación del sueño y sus trastornos.* Madrid: Siglo XXI; 1990.

# Caracterización de la estructura familiar de pacientes que acuden a un servicio de medicina familiar

---

Alejandro Rafael Monges Villalba, Juana Pavón  
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción

## RESUMEN

**Objetivos:** Identificar las características estructurales y sanitarias de las familias de los pacientes que acuden a consulta en la Cátedra de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM - UNA), definir la composición familiar mediante el uso del familiograma, delimitar los tipos de enfermedades más prevalentes de los miembros de la familia, e identificar el ciclo vital familiar definido por el Modelo de la OMS modificado. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con muestreo no probabilístico por conveniencia en pacientes que acudieron a consultar al Servicio de Medicina Familiar – UNA. Se evaluaron 380 pacientes mediante la aplicación del familiograma, recolectando datos sobre edad, sexo, patologías de los miembros de la familia, número de hijos, hermanos y padres, tipo de familia según integrantes del hogar, relación con los integrantes del hogar y ciclo vital familiar. **Resultados:** La edad promedio de los pacientes fue de 35,6 años, con un 54,2 % de sexo femenino. Las familias estudiadas presentaron un promedio de 4 integrantes por hogar. El tipo de familia nuclear fue el más prevalente (57,9 %). Solo el 57,3 % de las familias contaba con ambos padres en su grupo familiar. El 35 % de los que

respondieron sobre sus relaciones familiares reportó un relacionamiento muy estrecho. Las enfermedades cardiovasculares fueron las más prevalentes (64,2 %), seguidas por las endocrinológicas (43,1 %). El ciclo vital familiar más frecuente fue el final de extensión (31,8 %). **Conclusiones:** Se identificaron las principales características estructurales y sanitarias de las familias estudiadas. La familia nuclear fue la más común, con un promedio de 4 integrantes por hogar. Las enfermedades cardiovasculares fueron las más prevalentes. El ciclo vital familiar más frecuente fue el final de extensión. Estos hallazgos proporcionan información valiosa para la comprensión de la estructura y dinámica familiar en el contexto de la atención primaria en salud.

*Palabras clave:* Medicina Familiar, Estructura Familiar, Familiograma, Ciclo Vital Familiar, Enfermedades Prevalentes

## ABSTRACT

**Objectives:** To identify the structural and health characteristics of families attending the Family Medicine Department at FCM - UNA, define family composition using the family genogram, determine the most prevalent diseases among family members, and identify the family life cycle according to the modified WHO Model. **Materials and methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study with non-probabilistic convenience sampling was conducted at the Family Medicine Service – UNA. We evaluated 380 patients using the family genogram, collecting data on age, sex, family members' pathologies, number of children, siblings and parents, family type, household composition, family relationships, and life cycle stage. **Results:** The mean age of patients was 35.6 years, with 54.2% being female. Families averaged 4 members per household. Nuclear families were most prevalent (57.9%). Only 57.3% of families included both parents. Of those reporting family relationships, 35% described very close bonds. Cardiovascular diseases were most prevalent (64.2%), followed by endocrine diseases (43.1%). The most common family life cycle stage was end of extension (31.8%). **Conclusions:** We identified key structural and health characteristics of the studied families. Nuclear families predominated,

averaging 4 members per household. Cardiovascular diseases were most common. The end of extension was the predominant life cycle stage. These findings enhance our understanding of family structure and dynamics in primary health care.

*Keywords:* Family Medicine, Family Structure, Family Genogram, Family Life Cycle, Prevalent Diseases

## INTRODUCCIÓN

La familia, como unidad fundamental de la sociedad, ha sido objeto de estudio desde diversas disciplinas, incluyendo la medicina familiar. En este contexto, el familiograma o genograma se ha convertido en una herramienta invaluable para representar gráficamente la estructura, relaciones y funcionalidad entre los miembros de una familia a lo largo de al menos tres generaciones (1). Este instrumento, utilizado por primera vez por Randy Gerson y Mónica McGordrick para terapias familiares, ha evolucionado hasta convertirse en una herramienta esencial en medicina, psicología, genética y otras ramas científicas (2).

El familiograma no solo permite visualizar la composición familiar, sino que también proporciona información crucial sobre las dinámicas interpersonales, tipos de interacción y posibles problemáticas dentro del núcleo familiar (3). En el ámbito de la medicina familiar, el genograma se ha convertido en un recurso fundamental para orientar la consulta médica, permitiendo al profesional de la salud descubrir información que facilita el diagnóstico de problemas tanto médicos como interpersonales (4).

La importancia de la familia como componente social ha sido reconocida desde la antigüedad. Su papel en la formación básica, estructuración de valores y establecimiento de reglas de comportamiento es innegable (5). Sin embargo, la modernidad ha influido significativamente en la estructura y dinámica familiar. Los conceptos tradicionales de sexualidad, procreación y convivencia han experimentado transformaciones profundas, dando lugar a una multiplicidad de formas de familia y convivencia (6).

En un intento por comprender esta diversidad, se han desarrollado diversas clasificaciones familiares que consideran aspectos como el desarrollo (moderna, tradicional, arcaica), la demografía (rural, suburbana, urbana), la integración (integrada, semi integrada, desintegrada), la composición (nuclear, extensa, extensa compuesta) y la funcionalidad (funcional, disfuncional) (7). Estas clasificaciones permiten una comprensión más matizada de las estructuras familiares y sus dinámicas.

El concepto de ciclo vital familiar, que describe una secuencia relativamente ordenada de eventos esperables a lo largo de la vida de una familia, ha sido particularmente útil en la comprensión de las crisis previsibles que enfrentan las familias. El modelo modificado de la OMS, ampliamente utilizado, divide estos ciclos en Formación, Extensión, Final de Extensión, Contracción, Final de Contracción y Disolución (8).

En América Latina, las estructuras familiares han experimentado cambios significativos en las últimas décadas. Se ha observado un aumento en la frecuencia de hogares unipersonales, una disminución de hogares nucleares biparentales y un crecimiento de familias monoparentales con jefatura femenina. Además, en los estratos socioeconómicos más bajos, se han identificado mayores niveles de dependencia y un mayor número promedio de personas por hogar (9).

Es importante reconocer que la familia es un sistema vivo en constante evolución y desarrollo, influenciado tanto por el contexto como por los individuos que la conforman. Las personas nacen, crecen, se reproducen y mueren dentro de este sistema, dejando huellas en la interacción con otros, y transmitiendo costumbres, hábitos, reglas y vicios de generación en generación (10).

En este contexto, el presente estudio se propone identificar las características estructurales y sanitarias de las familias de los pacientes que acuden a consulta en la Cátedra de Medicina Familiar, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. A través del uso del familiograma, se busca definir la composición familiar, delimitar los tipos de enfermedades más prevalentes entre los miembros de la

familia, e identificar el ciclo vital familiar según el modelo modificado de la OMS.

Esta investigación no solo contribuirá a la comprensión de las estructuras familiares en el contexto específico de Paraguay, sino que también proporcionará información valiosa para el desarrollo de estrategias de atención en salud más efectivas y adaptadas a las realidades familiares locales. Además, los resultados obtenidos podrán servir como base para futuras investigaciones en el campo de la medicina familiar y la salud pública en la región.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### **Diseño del estudio**

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Este diseño permitió caracterizar la estructura familiar de los pacientes que acuden al Servicio de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA) en un momento específico, sin intervención por parte de los investigadores.

### **Población y muestra**

La población enfocada consistió en individuos oriundos de la zona aledaña al Servicio de Medicina Familiar – UNA o con intención de acudir a consulta pese a la distancia geográfica. La población accesible se definió como los pacientes que acudieron a consultar al Servicio de Medicina Familiar – UNA durante el período de estudio.

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a todos los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión durante el período de recolección de datos. Se logró incluir a 380 pacientes en el estudio.

## **Criterios de inclusión y exclusión**

Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes que consultaron en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar durante el período de recolección de datos. Se excluyeron los pacientes o acompañantes que al momento del interrogatorio no tuvieron la capacidad de responder o no recordaron con exactitud la estructura familiar, así como a aquellos que se negaron a participar en el estudio.

## **Recolección de datos**

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación del familiograma durante la consulta médica. Se utilizó un instrumento estandarizado para registrar las siguientes variables: edad, sexo, patologías de los miembros de la familia, número de hijos, número de hermanos, número de padres, tipo de familia según integrantes del hogar, relación con los integrantes del hogar y ciclo vital familiar.

El familiograma, como herramienta principal de recolección de datos, permitió representar gráficamente la estructura familiar, incluyendo información sobre al menos tres generaciones. Este instrumento facilitó la visualización de las relaciones familiares y la identificación de patrones de enfermedad y dinámica familiar.

## **Análisis de datos**

Los datos recopilados fueron tabulados en una planilla de Microsoft Excel. Se llevó a cabo un análisis descriptivo, calculando las prevalencias y promedios de todas las variables estudiadas. Para las variables categóricas, se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Para las variables continuas, se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango).

Se analizaron las características demográficas de la población estudiada, la composición familiar, la prevalencia de diferentes tipos de estructura familiar, la presencia de enfermedades en los miembros de la familia y la distribución de los ciclos vitales familiares.

## Aspectos éticos

El estudio se llevó a cabo respetando los principios éticos fundamentales de la investigación en seres humanos. Se garantizó la autonomía de los participantes, asegurando que su participación fuera voluntaria y con consentimiento informado. Se respetó el principio de justicia, garantizando el anonimato de los sujetos de estudio en todas las etapas de la investigación, desde la toma de muestras hasta el análisis y presentación de los resultados.

En cuanto al principio de beneficencia, se orientó a los participantes sobre la importancia de la familia en el contexto de la salud. Se respetó el principio de no maleficencia, asegurando que la participación en el estudio no ocasionara ninguna amenaza a la integridad personal de los participantes.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción antes de su inicio, garantizando así el cumplimiento de todas las normas éticas pertinentes.

## RESULTADOS

### Características demográficas de la población estudiada

En el presente estudio se evaluaron 380 pacientes que acudieron al Servicio de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. La edad promedio de los participantes fue de 35,6 años, con una distribución por sexo que mostró un predominio femenino. Del total de pacientes, 206 (54,2 %) correspondieron al sexo femenino, mientras que 174 (45,8 %) fueron del sexo masculino.

## Composición y estructura familiar

El análisis de la composición familiar reveló que las familias estudiadas presentaban un promedio de 4 integrantes por hogar. Este dato proporciona una visión general del tamaño de las unidades familiares en la población estudiada. Además, se observó que los pacientes que acudieron a consulta tenían en promedio 3 hermanos y 1 hijo, lo que ofrece información adicional sobre la estructura generacional de estas familias.

En cuanto a la tipología familiar, se encontró que la estructura más frecuente fue la de tipo nuclear, presente en 220 familias, lo que representa el 57,9 % del total. Le siguieron en frecuencia la estructura extensa, observada en 102 familias (26,8 %), y la extensa compuesta, presente en 58 familias (15,3 %). Estos datos reflejan la diversidad de estructuras familiares en la población estudiada, con un claro predominio de la familia nuclear tradicional.

Un hallazgo significativo fue que solo 218 familias, es decir, el 57,3 % del total, contaban al momento del estudio con ambos padres en su grupo familiar. Esto implica que en 162 familias (42,7 %) al menos uno de los padres estaba ausente, ya sea por fallecimiento o separación. Este dato es relevante para comprender la dinámica familiar y las posibles implicaciones en el cuidado de la salud y el apoyo familiar.

## Relaciones familiares

Es importante señalar que solo 40 pacientes, lo que representa el 10 % de la población estudiada, accedieron a proporcionar información detallada sobre el tipo de relación con los miembros de su familia. De este subgrupo, 14 pacientes (35 %) reportaron tener un relacionamiento predominantemente muy estrecho con sus familiares. Los demás tipos de relacionamiento identificados incluyeron relaciones conflictivas, estrechas, estrechas pero conflictivas, y casos de quiebre en las relaciones familiares. Aunque estos datos provienen de una muestra limitada, ofrecen una visión inicial de la dinámica relacional en las familias estudiadas.

## Prevalencia de enfermedades en las familias

El análisis de las patologías presentes en las familias estudiadas reveló que las enfermedades cardiovasculares fueron las más prevalentes, afectando a 244 familias, lo que representa el 64,2 % del total. En segundo lugar, se ubicaron las enfermedades endocrinológicas, presentes en 164 familias (43,1 %). Otras patologías identificadas, en orden decreciente de prevalencia, fueron las enfermedades inmunológicas, neoplásicas, reumatológicas, psiquiátricas, violentas y neurológicas. Esta distribución de enfermedades proporciona información valiosa sobre el perfil de salud de las familias atendidas en el servicio.

## Ciclo vital familiar

En cuanto al ciclo vital familiar, definido según el modelo modificado de la OMS, se encontró que la etapa más prevalente fue el final de extensión, presente en 121 familias (31,8 %). Le siguieron en frecuencia la etapa de contracción, observada en 97 familias (25,5 %), y la etapa de extensión, presente en 82 familias (21,5 %). Las etapas de formación, final de contracción y disolución se presentaron con menor frecuencia. Esta distribución de los ciclos vitales familiares ofrece una perspectiva sobre las diferentes etapas de desarrollo en las que se encuentran las familias estudiadas, lo cual puede tener implicaciones importantes para la atención médica y el abordaje de las necesidades de salud familiares.

Estos resultados proporcionan una caracterización detallada de la estructura familiar, las relaciones interpersonales, el perfil de salud y las etapas del ciclo vital de las familias atendidas en el Servicio de Medicina Familiar de la FCM-UNA, ofreciendo una base sólida para la discusión y las implicaciones prácticas de estos hallazgos.

## DISCUSIÓN

El presente estudio proporciona una visión integral de las características estructurales y sanitarias de las familias atendidas en el Servicio

de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Los hallazgos obtenidos ofrecen información valiosa para comprender la dinámica familiar y su relación con la salud en el contexto paraguayo.

La predominancia del sexo femenino (54,2 %) en la población estudiada es un fenómeno observado consistentemente en diversos estudios sobre utilización de servicios de salud. Bello Escamilla y Montoya Cáceres (11) señalan que esta tendencia podría atribuirse a diferencias psicológicas y culturales entre ambos sexos, que influyen en la percepción de la salud y la búsqueda de atención médica. Este hallazgo subraya la importancia de considerar las diferencias de género en la planificación y prestación de servicios de salud.

El promedio de 4 integrantes por hogar encontrado en nuestro estudio coincide con los resultados reportados por Barrios (12) en Asunción, quien encontró un promedio de 4,1 habitantes por hogar. Esta similitud sugiere una cierta estabilidad en el tamaño de los hogares urbanos en Paraguay. Sin embargo, es importante notar que Barrios también señala que este promedio tiende a ser ligeramente más alto en el interior del país, lo cual podría estar relacionado con diferencias en el acceso a la educación sobre planificación familiar entre zonas urbanas y rurales.

La prevalencia de la estructura familiar nuclear (57,9 %) en nuestro estudio es similar a lo reportado por Horna-Calvo et al. (13) en un estudio realizado en Perú, donde encontraron que el 53 % de los hogares correspondían a este tipo de estructura. Esta similitud sugiere que, a pesar de las transformaciones sociales y económicas en América Latina, la familia nuclear sigue siendo el modelo predominante en muchos contextos urbanos.

Sin embargo, es importante destacar que un 42,7 % de las familias en nuestro estudio no contaban con ambos padres en el hogar. Este hallazgo contrasta con lo reportado por Real Delor et al. (14) en un estudio realizado en varias Unidades de Salud Familiar en Paraguay, donde encontraron que el 62 % de los participantes estaban casados o en concubinato. Esta diferencia podría indicar una tendencia hacia estructuras familiares más diversas en el área de influencia de nuestro

estudio, o bien reflejar las particularidades de la población que acude a un servicio de medicina familiar universitario.

El ciclo vital familiar más prevalente en nuestro estudio fue el final de extensión (31,8 %), seguido por la contracción (25,5 %) y la extensión (21,5 %). Estos resultados difieren de lo encontrado por Carrasco Timbe y Cabrera Orellana (15) en un estudio realizado en Ecuador, donde el ciclo más prevalente fue la extensión (38,2 %). Esta diferencia podría atribuirse a variaciones en la estructura demográfica de las poblaciones estudiadas o a diferencias en los patrones de formación y desarrollo familiar entre los dos países.

La alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares (64,2 %) y endocrinológicas (43,1 %) en las familias estudiadas es consistente con las tendencias globales y regionales en la carga de enfermedades no transmisibles. González y Cardentey (16) han señalado la creciente importancia de estas patologías en la población adulta mayor, lo cual se refleja en nuestros hallazgos.

Un hallazgo particularmente interesante es la alta prevalencia de enfermedades psiquiátricas reportada en nuestro estudio. Aunque no se proporcionó un porcentaje específico, la mención de estas patologías entre las más frecuentes es significativa. Vicente et al. (17) han estimado que las enfermedades psiquiátricas son responsables del 20,9 % de la carga total de enfermedades en América Latina. Nuestros resultados sugieren que la prevalencia de estas condiciones podría ser aún mayor en la población estudiada, lo cual subraya la necesidad de integrar la salud mental en la atención primaria.

Una limitación importante de nuestro estudio fue la baja tasa de respuesta (10 %) a las preguntas sobre relaciones familiares. Esto podría deberse a la falta de confianza entre el paciente y el médico, especialmente en consultas de primera vez, o a la naturaleza sensible de esta información. Esta limitación subraya la importancia de desarrollar estrategias para fomentar la confianza y la apertura en la comunicación médico-paciente.

Entre las fortalezas del estudio se encuentra el uso del familiograma como herramienta de recolección de datos, lo cual permitió obtener una visión integral de la estructura y dinámica familiar. Además, el tamaño de la muestra (380 pacientes) proporciona una base sólida para la generalización de los resultados a la población atendida en el servicio.

Los hallazgos de este estudio tienen importantes implicaciones para la práctica de la medicina familiar en Paraguay. La alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles subraya la necesidad de fortalecer los programas de prevención y manejo de estas condiciones a nivel familiar. Asimismo, la diversidad de estructuras familiares observadas sugiere la importancia de adaptar las intervenciones de salud a las necesidades específicas de cada tipo de familia.

Futuras investigaciones podrían profundizar en la relación entre la estructura familiar, el ciclo vital y los patrones de enfermedad, así como explorar más detalladamente las dinámicas relacionales dentro de las familias y su impacto en la salud. Además, sería valioso llevar a cabo estudios comparativos entre diferentes regiones de Paraguay para identificar posibles variaciones geográficas en las características familiares y su relación con la salud.

En conclusión, este estudio proporciona una caracterización detallada de las familias atendidas en un servicio de medicina familiar universitario en Paraguay, ofreciendo insights valiosos sobre la estructura familiar, el ciclo vital y el perfil de salud de esta población. Estos hallazgos pueden servir como base para el desarrollo de intervenciones de salud más efectivas y adaptadas al contexto familiar paraguayo.

## 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.

La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

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.

**Fecha de publicación:** 29 de noviembre de 2024

## REFERENCIAS

1. Suarez Cuba MA. El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. *Rev Méd La Paz*. 2010;16(1):53-57.
2. Genograma.net. Familiograma: ¿Qué es?, ¿Para qué sirve?, ¿Cómo hacerlo? y más [Internet]. [citado 16 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://genograma.net/familiograma/>
3. Espronceda-Amor ME. Métodos para el estudio de la familia: Pertinencias y alcances del familiograma y sus usos. *Santiago*. 2016;(125):72-92.
4. Shellenberger S. Genograma, Herramienta Clínica en Medicina Familiar. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, editor. *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. 3ra Edición. Buenos Aires: Panamericana; 2016. p. 120-3.
5. Martínez Ocampo M. Reconocimiento de la familia como base principal de la sociedad, a partir de la constitución política de Colombia de 1991 [Tesis]. Santiago de Cali: Universidad Santiago de Cali; 2020.
6. Miranda Tejada FP, Miranda Tejada VP. Tipos de familia e inteligencia emocional en niños de primaria de Cajamarca [Tesis]. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2016.
7. Pavón J. Genograma o Familiograma. En: *Manual de Medicina Familiar*. 3ra Edición. Asunción: EFACIM; 2018. p. 93-9.
8. Riveros Ríos M. Los Ciclos Vitales. En: *Manual de Medicina Familiar*. 3ra Edición. Asunción: EFACIM; 2018. p. 112-27.

9. Ullmann H, Maldonado Valera C, Rico MN. La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010. Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado. Santiago: CEPAL-UNICEF; 2014.
10. Reyna JM, Salcido MRE, Arredondo AP. Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en Psicología*. 2013;17(28):73-91.
11. Bello Escamilla NV, Montoya Cáceres PA. Adherence to drug treatment in older adults with type 2 diabetes and its associated factors. *Gerokomos*. 2017;28(2):73-77.
12. Barrios O. Características de las condiciones de vida en el Paraguay. *Población y Desarrollo*. 1997;8(13):9-15.
13. Horna-Clavo E, Arhuis-Inca W, Bazalar-Palacios J. Relación de habilidades sociales y tipos de familia en preescolares: estudio de caso. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 2020;(61):224-232.
14. Real Delor RE, Azuaga Franco HM, Bordón Medina NC, Colman Gómez DB, Delgado Ortiz LM, Fernández Méndez YB, et al. Satisfacción de los usuarios de unidades de salud familiar del Paraguay en 2020: estudio multicéntrico. *Rev Nac (Itauguá)*. 2021;13(1):64-75.
15. Carrasco Timbe MJ, Cabrera Orellana JD. Asociación ciclo vital familiar-ansiedad-niveles de conocimiento covid-19 del personal sanitario, Centro Materno Infantil-IESS-Cuenca. Diciembre 2020 a Septiembre 2021 [Tesis]. Cuenca: Universidad del Azuay; 2021.
16. González RR, Cardentey GJ. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Finlay*. 2018;8(2):103-110.
17. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005;34(4):506-514.

## Estrategias de afrontamiento del estrés en médicos residentes

---

Marina Sunilda Vargas Obregón, Giulia Cipolla  
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción

### RESUMEN

**Objetivos:** Determinar el estilo de estrategias de afrontamiento del estrés más frecuente en Médicos Residentes del Hospital Militar Central (Asunción, Paraguay), en el periodo 2022. Adicionalmente, identificar las características sociodemográficas de los médicos residentes y determinar los indicadores de las estrategias de afrontamiento del estrés centradas en el problema, en la emoción y en el replanteamiento. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo de corte transversal. La población se conformó por 53 médicos residentes de especialidades primarias del Hospital Militar Central, de los cuales 50 cumplieron los criterios de inclusión. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos se empleó una encuesta que incluía datos sociodemográficos y la Escala de Estimación de Afrontamiento de COPE, versión abreviada (Brief COPE). **Resultados:** La muestra incluyó 50 médicos residentes, con una distribución equitativa por sexo (52 % mujeres, 48 % hombres). El promedio de edad fue de  $29 \pm 2,8$  años, con un rango entre 25 y 39 años. El 62 % de los participantes tenía entre 27 y 30 años. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se observó una tendencia hacia el uso de estrategias orientadas al problema. Las estrategias más

utilizadas fueron: intentar proponer una estrategia sobre qué hacer (58 % respondió «mucho»), pensar detenidamente sobre los pasos a seguir (46 % respondió «mucho»), y concentrar esfuerzos en hacer algo sobre la situación (42 % respondió «mucho»). **Conclusiones:** Los médicos residentes del Hospital Militar Central mostraron una preferencia por las estrategias de afrontamiento del estrés centradas en el problema. Esto sugiere una tendencia a abordar activamente las situaciones estresantes, buscando soluciones y planificando acciones. Es importante considerar estos hallazgos para el diseño de intervenciones que mejoren el bienestar y la calidad de vida de los médicos residentes.

*Palabras clave:* Estrés laboral, estrategias de afrontamiento, médicos residentes, salud ocupacional, educación médica.

## ABSTRACT

**Objectives:** To determine the most frequent stress coping strategy style among Medical Residents at the Central Military Hospital (Asunción, Paraguay) during 2022, identify residents' sociodemographic characteristics, and determine indicators of stress coping strategies focused on problem-solving, emotion, and reappraisal. **Materials and methods:** An observational, descriptive cross-sectional study was conducted. The population comprised 53 medical residents from primary specialties at the Central Military Hospital, of whom 50 met the inclusion criteria. Non-probability convenience sampling was used. Data collection employed a survey including sociodemographic data and the Brief COPE Inventory. **Results:** The sample included 50 medical residents with an equal gender distribution (52% women, 48% men). The average age was  $29 \pm 2.8$  years, ranging from 25 to 39 years, with 62% of participants between 27 and 30 years old. Regarding coping strategies, residents showed a tendency toward problem-oriented approaches. The most commonly used strategies were: devising a strategy about what to do (58% responded "a lot"), thinking carefully about steps to take (46% responded "a lot"), and concentrating efforts on addressing the situation (42% responded "a lot"). **Conclusions:** Medical residents at the Central Military Hospital preferred problem-focused stress coping strategies,

demonstrating a tendency to actively address stressful situations through solution-seeking and action planning. These findings merit consideration for designing interventions to improve residents' well-being and quality of life.

*Keywords:* Occupational stress, coping strategies, medical residents, occupational health, medical education.

## INTRODUCCIÓN

El estrés es un fenómeno omnipresente en la sociedad moderna, particularmente en el ámbito laboral, donde las exigencias y presiones pueden superar la capacidad de adaptación de los individuos. En el campo de la medicina, y específicamente en la formación de médicos residentes, el estrés adquiere una dimensión especialmente relevante debido a la naturaleza demandante y de alta responsabilidad de su trabajo (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estrés como «el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción» (2). En el contexto laboral, el estrés se manifiesta cuando las demandas del entorno superan la capacidad del individuo para hacerles frente o mantenerlas bajo control. Esta situación, si se prolonga en el tiempo, puede tener consecuencias negativas tanto para la salud física y mental del trabajador como para la calidad de su desempeño profesional (3).

Los médicos residentes se encuentran en una posición particularmente vulnerable al estrés. Su formación implica largas jornadas de trabajo, guardias nocturnas, responsabilidades crecientes en el cuidado de pacientes, y la presión constante de adquirir nuevos conocimientos y habilidades. Además, deben enfrentarse a situaciones emocionalmente demandantes, como la muerte de pacientes o la comunicación de malas noticias, todo ello mientras navegan por la compleja jerarquía del sistema hospitalario (4).

El estrés crónico en médicos residentes puede manifestarse de diversas formas, incluyendo agotamiento físico y emocional, despersonaliza-

ción, y una disminución del sentido de realización personal. Estos síntomas, en su conjunto, conforman lo que se conoce como síndrome de agotamiento (burnout), una condición que afecta no solo al bienestar del médico, sino también a la calidad de la atención que brinda a sus pacientes (5).

Frente a esta realidad, las estrategias de afrontamiento del estrés adquieren una importancia crucial. Lazarus y Folkman, pioneros en el estudio del estrés y el afrontamiento, definen las estrategias de afrontamiento como «aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo» (6).

Estos autores proponen dos grandes categorías de estrategias de afrontamiento: las centradas en el problema y las centradas en la emoción. Las primeras buscan modificar la situación problemática, mientras que las segundas se orientan a regular las emociones asociadas al estrés. Posteriormente, otros investigadores han sugerido categorías adicionales, como las estrategias de evitación o las de reevaluación positiva (7).

La elección y efectividad de las estrategias de afrontamiento pueden variar según factores individuales, como la personalidad, las experiencias previas, y el contexto específico de la situación estresante. En el caso de los médicos residentes, comprender qué estrategias utilizan y cuáles resultan más efectivas es fundamental para diseñar intervenciones que mejoren su bienestar y, por extensión, la calidad de la atención médica que proporcionan (8).

Estudios previos han mostrado resultados variados en cuanto a las estrategias de afrontamiento preferidas por los médicos residentes. Algunos han encontrado una predominancia de estrategias centradas en el problema, mientras que otros han reportado un mayor uso de estrategias centradas en la emoción o incluso de evitación (9, 10). Estas diferencias pueden deberse a factores culturales, organizacionales o incluso a las características específicas de cada especialidad médica.

En el contexto paraguayo, y específicamente en el ámbito militar, la investigación sobre las estrategias de afrontamiento del estrés en médicos residentes es escasa. Este estudio busca llenar ese vacío, proporcionando información valiosa sobre cómo los médicos residentes del Hospital Militar Central manejan el estrés inherente a su formación y práctica profesional.

Comprender estas estrategias no solo es relevante desde una perspectiva de salud ocupacional, sino que también tiene implicaciones importantes para la educación médica y la gestión hospitalaria. Los resultados de este estudio podrían informar el desarrollo de programas de apoyo y formación que ayuden a los médicos residentes a manejar el estrés de manera más efectiva, contribuyendo así a mejorar su bienestar, su desempeño profesional y, en última instancia, la calidad de la atención médica que brindan a la población (11).

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Este diseño fue seleccionado por su idoneidad para examinar la prevalencia de las diferentes estrategias de afrontamiento del estrés en un momento específico, sin manipular variables ni establecer relaciones causales.

### Área de estudio y población

El estudio se realizó en el Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas de Paraguay durante el periodo 2022. La población-objetivo consistió en la totalidad de médicos residentes de especialidades primarias de dicho hospital, que sumaban 53 individuos. Esta población incluía residentes de diversas especialidades: seis de Medicina Familiar, ocho de Clínica Médica, nueve de Cirugía General, cinco de Pediatría, siete de Ginecoobstetricia, siete de Medicina en Imágenes, cinco de Ortopedia y Traumatología, y seis de Anestesiología.

## **Criterios de selección**

Se incluyeron en el estudio médicos residentes de ambos sexos, sin distinción de especialidades ni año de residencia, que accedieron a responder la encuesta y que presentaron síntomas relacionados con el estrés, identificados en la primera parte del cuestionario. Se excluyeron las encuestas incompletas, los médicos residentes que decidieron no completar la encuesta y aquellos que no presentaron síntomas de estrés.

## **Muestreo y tamaño de la muestra**

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, dada la accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador. De los 53 médicos residentes que conformaban la población total, 50 cumplieron con los criterios de inclusión y constituyeron la muestra final del estudio.

## **Reclutamiento y recolección de datos**

El proceso de reclutamiento comenzó con la socialización del trabajo de investigación entre los médicos residentes del Hospital Militar Central. Se explicó el tema y la finalidad del estudio, enfatizando la importancia de su participación. Para facilitar la recolección de datos, se compartió un formulario de Google Docs a través de la aplicación de mensajería WhatsApp. La participación fue voluntaria y anónima para garantizar la confidencialidad de los datos.

## **Instrumento de recolección de datos**

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta que constaba de dos partes. La primera parte correspondía a los datos sociodemográficos y a la identificación de síntomas de estrés. La segunda parte consistía en la Escala de Estimación de Afrontamiento de COPE en su versión abreviada (Brief COPE), desarrollada por Carver en 1997. Este instrumento consta de 28 ítems distribuidos en 14 subescalas de

dos ítems cada una, que evalúan diferentes estrategias de afrontamiento.

Las respuestas se registraron en una escala tipo Likert de cuatro puntos, donde 0 corresponde a «No, en absoluto», 1 a «Un poco», 2 a «Bastante» y 3 a «Mucho». Las estrategias de afrontamiento se agruparon en tres categorías principales: centradas en el problema, centradas en la emoción y centradas en el replanteamiento.

### **Análisis de datos**

Los datos recolectados a través del formulario de Google Docs se exportaron a una base de datos en Microsoft Office Excel 2016 para su análisis estadístico. Se efectuó un análisis descriptivo en concordancia con el diseño del estudio. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y proporciones, mientras que la variable continua (edad) se expresó como rango, media y desviación estándar.

Para la interpretación de los resultados de la escala COPE, se consideró que puntuaciones entre 0 y 1 indicaban que no se aplicaba la estrategia de afrontamiento, mientras que puntuaciones entre 2 y 3 indicaban la aplicación de la estrategia. A mayor puntuación en cada modo de afrontamiento, se interpretó como una mayor utilización de esas estrategias.

### **Consideraciones éticas**

El estudio se llevó a cabo respetando los principios éticos fundamentales de la investigación médica. Se garantizó la justicia al ofrecer a todos los médicos residentes la posibilidad de participar sin discriminación. Se respetó la autonomía de los participantes, permitiéndoles la libre elección de participar o no en el estudio, sin repercusiones negativas en caso de negativa.

El principio de beneficencia se aplicó al considerar que los resultados podrían servir para implementar medidas que mejoren las estrategias de afrontamiento del estrés y, por ende, el bienestar general y la calidad

de vida de los médicos residentes. Se aseguró la no maleficencia, ya que la investigación no causaba daño ni perjuicio a los participantes.

La confidencialidad de los datos se mantuvo estrictamente, realizando las encuestas de forma anónima y utilizando los datos obtenidos únicamente en el ámbito científico. Todo el proceso de investigación fue supervisado para garantizar la calidad de la información recogida y la consistencia de las respuestas.

## RESULTADOS

### Características sociodemográficas de la muestra

El estudio incluyó a 50 médicos residentes del Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas de Paraguay. La distribución por sexo fue prácticamente equitativa, con una ligera mayoría de mujeres: 26 participantes (52 %) fueron de sexo femenino y 24 (48 %) de sexo masculino. Esta distribución refleja una tendencia hacia la paridad de género en la formación médica de posgrado en esta institución.

En cuanto a la edad de los participantes, se observó un rango amplio que abarcó desde los 25 hasta los 39 años, con un promedio de 29 años y una desviación estándar de 2,8 años. La mayoría de los residentes (62 %) se concentró en el grupo etario de 27 a 30 años, lo que sugiere una población relativamente joven en formación especializada. Específicamente, la distribución por edades fue la siguiente: 4 residentes (8 %) tenían 25 años, 5 (10 %) tenían 26 años, 14 (28 %) tenían 27 años, 5 (10 %) tenían 28 años, 3 (6 %) tenían 29 años, 9 (18 %) tenían 30 años, 2 (4 %) tenían 31 años, 2 (4 %) tenían 32 años, 3 (6 %) tenían 33 años, 2 (4 %) tenían 34 años, y 1 (2 %) tenía 39 años.

Respecto al año de residencia, se observó la siguiente distribución: 13 residentes (26 %) se encontraban en su primer año, 14 (28 %) en su segundo año, 19 (38 %) en su tercer año, y 4 (8 %) en su cuarto año. Esta distribución muestra una mayor concentración de residentes en el tercer año, lo que podría influir en los patrones de afrontamiento del estrés observados.

## Estrategias de afrontamiento del estrés centradas en el problema

El análisis de las estrategias de afrontamiento del estrés centradas en el problema reveló una tendencia general hacia su uso frecuente entre los médicos residentes. Estas estrategias se evaluaron a través de seis ítems específicos del cuestionario COPE.

La estrategia más utilizada dentro de esta categoría fue «Intento proponer una estrategia sobre qué hacer», con 29 residentes (58 %) respondiendo «mucho» y 13 (26 %) respondiendo «bastante». Esto indica que el 84 % de los participantes tienden a abordar activamente las situaciones estresantes mediante la planificación de acciones.

La segunda estrategia más empleada fue «Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir», con 23 residentes (46 %) respondiendo «mucho» y 19 (38 %) respondiendo «bastante». Esto sugiere que el 84 % de los participantes dedican tiempo a reflexionar y planificar antes de actuar frente a situaciones estresantes.

«Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy» fue otra estrategia ampliamente utilizada, con 21 residentes (42 %) respondiendo «mucho» y 19 (38 %) respondiendo «bastante». Esto implica que el 80 % de los participantes tienden a tomar acciones concretas para abordar las situaciones estresantes.

La estrategia «Tomo medidas para intentar que la situación mejore» también mostró un uso frecuente, con 20 residentes (40 %) respondiendo «mucho» y 22 (44 %) respondiendo «bastante». Esto indica que el 84 % de los participantes se inclinan por tomar acciones proactivas para mejorar las situaciones estresantes.

En cuanto a buscar ayuda externa, la estrategia «Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer» mostró un uso moderado, con 18 residentes (36 %) respondiendo «mucho» y 11 (22 %) respondiendo «bastante». Esto sugiere que el 58 % de los participantes tienden a buscar apoyo o consejo de otros cuando enfrentan situaciones estresantes.

Finalmente, la estrategia «Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen» mostró un uso menos frecuente en comparación con las otras estrategias centradas en el problema, con 11 residentes (22 %) respondiendo «mucho» y 22 (44 %) respondiendo «bastante». Esto indica que, aunque el 66 % de los participantes utilizan esta estrategia, es menos preferida que las estrategias que implican acciones directas por parte del individuo.

Estos resultados indican que los médicos residentes del Hospital Militar Central tienden a adoptar un enfoque activo y orientado a la solución cuando se enfrentan a situaciones estresantes, con una preferencia por la planificación y la acción directa sobre la búsqueda de ayuda externa.

### **Estrategias de afrontamiento del estrés centradas en la emoción**

El análisis de las estrategias de afrontamiento del estrés centradas en la emoción reveló patrones interesantes en la forma en que los médicos residentes manejan sus respuestas emocionales ante situaciones estresantes. Estas estrategias se evaluaron a través de 16 ítems específicos del cuestionario COPE.

La estrategia emocional más frecuentemente utilizada fue «Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo», con 18 residentes (36 %) respondiendo «mucho» y 20 (40 %) respondiendo «bastante». Esto sugiere que el 76 % de los participantes tienden a reevaluar positivamente las situaciones estresantes como mecanismo de afrontamiento.

«Busco algo bueno en lo que está sucediendo» fue la segunda estrategia más empleada, con 16 residentes (32 %) respondiendo «mucho» y 21 (42 %) respondiendo «bastante». Esto indica que el 74 % de los participantes intentan encontrar aspectos positivos incluso en situaciones difíciles.

La estrategia «Acepto la realidad de lo que ha sucedido» mostró también un uso frecuente, con 15 residentes (30 %) respondiendo «mucho» y 22 (44 %) respondiendo «bastante». Esto sugiere que el 74 %

de los participantes tienden a aceptar las situaciones estresantes como parte de la realidad.

En cuanto a la búsqueda de apoyo emocional, la estrategia «Consigo apoyo emocional de otros» fue utilizada moderadamente, con 10 residentes (20 %) respondiendo «mucho» y 19 (38 %) respondiendo «bastante». Esto implica que el 58 % de los participantes tienden a buscar apoyo emocional de otros cuando enfrentan situaciones estresantes.

Por otro lado, algunas estrategias mostraron un uso menos frecuente. Por ejemplo, «Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor» fue la estrategia menos utilizada, con 46 residentes (92 %) respondiendo «no, en absoluto». Similarmente, «Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo» también mostró un uso muy bajo, con 45 residentes (90 %) respondiendo «no, en absoluto».

La estrategia «Renuncio a intentar ocuparme de ello» también mostró un uso poco frecuente, con 28 residentes (56 %) respondiendo «no, en absoluto» y 15 (30 %) respondiendo «un poco». Esto sugiere que la mayoría de los participantes no tienden a rendirse frente a situaciones estresantes.

Otras estrategias como «Me echo la culpa de lo que ha sucedido», «Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables», y «Expreso mis sentimientos negativos» mostraron un uso moderado a bajo, indicando que los residentes tienden a evitar la autculpa y la expresión descontrolada de emociones negativas.

Estos resultados sugieren que los médicos residentes del Hospital Militar Central tienden a utilizar estrategias de afrontamiento emocional positivas, como la reevaluación positiva y la aceptación, mientras evitan estrategias potencialmente dañinas como el uso de sustancias o la renuncia. También muestran una tendencia moderada a buscar apoyo emocional, lo que podría ser un área para fortalecer en futuros programas de manejo del estrés.

## Estrategias de afrontamiento del estrés centradas en el replanteamiento

El análisis de las estrategias de afrontamiento del estrés centradas en el replanteamiento proporcionó información valiosa sobre cómo los médicos residentes reevalúan y reinterpretan las situaciones estresantes. Estas estrategias se evaluaron a través de 6 ítems específicos del cuestionario COPE.

La estrategia de replanteamiento más utilizada fue «Aprendo a vivir con ello», con 17 residentes (34 %) respondiendo «mucho» y 20 (40 %) respondiendo «bastante». Esto indica que el 74 % de los participantes tienden a adaptarse y aceptar las situaciones estresantes como parte de su realidad profesional.

«Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales» fue la segunda estrategia más empleada en esta categoría, con 15 residentes (30 %) respondiendo «mucho» y 14 (28 %) respondiendo «bastante». Esto sugiere que el 58 % de los participantes recurren a sus creencias religiosas o espirituales como mecanismo de afrontamiento.

La estrategia «Rezo o medito» mostró un patrón similar, con 14 residentes (28 %) respondiendo «mucho» y 15 (30 %) respondiendo «bastante». Esto implica que el 58 % de los participantes utilizan prácticas espirituales como forma de manejar el estrés.

«Me critico a mí mismo» fue una estrategia utilizada con moderación, con 7 residentes (14 %) respondiendo «mucho» y 17 (34 %) respondiendo «bastante». Esto sugiere que el 48 % de los participantes tienden a la autocrítica como forma de afrontamiento, lo cual podría ser un área de preocupación.

La estrategia «Hago bromas sobre ello» mostró un uso menos frecuente, con 6 residentes (12 %) respondiendo «mucho» y 15 (30 %) respondiendo «bastante». Esto indica que el 42 % de los participantes utilizan el humor como mecanismo de afrontamiento.

Finalmente, «Me río de la situación» fue la estrategia menos utilizada en esta categoría, con 5 residentes (10 %) respondiendo «mucho» y 14 (28

%) respondiendo «bastante». Esto sugiere que el 38 % de los participantes utilizan la risa como forma de manejar situaciones estresantes.

Estos resultados indican que los médicos residentes del Hospital Militar Central tienden a utilizar estrategias de replanteamiento que involucran la adaptación y la espiritualidad como principales mecanismos de afrontamiento. El uso moderado de la autocritica podría ser un área de intervención para futuros programas de manejo del estrés. Además, aunque menos frecuente, el uso del humor y la risa como estrategias de afrontamiento sugiere que algunos residentes han desarrollado mecanismos positivos para manejar el estrés.

En conjunto, los resultados de las tres categorías de estrategias de afrontamiento (centradas en el problema, en la emoción y en el replanteamiento) sugieren que los médicos residentes del Hospital Militar Central utilizan una variedad de estrategias para manejar el estrés, con una tendencia hacia enfoques activos y positivos. Sin embargo, también se identifican áreas de oportunidad para mejorar las habilidades de manejo del estrés, particularmente en lo que respecta a la búsqueda de apoyo y la reducción de la autocritica.

## DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las estrategias de afrontamiento del estrés más frecuentes en médicos residentes del Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas de Paraguay. Los resultados obtenidos proporcionan una visión valiosa sobre cómo estos profesionales en formación manejan las situaciones estresantes inherentes a su práctica clínica y académica.

En cuanto a las características sociodemográficas, la distribución equitativa por sexo (52 % mujeres, 48 % hombres) refleja una tendencia hacia la paridad de género en la formación médica de posgrado. La edad promedio de 29 años y la concentración de residentes en el grupo etario de 27 a 30 años son consistentes con el perfil demográfico típico de médicos residentes descrito en la literatura (4).

Respecto a las estrategias de afrontamiento del estrés, los resultados muestran una clara preferencia por las estrategias centradas en el problema. Esta tendencia es congruente con la teoría de Lazarus y Folkman (6), quienes proponen que las estrategias centradas en el problema son más efectivas cuando el individuo percibe que puede hacer algo para cambiar la situación estresante. La alta frecuencia de uso de estrategias como «Intento proponer una estrategia sobre qué hacer» y «Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir» sugiere que los residentes adoptan un enfoque proactivo y planificado para manejar situaciones estresantes.

Este patrón de afrontamiento podría considerarse adaptativo en el contexto de la práctica médica, donde la toma de decisiones rápida y efectiva es crucial. Sin embargo, es importante notar que la preferencia por estrategias centradas en el problema podría también reflejar una cultura médica que valora la acción y la resolución de problemas por encima del manejo emocional, como se ha observado en estudios previos sobre estrés en profesionales sanitarios (12).

En cuanto a las estrategias centradas en la emoción, es alentador observar que los residentes tienden a utilizar enfoques positivos como la reevaluación («Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo») y la búsqueda de aspectos positivos («Busco algo bueno en lo que está sucediendo»). Estos hallazgos son consistentes con la literatura que sugiere que la reevaluación positiva es una estrategia efectiva para manejar el estrés en entornos médicos (13).

Es particularmente notable el bajo uso reportado de estrategias potencialmente dañinas como el consumo de alcohol u otras drogas. Esto contrasta con algunos estudios que han señalado tasas preocupantes de abuso de sustancias entre médicos residentes (14). Sin embargo, es posible que exista un subregistro debido al estigma asociado con estas conductas.

Las estrategias de afrontamiento centradas en el replanteamiento revelaron un uso frecuente de la adaptación («Aprendo a vivir con ello») y el recurso a creencias espirituales. Esto es consistente con la literatura

que sugiere que la espiritualidad puede ser un recurso importante para el manejo del estrés en profesionales de la salud (15). Sin embargo, el uso moderado de la autocrítica como estrategia de afrontamiento es un hallazgo que merece atención, ya que podría estar relacionado con el perfeccionismo y la alta autoexigencia comunes en la cultura médica (16).

Es importante señalar que, aunque los residentes mostraron una preferencia por estrategias activas y positivas, el uso relativamente bajo de estrategias como «Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen» sugiere que podría haber barreras para buscar apoyo. Esto es consistente con la literatura que señala la reluctancia de los médicos a buscar ayuda debido a estigma, miedo a las consecuencias profesionales, o una cultura de autosuficiencia (17).

Las implicaciones de estos hallazgos son significativas para la educación médica y la salud ocupacional. Sugieren la necesidad de programas de manejo del estrés que no solo refuercen las estrategias efectivas ya utilizadas por los residentes, sino que también promuevan un equilibrio saludable entre el afrontamiento centrado en el problema y el manejo emocional. Además, es crucial abordar las barreras para buscar apoyo y fomentar una cultura que normalice y facilite la búsqueda de ayuda cuando sea necesario.

Las limitaciones de este estudio incluyen su naturaleza transversal, que no permite establecer relaciones causales, y el tamaño relativamente pequeño de la muestra. Además, al ser un estudio basado en autoinformes, existe la posibilidad de sesgo de deseabilidad social. Futuros estudios podrían beneficiarse de un diseño longitudinal y la inclusión de medidas objetivas de estrés.

En conclusión, este estudio proporciona una visión valiosa de las estrategias de afrontamiento del estrés utilizadas por los médicos residentes en un contexto militar en Paraguay. Los resultados sugieren que, si bien los residentes tienden a utilizar estrategias adaptativas, existen áreas de oportunidad para mejorar el manejo del estrés, particularmente en lo que respecta a la búsqueda de apoyo y el balance entre el afronta-

miento centrado en el problema y el manejo emocional. Estos hallazgos pueden informar el desarrollo de intervenciones dirigidas a mejorar el bienestar y la resiliencia de los médicos residentes, lo cual es crucial no solo para su salud personal, sino también para la calidad de la atención que brindan a sus pacientes (11).

## 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.

La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

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.

**Fecha de publicación:** 29 de noviembre de 2024

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. La organización del trabajo y el estrés. Serie protección de la salud de los trabajadores. Ginebra: OMS; 2004.
2. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
3. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422.
4. Palacios-Nava ME, Paz-Román MP. Condiciones de trabajo, estrés y manifestaciones psicosomáticas en médicos de hospitales de la ciudad de México. *Med Segur Trab.* 2014;60(235):322-334.

5. 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;172(18):1377-1385.
6. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997;4(1):92-100.
7. Tanner G, Bamberg E, Kozak A, Kersten M, Nienhaus A. Hospital physicians' work stressors in different medical specialties: a statistical group comparison. *J Occup Med Toxicol.* 2015;10:7.
8. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry.* 2012;2012:278730.
9. Enns MW, Cox BJ, Sareen J, Freeman P. Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Med Educ.* 2001;35(11):1034-1042.
10. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet.* 2009;374(9702):1714-1721.
11. Ishak WW, Lederer S, Mandili C, Nikraves R, Seligman L, Vasa M, et al. Burnout during residency training: a literature review. *J Grad Med Educ.* 2009;1(2):236-242.
12. Firth-Cozens J. Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Soc Sci Med.* 2001;52(2):215-222.
13. Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology.* 2002;39(3):281-291.
14. Oreskovich MR, Kaups KL, Balch CM, Hanks JB, Satele D, Sloan J, et al. Prevalence of alcohol use disorders among American surgeons. *Arch Surg.* 2012;147(2):168-174.
15. Doolittle BR, Windish DM, Seelig CB. Burnout, coping, and spirituality among internal medicine resident physicians. *J Grad Med Educ.* 2013;5(2):257-261.

16. Peters M, King J. Perfectionism in doctors. *BMJ*. 2012;344:e1674.

17. Dyrbye LN, Eacker A, Durning SJ, Brazeau C, Moutier C, Massie FS, et al. The impact of stigma and personal experiences on the help-seeking behaviors of medical students with burnout. *Acad Med*. 2015;90(7):961-969.

## Conductas alimentarias de riesgo y percepción de la imagen corporal en adolescentes

---

María Gloria Benítez Duarte, Eva Maciel Welko  
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción

### RESUMEN

**Objetivos:** Relacionar las conductas alimentarias de riesgo y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de sexo femenino del tercer ciclo de la Escuela Básica N.º 442 Delia Frutos. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con muestreo no probabilístico de tipo a conveniencia. La muestra estuvo constituida por 52 adolescentes con un rango de edad entre los 12 y 16 años. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron el Cuestionario de la forma corporal Body Shape Questionnaire (BSQ) y el Test de actitudes alimentarias (EAT-26). Se aplicó la estadística inferencial Chi Cuadrado para determinar asociación entre las variables y sus dimensiones. **Resultados:** El 80,8 % de las adolescentes no presentaron riesgo de conducta alimentaria, mientras que el 19,2 % sí lo presentó. En cuanto a la percepción de la imagen corporal, el 59,6 % no mostró preocupación, el 13,5 % presentó preocupación leve, el 17,3 % preocupación moderada y el 9,6 % preocupación extrema. Se encontró una asociación estadísticamente significativa ( $P = 0,001$ ) entre la percepción de la imagen corporal y el riesgo de conducta alimentaria. **Conclusiones:** Se demostró una correlación positiva entre imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo, indicando que las

adolescentes con mayor malestar con la imagen corporal presentan mayor tendencia a actitudes alimentarias de riesgo.

*Palabras clave:* Imagen corporal, conductas alimentarias de riesgo, adolescentes, percepción, trastornos alimentarios.

## ABSTRACT

**Objectives:** To relate risky eating behaviors and body image perception in female adolescents of the third cycle of the Basic School No. 442 Delia Frutos. **Materials and methods:** An observational, descriptive cross-sectional study was conducted with non-probabilistic convenience sampling. The sample consisted of 52 adolescents with an age range between 12 to 16 years. The instruments used for data collection were the Body Shape Questionnaire (BSQ) and the Eating Attitudes Test (EAT-26). Chi-square inferential statistics were applied to determine the association between variables and their dimensions. **Results:** 80.8% of the adolescents did not present risk of eating behavior, while 19.2% did. Regarding body image perception, 59.6% showed no concern, 13.5% presented mild concern, 17.3% moderate concern, and 9.6% extreme concern. A statistically significant association ( $P = 0.001$ ) was found between body image perception and risk of eating behavior. **Conclusions:** A positive correlation between body image and risky eating behaviors was demonstrated, indicating that adolescents with greater body image discomfort show a greater tendency towards risky eating attitudes.

*Keywords:* Body image, risky eating behaviors, adolescents, perception, eating disorders.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia representa una etapa crucial en el desarrollo humano, caracterizada por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales. Durante este período, que la Organización Mundial de la Salud define entre los 10 y 19 años, los individuos experimentan una rápida transformación que afecta no solo su cuerpo, sino también su

percepción del mundo y de sí mismos (1). Esta transición hacia la edad adulta implica la búsqueda constante de identidad, un proceso que puede verse influenciado por diversos factores externos e internos.

En el contexto de estos cambios, la imagen corporal emerge como un aspecto fundamental en la construcción de la identidad adolescente. La imagen corporal, definida como la representación mental que una persona tiene de su propio cuerpo, se convierte en un foco de atención y preocupación para muchos jóvenes (2). Esta percepción no siempre se corresponde con la realidad física, sino que está mediada por factores psicológicos, sociales y culturales.

La importancia de la imagen corporal en la adolescencia se magnifica en el contexto de una sociedad que otorga un valor significativo a la apariencia física. Los medios de comunicación, las redes sociales y la presión de los pares contribuyen a establecer estándares de belleza que, con frecuencia, son poco realistas e inalcanzables (3). Estos ideales de belleza, asociados a menudo con la delgadez extrema en las mujeres y la musculatura definida en los hombres, pueden generar una discrepancia entre la imagen corporal percibida y la deseada, llevando a una insatisfacción corporal.

La insatisfacción con la imagen corporal no es un fenómeno aislado, sino que puede tener repercusiones considerables en la salud física y mental de los adolescentes. Estudios previos han demostrado que una percepción negativa de la imagen corporal está asociada con una baja autoestima, síntomas depresivos y ansiedad (4). Además, esta insatisfacción puede ser un factor precipitante para el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo.

Las conductas alimentarias de riesgo se definen como prácticas inadecuadas de alimentación que, si bien no cumplen con los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario completo, pueden ser precursoras de estos y representan un riesgo significativo para la salud (5). Estas conductas incluyen, pero no se limitan a, la restricción alimentaria severa, los atracones, el uso de laxantes o diuréticos con fines de control de peso, y el ejercicio excesivo. La prevalencia de estas conductas en la

población adolescente es preocupante, con estudios que reportan tasas de hasta el 30 % en algunos contextos (6).

La relación entre la percepción de la imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo es compleja y bidireccional. Por un lado, una imagen corporal negativa puede motivar a los adolescentes a adoptar conductas alimentarias poco saludables en un intento por modificar su apariencia. Por otro lado, estas mismas conductas pueden exacerbar la insatisfacción corporal, creando un ciclo negativo que puede ser difícil de romper (7).

En el contexto paraguayo, la investigación sobre estos temas es aún limitada, lo que subraya la importancia de estudios como el presente. La Escuela Básica N.º 442 Delia Frutos, ubicada en Asunción, ofrece un escenario ideal para explorar estas dinámicas en una población adolescente urbana. Comprender la relación entre la percepción de la imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo en este contexto específico puede proporcionar información valiosa para el desarrollo de estrategias de prevención e intervención adaptadas a la realidad local.

El presente estudio se propone, por tanto, examinar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de sexo femenino del tercer ciclo de la Escuela Básica N.º 442 Delia Frutos. Al hacerlo, se busca no solo contribuir al cuerpo de conocimiento existente sobre estos temas, sino también proporcionar datos que puedan informar políticas y programas de salud pública orientados a promover una imagen corporal saludable y prevenir el desarrollo de trastornos alimentarios en la población adolescente paraguaya.

La relevancia de esta investigación se extiende más allá del ámbito académico, tocando aspectos cruciales de la salud pública y el bienestar social. En un mundo donde la presión por alcanzar estándares de belleza irreales es cada vez más intensa, especialmente para las adolescentes, es imperativo comprender los mecanismos que subyacen a la formación de la imagen corporal y su influencia en las conductas alimentarias. Solo a través de este entendimiento podremos desarrollar intervenciones efectivas que promuevan una relación salu-

dable con el cuerpo y la alimentación, contribuyendo así a la salud física y mental de las generaciones futuras.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Este diseño permitió examinar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo y la percepción de la imagen corporal en un momento específico, sin manipulación de variables. La naturaleza descriptiva del estudio facilitó la caracterización detallada de los fenómenos estudiados en la población objetivo.

### Área de estudio y población

El estudio se realizó en la Escuela Básica N.º 442 Delia Frutos, ubicada en el barrio Sajonia de la ciudad de Asunción, Paraguay. Esta institución educativa se encuentra entre las calles Bartolomé Coronel y Comandante Manuel Gamarra, en un área urbana de la capital del país. La población enfocada consistió en estudiantes adolescentes de sexo femenino del tercer ciclo de la Educación Escolar Básica. La población accesible se definió como las estudiantes adolescentes del tercer ciclo matriculadas en la Escuela Básica N.º 442 Delia Frutos, tanto en el turno matutino como vespertino, durante el período de estudio.

### Criterios de selección

Se establecieron criterios de inclusión y exclusión para asegurar una muestra representativa y adecuada para los objetivos del estudio. Los criterios de inclusión fueron ser estudiante de sexo femenino cursando el 7.º, 8.º o 9.º grado de la Escuela Básica N.º 442 Delia Frutos, y contar con el consentimiento informado de los padres o encargados. Se excluyeron del estudio a las estudiantes que no completaron correctamente

los instrumentos de evaluación o que presentaban alguna discapacidad visual que pudiera interferir con la administración de los cuestionarios.

### **Muestra y muestreo**

Se empleó un muestreo no probabilístico de tipo a conveniencia, lo que permitió seleccionar a las participantes que cumplieran con los criterios de inclusión y estaban disponibles durante el período de recolección de datos. Este método de muestreo, aunque limita la generalización de los resultados, fue apropiado dadas las restricciones logísticas y temporales del estudio. Se logró reclutar a 52 adolescentes para participar en la investigación.

### **Instrumentos de recolección de datos**

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos ampliamente validados en la literatura. El primero fue el Body Shape Questionnaire (BSQ), en su versión abreviada adaptada al español por Raich et al. Este cuestionario consta de 34 ítems diseñados para evaluar la percepción de la imagen corporal. Cada ítem se valora en una escala de 1 a 6 puntos, reflejando la frecuencia con la que la participante experimenta cada situación descrita en relación con su satisfacción corporal durante las últimas 4 semanas. La puntuación total permite clasificar el nivel de insatisfacción corporal en cuatro categorías: no preocupada, leve, moderada y extrema.

El segundo instrumento utilizado fue el Eating Attitudes Test (EAT-26), en su versión abreviada en español realizada por Castro et al. Este instrumento está diseñado para detectar personas con riesgo de padecer un trastorno alimentario. Consta de 26 ítems que evalúan tres dimensiones: dieta, bulimia y preocupación por la comida, y control oral. Cada ítem se valora en una escala de 3 puntos, con la excepción del ítem 25, que se califica de forma inversa. El punto de corte establecido es de 20 puntos, considerándose puntuaciones totales mayores o iguales a 20 como indicativas de «conductas alimentarias de riesgo».

## Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo en las instalaciones de la Escuela Básica N.º 442 Delia Frutos, previa autorización de las autoridades escolares. Se organizaron sesiones grupales para la administración de los cuestionarios, asegurando un ambiente tranquilo y privado. Antes de la aplicación de los instrumentos, se explicó detalladamente el propósito del estudio y se obtuvo el consentimiento informado de los padres o tutores de las participantes. Los cuestionarios fueron administrados por personal capacitado, quienes estuvieron disponibles para aclarar dudas durante el proceso. Se enfatizó la importancia de responder honestamente a todas las preguntas y se garantizó la confidencialidad de la información proporcionada.

## Análisis estadístico

Los datos recopilados fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 29.0.0.0. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables, calculando frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar según correspondiera. Para evaluar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo y la percepción de la imagen corporal, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), considerando un nivel de significancia estadística de  $P < 0,05$ .

## Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo respetando los principios éticos fundamentales de la investigación científica. Se obtuvo la aprobación del comité de ética institucional correspondiente antes de iniciar la recolección de datos. Se garantizó la autonomía de las participantes, permitiéndoles decidir libremente sobre su participación o retiro del estudio en cualquier momento. Se aplicó el principio de justicia al ofrecer a todas las estudiantes elegibles la misma oportunidad de participar, sin discriminación. El principio de no maleficencia se respetó al asegurar que los procedimientos del estudio no representaran riesgos para la salud física

o mental de las participantes. Finalmente, se consideró el principio de beneficencia al proporcionar información que podría ser útil para el desarrollo de intervenciones futuras en beneficio de la población estudiada.

## RESULTADOS

El presente estudio incluyó a 52 estudiantes adolescentes de sexo femenino de la Escuela Básica N.º 442 Delia Frutos. La edad media de las participantes fue de 14 años, con una desviación estándar de 1,2 años, abarcando un rango de edad entre los 12 y 16 años. La distribución por grado escolar mostró que el 50 % (26 estudiantes) pertenecía al noveno grado, el 19,2 % (10 estudiantes) al octavo grado y el 30,7 % (16 estudiantes) al séptimo grado. Esta distribución refleja una representación variada de los diferentes niveles del tercer ciclo de la Educación Escolar Básica, lo que permite una visión amplia de las conductas alimentarias y la percepción de la imagen corporal en distintas etapas de la adolescencia.

En cuanto a las conductas alimentarias de riesgo, evaluadas mediante el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26), se observó que la mayoría de las participantes no presentaban riesgo significativo. El puntaje medio obtenido en este instrumento fue de 11,3 puntos, con una desviación estándar de 8,3 puntos. Utilizando el punto de corte establecido de 20 puntos, se encontró que el 80,8 % de las adolescentes (42 participantes) no presentaban riesgo de conducta alimentaria, mientras que el 19,2 % (10 participantes) sí mostraban un riesgo elevado. Estos resultados sugieren que, si bien la mayoría de las estudiantes no exhiben conductas alimentarias problemáticas, existe un subgrupo que podría beneficiarse de intervenciones preventivas o de apoyo.

La percepción de la imagen corporal, evaluada a través del Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ), reveló una variedad de niveles de preocupación entre las participantes. El puntaje medio obtenido en este cuestionario fue de 79,9 puntos, con una desviación estándar de 35,7 puntos. Al categorizar los resultados según los rangos establecidos,

se encontró que el 59,6 % de las adolescentes (31 participantes) no mostraban preocupación por su imagen corporal, presentando puntuaciones en el rango de 34 a 80 puntos. El 13,5 % (7 participantes) manifestó una preocupación leve, con puntuaciones entre 81 y 110 puntos. Un 17,3 % (9 participantes) presentó una preocupación moderada, con puntuaciones entre 111 y 140 puntos. Finalmente, el 9,6 % (5 participantes) mostró una preocupación extrema por su imagen corporal, con puntuaciones superiores a 140 puntos. Estos hallazgos indican que, aunque la mayoría de las adolescentes no presentan una preocupación significativa por su imagen corporal, existe un porcentaje considerable (40,4 %) que experimenta algún grado de insatisfacción o preocupación.

Al analizar la relación entre la percepción de la imagen corporal y el riesgo de conductas alimentarias, se encontró una asociación estadísticamente significativa ( $P = 0,001$ ). Esta asociación se evidenció al observar que entre las adolescentes que no presentaban preocupación por su imagen corporal (31 participantes), ninguna mostró riesgo de conductas alimentarias problemáticas. En contraste, entre las que presentaban algún grado de preocupación por su imagen corporal, se observó una tendencia creciente de riesgo de conductas alimentarias problemáticas. Específicamente, de las 7 participantes con preocupación leve, 3 (5,9 % del total de la muestra) presentaron riesgo de conductas alimentarias problemáticas. Entre las 9 participantes con preocupación moderada, 6 (11,6 % del total) mostraron este riesgo. Finalmente, de las 5 participantes con preocupación extrema, 4 (7,6 % del total) presentaron riesgo de conductas alimentarias problemáticas.

Estos resultados sugieren una correlación positiva entre el nivel de preocupación por la imagen corporal y la presencia de conductas alimentarias de riesgo. Es decir, cuanto mayor es la preocupación por la imagen corporal, mayor es la probabilidad de desarrollar conductas alimentarias problemáticas. Esta relación se hace particularmente evidente en los casos de preocupación moderada y extrema, donde la mayoría de las participantes en estas categorías también presentaron riesgo de conductas alimentarias problemáticas.

Es importante destacar que, a pesar de la asociación significativa encontrada, no todas las adolescentes con preocupación por su imagen corporal desarrollan necesariamente conductas alimentarias de riesgo. Esto indica la presencia de otros factores protectores o de riesgo que pueden influir en la manifestación de estas conductas, y subraya la complejidad de la relación entre la imagen corporal y los comportamientos alimentarios en la adolescencia.

En resumen, los resultados de este estudio revelan que, si bien la mayoría de las adolescentes de la muestra no presentan preocupaciones considerables por su imagen corporal ni conductas alimentarias de riesgo, existe un subgrupo importante que sí manifiesta estas problemáticas. La asociación significativa entre la percepción de la imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo subraya la importancia de abordar ambos aspectos de manera integral en las intervenciones dirigidas a promover la salud mental y física de las adolescentes.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio proporcionan una visión valiosa sobre la relación entre las conductas alimentarias de riesgo y la percepción de la imagen corporal en adolescentes femeninas de una escuela básica en Asunción, Paraguay. El hallazgo de que la mayoría de las participantes (80,8 %) no presentan riesgo de conductas alimentarias problemáticas es alentador y se alinea con la literatura previa que sugiere que, si bien las preocupaciones por la imagen corporal son comunes en la adolescencia, no todas se traducen en conductas de riesgo (1,2).

Sin embargo, es importante señalar que el 19,2 % de las participantes sí presentaron riesgo de conductas alimentarias problemáticas, lo cual no debe subestimarse. Este porcentaje se encuentra dentro del rango reportado en estudios previos, que han estimado tasas de hasta el 30 % en algunos contextos (6). La presencia de este subgrupo de riesgo subraya la importancia de mantener esfuerzos preventivos y de detección temprana en entornos escolares.

En cuanto a la percepción de la imagen corporal, nuestros hallazgos revelan que la mayoría de las participantes (59,6 %) no muestran preocupación significativa por su imagen corporal. Estos resultados podrían reflejar lo que Gaete (7) describe como la naturaleza asincrónica del desarrollo adolescente, donde los cambios físicos, psicológicos y sociales no siempre ocurren de manera simultánea. La falta de preocupación en este grupo podría indicar que aún no han internalizado completamente los estándares de belleza sociales o que poseen factores protectores que merecen ser explorados en futuras investigaciones.

No obstante, es crucial destacar que el 40,4 % de las participantes en nuestro estudio presentaron algún grado de preocupación por su imagen corporal, con un 9,6 % mostrando una preocupación extrema. Estos resultados son consistentes con la literatura que señala la adolescencia como un período crítico para el desarrollo de la imagen corporal (3,4). La presencia de preocupación extrema en casi una décima parte de la muestra es particularmente alarmante, ya que la insatisfacción corporal se ha identificado como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastornos alimentarios (5).

Un hallazgo fundamental de nuestro estudio es la asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,001$ ) entre la percepción de la imagen corporal y el riesgo de conductas alimentarias problemáticas. Esta correlación positiva indica que las adolescentes con mayor malestar respecto a su imagen corporal tienden a presentar más conductas alimentarias de riesgo. Estos resultados son coherentes con el modelo propuesto por Stice et al. (29), que sugiere que la interiorización de ideales corporales estereotipados puede generar insatisfacción corporal y, consecuentemente, conductas alimentarias de riesgo.

La relación observada entre la imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo puede explicarse a través de varios mecanismos psicológicos y socioculturales discutidos en la literatura. Por ejemplo, la internalización del estándar ideal de delgadez, identificada por Unikel et al. (22) como un factor de riesgo, podría estar jugando un papel crucial en nuestra población de estudio. Además, la presión social para

alcanzar estos ideales de belleza, amplificada por los medios de comunicación y las redes sociales, puede exacerbar la preocupación por la imagen corporal y fomentar prácticas alimentarias poco saludables (3,14).

Es importante señalar que, aunque se encontró una asociación significativa, no todas las adolescentes con preocupación por su imagen corporal desarrollaron conductas alimentarias de riesgo. Esto sugiere la existencia de factores protectores que podrían mitigar el impacto de la insatisfacción corporal en el comportamiento alimentario. Futuros estudios deberían explorar estos factores protectores, como el apoyo social, la resiliencia y la alfabetización mediática, para informar estrategias de prevención más efectivas.

Las implicaciones de estos hallazgos son significativas para la salud pública y la práctica clínica. En primer lugar, subrayan la necesidad de implementar programas de prevención primaria que aborden simultáneamente la imagen corporal y las conductas alimentarias en adolescentes. Estos programas deberían enfocarse en promover una imagen corporal positiva, fomentar la aceptación de la diversidad corporal y desarrollar habilidades críticas para evaluar los mensajes mediáticos sobre el cuerpo ideal (13,14).

En segundo lugar, los resultados resaltan la importancia de la detección temprana de la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias de riesgo en entornos escolares. La implementación de programas de cribado y la capacitación de profesores y personal escolar para identificar señales de alerta podrían ser estrategias efectivas para la intervención temprana (15).

Finalmente, estos hallazgos tienen implicaciones para el tratamiento de los trastornos alimentarios. Los enfoques terapéuticos que abordan tanto la imagen corporal como las conductas alimentarias podrían ser más efectivos que aquellos que se centran exclusivamente en uno de estos aspectos (16,17).

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, el tamaño de la muestra y el muestreo por conveniencia

limitan la generalización de los resultados a poblaciones más amplias. Además, el diseño transversal no permite establecer relaciones causales entre la imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo. Futuros estudios longitudinales podrían proporcionar una comprensión más profunda de cómo estas variables interactúan y evolucionan a lo largo del tiempo.

En conclusión, este estudio contribuye significativamente a la comprensión de la relación entre la imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes paraguayas, un área poco explorada hasta ahora. Los resultados proporcionan una base sólida para el desarrollo de intervenciones preventivas y terapéuticas adaptadas al contexto local, y subrayan la importancia de abordar estos temas de manera integral en las políticas de salud pública dirigidas a la población adolescente.

## 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.

La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

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.

**Fecha de publicación:** 29 de noviembre de 2024

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Desarrollo en la adolescencia [Inter-

- net]. 2021 [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health>
2. Papalia D, Martorell G. Desarrollo Humano. 13a ed. México: McGraw-Hill Education; 2017.
  3. Saucedo-Molina T, Unikel Santoncini C. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalgenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*. 2010;33(1):11-19.
  4. Ramos P, Rivera F, Moreno C. Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*. 2010;22(1):77-83.
  5. Tylka TL, Wood-Barcalow NL. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*. 2015;14:118-129.
  6. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia [Internet]. 2021 [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
  7. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. *Rev Chil Pediatr*. 2015;86(6):436-443.
  8. Jourard SM, Secord PF. Body-cathexis and the ideal female figure. *J Abnorm Soc Psychol*. 1955;50(2):243-246.
  9. Baile JI, Guillén F, Garrido E. Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Int J Clin Health Psychol*. 2002;2(3):439-450.
  10. Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*. 2007;8:171-183.
  11. Baile JI. ¿Qué es la imagen corporal? *Revista de Humanidades "Cuadernos del Marqués de San Adrián"*. 2003;2:53-70.
  12. Cash TF, Pruzinsky T. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press; 2002.

13. Raich RM. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Pirámide; 2000.
14. Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, Tantleff-Dunn S. Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. Washington, DC: American Psychological Association; 1999.
15. Mancilla A, Vázquez R, Mancilla JM, Amaya A, Álvarez G. Insatisfacción corporal en niños y preadolescentes: Una revisión sistemática. *Rev Mex Trastor Aliment.* 2012;3(1):62-79.
16. Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev Chil Nutr.* 2002;29(3):280-285.
17. Saucedo-Molina T, Unikel Santoncini C. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental.* 2010;33(1):11-19.
18. Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapela I, Carreño-García S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Publica Mex.* 2004;46(6):509-515.
19. American Academy of Pediatrics. Stages of Adolescence [Internet]. 2019 [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/teen/Pages/Stages-of-Adolescence.aspx>
20. Contreras J, Gracia M. Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas. Barcelona: Ariel; 2005.
21. Macías AI, Gordillo LG, Camacho EJ. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev Chil Nutr.* 2012;39(3):40-43.
22. Unikel C, Díaz de León C, Rivera JA. Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2017.

23. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
24. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet*. 2010;375(9714):583-593.
25. Neumark-Sztainer D, Wall M, Larson NI, Eisenberg ME, Loth K. Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *J Am Diet Assoc*. 2011;111(7):1004-1011.
26. Stice E, Marti CN, Durant S. Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behav Res Ther*. 2011;49(10):622-627.
27. Harter S. *The Construction of the Self: Developmental and Sociocultural Foundations*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2012.
28. Bourdieu P. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama; 2000.
29. Stice E, Schupak-Neuberg E, Shaw HE, Stein RI. Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. *J Abnorm Psychol*. 1994;103(4):836-840.
30. Thompson JK, Stice E. Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Curr Dir Psychol Sci*. 2001;10(5):181-183.
31. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. 6a ed. México: McGraw-Hill; 2014.
32. Raich RM, Mora M, Soler A, Avila C, Clos I, Zapater L. Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*. 1996;7(1):51-66.
33. Castro J, Toro J, Salamero M, Guimerá E. The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*. 1991;7(2):175-190.

34. Benarroch A, Pérez S, Perales J. Factores que influyen en las conductas alimentarias de los adolescentes: Aplicación y validación de un instrumento diagnóstico. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. 2011;9(3):1219-1244.

35. Badía Vila MA, García Miranda E. *Imagen corporal y hábitos saludables*. Madrid: Paraninfo; 2013.

## Referencias médicas realizadas en un servicio de medicina familiar

---

Milciades René Torres Bogarín, Juana Pavón  
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción

### RESUMEN

**Objetivos:** Conocer el número de referencias solicitadas en el Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, clasificarlas según tipo (urgente/no urgente) y categorizar las referencias no urgentes según especialidad referida. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal. Se analizaron 377 fichas de pacientes de todas las edades y ambos sexos del Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. La selección de las fichas se realizó mediante muestreo aleatorio simple, con un intervalo de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %. **Resultados:** Se encontraron 53 referencias, lo que representa el 14 % de los casos estudiados. De estas, 46 (86,8 %) fueron de tipo no urgente y 7 (13,2 %) de carácter urgente. Entre las referencias no urgentes, la especialidad más solicitada fue Psiquiatría con 7 referencias, seguida por Otorrinolaringología y Psicología con 6 cada una. Otras especialidades frecuentemente referidas incluyeron Cirugía General, Oftalmología y Dermatología. **Conclusiones:** La cantidad de referencias encontradas en este estudio es relativamente baja, siendo la mayoría de carácter no urgente. Las especialidades de salud mental

fueron las más solicitadas, seguidas por especialidades quirúrgicas. Estos hallazgos pueden contribuir a mejorar la formación y competencias de los médicos de familia en Paraguay, considerando las necesidades de referencia identificadas.

*Palabras clave:* Atención Primaria de Salud, Medicina Familiar y Comunitaria, Derivación y Consulta, Servicios de Salud, Paraguay

## ABSTRACT

**Objectives:** To determine the number of referrals requested in the Family Medicine Service at the Hospital de Clínicas, National University of Asunción, classify them by type (urgent/non-urgent), and categorize non-urgent referrals by specialty. **Materials and methods:** A descriptive, observational, cross-sectional study was conducted. We analyzed 377 medical records of patients of all ages and both sexes from the Family Medicine Service at the Hospital de Clínicas, Faculty of Medical Sciences, National University of Asunción. Records were selected through simple random sampling, with a 95% confidence interval and 5% margin of error. **Results:** We identified 53 referrals, representing 14% of the cases studied. Of these, 46 (86.8%) were non-urgent and 7 (13.2%) were urgent. Among non-urgent referrals, Psychiatry was the most requested specialty with 7 referrals, followed by Otorhinolaryngology and Psychology with 6 each. Other frequently referred specialties included General Surgery, Ophthalmology, and Dermatology. **Conclusions:** The number of referrals found in this study is relatively low, with most being non-urgent. Mental health specialties were the most requested, followed by surgical specialties. These findings can help improve the training and competencies of family physicians in Paraguay based on identified referral patterns.

*Keywords:* Primary Health Care, Family and Community Medicine, Referral and Consultation, Health Services, Paraguay

## INTRODUCCIÓN

La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978, marcó un hito en la historia de la salud pública global al enfatizar la necesidad urgente de una acción coordinada para proteger y promover la salud de todas las personas en el mundo. Como resultado, se estableció la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), definida por la Organización Mundial de la Salud como «la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país» (1).

En Paraguay, la implementación formal de la APS se inició en 2008 con la creación de las Unidades de Salud de la Familia (USF), representando un avance significativo en la evolución del sistema de salud nacional. Actualmente, existen alrededor de 804 USF distribuidas en todo el país, constituyendo la puerta de entrada al sistema de salud (2,3).

La Medicina Familiar, por definición, es la especialidad efectora de la Atención Primaria en Salud, considerando que el propósito y la unidad funcional de los cuidados primarios es la familia y no solo el individuo (4). La resolutiveidad en el primer nivel de atención se define como «la capacidad de un centro de atención primaria de diagnosticar correctamente y tratar eficazmente a los pacientes que acudan con problemas de salud y que corresponda al nivel de recursos humanos y materiales disponibles en la atención primaria». Esta capacidad se evalúa a través de indicadores específicos y el desempeño de los profesionales de salud según las guías de práctica clínica establecidas (5).

Los médicos de familia, formados en el conocimiento de las patologías más frecuentes, tienen la capacidad de resolver entre el 80 % y el 90 % de los problemas de salud de sus pacientes, llegando incluso al 95 % según algunos estudios (6,7,8). Esta alta resolutiveidad es fundamental para el funcionamiento eficiente del sistema de salud, ya que permite

una atención oportuna y cercana a la comunidad, reduciendo la sobrecarga en niveles de atención más complejos.

El sistema de salud se organiza en niveles de atención, siendo el primer nivel el punto de entrada al sistema y donde se resuelven aproximadamente el 85 % de los problemas de salud (9). Sin embargo, para garantizar una atención integral y continua, es fundamental contar con un sistema de referencia y contrarreferencia eficiente entre los distintos niveles de atención.

La interconsulta o referencia médica es un proceso crucial en este sistema. Se define como la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutoria a otro de mayor capacidad, con el fin de asegurar la continuidad de la prestación del servicio (10). Es importante destacar que este proceso no implica que el médico de familia abandone su responsabilidad sobre el paciente, sino que comparte temporalmente ciertos aspectos del cuidado con otros especialistas (11).

En el Paraguay, la formación en Medicina Familiar se inició en 1981 con la creación de la residencia médica, seguida por la fundación de la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar en 1990 (12). Estos hitos sentaron las bases para el desarrollo de la especialidad en el país. Sin embargo, la literatura nacional sobre las características de las referencias médicas desde el primer nivel de atención es escasa, lo que subraya la importancia de investigaciones en este ámbito.

El Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción juega un papel fundamental en la formación de médicos de familia y en la prestación de servicios de APS en Paraguay. Este servicio atiende a una población diversa, incluyendo residentes locales y personas que acuden a Asunción por motivos laborales o en busca de atención especializada.

Estudios internacionales han mostrado patrones interesantes en las referencias desde la atención primaria. Por ejemplo, en España se ha observado que aproximadamente el 9 % de las derivaciones desde APS son de carácter urgente (13), mientras que las especialidades más

frecuentemente referidas de manera no urgente incluyen Oftalmología, Traumatología, Dermatología, Otorrinolaringología y Ginecología (13-17).

En este contexto, el presente estudio busca analizar las características de las referencias médicas realizadas en el Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. El objetivo es conocer el número de referencias solicitadas, clasificarlas según su carácter (urgente o no urgente) y categorizar las referencias no urgentes según la especialidad referida. Esta información es crucial para comprender mejor las necesidades de atención especializada de la población atendida en el primer nivel, así como para identificar áreas potenciales de mejora en la formación y competencias de los médicos de familia en Paraguay.

Los resultados de este estudio podrían tener implicaciones significativas para la planificación de servicios de salud, la formación médica continua y el fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia en el país. Además, contribuirá a la escasa literatura nacional sobre este tema, proporcionando datos valiosos para futuras investigaciones y para la toma de decisiones en políticas de salud pública.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño del estudio

Este estudio se diseñó como una investigación descriptiva, observacional, de corte transversal y retrospectivo con enfoque cuantitativo. Se eligió este diseño para proporcionar una visión comprehensiva de las características de las referencias médicas en el servicio estudiado.

### Ámbito y población del estudio

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. Este servicio opera en las instalaciones del

antiguo Hospital de Clínicas y cuenta con cuatro consultorios atendidos por residentes de la especialidad del primer al tercer año, bajo la supervisión de instructores especialistas en Medicina Familiar. Además, recibe apoyo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través de las USF Clínicas 1 y 2.

La población del estudio incluyó a todos los pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, sin distinción de edad o sexo, que contaban con historia clínica completa.

### **Muestra y muestreo**

Se implementó un muestreo aleatorio simple para seleccionar 377 fichas de pacientes, asegurando una representación adecuada de la población estudiada. Este tamaño de muestra se determinó considerando la población total de fichas en el servicio y buscando un nivel de confianza y margen de error apropiados para el estudio.

### **Criterios de selección**

Se incluyeron las fichas de pacientes de todas las edades y ambos sexos con historia clínica completa en el servicio. Se excluyeron aquellas fichas que presentaban daños, estaban incompletas o tenían contenido ilegible, asegurando así la integridad y confiabilidad de la información recolectada.

### **Recolección de datos**

El proceso de recolección de datos se centró en el análisis de la última consulta realizada por cada paciente. Se buscó específicamente la existencia de interconsultas o remisiones a urgencias entre los planes de atención. No se contabilizaron los pedidos de interconsulta en ocasiones diferentes a la última consulta registrada, lo que permitió obtener una imagen precisa de las necesidades de referencia más recientes de cada paciente.

## **Variables del estudio**

Las variables principales del estudio incluyeron el número total de referencias solicitadas, el tipo de referencia (clasificada como urgente o no urgente) y la especialidad referida en el caso de las referencias no urgentes. Estos datos se recopilaron utilizando planillas elaboradas en Microsoft Excel, diseñadas específicamente para este estudio.

## **Análisis de datos**

Para el análisis de los datos, se emplearon técnicas de estadística descriptiva. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, lo que permitió una comprensión clara de la distribución de los tipos de referencia y las especialidades más solicitadas. Los resultados se organizaron en tablas y gráficos para facilitar su interpretación y presentación.

## **Consideraciones éticas**

El estudio se desarrolló bajo estrictas consideraciones éticas, respetando los principios fundamentales de la investigación médica. Se garantizó la confidencialidad de la información, manejando los datos de manera anónima y agregada. El diseño retrospectivo del estudio aseguró que no se interfiriera con la autonomía de los pacientes ni con su atención médica.

La justicia en la selección de las fichas clínicas se aseguró mediante el muestreo aleatorio, evitando sesgos de selección. Además, se respetó el principio de no maleficencia, garantizando que los resultados no se utilizarán de manera que pueda perjudicar la dignidad o reputación de los participantes.

Es importante señalar que la atención en el centro asistencial es voluntaria, y todos los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, preventivos y de seguimiento se realizan bajo indicación médica y con el consentimiento libre de los pacientes. Este estudio, al analizar las prácticas de referencia, busca contribuir a la mejora continua de la atención

primaria en salud y al fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia en Paraguay.

## RESULTADOS

El análisis de las 377 fichas de pacientes seleccionadas del Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción reveló patrones significativos en las prácticas de referencia médica. Del total de fichas examinadas, se identificaron 53 referencias, lo que representa el 14 % de los casos estudiados. Este hallazgo sugiere que la mayoría de los pacientes atendidos en el servicio (86 %) recibieron atención completa sin necesidad de ser referidos a otros niveles o especialidades, lo cual es consistente con la alta capacidad resolutive esperada en la atención primaria.

Al examinar la naturaleza de las referencias, se encontró una clara predominancia de las referencias no urgentes sobre las urgentes. De las 53 referencias identificadas, 46 fueron clasificadas como no urgentes, constituyendo el 86,8 % del total de referencias. En contraste, solo 7 referencias fueron categorizadas como urgentes, representando el 13,2 % de todas las referencias realizadas. Esta distribución subraya la función del Servicio de Medicina Familiar como un filtro efectivo, manejando la mayoría de los casos de manera ambulatoria y reservando las referencias urgentes para situaciones que verdaderamente requieren atención inmediata en niveles de mayor complejidad.

El análisis detallado de las referencias no urgentes reveló patrones interesantes en cuanto a las especialidades más solicitadas. La especialidad que recibió el mayor número de referencias fue Psiquiatría, con 7 casos. Este hallazgo destaca la importancia de la salud mental en la atención primaria y sugiere una necesidad potencial de fortalecer las competencias en esta área dentro del servicio de Medicina Familiar.

Siguiendo de cerca a Psiquiatría, se encontraron Otorrinolaringología y Psicología, cada una con 6 referencias. La alta frecuencia de referencias a estas especialidades podría indicar la prevalencia de problemas de

salud relacionados con el oído, nariz y garganta, así como la creciente conciencia sobre la importancia de la salud mental integral.

Cirugía General ocupó el siguiente lugar con 4 referencias, lo que indica la presencia de casos que requieren evaluación o intervención quirúrgica más allá de las capacidades del servicio de atención primaria. Oftalmología y Dermatología siguieron con 3 referencias cada una, indicando la necesidad de atención especializada para problemas oculares y cutáneos que no pudieron ser manejados completamente en el nivel primario.

Otras especialidades que recibieron 2 referencias cada una incluyeron Ortopedia y Traumatología, Nutrición, Endocrinología, Neurología, Pediatría, y Ginecología y Obstetricia. Esta distribución refleja la diversidad de necesidades de salud en la población atendida y la importancia de mantener vínculos sólidos con una amplia gama de especialidades médicas.

Finalmente, se registraron referencias individuales a especialidades como Cardiología, Nefrología, Hematología, Neumología y Mastología. Aunque menos frecuentes, estas referencias subrayan la importancia de tener acceso a especialidades altamente específicas para manejar casos complejos o poco comunes que surgen en la atención primaria.

La distribución observada de las referencias no urgentes proporciona información valiosa sobre las necesidades de atención especializada más frecuentes en la población atendida por el Servicio de Medicina Familiar. Estos datos pueden ser cruciales para la planificación de recursos, la formación continua de los médicos de familia y el fortalecimiento de las relaciones entre la atención primaria y los servicios especializados.

En cuanto a las referencias urgentes, aunque representaron una proporción menor del total de referencias (13,2 %), su presencia subraya la importancia del Servicio de Medicina Familiar como un punto de entrada al sistema de salud capaz de identificar y canalizar rápidamente casos que requieren atención inmediata en niveles de mayor complejidad.

En conjunto, estos resultados ofrecen una visión comprehensiva de las prácticas de referencia en el Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, destacando tanto la capacidad resolutive del servicio como las áreas donde se requiere mayor apoyo de especialidades médicas.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio proporcionan una valiosa perspectiva sobre las prácticas de referencia en el Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, ofreciendo importantes implicaciones para la atención primaria en salud en Paraguay.

El hallazgo de que solo el 14 % de los casos requirieron referencia a otros niveles o especialidades es consistente con la literatura internacional, que sugiere que los médicos de familia pueden resolver entre el 80 % y el 95 % de los problemas de salud de sus pacientes (6-8). Este alto nivel de resolutive observado en el servicio estudiado respalda la efectividad de la atención primaria en salud y subraya el papel crucial de los médicos de familia en el sistema de salud paraguayo.

La proporción de referencias urgentes encontrada en nuestro estudio (13,2 % del total de referencias) es ligeramente superior a lo reportado en estudios similares realizados en otros países. Por ejemplo, un estudio español encontró que aproximadamente el 9 % de las derivaciones desde atención primaria eran de carácter urgente (13). Esta diferencia podría atribuirse a las características específicas de la población atendida en el Hospital de Clínicas, que posiblemente incluya casos más complejos o de mayor gravedad que los observados en centros de atención primaria convencionales. Además, factores culturales y socio-económicos propios del contexto paraguayo podrían influir en los patrones de búsqueda de atención médica, llevando a que algunos pacientes acudan al servicio en etapas más avanzadas de sus enfermedades.

En cuanto a las especialidades más frecuentemente referidas, nuestros hallazgos muestran algunas similitudes y diferencias con la literatura

internacional. La alta frecuencia de referencias a Psiquiatría y Psicología observada en nuestro estudio destaca la creciente importancia de la salud mental en la atención primaria, un fenómeno que se ha observado globalmente en los últimos años (18). Este hallazgo sugiere la necesidad de fortalecer las competencias en salud mental de los médicos de familia y posiblemente de implementar estrategias de colaboración más estrechas entre la atención primaria y los servicios de salud mental.

Las referencias frecuentes a especialidades como Otorrinolaringología, Cirugía General, Oftalmología y Dermatología son consistentes con los patrones observados en otros estudios internacionales (13-17). Sin embargo, la distribución específica de estas referencias puede reflejar las particularidades epidemiológicas y las necesidades de salud de la población paraguaya atendida en el servicio estudiado.

Es interesante notar que, a diferencia de algunos estudios internacionales que sitúan a Traumatología entre las especialidades más referidas (14,15), en nuestro estudio esta especialidad no figuró entre las más frecuentes. Esta discrepancia podría deberse a diferencias en la capacidad resolutoria de los médicos de familia en el manejo de problemas musculoesqueléticos o a variaciones en la prevalencia de estas condiciones en la población estudiada.

La diversidad de especialidades referidas, incluyendo aquellas con menor frecuencia como Cardiología, Nefrología y Hematología, refleja la complejidad y variedad de los problemas de salud que se presentan en la atención primaria. Este hallazgo subraya la importancia de mantener una formación continua y actualizada para los médicos de familia, así como de establecer sistemas eficientes de referencia y contrarreferencia con una amplia gama de especialidades médicas.

Las implicaciones de estos resultados para la práctica clínica y la formación médica en Paraguay son significativas. Por un lado, confirman la efectividad del modelo de atención primaria basado en la medicina familiar para resolver la mayoría de los problemas de salud de la población. Por otro lado, identifican áreas específicas donde podría ser beneficioso fortalecer las competencias de los médicos de

familia, particularmente en el manejo de problemas de salud mental y en ciertas áreas clínicas frecuentemente referidas.

Además, estos hallazgos pueden ser útiles para la planificación y asignación de recursos en el sistema de salud paraguayo. La identificación de las especialidades más frecuentemente referidas puede guiar decisiones sobre la distribución de especialistas, la implementación de programas de capacitación específicos y el desarrollo de protocolos de manejo conjunto entre la atención primaria y especializada.

En conclusión, este estudio proporciona evidencia valiosa sobre los patrones de referencia en un servicio de Medicina Familiar en Paraguay, destacando tanto la alta capacidad resolutive de la atención primaria como las áreas donde se requiere mayor apoyo especializado. Los resultados subrayan la importancia de la Medicina Familiar en el sistema de salud y ofrecen insights útiles para mejorar la formación médica, la planificación de servicios de salud y el fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia en el país. Futuros estudios podrían profundizar en las razones específicas de las referencias y en la evaluación de la pertinencia y efectividad de las mismas, contribuyendo así a la mejora continua de la calidad de la atención primaria en salud en Paraguay.

## 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.

La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

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.

**Fecha de publicación:** 29 de noviembre de 2024

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS; 1978.
2. Dullak R, Rodriguez-Riveros MI, Bursztyn I, Cabral-Bejarano MS, Ruoti M, Paredes ME, et al. Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2865-75.
3. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Medicina familiar, la base de la Atención Primaria de la Salud [Internet]. 2020 [citado 26 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/portal-17152/medicina-familiar-la-base-de-la-atencion-primaria-de-la-salud.html>
4. de Mestral E, Szwako A. Manual de Medicina Familiar. 3a ed. Asunción: EFACIM; 2018.
5. Peñaloza B, Leisewitz T, Bastías G, Zárate V, Depaux R, Villarroel L, et al. Metodología para la evaluación de la relación costo-efectividad en centros de atención primaria de Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2010;28:376-87.
6. Bass C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivez de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave*. 2012;12(11):e5571.
7. Montero J, Téllez A, Herrera C. Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. *Temas de la Agenda Pública*. 2010;5(38):1-12.
8. Román AO. Resolución clínica en la atención primaria de salud. *Rev Méd Chile*. 2011;139(9):1240-1.
9. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*. 2011;33(1):7-11.
10. Ministerio de Salud de Chile. Norma de Referencia y Contrarreferencia. Santiago: Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2016.

11. Díaz Novás J, Gallego Machado B. La interconsulta y la referencia. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2005;21(3-4):0-0.
12. Szwako A. Desarrollo de la medicina familiar en Paraguay. *Medwave.* 2013;13(01):e5612.
13. Báez Montilla JM, Sánchez Oropesa A, Garcés Redondo G, González Carnero R, Santos Béjar L, López de Castro F. Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención primaria y especializada. *Med Fam SEMERGEN.* 2013;39(2):89-94.
14. Prieto Albino L. Análisis de las derivaciones al segundo nivel desde un centro de salud urbano. *Aten Primaria.* 2004;33(9):521.
15. Buitrago F, Chávez LM. Análisis de las interconsultas y pruebas complementarias solicitadas por un centro de salud en un periodo de tres años. *Aten Primaria.* 1990;7:200-4.
16. Contreras Balada N, Gibert Agulló A, Linares Muñoz JM, Ponce Villacreces MC, Casamada Humet N, Sauvalle Soler M. Análisis de las derivaciones a la Atención Especializada desde la consulta de Atención Primaria. *Pediatría Aten Primaria.* 2015;17(65):e13-20.
17. Rodríguez Alcalá FJ, Chacón Fuertes J, Esteban Tudela M, Valles Fernández N, López de Castro F, Sánchez Ramiro A. Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. *Aten Primaria.* 2005;36(3):137-43.
18. World Health Organization. *Mental health in primary care: illusion or inclusion?* Geneva: WHO; 2018.

# Sobrepeso y obesidad relacionados con el estilo de vida en postulantes a la carrera de medicina

---

Ricardo Lorenzo Almada Penayo, Juana Pavón  
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción

## RESUMEN

**Objetivos:** Determinar la relación de los estilos de vida y sobrepeso u obesidad en postulantes a la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Asunción en septiembre 2023. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, de corte transversal durante el mes de septiembre del año 2023 en postulantes al Curso Propedéutico de Admisión a Medicina (CPAM) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA). Se administró el cuestionario Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) a 185 postulantes para evaluar sus estilos de vida. Se recolectaron datos demográficos y se calculó el índice de masa corporal (IMC) de los participantes. **Resultados:** De los 185 postulantes encuestados, la mayoría eran del sexo femenino. La edad media fue de  $19,4 \pm 2$  años, y la localidad de nacimiento más común fue Asunción. El índice de masa corporal medio fue de  $24,7 \pm 4,8$  kg/m<sup>2</sup>, con la mayoría de los encuestados en normopeso. Mediante el puntaje del Instrumento HPLP-II, se determinó que casi la totalidad de los participantes llevaba un estilo de vida no saludable. No se encontró una correlación significativa entre el Índice de Masa Corporal y el Estilo de vida. **Conclusiones:** A pesar de que la mayoría de los postulantes presentaron un IMC dentro del rango

normal, casi todos mostraron estilos de vida no saludables según el cuestionario HPLP-II. No se encontró una relación directa entre el IMC y los estilos de vida en esta población, lo que sugiere la necesidad de intervenciones tempranas para promover hábitos saludables en futuros estudiantes de medicina.

*Palabras clave:* Sobrepeso, Obesidad, Estilos de vida, Estudiantes de medicina, Índice de masa corporal

## ABSTRACT

**Objectives:** To determine the relationship between lifestyle and overweight or obesity in applicants to the medical program at the National University of Asunción in September 2023. **Materials and methods:** An observational, analytical, cross-sectional study was conducted in September 2023 among applicants to the Preparatory Course for Medical Admission (CPAM) at the Faculty of Medical Sciences of the National University of Asunción (FCM-UNA). The Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) questionnaire was administered to 185 applicants to assess their lifestyles. Demographic data were collected, and participants' body mass index (BMI) was calculated. **Results:** Among the 185 applicants surveyed, most were female. The mean age was  $19.4 \pm 2$  years, and Asunción was the predominant birthplace. The mean BMI was  $24.7 \pm 4.8$  kg/m<sup>2</sup>, with most respondents within the normal weight range. The HPLP-II instrument revealed that almost all participants maintained an unhealthy lifestyle. No significant correlation emerged between BMI and lifestyle. **Conclusions:** While most applicants had a BMI within the normal range, the HPLP-II questionnaire revealed unhealthy lifestyles in almost all participants. The absence of a direct relationship between BMI and lifestyle in this population suggests the need for early interventions to promote healthy habits among future medical students.

*Keywords:* Overweight, Obesity, Lifestyles, Medical students, Body mass index

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la preocupación por la salud y el bienestar ha cobrado una relevancia significativa en la sociedad moderna. Uno de los problemas de salud más apremiantes a nivel mundial es el aumento alarmante en las tasas de sobrepeso y obesidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, considerando un índice de masa corporal (IMC) superior a 25 como sobrepeso y superior a 30 como obesidad (1).

En Paraguay, la situación no es diferente al panorama global. Según datos recientes, el exceso de peso afecta a casi 2 de cada 3 adultos (58 %), y el 23 % de ellos tiene obesidad. En el grupo de niños y adolescentes, el 34,6 % presenta exceso de peso y el 34,5 % padece de obesidad. Estos datos, proporcionados por el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN-INAN) del Ministerio de Salud Pública, revelan un importante aumento de exceso de peso en el grupo de niños y adolescentes en los últimos diez años (2).

El estado nutricional, un concepto complejo y multifacético, se refiere a la condición del cuerpo en relación con el consumo y utilización de nutrientes. Este estado es el resultado de la interacción entre la ingesta, absorción y uso de nutrientes, así como de factores patológicos que puedan influir en estos procesos (3). En este contexto, los estilos de vida juegan un papel crucial en la determinación del estado nutricional de los individuos.

Los estilos de vida caracterizados por la ingesta excesiva de alimentos y la actividad física sedentaria favorecen la aparición de la obesidad. Por esta razón, la dieta y el ejercicio físico sistemático constituyen pilares fundamentales del tratamiento, pero solo fructifican si se logran cambios radicales en el estilo de vida (4). Esta realidad subraya la importancia de abordar no solo los aspectos físicos del sobrepeso y la obesidad, sino también los comportamientos y hábitos que los sustentan.

El entorno educativo, y en particular los campus universitarios, se han convertido en un punto focal para abordar esta preocupante tendencia. Los estudiantes universitarios, especialmente aquellos que ingresan a carreras exigentes como medicina, se encuentran en una etapa fundamental de transición que puede influir significativamente en sus hábitos de salud y estilos de vida (5).

La etapa universitaria representa un período de cambios significativos en la vida de los jóvenes. Los estudiantes a menudo experimentan una mayor independencia, nuevas responsabilidades y presiones académicas que pueden afectar sus patrones de alimentación y actividad física. Además, factores como el estrés, los horarios irregulares y la disponibilidad de alimentos poco saludables en los campus universitarios pueden contribuir a la adopción de estilos de vida poco saludables (6).

En el caso específico de los estudiantes de medicina, la situación adquiere una dimensión adicional. Estos futuros profesionales de la salud no solo deben cuidar su propia salud, sino que también servirán como modelos y educadores para sus futuros pacientes. Por lo tanto, comprender y abordar los factores que influyen en sus estilos de vida y estado nutricional es crucial no solo para su bienestar personal, sino también para su futuro desempeño profesional (7).

Este estudio se centra en los postulantes a la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Asunción, buscando determinar la relación entre sus estilos de vida y la presencia de sobrepeso u obesidad. La investigación es particularmente relevante dado que estos jóvenes están a punto de embarcarse en una carrera que demandará mucho de ellos, tanto física como mentalmente. Comprender sus hábitos y estado de salud actuales puede proporcionar información valiosa para diseñar intervenciones tempranas y efectivas que promuevan estilos de vida saludables desde el inicio de su formación médica.

Además, este estudio se enmarca en un contexto más amplio de salud pública en Paraguay, donde las enfermedades no transmisibles, muchas de las cuales están relacionadas con el sobrepeso y la obesidad, representan una carga creciente para el sistema de salud (8). Por lo

tanto, investigar los factores que contribuyen al sobrepeso y la obesidad en esta población joven y educada puede proporcionar insights importantes para las estrategias de prevención a nivel nacional.

En resumen, esta investigación busca no solo cuantificar la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los postulantes a medicina, sino también explorar la compleja relación entre sus estilos de vida y su estado nutricional. Los resultados de este estudio podrían tener implicaciones significativas para las políticas de salud universitarias, los programas de educación médica y las estrategias de salud pública en Paraguay.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### **Diseño del estudio**

Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, de corte transversal durante el mes de septiembre del año 2023. Este diseño permitió examinar la relación entre los estilos de vida y el estado nutricional de los participantes en un momento específico, sin intervención por parte de los investigadores.

### **Población y muestra**

La población de estudio consistió en postulantes al Curso Propedéutico de Admisión a Medicina (CPAM) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA). Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a todos los postulantes que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión. La muestra final consistió en 185 participantes.

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

Se incluyeron en el estudio a todos los postulantes al CPAM que aceptaron participar voluntariamente y que estuvieron presentes durante el período de recolección de datos. Se excluyeron aquellos que no

completaron adecuadamente el cuestionario o que no proporcionaron los datos necesarios para el cálculo del índice de masa corporal (IMC).

### **Instrumentos de recolección de datos**

Para la evaluación de los estilos de vida, se utilizó el cuestionario Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II). Este instrumento, desarrollado por Walker, Sechrist y Pender, consta de 52 ítems que evalúan seis dimensiones del estilo de vida: responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y manejo del estrés. Cada ítem se califica en una escala de Likert de 4 puntos, donde 1 corresponde a «nunca» y 4 a «rutinariamente». El puntaje total del HPLP-II se obtiene calculando la media de las respuestas a los 52 ítems, con un rango posible de 52 a 208 puntos. Un puntaje más alto indica un estilo de vida más saludable.

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

Los investigadores se acercaron a los postulantes durante su período de inscripción al CPAM. Después de explicar los objetivos del estudio y obtener el consentimiento informado, se procedió a la aplicación del cuestionario HPLP-II. Además, se recolectaron datos demográficos como edad, sexo y lugar de nacimiento. Para el cálculo del IMC, se midió la altura de los participantes utilizando un estadiómetro portátil y se registró su peso mediante una báscula digital calibrada.

### **Cálculo del Índice de Masa Corporal**

El IMC se calculó utilizando la fórmula estándar: peso (kg) dividido por el cuadrado de la altura ( $m^2$ ). Los participantes fueron clasificados según las categorías establecidas por la OMS: bajo peso (IMC < 18,5), peso normal (IMC 18,5-24,9), sobrepeso (IMC 25-29,9) y obesidad (IMC  $\geq$  30).

## Análisis estadístico

Los datos recolectados fueron ingresados y analizados utilizando el software estadístico SPSS versión 25. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables demográficas y del IMC, presentando las variables continuas como medias y desviaciones estándar, y las variables categóricas como frecuencias y porcentajes. Para evaluar la relación entre el IMC y los puntajes del HPLP-II, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Se consideró estadísticamente significativo un valor  $P < 0.05$ .

## Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Todos los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio y proporcionaron su consentimiento informado por escrito antes de participar. Se garantizó la confidencialidad de los datos recolectados, y los participantes fueron informados de su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias negativas.

## RESULTADOS

### Características demográficas de la muestra

El estudio incluyó a 185 postulantes al Curso Propedéutico de Admisión a Medicina (CPAM) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA). La mayoría de los participantes eran de sexo femenino, representando el 62,7 % ( $n = 116$ ) de la muestra, mientras que el 37,3 % ( $n = 69$ ) eran de sexo masculino. La edad media de los participantes fue de 19,4 años, con una desviación estándar de 2 años, lo que indica una población relativamente joven y homogénea en términos de edad.

En cuanto a la procedencia geográfica, se observó una predominancia de postulantes originarios de Asunción, la capital del país. El 45,4 % ( $n$

= 84) de los participantes reportaron haber nacido en Asunción, seguido por un 18,9 % (n = 35) provenientes del Departamento Central. El resto de los participantes se distribuyó entre varios departamentos del interior del país, con porcentajes menores al 10 % para cada uno.

### Estado nutricional de los participantes

El índice de masa corporal (IMC) medio de la muestra fue de 24,7 kg/m<sup>2</sup>, con una desviación estándar de 4,8 kg/m<sup>2</sup>. Este valor promedio se encuentra en el límite superior del rango considerado como peso normal según la clasificación de la OMS. Al categorizar a los participantes según su IMC, se encontró que la mayoría se ubicaba dentro del rango de peso normal. Específicamente, el 55,1 % (n = 102) de los postulantes presentaron un IMC entre 18,5 y 24,9 kg/m<sup>2</sup>.

Sin embargo, una proporción significativa de la muestra presentó valores de IMC por encima de lo considerado normal. El 27,6 % (n = 51) de los participantes fueron clasificados en la categoría de sobrepeso, con un IMC entre 25 y 29,9 kg/m<sup>2</sup>. Además, el 14,1 % (n = 26) de los postulantes presentaron obesidad, con un IMC igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup>. En el extremo opuesto, se identificó un pequeño porcentaje de participantes con bajo peso, representando el 3,2 % (n = 6) de la muestra, con un IMC inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup>.

### Evaluación de los estilos de vida

El análisis de los estilos de vida mediante el cuestionario Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) reveló resultados preocupantes. La gran mayoría de los participantes, el 97,3 % (n = 180), obtuvo puntajes que los clasificaron en la categoría de estilo de vida no saludable. Solo un 2,7 % (n = 5) de los postulantes alcanzó puntajes correspondientes a un estilo de vida saludable.

Al examinar las diferentes dimensiones del HPLP-II, se observaron variaciones en los puntajes medios. La dimensión de relaciones interpersonales obtuvo el puntaje promedio más alto, con 2,8 puntos, seguida por la dimensión de crecimiento espiritual con 2,7 puntos. En

contraste, las dimensiones de actividad física y responsabilidad en salud presentaron los puntajes más bajos, con medias de 2,1 y 2,2 puntos respectivamente. Las dimensiones de nutrición y manejo del estrés obtuvieron puntajes intermedios, ambas con una media de 2,4 puntos.

### **Relación entre IMC y estilos de vida**

Al analizar la posible correlación entre el índice de masa corporal y los puntajes del HPLP-II, no se encontró una relación estadísticamente significativa. El coeficiente de correlación de Pearson entre el IMC y el puntaje total del HPLP-II fue de -0,089 ( $P = 0,229$ ), indicando una correlación negativa muy débil y no significativa. Este resultado sugiere que, en esta población de estudio, no existe una asociación directa entre el IMC y los estilos de vida evaluados mediante el HPLP-II.

### **Análisis por subgrupos**

Se efectuaron análisis adicionales para explorar posibles diferencias en los estilos de vida según las categorías de IMC. Los participantes con peso normal obtuvieron un puntaje medio en el HPLP-II de 2,4 puntos, mientras que aquellos con sobrepeso y obesidad presentaron puntajes medios de 2,3 y 2,2 puntos respectivamente. Aunque se observa una ligera tendencia descendente en los puntajes a medida que aumenta el IMC, estas diferencias no alcanzaron significancia estadística ( $P = 0,318$ ).

En cuanto a las diferencias por sexo, las mujeres obtuvieron un puntaje medio ligeramente superior en el HPLP-II (2,4 puntos) en comparación con los hombres (2,3 puntos), pero esta diferencia tampoco fue estadísticamente significativa ( $P = 0,156$ ).

Estos resultados ponen de manifiesto la complejidad de la relación entre el estado nutricional y los estilos de vida en esta población de postulantes a medicina, sugiriendo la necesidad de considerar otros factores que puedan estar influyendo en estos patrones.

## DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre los estilos de vida y el sobrepeso u obesidad en postulantes a la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Asunción. Los resultados obtenidos revelan una situación compleja que merece un análisis detallado.

En primer lugar, es importante destacar que la prevalencia de sobrepeso y obesidad encontrada en nuestra muestra (el 27,6 % y el 14,1 % respectivamente) es consistente con las tendencias observadas en la población general de Paraguay. Según datos del Ministerio de Salud Pública, el exceso de peso afecta al 58 % de los adultos paraguayos, con un 23 % presentando obesidad (2). Nuestros hallazgos sugieren que los jóvenes aspirantes a médicos no están exentos de esta problemática de salud pública, lo cual es preocupante considerando su futura profesión y rol como promotores de la salud.

La predominancia femenina en nuestra muestra (62,7 %) refleja una tendencia creciente en la feminización de la profesión médica, observada no solo en Paraguay sino a nivel global (9). Este fenómeno podría tener implicaciones en las futuras políticas de salud y en la atención médica, considerando las diferentes perspectivas y enfoques que las mujeres pueden aportar a la práctica médica.

Un hallazgo particularmente alarmante de nuestro estudio es que el 97,3 % de los participantes fueron clasificados como portadores de un estilo de vida no saludable según el cuestionario HPLP-II. Este resultado contrasta con estudios realizados en otras poblaciones de estudiantes de medicina. Por ejemplo, un estudio en Colombia encontró que el 76,4 % de los estudiantes de medicina presentaban estilos de vida poco o nada saludables (10), mientras que en Perú, el 55,4 % de los estudiantes de ciencias de la salud mostraron estilos de vida no saludables (11). La alta prevalencia de estilos de vida no saludables en nuestra población podría explicarse por factores culturales, socioeconómicos o relacionados con el sistema educativo paraguayo, que merecen una investigación más profunda.

Al analizar las diferentes dimensiones del HPLP-II, encontramos que las áreas de actividad física y responsabilidad en salud presentaron los puntajes más bajos. Estos resultados son consistentes con otros estudios en poblaciones similares. Por ejemplo, una investigación en estudiantes de medicina de una universidad chilena también encontró bajos niveles de actividad física y responsabilidad en salud (12). Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar programas que promuevan la actividad física y la responsabilidad en salud desde etapas tempranas de la formación médica.

La falta de correlación significativa entre el IMC y los puntajes del HPLP-II en nuestro estudio es un hallazgo intrigante. Esto sugiere que, en esta población, el peso corporal no está directamente relacionado con los comportamientos de estilo de vida evaluados por el HPLP-II. Este resultado difiere de algunos estudios previos que han encontrado asociaciones entre el IMC y los estilos de vida en estudiantes universitarios (13). Una posible explicación para esta discrepancia podría ser la homogeneidad relativa de nuestra muestra en términos de edad y nivel educativo, o la influencia de otros factores no evaluados en este estudio, como los hábitos alimentarios específicos o el nivel de estrés académico.

Es importante señalar que, aunque no se encontró una correlación significativa entre el IMC y los estilos de vida, la alta prevalencia de estilos de vida no saludables en nuestra muestra es preocupante por sí misma. Los hábitos establecidos durante la juventud y los años de formación universitaria tienden a persistir en la edad adulta y pueden tener implicaciones a largo plazo para la salud (14). Además, como futuros médicos, estos estudiantes serán responsables de aconsejar a sus pacientes sobre estilos de vida saludables, y su propia adherencia a estos principios puede influir en la efectividad de sus consejos (15).

Las limitaciones de nuestro estudio incluyen su naturaleza transversal, que no permite establecer relaciones causales, y el uso de una muestra por conveniencia, que puede limitar la generalización de los resultados. Además, el uso del IMC como única medida del estado nutricional puede no capturar completamente la composición corporal de los

participantes. Futuros estudios podrían beneficiarse de la inclusión de medidas adicionales, como el porcentaje de grasa corporal o la circunferencia de cintura.

A pesar de estas limitaciones, nuestros hallazgos tienen implicaciones importantes para las políticas de salud universitarias y la formación médica en Paraguay. Sugieren la necesidad de implementar intervenciones tempranas para promover estilos de vida saludables entre los aspirantes a médicos, no solo para su bienestar personal, sino también para prepararlos mejor para su futuro rol como promotores de la salud.

En conclusión, este estudio revela una alta prevalencia de estilos de vida no saludables entre los postulantes a la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Asunción, independientemente de su IMC. Estos hallazgos subrayan la urgente necesidad de implementar estrategias educativas y de promoción de la salud dirigidas a esta población, con un enfoque particular en la actividad física y la responsabilidad en salud. Futuras investigaciones deberían explorar los factores que contribuyen a estos patrones de estilo de vida y evaluar la efectividad de las intervenciones destinadas a mejorarlos. Solo abordando estos desafíos desde el inicio de la formación médica, podremos asegurar que los futuros profesionales de la salud estén bien equipados para liderar con el ejemplo en la promoción de estilos de vida saludables.

## 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.

La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

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.

**Fecha de publicación:** 29 de noviembre de 2024

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. WHO; 2021 [citado el 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN-INAN). Asunción: MSPBS; 2022.
3. Gibson RS. Principles of Nutritional Assessment. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2005.
4. Pérez Rodrigo C. Current mapping of obesity. *Nutr Hosp*. 2013;28 Suppl 5:21-31.
5. Deforche B, Van Dyck D, Deliens T, De Bourdeaudhuij I. Changes in weight, physical activity, sedentary behaviour and dietary intake during the transition to higher education: a prospective study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2015;12:16.
6. Deliens T, Clarys P, De Bourdeaudhuij I, Deforche B. Determinants of eating behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions. *BMC Public Health*. 2014;14:53.
7. Frank E, Carrera JS, Elon L, Hertzberg VS. Basic demographics, health practices, and health status of U.S. medical students. *Am J Prev Med*. 2006;31(6):499-505.
8. Cañete F, Fretes G, Sequera VG, Turnes C, Santacruz E, Paiva T, et al. Epidemiology of obesity in Paraguay. *An Fac Cienc Méd (Asunción)*. 2016;49(2):17-26.
9. Russo G, Gonçalves L, Craveiro I, Dussault G. Feminization of the medical workforce in low-income settings; findings from surveys in three African capital cities. *Hum Resour Health*. 2015;13:64.
10. Morales IF, Vizcaíno VM, Martínez RG, Sánchez JJ, Gutiérrez RF, Martínez-Vizcaíno V. Lifestyle and health among Spanish university

students: differences by gender and academic discipline. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(16):2728.

11. Ponte M. *Estilo de vida de los estudiantes de enfermería, según año de estudio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.

12. Durán S, Castillo M, Vio F. Diferencias en la calidad de vida de estudiantes universitarios de diferente año de ingreso del campus Antumapu. *Rev Chil Nutr*. 2009;36(3):200-209.

13. Yahia N, Wang D, Rapley M, Dey R. Assessment of weight status, dietary habits and beliefs, physical activity, and nutritional knowledge among university students. *Perspect Public Health*. 2016;136(4):231-244.

14. Plotnikoff RC, Costigan SA, Williams RL, Hutchesson MJ, Kennedy SG, Robards SL, et al. Effectiveness of interventions targeting physical activity, nutrition and healthy weight for university and college students: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2015;12:45.

15. Frank E, Breyan J, Elon L. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. *Arch Fam Med*. 2000;9(3):287-290.

## Artículos de opinión

---

