



RMF
MF

Revista Mexicana de MEDICINA FAMILIAR

Órgano oficial de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar

Volumen 10, Número 4, Octubre – Diciembre 2023 – ISSN: 2007-9710

Indexada en / Indexed in: LATINDEX, Periódica, DOAJ, MIAR, SciELO

Editorial

Investigación en medicina familiar

Enrique Villarreal-Ríos

Artículos originales

Investigación cualitativa

Una aproximación a cómo vivieron los residentes de Medicina Familiar la educación a distancia en tiempos de COVID-19 en una unidad de primer nivel en Jalisco

Erika P.G. López-Rodríguez, Celina Mora-Hernández, Mariemily A. Coronado-Bravo, Brenda L. Balbuena-Guzmán, Rocío A. Solórzano-Nuño y Luis M. García-Bravo

Investigación cualitativa

Percepción del paciente sobre el médico familiar

Guadalupe K. Ortiz y Omar Rangel

Factores de riesgo asociados al abandono de la lactancia materna en atención primaria

Jessica A. Luna-Torres, Víctor M. Camarillo-Nava y Santa Vega-Mendoza

Caso clínico

Os peroneo como causa de dolor lateral persistente de tobillo

Vicente Martín-Moreno y Amanda Martín-Fernández

Reseña de un congreso internacional

Participación de la Delegación Mexicana en el XII Congreso Internacional de la Sociedad Dominicana de Medicina Familiar y Comunitaria

Alberto Del Moral-Bernal, Minerva P. Hernández-Martínez, Aurora García-López, Gad G. Zavala-Cruz, Rodrigo Villaseñor-Hidalgo, Miguel A. Fernández-Ortega, Octavio N. Pons-Álvarez, Mariana Pacheco-Juárez, María E. Avilés-Sánchez, José L. Huerta-González, Miguel López-Lozano y Georgina Farfán-Salazar



PERMAYER MÉXICO
www.permayer.com



Revista Mexicana de MEDICINA FAMILIAR

Órgano oficial de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar



Volumen 10 - No. 4

Octubre - Diciembre 2023

ISSN: 2007-9710

<http://www.revexmedicinafamiliar.org/>

Directora general

Aurora García López

Editor en jefe

José Manuel Ramírez Aranda

Co-editoras

Issa Gil Alfaro
Azucena Maribel Rodríguez
González

Editor asociado

Enrique Villarreal Ríos

Aná María Salinas
Jeannie Haggerty

Consejo editorial

Kyle Hoedebecke
Oliva Mejía Rodríguez

María Valeria Jiménez Báez
Diana Carvajal

Nacional

Gad Gamed Zavala Cruz
Ismael Ramírez Villaseñor
Raúl Hernández Ordóñez
Francisco Gómez Clavelina
Homero de los Santos Reséndiz
María de Lourdes Rojas Armadillo

Comité editorial

Asesor estadístico

Marco Vinicio Meza Gómez
Neri Alejandro Álvarez Villalobos

Internacional

Lilian Gelberg MD, MSPH (Estados Unidos de América)
Rosanna D'Addosio Valera (Venezuela)
Niurka Taureaux Díaz (Cuba)
María Sofía Cuba Fuentes (Perú)
José Saura Llamas (España)
Flor María Ledesma Solache (Venezuela)

Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar Junta directiva 2021-2023

Presidenta Aurora García López

Secretaria general Mariana Pacheco Juárez

Vicepresidente Rodrigo Villaseñor Hidalgo

Tesorero Alberto Del Moral Bernal

Coordinaciones técnicas

Congresos María Elena Guadalupe Casillas García
Sub coord. Congresos Alejandro Gómez Mendoza
Coord. Administrativa Juan Alejandro Thomas Moreno
Sub Coord. Administrativa Elías Hernández Cornelio
Coord. de Imagen Institucional y proyectos especiales
Ludvick Torres López
SubCoord. de Imagen Institucional y proyectos especiales
Miguel Ángel Muñoz Arroyo
Apoyo Coord. Imagen Institucional y Proyectos especiales
Alba Nidia Sáenz Ramírez
Investigación Lizbeth Ariadna Nuñez Galván

Subcoord. Investigación Ana Marlene Rivas Gómez

Educación Rosalba Mendoza Rivera

Sub Coord. Educación Mónica Viviana Martínez Martínez

Editor en Jefe Revista Mexicana de Medicina Familiar José Manuel Ramírez Aranda

Co-editora RMMF Azucena Maribel Rodríguez González

Co-editora RMMF Issa Gil Alfaro

Editor asociado RMMF Enrique Villarreal Ríos

Cood. técnica RMMF Fernanda del Rocío Delgado Cuevas

Coordinación Ejecutiva Gad Gamed Zavala Cruz

Asesor de Asuntos Internacionales Georgina Farfán Salazar

Asesor de Calidad María Esther Reyes Ruiz

Coordinadores regionales

Noreste Mauro Antonio Solís Salas

Occidente Víctor Hugo Salazar Ruiz

Centro Oriente Cielo de los Ángeles Bermúdez Garduño

Noroeste Gabriela Acosta Kelly

Centro Erika Aracely Mata Tomas

Sureste María de la Luz Hidalgo Trinidad

Consejo de certificación en Medicina Familiar

Presidente

Miguel López Lozano

Tesorero

Héctor Tecuanhuey Tláhué

Comité de recepción

y revisión de documentos

Sara de Jesús López Salas
Trinidad León Zempoalteca

Comisión de vigilancia

Juan José Mazón Ramírez
Tania Marisol Peña Arriaga
José Gonzalo Puente Moreno

Vicepresidente

María Emiliana Avilés Sánchez

Comité de vinculación académica y científica

José Luis Huerta González
Zitlali Portillo García

Comité de normas mínimas

Octavio Noel Pons Álvarez
Juan Carlos Ramos Cruz

Comisión consultiva

Minerva Paulina Hernández Martínez
Miguel Ángel Fernández Ortega

Secretaria

Ana Isabel Tun Basulto



PERMANER
www.permaner.com

La *Revista Mexicana de Medicina Familiar* (RMMF) es el órgano de difusión de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar (FedMexMF), organización de los médicos familiares que integra legalmente a las sociedades médicas de esta profesión.

La Revista tiene el objetivo de ser un modelo de publicación científica alentador, que difunda a través de escritos con calidad, originalidad y aplicabilidad, la actualidad en el desarrollo del conocimiento y quehacer de la medicina familiar en el campo de la atención a la salud-enfermedad, la investigación, la gestión y la docencia médica; que orienten y formen criterios entre los profesionales responsables de la solución de problemas en salud de las personas, las familias y la comunidad.

Toda la correspondencia debe ser dirigida al editor responsable: José Manuel Ramírez Aranda, edicion.rmmf2017@gmail.com, a la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar, A.C., Anáhuac 60, col. Roma Sur, Cuauhtémoc, C. P. 06760 Ciudad de México. Teléfono y fax: 01 (55) 56721996. Para consultar las instrucciones de autor completas, por favor visite la web de la revista: <http://www.revmedicinafamiliar.org/authors-instructions.php>

Reservas de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2014-051910591900-102, otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Certificado de Licitud de Título y Contenido No. 16321 otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación.

Indexada en / Indexed in: LATINDEX, Periódica, DOAJ, MIAR, SciELO.

ISSN: 2007-9710

Los trabajos originales deberán ser depositados en su versión electrónica en el siguiente URL, donde además podrán consultarse los lineamientos editoriales:

<http://publisher.revistamexicanademedicinafamiliar.permanyer.com>



Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios y/o hallazgos propios y conclusiones de los autores, quienes son responsables de las afirmaciones. En esta publicación podrían citarse pautas posológicas distintas a las aprobadas en la Información Para Prescribir (IPP) correspondiente. Algunas de las referencias que, en su caso, se realicen sobre el uso y/o dispensación de los productos farmacéuticos pueden no ser acordes en su totalidad con las aprobadas por las Autoridades Sanitarias competentes, por lo que aconsejamos su consulta. El editor, el patrocinador y el distribuidor de la obra, recomiendan siempre la utilización de los productos de acuerdo con la IPP aprobada por las Autoridades Sanitarias.



Permanyer
Mallorca, 310
Barcelona (Cataluña), España
permanyer@permanyer.com

Permanyer México
Temístocles, 315
Col. Polanco, Del. Miguel Hidalgo
11560 Ciudad de México, México
mexico@permanyer.com



www.permanyer.com

Edición impresa en México

ISSN: 2007-9710

Ref.: 7632AX234

La *Revista Mexicana de Medicina Familiar* es *open access* con licencia *Creative Commons*.

Las opiniones, resultados y conclusiones son las de los autores.

El editor y la editorial no son responsables de los contenidos publicados en la revista.

© 2023 Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar. Publicado por Permanyer.

Es una publicación *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Revista Mexicana de MEDICINA FAMILIAR

Órgano oficial de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar



ÍNDICE

Volumen 10, Número 4, Octubre – Diciembre 2023

Editorial

Investigación en medicina familiar
Enrique Villarreal-Ríos

127

Artículos originales

Investigación cualitativa

Una aproximación a cómo vivieron los residentes de Medicina Familiar la educación a distancia en tiempos de COVID-19 en una unidad de primer nivel en Jalisco
Erika P.G. López-Rodríguez, Celina Mora-Hernández, Mariemily A. Coronado-Bravo, Brenda L. Balbuena-Guzmán, Rocío A. Solórzano-Nuño y Luis M. García-Bravo

129

Investigación cualitativa

Percepción del paciente sobre el médico familiar
Guadalupe K. Ortiz y Omar Rangel

136

Factores de riesgo asociados al abandono de la lactancia materna en atención primaria
Jessica A. Luna-Torres, Víctor M. Camarillo-Nava y Santa Vega-Mendoza

143

Caso clínico

Os peroneo como causa de dolor lateral persistente de tobillo
Vicente Martín-Moreno y Amanda Martín-Fernández

151

Reseña de un congreso internacional

Participación de la Delegación Mexicana en el XII Congreso Internacional de la Sociedad Dominicana de Medicina Familiar y Comunitaria
Alberto Del Moral-Bernal, Minerva P. Hernández-Martínez, Aurora García-López, Gad G. Zavala-Cruz, Rodrigo Villaseñor-Hidalgo, Miguel A. Fernández-Ortega, Octavio N. Pons-Álvarez, Mariana Pacheco-Juárez, María E. Avilés-Sánchez, José L. Huerta-González, Miguel López-Lozano y Georgina Farfán-Salazar

156



Revista Mexicana de MEDICINA FAMILIAR

Órgano oficial de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar



INDEX

Volume 10, Issue 4, October – December 2023

Editorial

Family medicine research
Enrique Villarreal-Ríos

127

Original articles

Qualitative research

An approximation about how residents of Family Medicine experienced distance education in times of the COVID-19 in a first level unit in Jalisco

Erika P.G. López-Rodríguez, Celina Mora-Hernández, Mariemily A. Coronado-Bravo, Brenda L. Balbuena-Guzmán, Rocío A. Solórzano-Nuño, and Luis M. García-Bravo

129

Qualitative research

Perception of the patient about the family doctor

Guadalupe K. Ortiz and Omar Rangel

136

Risk factors associated with breastfeeding cessation in primary care

Jessica A. Luna-Torres, Víctor M. Camarillo-Nava, and Santa Vega-Mendoza

143

Clinical case

Os peroneus as a cause of persistent heel pain

Vicente Martín-Moreno and Amanda Martín-Fernández

151

Review of an international congress

Participation of the Mexican Delegation in the XII International Congress of the Dominican Society of Family and Community Medicine

Alberto Del Moral-Bernal, Minerva P. Hernández-Martínez, Aurora García-López, Gad G. Zavala-Cruz, Rodrigo Villaseñor-Hidalgo, Miguel A. Fernández-Ortega, Octavio N. Pons-Álvarez, Mariana Pacheco-Juárez, María E. Avilés-Sánchez, José L. Huerta-González, Miguel López-Lozano, and Georgina Farfán-Salazar

156

Investigación en medicina familiar

Family medicine research

Enrique Villarreal-Ríos

Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro, Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, México

¿Qué significa realizar una investigación en medicina familiar? Al respecto se podría argumentar que el estudio de la dinámica familiar, o de la funcionalidad familiar, o del ciclo vital familiar, es lo que caracteriza la investigación en medicina familiar, pero esto no es del todo cierto. En realidad, los temas señalados podrían corresponder a líneas de investigación propias de la investigación en medicina familiar, pero no necesariamente conciernen a investigación en medicina familiar¹.

¿Pero entonces qué es lo que distinga a la investigación en medicina familiar de cualquier otra especialidad médica? Pareciera que lo que determina a qué especialidad corresponde la investigación es la unidad de análisis, entendiendo por ella el objeto en torno al cual se determinan las características y la indagación. Desde esta perspectiva, la mujer embarazada, el

infante, el adulto joven, el paciente geriátrico, el sometido a un proceso quirúrgico o aquel con un proceso oncológico, o asumir cualquiera de ellos y agregarle la dinámica familiar o la funcionalidad familiar, o cualquier otro tema de familia, no necesariamente significará investigación en medicina familiar^{2,3}.

Cada una de las entidades señaladas corresponden a unidades de análisis y estas son propias de cada una de las especialidades existentes. En ese tenor, la investigación en medicina familiar deberá identificar su unidad de análisis propia y definirla claramente como la familia, entendida esta no como un discurso, sino como una unidad que tiene características propias y que está integrada por un conjunto de individuos en los cuales las particularidades de cada uno de ellos en conjunto se integran en un ente que se constituyen como unidad de análisis: la familia⁴.

Correspondencia:
Enrique Villarreal-Ríos
E-mail: evr57@hotmail.com

Fecha de recepción: 12-10-2023
Fecha de aceptación: 13-10-2023

Disponible en internet: 28-11-2023
Rev Mex Med Fam. 2023;10:127-128
DOI: 10.24875/RMF.M23000007

Entonces, desde esta perspectiva se podrá investigar el control metabólico en la familia con diabetes *mellitus*, o se podrá investigar la adherencia al tratamiento como factor asociado al control de la hipertensión en la familia geriátrica, o incluso se podrá investigar la funcionalidad familiar en la familia pediátrica con sobrepeso, o la dinámica familiar en la familia con enfermedad renal crónica, o en cualquier familia con alguna patología en particular, y corresponderán al ámbito de la investigación en medicina familiar^{4,5}.

Sin duda el planteamiento deberá ser discutido por los médicos familiares dedicados a realizar investigación en medicina familiar. En tanto no lo conceptualicen y se continúe investigando al paciente geriátrico, la mujer embarazada o el niño como unidad de análisis, estarán lejos del ámbito de la investigación en medicina familiar; incluso cuando el tema corresponda al ciclo vital familiar, o a la funcionalidad familiar, estarán alejados de la investigación en medicina familiar. Es verdad que estas corresponderán a líneas de investigación, pero podrían ser líneas de investigación de cualquier especialidad. Mientras la caracterización del objeto de estudio siga siendo el individuo y no las particularidades de la familia, la investigación continuará lejos de constituirse como investigación en medicina familiar; será investigación realizada por el médico familiar, pero lejos del enfoque propio de la investigación en medicina familiar.

La investigación en medicina familiar debe definir y conceptualizar la unidad de análisis que le corresponde y, al interior, las líneas de investigación. El debate académico está abierto.

FINANCIAMIENTO

El autor declara que este trabajo se realizó con recursos propios.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. El autor declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. El autor declara que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. El autor declara que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. El autor declara que no ha utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herrera JA. La investigación en medicina de familia en el siglo XXI. *Atención Primaria*. 2008;40:435-6.
2. Saura Llamas J. El médico de familia como investigador. *Arch Med Fam*. 2008;10:125-6.
3. The Academy of Medical Sciences. Research in general practice: bringing innovation into patient care. Workshop report, 2009. Disponible en: <https://acmedsci.ac.uk/file-download/35182-12569153801.pdf>
4. Villarreal Rios E, Escorcía Reyes V, Vargas Daza ER, Cu Flores LA, Galicia Rodríguez L, Carballo Sanander E. La familia como unidad de análisis en la investigación científica en medicina familiar. *Rev Mex Med Fam*. 2022;9:31-4.
5. Mendoza Solís LA, Soler Huerta E, Sainz Vázquez L, Gil Alfaro I, Mendoza Sánchez HF, Pérez Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Arch Med Fam*. 2006;8:27-32.

Una aproximación a cómo vivieron los residentes de Medicina Familiar la educación a distancia en tiempos de COVID-19 en una unidad institucional de primer nivel en Jalisco

An approximation about how residents of Family Medicine experienced distance education in times of the COVID-19 in a first level unit in Jalisco

Erika P.G. López-Rodríguez^{1a*}, Celina Mora-Hernández^{1b}, Mariemily A. Coronado-Bravo^{1c},
Brenda L. Balbuena-Guzmán^{2d}, Rocío A. Solórzano-Nuño^{3e} y Luis M. García-Bravo^{4f}

¹Coordinación de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar, Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), Guadalajara;

²Centro de Investigación y Educación en Formación Docente, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara; ³Consulta Externa, Unidad de Medicina Familiar 2, IMSS, Guadalajara; ⁴Departamento de Cirugía General, Hospital Valentín Gómez Farías, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Zapopan. Jal., México

^a0000-0002-9205-465X; ^b0009-0008-2582-0941; ^c0009-0000-6370-5938; ^d0009-0008-1188-1110; ^e0009-0005-6513-504X; ^f0000-0001-8933-7520

Resumen: Introducción: En el modelo de educación, tradicionalmente el profesor da clases en un aula mientras el estudiante escucha. La pandemia por COVID-19 afectó a la formación, y se aplicó educación en línea. **Objetivo:** Comprender y describir la percepción de residentes de medicina familiar que vivieron la educación a distancia en la pandemia de COVID-19 en una UMF del IMSS Jalisco. **Método:** Se aplicó una entrevista con cinco interrogantes acerca de conocimientos y habilidades en Tecnología de la Información (TIC) a médicos residentes de medicina familiar. **Resultados:** Se reconocen las limitantes de educación a distancia: pérdida de interés y motivación, incapacidad en especialidades quirúrgicas o prácticas, cansancio extremo, dificultades para uso de TIC, pérdida de dinamismo, distracción, pensamiento de falta de aprovechamiento, disminución de retroalimentación del médico docente e interés en actividades académicas, deficiente o nula conexión a internet, espacios inadecuados para clases. **Conclusiones:** La percepción de los médicos en formación de posgrado sobre la Educación a distancia fue deficiente en lo referente al manejo de herramientas didácticas y pedagógicas digitales, fallas técnicas, saturación de información percibida por médicos en formación de posgrado y mala interpretación de datos.

Palabras clave: Residentes. Medicina Familiar. Pandemia. COVID-19. Educación a distancia.

Abstract: Introduction: In the traditional education model, teacher gives classes in a classroom while the student listens. The COVID-19 pandemic affected training, thus applying online education. **Objective:** Understand and describe the perception of family medicine residents who experienced distance education in the COVID-19 pandemic in a UMF of the IMSS Jalisco. **Method:** An interview with five questions about knowledge and skills in Information technology (IT) was applied to family medicine residents. **Results:** The limitations of distance education are recognized: loss of interest and motivation, inability in surgical or practical specialties, extreme fatigue, difficulties in using ICT, loss of dynamism, distraction, thoughts of lack of use, decreased feedback from the doctor's teaching and interest in academic activities, poor or no internet connection, inadequate spaces for classes. **Conclusions:** The perception of doctors in postgraduate training about distance education was deficient regarding the management of digital didactic and pedagogical tools, technical failures, information saturation perceived by doctors in postgraduate training and misinterpretation of data.

Keywords: Residents. Family Medicine. Pandemic. COVID-19. Distance education.

*Correspondencia:
Erika P.G. López-Rodríguez
E-mail: drerikalopez@gmail.com

Fecha de recepción: 21-02-2023
Fecha de aceptación: 04-10-2023

Disponible en internet: 28-11-2023
Rev Mex Med Fam. 2023;10:129-135
DOI: 10.24875/RMF.23000040

INTRODUCCIÓN

El inicio de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en China a finales del 2019 y su expansión por el mundo sigue siendo un reto global sin precedentes. Por lo anterior, el 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud determinó a la COVID-19 como una emergencia de salud pública de preocupación internacional y el 11 de marzo del 2020 la declaró pandemia, generando cambios inéditos internacionales en todos los ámbitos para evitar el contagio y disminuir la morbimortalidad por coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2). De igual manera existieron cambios en lo social y económico con acciones de confinamiento, en los sistemas de educación desde nivel básico hasta nivel superior y posgrado con suspensión de formación presencial, provocando rezagos en los programas académicos. Al continuar extendiéndose y no descender el número de casos, el retraso académico se acentuó, lo que obligó a las autoridades a encontrar alternativas para continuar con la currícula sin salir del confinamiento. Una de las soluciones fue el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). En México, en los programas académicos y operativos de la educación en salud se utilizaban TIC de forma parcial; sin embargo con la contingencia su uso se requirió al 100% para continuar y disminuir las consecuencias^{1,2}.

En lo concerniente a educación en salud hubo una disrupción que afectó a los médicos que actualmente se encuentran en formación académica de una especialidad; con la suspensión de clases presenciales y principal escenario formativo: la clínica. Tomando en cuenta el atraso en el programa académico, de no dar una solución se hubiera visto afectada la formación de los futuros médicos especialistas en medicina familiar, los cuales fueron concentrados en áreas de atención médica continua por jornadas de 24 horas con esquemas de guardias A-B-C-D; contaban con tiempo

suficiente para llevar a cabo sus programas académicos, pero no con un espacio físico para dichas actividades. En consecuencia, los profesores de las unidades de medicina familiar (UMF) se enfocaron a encontrar una alternativa para continuar el proceso de enseñanza-aprendizaje evitando mermar la calidad de la educación de médicos residentes, haciendo uso de diferentes estrategias con programas innovadores en el área de la educación médica mediante el uso de TIC como herramienta para llevar la currícula a la enseñanza logrando desarrollo de aprendizaje y mitigar el impacto con indicaciones del Sistema Nacional de Residencias Médicas, el cual representa el conjunto de dependencias e instituciones de salud responsables de su organización, supervisión del programa operativo y académico de todas las especialidades¹.

El surgimiento de prácticas pedagógicas de carácter emergente, mediante el modelo de educación a distancia utilizando las TIC como herramienta didáctica y pedagógica de manera innovadora lleva a la necesidad de identificar la percepción de los estudiantes para adaptarse a la nueva modalidad. Esto hace que surjan las siguientes interrogantes: ¿Es posible extender la escuela hasta el espacio privado de la casa? ¿Cuenta el currículo de la especialidad de medicina familiar con una condición móvil y transferible?^{3,4}

Es de vital importancia contar con evidencias con base en los resultados obtenidos en el entorno que conduzcan a una mejor comprensión de las dificultades y fortalezas de esta nueva forma de generar conocimiento, desarrollando aprendizajes en los médicos becarios de la especialidad de medicina familiar en formación académica con recursos tecnológicos adaptados para integrarse como herramienta de los profesores y residentes de cara a la pandemia, haciendo uso de la educación a distancia. Para ello es importante determinar la situación actual, ya que los conocimientos disponibles aún no son conclusivos y los estudios de investigación que se realicen

funcionarán como base de utilidad para posibles escenarios futuros, además de tener la posibilidad de mejorar la calidad de la educación.

Específicamente en el ámbito de la salud, de manera concreta en la formación de los médicos residentes de la especialidad de medicina familiar de la UMF del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) Jalisco, la transición de la educación tradicional a la modalidad a distancia e híbrida ha representado un gran reto, principalmente por ser un proceso implementado de manera emergente, sin contar con tiempo suficiente para una adaptación paulatina. Sin embargo el uso de las TIC juega un papel importante para lograr el funcionamiento, contribuyendo de manera significativa al proceso de enseñanza-aprendizaje, más allá de desventajas como falta de acceso a internet y los dispositivos electrónicos, resueltas conforme fue transcurriendo el programa académico a partir de la pandemia y, en consecuencia, la tan mencionada modalidad educativa.

En ningún otro momento de la historia del país se habían suspendido las actividades académicas por tiempo prolongado. Después de una revisión exhaustiva y no encontrar suficientes artículos que hablen de la educación a distancia en pandemia de COVID-19, es evidente la necesidad de realizar investigaciones acerca del tema.

La presente investigación tiene como objetivo comprender y describir la percepción de los residentes de medicina familiar que vivieron la educación a distancia en la pandemia de COVID-19 en la UMF del IMSS Jalisco, con el propósito de comprender los factores que influyen en el uso de TIC, elementos inherentes que les impiden un adecuado desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje y ventajas de esta modalidad educativa, por medio de entrevista semiestructurada. La importancia de este tipo de estudio radica en la descripción de los resultados y aplicación como instrumentos para determinar si se requiere realizar cambios en las estrategias didácticas y

pedagógicas por parte de los profesores durante la nueva modalidad educativa.

Este estudio busca ser un referente en la sociedad para futuras investigaciones, además de lograr una mayor comprensión sobre la adquisición del conocimiento y el aprendizaje de los residentes de medicina familiar con el uso de las TIC. De igual manera, se propone sentar bases concretas para continuar con el desarrollo de nuevas estrategias didácticas para la educación instaurada en pandemia con la aplicación de nuevas herramientas dentro del programa de residencias médicas, o bien, al representar un estudio exploratorio inicial, podría ayudar a desarrollar el diseño de un plan de intervención, logrando la calidad requerida en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los médicos de posgrado en formación y ser una herramienta útil para las zonas marginadas sin acceso a la información, en las cuales históricamente por tiempos y/o costos no era posible.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó desde el enfoque cualitativo, con diseño fenomenológico con un universo conformado por siete médicos residentes de la especialidad de medicina familiar adscritos a una UMF del IMSS Jalisco, a quienes en el periodo comprendido de abril a septiembre de 2020 se les aplicaron entrevistas semiestructuradas para indagar en sus experiencias sobre el proceso de transición al nuevo método de enseñanza. En la entrevista se indagó acerca de los conocimientos y habilidades en el uso de las herramientas de las TIC aplicadas en la educación a distancia de los residentes de medicina familiar durante su proceso de formación en la especialidad en una unidad médica de primer nivel de atención.

Para realizar el análisis de las entrevistas, se grabó el audio de cada una de ellas con una grabadora de voz portátil, previo consentimiento informado de los participantes. El análisis de datos se realizó con base en unidades y categorías para comprender el fenómeno hasta la saturación de estos. Para

la validación de la información se utilizó el método por triangulación.

RESULTADOS

La población total fue de siete médicos residentes del primer año de la especialidad de medicina familiar, dichos participantes corresponden a la primera generación de la residencia de medicina familiar con sede en la UMF en Jalisco. Todo el universo de estudio fue de sexo femenino, con edad que osciló entre los 24 y los 34 años, de quienes en los resultados se aprecia que casi la mitad carecían de formación plena para el uso de los recursos tecnológicos de información y comunicación empleados para su proceso de enseñanza, como lo expuesto por uno de los participantes:

«Hay algunos recursos o herramientas tecnológicas que sí utilizo o utilizaba anteriormente, los cursos o los portales por internet. La plataforma para conferencias virtuales no la había utilizado hasta el año pasado. Comencé a familiarizarme con ella y con sus funciones, que desconocía cuando la comencé a utilizar, por lo que también me resultó difícil su uso al inicio».

Esta falta de experiencia y conocimiento pleno del uso de las TIC fue percibida como un obstáculo que dificulta su adaptación al modelo de educación a distancia. No obstante consideran que el aprender a usar estas herramientas tecnológicas fue una adaptación necesaria

«Algunos sí. Sin embargo, con la pandemia nos vimos forzados a utilizar otros recursos, nuevos programas con los que no estábamos familiarizados».

Además expresaron problemáticas en el entorno por deficiente o nula conexión a internet o por inadecuado espacio para toma de clases en su domicilio, lo cual dificulta su proceso de aprendizaje.

«La mala conexión que teníamos en las diferentes áreas generaba pausas, que hacían que se perdiera información y la continuidad de las clases por la falta de conexión».

Asimismo, se hizo énfasis en las limitantes que vivieron con la educación a distancia durante la pandemia, generaba en ellas la pérdida de interés y motivación.

«Generaban dificultades algunas veces los horarios de las clases y también el tiempo que duraban, ya que estando tanto tiempo sentados viendo la computadora llegaba el punto donde te distraes fácilmente, además de volverse tedioso».

Al mismo tiempo, se reportó una sensación de incapacidad en su ejercicio en especialidades quirúrgicas como traumatología y ortopedia, ginecología y cirugía, por falta de rotaciones, mismas que solo se convirtieron en teóricas al quitar las prácticas que se tenían ya programadas.

«Siento que todo esto nos afectó bastante en el área académica, creo que nuestros conocimientos ya pasado el primer año de residencia deberían ser más avanzados».

También se encontró que el cansancio extremo al rotar como apoyo en el equipo de respuesta COVID, además de los inconvenientes presentados por dificultades para el uso de programas electrónicos que para ellas eran nuevos, generó en ellas la sensación de pérdida de dinamismo en las clases.

«Además fue cansado estar de posguardia sentada, frente a una computadora escuchando una clase poco dinámica, lo cual solo generó en mí mayor cansancio, sin ningún beneficio particular».

Así mismo, en las entrevistas aplicadas las residentes participantes consideraron importante el uso de las TIC para el proceso de enseñanza-aprendizaje por su fácil y rápido acceso a la información actualizada, lo que les ayudó parcialmente a no retrasar las actividades académicas como médicos residentes en el periodo de pandemia con el modelo de educación a distancia.

«Sí, lo considero importante y de manera complementaria, ya que es una manera fácil de acceso a la información actualizada. En la actualidad es indispensable tener internet en el área de trabajo, ya que la mayoría de los cursos o sesiones académicas son por medio de plataformas y a pesar de

la distancia en donde sea impartido el curso, todos podemos conectarnos al mismo tiempo».

DISCUSIÓN

La educación en salud durante varias décadas se desarrolló de manera tradicional centrada en el profesor impartiendo clases mientras el estudiante escucha, sin embargo, con el inicio de la pandemia de COVID-19 los educadores se dieron el tiempo de analizar los cambios necesarios para poder continuar con el modelo educativo sin el cese de las actividades, esto con la implementación del uso de TIC en plataformas educativas en línea y videoconferencias, mismas estrategias que ya venían imponiéndose más como apoyo a la modalidad presencial que como educación en línea. Con la utilización de estas alternativas en las instituciones de salud y formadoras de médicos familiares se observó que fueron exitosas, flexibles, confiables, sin restricción de lugar, edad o situación geográfica⁵.

En este contexto, las TIC proporcionan herramientas tecnológicas que aportan beneficios en los diferentes ámbitos, favoreciendo la implementación de nuevas modalidades ante la emergente transición derivada de la pandemia de COVID-19, que requirió tomar medidas drásticas para la protección de personas y evitar la exposición al virus, dando la oportunidad de continuar con la preparación académica sin retrasar las actividades como médicos residentes con el modelo de educación a distancia, específicamente en cuanto a esta investigación en la residencia de la especialidad de medicina familiar, compaginando materiales de estudio, reuniones virtuales, evaluaciones, métodos de organización, comunicación sincrónica y asincrónica, entre otros elementos fundamentales para la continuación del programa académico, idealmente sin perder calidad ni retrasar el cronograma establecido de manera inicial⁶.

En este orden de ideas, con el tiempo las TIC se han convertido en un recurso importante para los procesos educativos, al grado

de llegar a ser en la actualidad no solo necesarias, sino indispensables en la continuación de la preparación en general y en el caso específico de esta investigación de los médicos de posgrado, facilitando sus estudios ante la necesidad de adaptarse a los cambios repentinos que se suscitaron por la ampliamente conocida pandemia de COVID-19. Sin embargo las principales limitantes son falta de infraestructura institucional, limitación de acceso a dichas herramientas tecnológicas y falta de conocimiento del uso básico.

En el estudio de Gabriel Manrique *Cambios y estrategias de la educación médica en respuesta a la pandemia por COVID-19*, realizado en la Universidad Nacional de México en 2021, se tiene una revisión de la literatura, donde incluyeron estudios con poblaciones comprendidas desde estudiantes de medicina hasta estudiantes de posgrado en residencia de especialidad o subespecialidad, concluyendo que la enseñanza virtual es una herramienta esencial para el aprendizaje durante la contingencia sanitaria causada por el SARS-CoV-2. Plataformas, programas y equipos digitales se han incorporado al quehacer cotidiano, contando con dichos recursos para continuar con la educación médica. Cabe mencionar que la enseñanza de la medicina implica ser impartida en espacios educativos físicos, lo cual conlleva una interacción presencial que hasta el momento es difícil de sustituir; no obstante, no se descarta que la enseñanza híbrida, con uso de plataformas y clases presenciales, permita promover avances educativos en un futuro cercano. Si bien la pandemia produjo una disrupción en todas las actividades, debe quedar una lección para que en posteriores eventos similares haya mayor preparación⁷.

El estudio *La educación médica durante la contingencia sanitaria por COVID-19: lecciones para el futuro*, por Carlos Sierra Fernández, reporta medidas para evitar una experiencia de aprendizaje virtual de poca calidad: a) habilidad para comprometer a los estudiantes en un ambiente de aprendizaje virtual, con una interacción intuitiva; b) favorecer la comunicación y conexión del

profesor con los estudiantes; c) retroalimentación y apoyo durante el aprendizaje, que puede ser en tiempo real o asincrónico; d) utilizar vídeos o presentaciones breves (5-7 minutos) de gran calidad con conceptos bien definidos para mantener la atención y evitar el abandono de la actividad, y e) emplear herramientas dinámicas como mini-quiz, casos clínicos, foros de discusión y tecnología interactiva, ya que en la encuesta realizada los participantes afirmaron que la limitación principal fue la falta de interacción y retroalimentación y que sin duda el contacto con el profesor es una motivación importante⁸.

En el presente estudio, las participantes mencionan ventajas y limitantes de la educación a distancia durante la pandemia, encontrando pérdida de interés y motivación, sensación de incapacidad en especialidades quirúrgicas, mismas que solo se convirtieron en teóricas, cansancio extremo al rotar en apoyo a equipo de respuesta COVID, dificultad para el uso de programas electrónicos, sensación de pérdida de dinamismo llevando a distracción y desmotivación, pensamiento de falta de aprovechamiento, disminución en la retroalimentación del docente, así como de interés de las actividades académicas, agregando problemáticas en el entorno por deficiente o nula conexión a internet o por inadecuado espacio para toma de clases en su domicilio.

Las residentes participantes del presente estudio manifestaron conocer las diversas herramientas tecnológicas que ofrecen las TIC, así como saber utilizarlas de manera general, sin embargo admitieron también haber tenido dificultades para migrar del sistema tradicional de enseñanza al modelo de educación a distancia en su proceso de formación en la especialidad de medicina familiar. En los estudios mencionados, incluyendo el presente, se deduce que para su adecuado funcionamiento en la educación médica se debe de tener una educación mixta o híbrida en el que se incluya la educación en línea complementando con las prácticas como educación presencial para mejorar la calidad de educación⁹.

CONCLUSIÓN

Con la problemática desarrollada en la educación en salud con el inicio de la pandemia de COVID-19, los educadores en ciencias de la salud reconocieron la importancia del uso de TIC en plataformas educativas en línea y videoconferencias en las instituciones de salud y formativas de médicos familiares, señalando estas alternativas para valorar la percepción de médicos residentes en la especialidad de medicina familiar que fueron partícipes de dicha situación por medio de la aplicación de entrevistas semiestructuradas.

Al conocer su situación se puede actuar en consecuencia, lo que permite al docente generar nuevas estrategias para mejorar la educación a distancia, en especial durante los tiempos en los que no se pueda llevar a cabo la educación de la forma tradicional a la que están acostumbrados tanto residentes como profesores titulares.

El modelo de educación a distancia trató de mermar lo menos posible la calidad de educación en los médicos en formación de posgrado de medicina familiar haciendo uso de las herramientas de educación a distancia con programas innovadores, sin embargo, ha proporcionado pocos beneficios, resaltando carencias en relación con el conocimiento y las habilidades que deberían desarrollar los médicos durante su formación.

Con las ventajas y desventajas encontradas en esta investigación, se deduce la necesidad de la implementación de la educación a distancia complementada con educación presencial mediante la adaptación de otro modelo de educación que facilite la aplicación de ambos, así como fortalecer en todo lo aprendido sobre los errores y puntos principales que tratar en la educación en línea para lograr mejorar la calidad de la educación en la formación de los médicos residentes de posgrado de la especialidad de medicina familiar.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los residentes de especialidad en medicina familiar adscritos a UMF que participaron en esta investigación

y les permitieron comprender y describir la percepción de los residentes de medicina familiar que vivieron la educación a distancia en la pandemia por COVID-19 en la UMF del IMSS Jalisco.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que la presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencia de los sectores públicos, comerciales o sin ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de sujetos.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes

y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cepal, UNESCO. La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19 [Internet]. Cepal, UNESCO; 2020. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45904/52000510_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Mendoza Castillo L. Lo que la pandemia nos enseñó sobre la educación a distancia. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos* (México). 2020;L(núm. Esp.):343-52.
3. Shah D. Online education: should we take it seriously? *Climacteric*. 2016;19(1):3-6.
4. Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación. Educación y pandemia. Una visión académica [Internet]. México, UNAM: Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación; 2020. Disponible en: <http://www.iisue.unam.mx/nosotros/covid/educacion-y-pandemia>
5. Valdez-García V, López M, Jiménez M, Díaz Elizondo JA, Dávila Rivas JA, Olivares S. Me preparo para ayudar: respuesta de escuelas de medicina y ciencias de la salud ante COVID-19. *Investigación Educ Médica*. 2020;9(35):8995.
6. Ortega S. Uso de herramientas tecnológicas en tiempos de COVID-19. *Revista Tecnológica-Educativa Docentes 2.0* [Internet]. 2021. Disponible en: <https://ojs.docentes20.com/index.php/revista-docentes20/article/view/223/661#toc>
7. Manrique G, Motte E, Naveja J, Sánchez M, Gutiérrez C. Cambios y estrategias de la educación médica en respuesta a la pandemia por COVID-19. *Investigación Educ Médica*. 2021;10(39).
8. Sierra C, López M, Azar F, Trevethan S. La educación médica durante la contingencia sanitaria por COVID-19: lecciones para el futuro. *Rev Arch Cardiol Mex*. 2020;90(Supl 1):50-5.
9. Pérez A, Rodríguez M. Evaluación de las competencias digitales autopercibidas del profesorado de Educación Primaria en Castilla y León (España). *RIE*. 2016;34(2):399-415.

Percepción del paciente sobre el médico familiar

Perception of the patient about the family doctor

Guadalupe K. Ortiz^{a*} y Omar Rangel^b

Medicina familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, México

^a0009-0008-1398-5968; ^b0000-0001-7663-8471

Resumen: Introducción: La especialidad de medicina familiar es una de las más jóvenes del país. Tiene el mismo proceso de selección que todas las especialidades, pero una menor proyección y reconocimiento a nivel nacional y dentro del gremio médico. **Objetivo:** Conocer la percepción que tiene el paciente sobre el médico familiar. **Método:** Estudio mixto con método fenomenológico, se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia, instrumento entrevista semiestructurada, hasta llegar a la saturación teórica. **Resultados:** Se realizaron 15 entrevistas. Del análisis de datos se obtuvieron cuatro categorías: conocimiento previo, relación médico-paciente, atención médica y organización institucional, solo dos pacientes percibieron a los médicos familiares como especialistas, sin tener claro cuál es el enfoque y campo de la especialidad. Los 13 pacientes restantes percibieron a los médicos familiares como médicos generales, ya que la atención otorgada fue desde un enfoque reduccionista, dejando fuera todo lo que el médico familiar debe realizar holísticamente. **Conclusiones:** La percepción de los pacientes sobre el médico familiar es reduccionista, ya que lo catalogan como un médico general, el cual solo está capacitado para otorgar consulta sin un enfoque holístico.

Palabras clave: Familia. Percepción. Especialidad. Médico de familia.

Abstract: Introduction: The family medicine specialty is one of the youngest in the country, having the same selection process as all specialties, but it has less projection and recognition at the national level within the medical profession. **Objective:** To know the perception that the patient has about the family doctor. **Method:** Mixed study with a phenomenological method, a non-probabilistic study was carried out for convenience, a semi-structured interview instrument, until theoretical saturation was reached. **Results:** Fifteen interviews were carried out from the data analysis, 4 categories were obtained: prior knowledge, doctor-patient relationship, medical care, and institutional organization. Only 2 patients perceived family doctors as specialists, without being clear about their focus and field, the remaining 13 patients perceived family doctors as general doctors, since the care provided was from a reductionist approach, leaving out everything that the family doctor must perform holistically. **Conclusions:** The perception of patients about the family doctor is reductionist, since they classify him as a general doctor, who only is trained to grant consultation without a holistic approach.

Keywords: Family. Perception. Specialty. Family doctor.

*Correspondencia:

Guadalupe K. Ortiz

E-mail: Karen.orba930203@gmail.com

Fecha de recepción: 20-06-2023

Fecha de aceptación: 04-10-2023

Disponible en internet: 28-11-2023

Rev Mex Med Fam. 2023;10:136-142

DOI: 10.24875/RMF.23000094

2007-9710 / © 2023 Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

La medicina familiar es la especialidad médica que brinda atención continua e integral para el individuo y la familia. Integra en profundidad las ciencias biológicas, clínicas y del comportamiento¹, abarca todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas y órganos², siendo los especialistas en familia los que atienden el 80% de las necesidades de salud³.

En México la especialidad surgió en 1971 como iniciativa del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)⁴. Actualmente la mayoría de las facultades de medicina del país no imparte la asignatura de medicina familiar⁵, por lo tanto, los médicos no la consideran como carrera para especializarse; en cambio, en otros países como Reino Unido y Canadá ha aumentado el número de estudiantes que elige medicina familiar para la especialización⁶.

Actualmente los médicos familiares ejercen desde el modelo biomédico más que del biopsicosocial, atribuyendo esto a los limitantes del sistema laboral, al elevado número de pacientes y el poco tiempo de atención⁴. Esto desde la percepción del paciente no es satisfactorio⁷.

El objetivo de este estudio fue conocer la perspectiva del paciente⁸ sobre el médico familiar, para así poder ampliar el panorama de estudio, y en el futuro proyectar mejor a la especialidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio mixto con enfoque fenomenológico⁹. Criterios de inclusión: ser pacientes adultos hombres y mujeres, asistir a consulta en la UMF 9, aceptar la entrevista y firmar el consentimiento informado. Criterios de exclusión: pacientes con déficit cognitivo o que no terminaron la entrevista. Fue aprobado por el comité de ética en investigación y comité local de investigación en salud. Muestreo no probabilístico por conveniencia, se realizaron 15 entrevistas semiestructuradas, llegando a saturación teórica. Análisis de datos basado en el método fenomenológico.

RESULTADOS

De 15 entrevistados que participaron en el estudio, 12 fueron mujeres y 3 hombres, con diferentes características sociodemográficas (Tabla 1).

Al realizar el análisis (Tabla 2) se obtuvieron las siguientes categorías (Fig. 1), con 10 subcategorías (Fig. 2):

- En conocimiento previo prevalece la desinformación sobre qué es un médico familiar, o en qué consiste el ser nombrado especialista, otorgando el rango de especialista solo a los troncales, o teniendo completo desconocimiento de qué es un especialista y por lo tanto cree que es un médico general. «Pues porque atiende a todos, no es especial para mí» (E2). Incluso sin tener conocimiento otorgarle el reconocimiento de médico especialista por el tipo de atención que el médico dispensa.
- La relación médico-paciente se encontró deficiente. En la mayoría de las entrevistas los pacientes mencionan que los médicos solo se centran en el padecimiento actual, sin indagar más en el entorno familiar, como la especialidad lo demanda: «solo me pregunta lo que es de mi enfermedad o así, pero no me pregunta otra cosa» (E1), «solo me pregunta sobre por lo que voy ese día» (E5), «no me pregunta sobre nadie de mi familia, solo me pregunta por mí» (E9), «solo se preocupa por el paciente» (E10). Únicamente dos comentaron que su médico se interesa por el entorno familiar del paciente, creando un entorno de confianza dentro de la consulta y, por lo tanto, una buena relación médico-paciente: «por ejemplo, ahorita que pasamos pues si platicó con la niña, que si tenemos una convivencia sana, y que para mí qué era» (E6), «la que tenía antiguamente, ella sí me escuchaba y me daba mis medicamentos, me mandaba a hacer estudios, ella sí» (E7).

Tabla 1. Características sociodemográficas y frecuencia de consultas de los participantes

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	3	20%
	Femenino	12	80%
Edad	18-25 años	3	20%
	26-35 años	4	26.6%
	36-45 años	3	20%
	46-55 años	2	13.3%
	Mayor 56 años	3	20%
Escolaridad	Primaria	1	6.6%
	Secundaria	6	40%
	Preparatoria/técnico	6	40%
	Licenciatura	2	13.3%
Estatus Socioeconómico	Bajo	5	33.3%
	Medio	10	66.6%
	Alto	0	0%
Frecuencia a consulta	Esporádico	8	53.3%
	Recurrente	7	46.6%

- La atención médica está centrada en el padecimiento actual, realizando interrogatorio dirigido hacia antecedentes heredofamiliares: «me pregunta que si nadie más tiene esa enfermedad» (E1), «si tengo familiares con algunas enfermedades» (E3), «te pregunta antecedentes, este, de enfermedades de tu familia», «si hay algún antecedente en tu familia» (E4), «si al caso me pregunta si alguien de mi familia tiene alguna enfermedad» (E5), «si algún familiar tuvo equis enfermedad, o sea si como un antecedente, para ver herencia o algo» (E13), «solo en cuestión de enfermedades hereditarias, que si mi papá era diabético o hipertenso» (E14). Dejando completamente olvidada la visión y el abordaje holístico que caracteriza y diferencia a la especialidad de medicina familiar de las otras, por lo que es hasta cierto grado entendible que para los pacientes el médico familiar quede como un médico general, ya que no hay ninguna diferencia.
- En organización institucional debido a la institucionalización de la especialidad, así como a la organización de recursos, los médicos familiares se ven limitados proyectando a los pacientes no poder resolver en la totalidad sus padecimientos de salud, así como la división en infraestructura en la que se localizan las demás especialidades en un edificio específico, estos interpretan que solo las que estén en dicho edificio son especialidades: «por ejemplo a laboratorio, a sacar cita a otro consultorio o así, no porque no sepa, o no pueda o no lo cumpla, sino que me imagino que así son las reglas o así, que así son» (E1), «el especialista es el que está en Zaragoza, los que tienen especialidad» (E7), «están limitados porque en la clínica no tienen todo lo que necesitan, los aparatos para darte el tratamiento, y te tienen que mandar a otro lado donde sí están, porque en conocimiento sí están, pero no lo tienen todo» (E11), «si ocupas algo más, él te tiene

Tabla 2. Citas obtenidas mediante el proceso de codificación de las entrevistas realizadas en la UMF 9

Transcripción	Subcategoría	Categoría
Dudó «¿Cómo decirlo?, nos apoya ¿no?» E1	Médico general	Conocimiento previo
«Hum» «Es un doctor que atiende enfermedades generales» E2		
«Pues la verdad, no tengo esa información» E3		
«Es un especialista, ¿no?, porque pues un médico general lo consigues afuera en cualquier parte»	Médico especialista	
«Este es un especialista ¿no?, pues porque supongo que tiene que estudiar en todo»		
«Pues nos revisa» E1, «pues me revisa» E2	Exploración física	Atención medica
«Me manda a hacer mis estudios», «me da tratamiento» E2, «te da medicamento» E3, «te pesa» E4	Acciones médicas	
«Te pregunta antecedentes, este, de enfermedades de tu familia»	Historia clínica	
«Pues el que lleva el expediente clínico», «el que controla tu expediente» E6	Institucionalización	Organización institucional
«El especialista es el que está en Zaragoza, los que tienen especialidad» E6 «Es un médico general porque cuando especialista te mandan a otro lado, te mandan a especialidades»	Orden infraestructural	
«Por ejemplo, unos estudios que yo he necesitado aquí no me los pueden hacer»	Recursos por niveles de atención	
«Solo me pregunta lo que es, de mi enfermedad, no me pregunta otra cosa» E1	Mala relación médico-paciente	Relación médico-paciente
«Pues hay algunos que se interesan en sus pacientes y a otros les da lo mismo, dan cualquier medicamento y váyase a su casa» E2		
«Nunca me pregunta por nada de mi familia»		
«En ocasiones pues por ejemplo ahorita que pasamos que si platico con la niña, que si tenemos una buena convivencia» E6	Buena relación-médico paciente	
«Ella sí, la verdad yo le platicaba todo, ella sí me escuchaba»		

E: entrevista.

que mandar a otro hospital en donde están los especialistas, bueno así te dicen, que te mandarán a especialidades» (E15).

DISCUSIÓN

El realizar este proyecto fue un reto, porque son reducidos los estudios previos sobre el tema de investigación, dejando un gran interrogante en cómo percibe el paciente a los especialistas de familia, así como otorgando un campo amplio para la investigación sobre la percepción para mejorar la proyección de la especialidad.



Figura 1. De acuerdo con las entrevistas realizadas, la percepción de los pacientes sobre el médico familiar contiene cuatro categorías, las cuales son Organización institucional, Atención médica, Relación médico-paciente y Conocimiento previo.



Figura 2. Categorías y subcategorías obtenidas de la codificación a las 15 entrevistas realizadas en la UMF 9, Santiago de Querétaro, Querétaro 2022.

Dentro de los estudios realizados se encontraron sobre la satisfacción de la relación médico-paciente, la cual es una de las categorías de este estudio, así como la atención prestada por los especialistas en familia, siendo esta otra categoría.

En el estudio cuanti-cualitativo y prospectivo *Construcción del perfil profesional del médico familiar en México de la división de Estudios de Posgrado*, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se encontró que la práctica clínica del especialista en familia se caracteriza por la integración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales que participan en el proceso salud-enfermedad, para la anticipación al daño con un enfoque preventivo y la continuidad de la atención desde un enfoque sistémico y visión holística¹⁰.

En contraste con esta investigación, los pacientes perciben a los médicos familiares como generales por el enfoque de la atención otorgada, siendo esta solo en resolver el

padecimiento actual o la patología de base, sin involucrarse en aspectos familiares del paciente y como estos modifican el curso de su enfermedad, dejando completamente olvidados los aspectos psicológicos y sociales que participan en el proceso salud-enfermedad y la visión holística tan característica de la especialidad.

En el estudio *La medicina familiar como especialidad médica: percepción de otros especialistas*, realizada en el Estado de México, se encontró que al no tener contacto en pregrado con la especialidad de medicina familiar, se pensaba que el enfoque solo era preventivo y no hubo interés por dicha especialidad¹¹. A su vez, en este estudio la perspectiva de los pacientes se ve afectada por la falta de información general sobre qué realiza un especialista en familia y cuáles son sus áreas de oportunidad e intervención dentro de la salud del paciente y su familia.

En la ciudad de Aracaju, Brasil, en el 2016 el estudio *Percepción de los pacientes sobre la relación médica* demostró que los pacientes menores de 50 años son los más satisfechos con los servicios de salud, siendo que los pacientes de este estudio fueron igual menores de 50 años, en este estudio la categoría relación médico-paciente está perdida en la mayoría de los entrevistados, ya que el médico no muestra interés por el paciente, lo que hace que no exista una adecuada relación médico-paciente¹².

El estudio descriptivo transversal *Percepción de la población general de nuestra especialidad: ¿están de acuerdo los pacientes con las decisiones diagnósticas y terapéuticas adoptadas por el médico de familia?*, realizado en centros de salud urbanos de Gijón, dio como resultado que los pacientes conocen que se realiza una formación especializada en posgrado para poder ser médico familiar en el 43.6%¹³, en contraste con este estudio, en el cual la mayoría de los pacientes desconoce que los médicos familiares son especialistas, y tenían la percepción de que solo eran médicos generales sin estudios de posgrado.

La percepción de la calidad de la atención se ha estudiado en más ocasiones, como en el estudio *Percepción de la calidad de atención médica en consultorios de la Cátedra de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas*,

Asunción-Paraguay. Año 2013, que reportó que de un total de 54 pacientes el 77% respondieron que el médico explica todo sobre su estado de salud, por lo tanto el 90% está satisfecho con la atención prestada en el servicio¹⁴, teniendo un completo contraste con este estudio, ya que como se ha comentado la relación médico-paciente no es la correcta, ya que los médicos de la UMF 9 de Querétaro, México, se centran en el padecimiento actual del paciente, sin involucrarse en los aspectos biopsicosociales de este.

A su vez, el estudio *Percepción de las relaciones médico-paciente por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina* concluyó que había una relación-médico paciente adecuada en el 92.3%, un 6% medianamente adecuada y un 1.8% mala o inadecuada⁷.

Si bien en este estudio no se busca medir la relación médico-paciente en porcentajes o grados de satisfacción, al realizar las entrevistas y codificarlas el resultado de esta fue malo desde la percepción del paciente, recalando el nulo interés de los médicos por estos.

Por otra parte, dentro de las entrevistas realizadas en esta investigación se encontró que la institucionalización de las especialidades ha propiciado que al separar a estas en médicos familiares y no familiares se cree una división entre esta y las demás especialidades, dando indirectamente un valor diferente, rezagando a la medicina familiar al punto de llegar a ser filtro para no sobreesaturar las demás especialidades.

A su vez, por la organización de los recursos, los médicos familiares tienen limitado el número de medicamentos que se pueden otorgar y el tipo de estudios paraclínicos que se pueden solicitar, lo que da la percepción de que estos necesitan a los demás especialistas para hacerlo, y que no son capaces de resolver los problemas de salud del paciente, si se requiere del apoyo de los especialistas troncales.

CONCLUSIONES

Se encontró que la mayoría de los pacientes perciben a los especialistas en Medicina Familiar como médicos generales, los

cuales no otorgan una atención holística y con enfoque biopsicosocial, limitándose a la consulta centrada en padecimiento actual o patología de base. Esto fue referido por algunos pacientes, lo cual dificulta una adecuada relación médico-paciente, por el escaso interés del especialista en familia en el entorno social y familiar del paciente, pese a ser una parte primordial y característica del especialista en familia.

La organización institucional ha marcado una diferencia entre las especialidades de segundo nivel y primer nivel, limitando a los especialistas de primer nivel de atención en su desarrollo autónomo e independiente sobre decisiones terapéuticas, estando sujetos a ciertos medicamentos y estudios paraclínicos destinados a este nivel, lo que hizo que para los pacientes no los consideren especialistas.

A la vez, esta división se ve reflejada entre los pares especialistas, quienes desconocen el perfil del médico de familia, considerando que es médico general.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a todas las personas que participaron en este estudio, a los pacientes que amablemente respondieron la entrevista y otorgaron parte de su tiempo y su sentir. Y a la *Revista de Medicina Familiar*.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que todos los gastos fueron absorbidos por ellos.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abril CRO, Cuba FMS. Introducción a la medicina familiar. Acta Med Per. 2013;30(1):31-6.
2. Simon LP. Medicina de familia al final de la vida. Mapa y territorio de la acción al morir. AMF. 2017;13(6):312-9.
3. Barajas OA, Ramos RC, Ramos GS, Barajas OZ, Sánchez GJ, Hernández AM, et al. Desempeño de las escuelas de medicina en México; resultados de Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas. Salud Publica Mex. 2019;61(4):495-503.
4. Gutiérrez RF, Ordoñez AY, Gómez GC, Ramírez AJ, Méndez EE, Martínez LF. Análisis sobre elementos de contenido en medicina para la identidad profesional del médico familiar. Rev. Med La Paz. 2019; 25 (1): 58-67
5. Gutiérrez HR. La medicina familiar en pregrado: una experiencia gratificante y formadora. RMF. 2019;27(1):56-60.
6. Health Education England. Facing the facts, shaping the future: a draft health and care workforce strategy for England to 2017. Health Education England. Facing the facts, shaping the future: a draft health and care workforce strategy for England to 2017. "Fecha de acceso: 2 oct 2023*" Disponible en :https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Facing%20the%20Facts%2C%20Shaping%20the%20Future%20%E2%80%93%20a%20draft%20health%20and%20care%20workforce%20strategy%20for%20England%20to%202027.pdf.
7. Ramos RC. Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. An Fac med. 2008;69(1):12-6.
8. Oviedo GL. La definición del concepto de percepción en psicología con base a la teoría de Gestalt. Revista de Estudios Sociales. 2004;18(1):89-96.
9. Martínez MM. El enfoque cualitativo. En: Martínez MM. Ciencia y arte de la metodología cualitativa. Segunda edición. México: Trillas; 2006. pp. 65-70.
10. Gómez Clavelina FJF, Leyva González FA. Construcción del perfil profesional del médico familiar en México. Inv Ed Med. 2018;7(26):24-34.
11. Pascual de la Cruz F, Godínez-Tamay ED, Hernández-Miranda MB. La Medicina Familiar como especialidad médica: percepción de otros especialistas. Aten Fam. 2016;23(3):109-12.
12. Viana SY, Saares GR, Victoria DB, Manchadi PR, Manchado D. Percepción de los pacientes sobre su relación con los médicos. Rev Bioét. 2020;28(2):332.
13. Estrada M, Estrada C, Martínez R, Urbano L, Chudacik M, Fernández LC. Percepción de la población general de nuestra especialidad: ¿están de acuerdo los pacientes con las decisiones diagnósticas y terapéuticas adoptadas por el médico de familia. Rev Clín Med Fam. 2016;9(3):146-51.
14. 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. 2017;7(2):26-30.

Factores de riesgo asociados al abandono de la lactancia materna en atención primaria

Risk factors associated with breastfeeding cessation in primary care

Jessica A. Luna-Torres^{1a*}, Víctor M. Camarillo-Nava^{2b} y Santa Vega-Mendoza^{3c}

¹Servicio de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 20; ²Coordinación de Investigación en Salud, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada; ³Servicio de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 20. Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México
^a0000-0001-6552-2289; ^b0000-0002-4088-2568; ^c0000-0001-9701-6225

Resumen: Introducción: México experimenta un fenómeno de abandono de lactancia materna. Se han descrito numerosos factores asociados al no iniciarla o abandonarla antes de los seis meses. **Objetivo:** Determinar los factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en primer nivel. **Método:** Estudio analítico, observacional, prospectivo y transversal. En mujeres en periodo de lactancia, con un universo de 202, proporción esperada del 0.50 y nivel de confianza al 95% = 132. Se aplicó encuesta desarrollada por Kahn Liz. Se usó χ^2 y OR como medida de asociación. Se utilizó un valor de $p \leq 0.05$ como estadísticamente significativo. **Resultados:** Se evaluaron 132 casos, factores relacionados con el abandono de lactancia materna: lesión en glándula mamaria, redes de apoyo, tipo de lactancia y factores diversos ($p < 0.05$). Factores asociados al abandono: estrés OR 2.98, redes de apoyo OR 3.13. **Conclusiones:** Solo en el 62.2% de los casos se realiza lactancia materna exclusiva y los principales factores asociados al abandono son el estrés, ausencia de redes de apoyo.

Palabras clave: Abandono de la lactancia materna. Lactancia materna exclusiva.

Abstract: Introduction: Mexico is experiencing a phenomenon of abandonment of breastfeeding. Numerous factors associated with not starting or abandoning it before six months have been described. **Objective:** To determine the factors associated with abandoning of exclusive breastfeeding in the first level. **Method:** Analytical, observational, prospective and cross sectional. In lactating women, with a universe of 202, an expected proportion of 0.50 and a confidence level of 95% = 132. A survey developed by Kahn Liz was applied. χ^2 and OR were used as a measure of association. A p-value ≤ 0.05 was used as statistically significant. **Results:** One hundred thirty-two cases were evaluated. Factors related to abandoning of breastfeeding: lesion in the mammary gland, support networks, type of breastfeeding, and various factors ($p < 0.05$); factors associated with abandonment: stress OR 2.98, support networks OR 3.13. **Conclusions:** Exclusive breastfeeding is carried out in only 62.2% of cases, and the main factors associated with abandonment are stress, absence of support networks.

Keywords: Abandonment of breastfeeding. Exclusive breastfeeding.

***Correspondencia:**

Jessica A. Luna-Torres

E-mail: Jessica_luna_facmed@outlook.com

Fecha de recepción: 30-11-2022

Fecha de aceptación: 06-10-2023

Disponible en internet: 28-11-2023

Rev Mex Med Fam. 2023;10:143-150

DOI: 10.24875/RMF.22000119

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna se ha visto afectada por influencias sociodemográficas, económicas y culturales. Su frecuencia y duración disminuyeron a lo largo del siglo xx tras los fenómenos de industrialización, urbanización e integración de la mujer al ámbito laboral.

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño, para que este logre un desarrollo óptimo, así como recibir alimentos complementarios, sin abandonar por completo la lactancia materna hasta los dos años de edad del infante¹.

La lactancia materna, adicionalmente, promueve una fuerte relación madre-hijo, ayuda al desarrollo psicomotor del infante, se asocia a una reducción del riesgo de infecciones en la infancia (infecciones respiratorias, diarrea, alergias, obesidad o diabetes); en la madre se asocia a menor riesgo de presentar hemorragia posparto, cáncer de mama, ovario y de diabetes tipo 2².

Se han descrito numerosos factores asociados a no iniciar la lactancia materna o abandonarla antes de los seis meses: menor edad de la madre, bajo nivel económico y de estudios, condiciones laborales sin apoyo de las empresas, inadecuada atención al parto y posparto, bajo peso al nacer, falta de apoyo familiar, percepción de falta de leche, experiencias negativas anteriores de lactancia y posicionamiento prenatal sobre la lactancia materna exclusiva³.

México experimenta un fenómeno de abandono de la práctica de lactancia materna exclusiva (del 22.3% en 2006 al 14.4% en 2012), sobre todo en zonas rurales (del 36.9 al 18.5% en seis años), según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Así mismo, aumentaron entre 1.1 y 3.8 millones de casos anuales reportados de enfermedades respiratorias agudas superiores e inferiores y enfermedades gastrointestinales⁴.

La situación mundial refleja que a lo largo de los primeros meses de vida en el recién nacido hay un descenso progresivo de

la lactancia materna. Los datos publicados en 2016 por el fondo de las Naciones Unidas para la Infancia indican que solo un 43% (2 de cada 5) de los niños continúan recibiendo lactancia materna exclusiva a los seis meses de vida. Las mayores tasas las presentan los países del sur de Asia, con un porcentaje de lactancia materna exclusiva del 60% seguido por el este y sur de África con un 57%. En muchas regiones este porcentaje es solo del 30%, lo que resulta preocupante⁵.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, la prevalencia de lactancia materna exclusiva en México se duplicó del 14.4% en 2012 al 28.6% en 2018. Los datos de esta encuesta son similares a los datos del Informe Anual del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en México en el 2017, el cual reportó que el 31% de niños en México recibieron leche materna exclusiva⁶.

En nuestro entorno constituye un problema de salud, por lo que es necesario determinar los posibles factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna. Estos resultados nos permitirán conocer sobre qué puntos debemos trabajar y qué soluciones debemos plantear para lograr que lactancia materna exclusiva se lleve hasta los seis meses. El objetivo del estudio fue determinar los factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en primer nivel de atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico, observacional, prospectivo y transversal, que se realizó en una unidad de primer nivel de atención, en el periodo marzo-mayo de 2021. El tamaño de la muestra fue de 132 mujeres en periodo de lactancia, mediante la fórmula de poblaciones finitas y un muestreo no probabilístico, con un universo de 202 mujeres, proporción esperada del 50% y nivel de confianza al 95%.

Se incluyeron las mujeres en periodo de lactancia, madres de niños o niñas de 0 a 6 meses de edad, que recibieron

atención médica en la unidad de estudio, aceptaron participar en la investigación y firmaron la carta de consentimiento informado. Se excluyeron las madres con contraindicaciones absolutas de lactancia como infección por VIH o cáncer o inmunocomprometidas.

Se utilizó una hoja de recolección de datos elaborada *ex profeso* para el estudio y el instrumento «Ficha de recolección de datos de factores maternos y abandono de lactancia materna exclusiva», desarrollado por Kahn Liz⁷, que tienen una confiabilidad de 0.84 con el coeficiente alfa de Cronbach. El instrumento posee un total de 23 ítems de opción múltiple, conformado por rubros tales como: datos generales, factores maternos biológicos y datos sobre el abandono de la lactancia materna exclusiva.

La variable principal del estudio fue abandono de la lactancia materna exclusiva, que se definió como la interrupción súbita de la lactancia materna antes de los seis meses de edad⁸. Las variables independientes para el cálculo de los principales factores asociados al abandono fueron: factores sociodemográficos, tipo de familia según el Consenso Académico⁹, redes de apoyo, lesiones en glándula mamaria, estrés materno, enfermedad del lactante, experiencia previa con la lactancia, tipo de lactancia y motivo de abandono.

Para el análisis de los datos se utilizó estadística multivariante con una regresión logística binaria y cálculo de *odds ratio* (OR) para determinar factores de riesgo o protección sobre el abandono a la lactancia exclusiva. En todos los casos se utilizó un valor de $p \leq 0.05$ como estadísticamente significativo. Se utilizó el programa estadístico IBM SPSS versión 25.

Se solicitó autorización a las participantes mediante firma de consentimiento informado. El estudio se considera riesgo mínimo según El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud vigente en México, y fue autorizado por el Comité Local de Investigación en Salud con el registro R-2021-3404-018.

RESULTADOS

Se encuestaron 132 mujeres, con edad promedio 27.8 años (± 5.8). La escolaridad más predominante fue bachillerato, en un 41.7% ($n = 55$). La ocupación más usual fue ama de casa en un 46.2% ($n = 61$). El estado civil más frecuente fue unión libre en el 52% de casos ($n = 69$). El tipo de familia que más predominó fue la nuclear simple, en un 60.6% ($n = 80$). Las participantes recibieron apoyo de algún familiar en un 64.4% ($n = 85$).

Por medio del establecimiento de tablas de contingencia con la finalidad de observar una relación entre variables categóricas con el abandono de lactancia materna, en una primera intención se logró identificar significancia estadística entre la presencia/ausencia de redes de apoyo y el abandono de la lactancia ($p = 0.001$); en este rubro se logró observar que el 100% de casos donde existen redes de apoyo no existe abandono de la lactancia, mientras que en los casos donde no existen redes de apoyo hasta en el 68.08% se presentó abandono de lactancia materna, por otra parte no se encontró significancia entre el abandono o no de la lactancia con variables como la edad materna, estado civil, ocupación y tipo de familia (Tabla 1).

De 32 mujeres que abandonaron la lactancia materna, 30 (93.7%) lo hicieron sin causa alguna, sin embargo, a pesar de haber causas como dolor en el pezón (14%), grietas en el pezón (41%), no hubo abandono. También se identificó relación con otros motivos ($p = 0.001$), como la presencia de una enfermedad en el niño/niña, uso de fármacos que se excretan por la leche materna, rechazo del niño y falta de leche e inicio de la actividad laboral. Asimismo, se identificó una asociación de la presencia/ausencia de estrés con la lactancia materna exclusiva ($p = 0.008$), donde 21 mujeres (35%) con estrés abandonaron la lactancia (Tabla 2).

Posteriormente, en un segundo análisis pero ahora con variables de tipo numéricas, mostró asociación entre la edad

Tabla 1. Distribución de las variables categóricas en relación con los casos de abandono de lactancia materna

Tipo de variable	Categoría	Abandono lactancia materna		χ^2	p
		Sí	No		
Escolaridad materna	Analfabeta	0	2	4.32	0.503
	Primaria	0	2		
	Secundaria	7	21		
	Bachillerato	11	44		
	Carrera técnica	3	3		
	Licenciatura	11	28		
Estado civil	Unión libre	13	56	2.92	0.23
	Soltera	6	10		
	Casada	13	34		
	Viuda	0	0		
Ocupación	Ama de casa	13	48	0.87	0.64
	Trabajadora	15	44		
	Estudiante	4	8		
Tipo de familia	Nuclear	0	0	7.86	0.16
	No parental	0	0		
	Monoparental extendida sin parentesco	0	0		
	Grupos similares a familia	0	0		
	Nuclear simple	19	61		
	Nuclear numerosa	0	4		
	Reconstruida o binuclear	0	1		
	Monoparental	2	0		
	Monoparental extendida	4	12		
	Monoparental extendida compuesta	0	0		
	Extensa	7	22		
	Extensa compuesta	0	0		
	Redes de apoyo	Sí	0		
No		32	15		
Tipo de lactancia	Lactancia materna exclusiva	0	82	132	0.001
	Lactancia artificial	32	0		
	Mixta	0	18		

χ^2 : test de chi cuadrada; p: significancia estadística.

del niño con el abandono de la lactancia ($p = 0.0001$), observando que el abandono sucede muy cerca de los seis meses (término de la lactancia materna exclusiva), puesto que el abandono en esta investigación sucedió en promedio a los 5.5 meses. Por otro

lado, la prueba de t de Student no mostró asociación entre el abandono de lactancia con variables como edad materna, número de hijos, número de consultas de orientación sobre lactancia materna o edad de lactancia artificial (Tabla 3).

Tabla 2. Distribución de las variables categóricas en relación con los casos de abandono de lactancia materna

Tipo de variable	Categoría	Abandono Lactancia Materna		χ^2	p
		Sí (n = 32)	No (n = 100)		
Experiencia previa sobre la lactancia	No aplica	14	44	7.41	0.06
	Buena	8	36		
	Regular	2	12		
	Mala	8	8		
Lesión en glándula mamaria	Dolor en la glándula mamaria	0	13	43.74	0.0001
	Hinchazón de las mamas	0	1		
	Endurecimiento de la mama	0	0		
	Dolor en pezón	0	14		
	Grietas en pezón	1	41		
	Pezón plano o invertido	1	3		
	Ninguna	30	28		
	Otro	0	0		
Motivo de abandono de la lactancia materna o sustitución por leche artificial	No aplica	0	82	76.5	0.001
	Enfermedad del niño/niña	4	1		
	Ambiente familiar inadecuado	0	0		
	Otro	0	0		
	Enfermedad de la madre con utilización de fármacos excretados por leche materna	1	0		
	Alteración en glándula mamaria o pezón	0	0		
	Rechazo del niño al pecho	2	0		
	No se llena, se queda con hambre	7	6		
	Falta de leche	15	6		
	Voluntariedad de la madre	0	0		
	Inicio de actividad laboral o estudiantil	3	5		
	Estética	0	0		
	Depresión posparto	Sí	5		
No		27	87		
Estrés ante la lactancia materna exclusiva	Sí	21	39	6.93	0.008
	No	11	61		

χ^2 : test de chi cuadrada; p: significancia estadística.

Finalmente, se encontraron las siguientes asociaciones directas: la presencia de estrés ante la lactancia materna aumenta el riesgo de abandono en 2.98 veces (intervalo

de confianza del 95% [IC95%]: 1.29-6.86; $p = 0.008$), la ausencia de redes de apoyo aumenta el riesgo de abandono hasta en 3.13 veces (IC95%: 2.06-4.75; $p = 0.0001$) (Tabla 4).

Tabla 3. Distribución de las variables numéricas en relación con los casos de abandono de lactancia materna

Tipo de variable	Abandono lactancia	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	Prueba t (p)
Edad materna (años)	Sí	28.72	6.68	1.18	0.36
	No	27.63	5.56	0.56	0.41
Número de hijos vivos	Sí	1.66	0.75	0.13	0.38
	No	1.81	0.88	0.09	0.34
Edad de niño o niña	Sí	5.50	1.59	0.28	0.00
	No	4.28	1.91	0.19	0.00
Número de consultas donde se orientó sobre la lactancia	Sí	2.65	2.23	0.46	0.15
	No	3.49	2.44	0.29	0.13
Edad en la que se proporcionó lactancia artificial	Sí	2.63	1.34	0.24	0.52
	No	2.39	0.98	0.23	0.48

Tabla 4. Factores de riesgo asociados al abandono de la lactancia materna

Factor	OR	IC95%		p
		Mínimo	Máximo	
Estrés ante lactancia materna.	2.98	1.29	6.86	0.008
Redes de apoyo	3.13	2.06	4.75	0.0001
Depresión postparto	1.23	0.4	3.79	0.706
Enfermedad del niño/niña	2.48	0.52	11.73	0.46

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza al 95%; p: significancia estadística.

DISCUSIÓN

La importancia de esta investigación no solo radica en identificar factores asociados al abandono de lactancia materna, ya que, como se ha descrito, la leche materna es el alimento óptimo para lactantes, es la primera inmunización que recibe al nacimiento, es la forma más eficaz y económica de evitar enfermedades en el binomio, aumentando en seis veces la posibilidad de supervivencia en el primer año en comparación con los que no reciben lactancia materna¹⁰.

Se encontró que solo el 62.1% de los casos realizaron lactancia materna exclusiva. Sin embargo la disminución de esta práctica no es algo nuevo, ya que a largo de los años se ha observado pérdida de su popularidad, los últimos reportes mencionan que en ciertas regiones solo un 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva¹¹.

En complemento a la información previa, el 62.1% de casos practicaron lactancia materna exclusiva, el 24.24% lactancia artificial y el 13.63% lactancia mixta, en la población estudiada la lactancia materna es incluso ligeramente superior a investigaciones actuales realizadas en España donde se informa que el 68.88% de los recién nacidos recibieron lactancia materna (exclusiva el 48.7%, mixta el 20.13% y artificial el 12%)¹². En otras investigaciones se informa que solo el 49.6% de los menores tienen una lactancia materna exclusiva, esto es importante, ya que afecta no solo al niño, sino que trae consigo condiciones negativas a largo plazo, como desnutrición, comorbilidades y a nivel político pérdidas económicas¹³.

Dentro de los factores directamente asociados al abandono de lactancia materna en esta investigación se evidenció la presencia de estrés, las redes de apoyo, las cuales

son consistentes con investigaciones previas donde se ha descrito que el estrés y ansiedad materna son una de las principales causas de abandono de la lactancia¹⁴, esencialmente la presencia de estrés y ansiedad aumentan hasta en dos veces el riesgo de suspender la lactancia materna debido a que en la actualidad casi un 50% de mujeres son trabajadoras y a su vez desempeñan roles en el hogar que producen estrés e incluso a la disminución de leche¹⁵; así mismo, dichas actividades laborales predisponen al abandono de la lactancia materna¹⁶. En comparativa, esta investigación es totalmente consistente con todo lo anteriormente descrito, se evidenció que el estrés aumenta en 2.98 veces el riesgo de abandonar la lactancia. Aunque en la literatura se encontró una relación entre el abandono de lactancia con actividades laborales/estudiantiles y disminución de leche, en esta investigación aquellas mujeres que estudian o trabajan tendieron menos a abandonar la lactancia materna en comparación con las que no estudian ni trabajan ($p = 0.001$).

Otro de los factores de riesgo importantes en el abandono de la lactancia materna es la presencia de redes de apoyo. En esta investigación se encontró que la ausencia de redes de apoyo aumenta hasta en 3.13 veces el riesgo de abandonar la lactancia; esto es importante, ya que se ha descrito en literatura actual que la pareja es la persona que en el 82.4% de los casos transmite el principal apoyo a las mujeres para la lactancia al mes de nacimiento y que continúa siendo el mayor apoyo a los dos meses, con un 78.6%¹⁷.

En cuanto a la paridad, en este estudio no se encontró relación entre el número de hijos con el abandono de la lactancia. Sin embargo, las referencias actuales coinciden en que las madres primíparas tienden a abandonar la lactancia materna exclusiva en el primer mes con mayor frecuencia que las múltiparas; ello puede deberse a la poca experiencia y desconocimiento de las técnicas de amamantamiento, lo cual favorece la aparición de grietas y dolor en el pezón entre otras molestias que llevan al abandono de la lactancia materna¹⁸.

Otro motivo que describieron las madres en este estudio fue la falta de producción de leche. Sin embargo, el ámbito social y cultural interpreta que cualquier llanto del niño significa que «pasa hambre» o «no se tiene suficiente leche»; como consecuencia se disminuye el número de veces que mama el niño por lo que hay menor producción de leche materna. Nuestros resultados coinciden con la literatura publicada por Prado et al.¹⁹, quienes refieren que el 78% de las madres tenían dificultades en la lactancia, el 87.1% por la disminución de producción de leche, el 5.1% por mala formación del pezón, el 5.1% por infecciones y el 2.5% por estética. En otro estudio Santana et al.²⁰ reportaron dentro de los factores de riesgo la presencia de hipogalactia en el 28.36%, técnica incorrecta de la lactancia en el 27.25%, enfermedad del niño en el 22.08% y pezón invertido en el 6.77%.

Es importante denotar las fortalezas y debilidades del estudio. Dentro de las fortalezas destaca el hecho de que las variables fueron estudiadas en su estado puro, lo que permitió un adecuado análisis de datos mediante las pruebas estadísticas apropiadas, limitando con esto posibles sesgos; así mismo, por medio de la adecuada selección de las variables fue posible la dicotomización que permitió realizar asociaciones causales, fortaleciendo con ello criterios como la consistencia, temporalidad, gradiente biológico y fuerza de asociación. Dentro de las debilidades destaca primordialmente el tiempo desde dos puntos de vista, en primera instancia el estudio se realizó durante el periodo pandémico, lo que pudo limitar la obtención de información y por ende, el tamaño de muestra lo cual puede afectar su interpretación sobre todo en el cruce de variables, y por otra parte, al igual que la mayoría de investigaciones previas, el diseño carece de temporalidad, es decir, los estudios suelen ser de tipo transversales.

CONCLUSIONES

De acuerdo con lo observado, los principales factores asociados que incrementan el abandono de lactancia materna son el estrés ante

la lactancia, la ausencia de redes de apoyo. También fue posible evidenciar que el abandono de la lactancia materna sucede muy cerca del periodo de término de la lactancia materna exclusiva. Otras variables estadísticamente significativas, aunque con pequeña muestra fueron la presencia en enfermedades en el menor, el uso de fármacos por parte de la madre que se excretan por leche materna, el rechazo del niño, la ausencia de leche y el inicio de la actividad laboral.

Finalmente, es necesario fortalecer el vínculo entre madres y el personal de salud con el objetivo de disminuir los riesgos que potencian el abandono de la lactancia materna, aunque esta situación no solo depende de estos dos individuos, sino que, tal como definen organismos internacionales, esta situación requiere esfuerzos gubernamentales que propongan planes y políticas públicas.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que la presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis y publicación de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han

utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization, UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding [internet]. Geneva: WHO; actualizado 2003 [citado: 2022 abril 10]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf>
2. Novillo-Luzuriaga N, Robles-Amaya J, Calderón J. Beneficios de la lactancia materna y factores asociados a la interrupción de esta práctica. *Enferm Iest.* 2019;4(5):29-35.
3. Ramiro M, Ortiz H, Cañedo C, Esparza M, Cortes O, Terol M, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *An Pediatr (Barc).* 2018;89(1):32-43.
4. González T, Hernández S. Lactancia materna en México. México: Editor Intersistemas; 2017.
5. Navarro A. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países [internet]. España: Asociación Española de Pediatría; actualizado 2017 [citado: 23 de marzo 2022]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-en-cifras-tasas-inicio-y>
6. Santiago R, Alvarado de Luzuriaga E, Monroy M, Arciga G, Cano E, Cruz U, et al. Lactancia materna y alimentación infantil en el primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2019;57(6):387-94.
7. Kahn L. Factores maternos y abandono de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, centro de salud 1-4, Moronacocha, Iquitos-2018. Iquitos Perú: Universidad Privada de la Selva Peruana; 2018.
8. Babae E, Eshrati B, Asadi M, Purabdollah M, Nojomi M. Early cessation of breastfeeding and determinants: Time to event analysis. *J Nutr Metab.* 2020;2020:3819750.
9. Azuara Y, Gutierrez R, Mendez E, Alvarez N, Lopez D, De la Cruz C. Asociación de tipología y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana. *Aten Primaria.* 2020;52(10):680-9.
10. Valle R, García T, Álvarez V. Factores que influyen en la madre en el abandono de la lactancia. *CONAMED.* 2020;25(4):167-73.
11. Verde C, Medina M, Sifuentes V. Lactancia materna exclusiva y factores asociados en madres que asisten a establecimientos de salud de Lima Centro. *Rev Fac Med Hum.* 2020;20(2):287-94.
12. Maraña J, Fernández A, Gualillo O, Leis R, Fernández J. Lactancia materna: prevalencia y factores asociados. Análisis de una encuesta. *Cad Aten Primaria.* 2021;27(1):11-7.
13. Flores M, Centeno M, Maldonado J, Robles J, Castro J. Lactancia materna exclusiva y factores maternos relacionados con su interrupción temprana en una comunidad rural de Ecuador. *Acta Pediatr Mex.* 2021;42(2):56-65.
14. Gorrita R, Hernández E, Alfonso L. Lactancia materna exclusiva durante el primer semestre de vida, estrés y ansiedad maternos. *Medimay.* 2017;24(1):37-52.
15. Avalos M, Mariño E, González J. Behavior of some biosocial factors related to breastfeeding in babies aged less than 1 year. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2016;35(2):170-7.
16. Trujillo PZ, Reyes GI, Fonseca CS. El trabajo como factor de abandono de lactancia materna. *Revista Electrónica de Portales Médicos [Internet].* 2020;XV(15):778. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/el-trabajo-como-factor-de-abandono-de-lactancia-materna/>
17. Navarro C. Prevalencia de lactancia materna exclusiva y causas de abandono en los dos primeros meses de vida, en las Comarcas de la Jacetania y Alto Gállego. *Medicina Naturista.* 2018;7(2):61-5.
18. Félix J, Martínez E, Sotelo E. Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Pediatr Mex.* 2019;13(2):47-56.
19. Prado T, Sermeño C, Chero V. Determinantes sociales del abandono de lactancia exclusiva en niños a término menores de 6 meses en un Centro de Salud en San Juan de Lurigancho, 2017. *Ágora Rev Cient.* 2018;05(01):1-6.
20. Santana C, González G, Gómez M, Dimas B, Bobadilla M, González K. Factores de riesgo para el abandono de la lactancia materna en un hospital del estado de México. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar.* 2022;6(1):2160-9.

Os peroneo como causa de dolor lateral persistente de tobillo

Os peroneus as a cause of persistent heel pain

Vicente Martín-Moreno^{1a*} y Amanda Martín-Fernández^{2b}

¹Centro de salud de Orcasitas; ²Polibea Concierto. Comunidad de Madrid, Madrid, España

^a0000-0003-4757-2930; ^b0000-0001-9950-4695

Resumen: El dolor en la cara lateral externa del tobillo y del pie es un motivo frecuente de consulta. El *os peroneum* es uno de los osículos del pie, que se localiza lateral al cuboide, dentro del tendón del músculo peroneo largo. El síndrome del *os peroneum* doloroso produce dolor persistente en la cara lateral externa del pie y del tobillo y debe incluirse en el diagnóstico diferencial del dolor de tobillo.

Palabras clave: Huesos accesorios. *Os peroneum*. Dolor lateroplantar del pie. Síndrome del *os peroneo* doloroso.

Abstract: Lateral midfoot and ankle pain is a frequent cause for consultation. *Os peroneum* is one of the accessory ossicles of the foot, located lateral to the cuboid, within the distal peroneus longus tendon. Painful *os peroneum* syndrome causes persistent heel pain and should be included in the differential diagnosis of ankle pain.

Keywords: Accessory ossicles. *Os peroneum*. Lateral heel pain. Painful *os peroneum* syndrome.

INTRODUCCIÓN

El tobillo es una articulación que con frecuencia sufre lesiones, generalmente en forma de esguince lateral, con clínica de dolor en la cara lateral externa de tobillo y pie. Pero no todo dolor a este nivel es un esguince¹, es necesario descartar: la luxación o subluxación del tendón peroneo, la lesión de los ligamentos talofibular o calcáneo-peroneo, las fracturas (quinto metatarsiano, calcáneo, cuboide) y el síndrome del *os peroneo* doloroso (POPS)².

En relación con este último, los tendones peroneos son evertidores primarios del

pie. En concreto, el tendón del peroneo largo (TPL) es extensor del tobillo, abductor y pronador del pie y estabilizador del arco plantar³. El TPL desciende por la superficie lateral de tobillo, calcáneo y cuboide, insertándose en la base del primer metatarsiano y cuneiforme medio. Su posición anatómica le hace susceptible a lesiones por traumatismo directo, sobrecarga y/o mal apoyo plantar⁴. La presencia de osículos en el TLP, como el *os peroneo* (OP), si bien representan inicialmente variantes anatómicas cuya función es proteger al tendón, pueden convertirse en fuente de patología por las causas mencionadas.

*Correspondencia:
Vicente Martín Moreno
E-mail: amanvic@hotmail.com

Fecha de recepción: 25-07-2023
Fecha de aceptación: 16-10-2023

Disponible en internet: 28-11-2023
Rev Mex Med Fam. 2023;10:151-155
DOI: 10.24875/RMF.23000108

EPIDEMIOLOGÍA

El os peroneo es un hueso accesorio que se localiza en la vaina del TPL, a nivel del túnel cuboide de la articulación calcáneo-cuboidea. Se detecta de forma incidental en el 5 a 30% de las personas^{2,4}, siendo bilateral en el 60% de los casos. En ocasiones es bipartito o multipartito. Su estructura histológica es fibrocartilaginosa y suele ser asintomático.

Aunque estudios en cadáveres muestran un precursor del os peroneo en el periodo fetal, la incidencia de OP aumenta cada década de la vida un 10%, sugiriendo un origen biomecánico para la mayoría de OP⁵, por sobreutilización y/o alteraciones en la columna tobillo-pie, tipo pie cavo o varo, que generarían sobrecarga y fricción del TPL en el canal cuboide, inflamación y el desarrollo del OP y del POPS³.

PROPÓSITO

La presencia de osículos en los tobillos y pies puede ser fuente de dolor crónico. El dolor es una de las principales causas de limitación funcional y pérdida de calidad de vida, sobre todo cuando afecta a nuestro medio de desplazamiento, los pies. Conocer y tener presente las diferentes etiologías que lo desencadenan posibilita establecer un adecuado tratamiento y justifica la presentación de este caso clínico.

DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN

Caso clínico 1

Se presenta el caso de una paciente de 30 años con dolor de seis meses de evolución en cara lateral externa del pie derecho, irradiado a cuadrante posterolateral externo de la planta del pie, que empeoraba con la actividad física y mejoraba con el reposo. Sin antecedente traumático previo, no practicaba deportes. No usa calzado especial en el trabajo, ni usa tacones elevados. En la exploración, dolor a la presión sobre el hueso cuboides, estando la zona discretamente sobrelevada respecto a la adyacente y a la del



Figura 1. Os peroneo bilateral, el izquierdo bipartito, próximos a la articulación calcáneo-cuboidea.

pie contralateral, sin enrojecimiento ni calor. El dolor se exacerbaba al realizar una flexión plantar forzada y cuando se solicitaba a la paciente que caminara de puntillas. No presentaba pie cavo ni varo. Marcha con tendencia al varo de pies.

La radiografía de ambos pies mostró un OP de gran tamaño, márgenes bien delimitados y densidad homogénea, ubicado a nivel de la articulación calcáneo-cuboidea del pie derecho, en el trayecto del TPL (Fig. 1). El pie izquierdo también presentaba un OP, bipartito.

El control del dolor y la recuperación de la funcionalidad deben ser los objetivos del tratamiento, recomendándose el uso en ciclo corto de un antiinflamatorio, reposo funcional relativo, hielo local, medidas compresivas mediante tobillera y fisioterapia, con ejercicios para el fortalecimiento del TPL y para mejorar la capacidad propioceptiva en relación con las articulaciones implicadas, junto con una plantilla de talón en cuña lateral para disminuir el varo de apoyo-deambulación, debiendo hacerse seguimiento clínico durante un periodo de 12 meses.

Caso clínico 2

Mujer de 58 años, con dolor crónico en cara lateral externa del pie izquierdo, que se irradiaba a la base del talón, que empeoraba con la marcha prolongada, precisando el uso de bastón de apoyo en esta situación, y que limitaba la actividad física y la realización de actividades de ocio. En la exploración en bipedestación, pies planos bilaterales con valgo de talones, con aparición de dolor en la posición de puntillas, que genera inestabilidad y debilidad para el mantenimiento de la posición. En decúbito supino, dolor a la presión sobre cuboides y a la flexión y eversión plantar activa y contrarresistencia. A pesar del valgo de talones, en bipedestación prolongada y en la marcha se observó un apoyo forzado en varo de ambos pies, que se comprobó con el desgaste observado en su calzado.

La radiografía de ambos pies mostró *os peroneum* bilateral de posición cuboidea, el izquierdo bipartito (Fig. 2). Sin otros osículos, ni espolón calcáneo.

La cronicidad del dolor, los resultados de la exploración y las limitaciones funcionales aconsejaron un abordaje con expectativas a largo plazo, que se explicaron a la paciente. El uso de un antiinflamatorio COX-1 durante varios meses, junto con reposo funcional relativo, *taping*, ejercicios de fisioterapia para el fortalecimiento del TPL y para mejorar la capacidad propioceptiva fueron las bases del tratamiento, junto con una plantilla de talón en forma de cuña lateral, que evite el varo, posible desencadenante del dolor, en lugar de una plantilla en cuña para arco plantar por sus pies planos valgós, observándose mejoría clínica con esta actitud terapéutica.

CONCLUSIONES

El POPS se presenta de dos formas: aguda y crónica¹. La forma aguda ocurre como resultado de un trauma directo o indirecto, generalmente sobre el tobillo y en forma de esguince, que provoca una fuerte



Figura 2. Os peroneo bilateral, de localización cuboidea, el derecho bipartito.

contracción del músculo peroneo largo, con dorsiflexión abrupta del pie o supinación brusca, que puede producir fractura del OP y una diástasis, asociada o no a rotura del TPL^{2,3}. La presentación crónica está relacionada con el proceso de curación de una fractura aguda, de una fractura por estrés asociada con traumatismo crónico repetitivo, o de una contusión que provoca necrosis avascular, con calcificación, remodelación y/o diástasis crónica del OP^{1,2}. Pero también con una sobreutilización del TPL, asociada o no a alteraciones anatómicas o funcionales predisponentes (surco fibular poco profundo, retináculo peroneo inferior prominente, pie cavo-varo, alteraciones de la marcha que condicionen mal apoyo plantar en varo), o con tendinosis y tenosinovitis del TPL, o de otros tendones del tobillo que alteren la mecánica del movimiento^{2,5,6}. El mal apoyo plantar en cavo, presente en los dos casos clínicos expuestos, podría ser una causa frecuente de POPS.

El diagnóstico se realiza mediante anamnesis, exploración clínica y radiología simple^{1,6}. La anamnesis recoge dolor en la cara lateral del pie, debajo del maléolo lateral y en el túnel cuboide. La exploración física muestra dolor a la palpación sobre el OP, que se exagera por la inversión pasiva con flexión plantar o eversión activa y dorsiflexión del pie, como ocurre en los dos casos clínicos, debiendo evaluarse la alineación del pie para descartar un cavo-varo, entidad que favorece la lesión del TPL.

La radiología permite detectar la presencia de OP¹. La lesión crónica por estrés puede mostrar un OP esclerótico y agrandado. El desplazamiento proximal del OP es un signo indirecto de rotura del TPL³. En caso de OP con dos o más fragmentos hay que descartar fractura del OP. Si los fragmentos encajan unos con otros, o hay una diástasis entre fragmentos mayor de 6 mm, sugiere fractura³; si no encajan, presentan bordes redondos y bien delimitados, OP bipartito o multipartito⁶. Una diástasis de 2 mm o menos puede observarse en las fracturas no desplazadas o en la variante normal del OP bipartito⁴. En fracturas antiguas la restructuración de los fragmentos puede dificultar el diagnóstico. La radiología permite también detectar una hipertrofia del tubérculo peroneo, que produce atrapamiento del TPL. La resonancia magnética (MRI) y la ecografía son necesarias si se sospecha rotura del tendón o tenosinovitis estenosante. La MRI se considera el método de referencia³.

En el diagnóstico diferencial del dolor lateral del pie debemos tener presentes: el proceso de Stieda⁷ (la rotura distal del TPL con gran acortamiento del muñón lo simula), la tendinopatía o subluxación peronea, la lesión del ligamento lateral del tobillo (ligamentos talofibular anterior y posterior y calcáneo peroneo), el síndrome del seno del tarso, las fracturas de la base del quinto metatarsiano, cuboides o calcáneo anterior; la neuropatía peronea y la presencia de otro sesamoideo, el os *vesalianum*, entre otras entidades.

El tratamiento del POPS incluye reposo, automasaje con hielo local en fase aguda, antiinflamatorios no esteroideos y medidas de inmovilización, tipo tobillera, *taping* o vendaje, según indicación clínica, y/o infiltraciones con esteroides, así como fisioterapia³, como se ha expuesto en los casos clínicos. En presencia de pie valgo, cavo o cavo-varo, o de alteraciones biomecánicas que afectan a la estabilidad del pie, la fisioterapia y el uso de plantillas en el calzado tienen un efecto positivo en la mejora clínica. En ausencia de fractura la mayoría de los pacientes responden al tratamiento conservador³, pero un 10 a 20% tendrá dolor e inestabilidad articular, con deterioro de la funcionalidad⁸. En estos casos, o cuando existe desgarro del tendón, puede ser necesaria la cirugía, con tenosinovectomía y tubularización del tendón, o mediante escisión del hueso peroneo fracturado y reparación del tendón del TPL (tenodesis)⁹.

Por último, existen numerosas causas de dolor lateral del pie y este dolor puede tener una etiología múltiple, por lo que los retrasos en el diagnóstico no son infrecuentes¹. Los pacientes con POPS sufren demoras en el diagnóstico de entre 7 a 48 meses, retraso que condiciona discapacidad y merma de la calidad de vida. Por ello, el médico debe familiarizarse con esta entidad¹⁰.

PUNTOS DESTACADOS

- Las variantes anatómicas pueden ser fuente de patología.
- Esta patología es causa de dolor crónico y afecta a nuestra principal herramienta de movilidad, los pies.
- Dolor e inmovilidad son causas de sedentarismo.
- El dolor crónico afecta a la calidad de vida.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que este trabajo se realizó con recursos propios.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este

manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oh SJ, Kim YH, Kim SK, Kim MW. Painful os peroneum syndrome presenting as lateral plantar foot pain. *Ann Rehabil Med.* 2012;36(1):163-6.
2. Chagas-Neto FA, de Souza BN, Nogueira-Barbosa MH. Painful os peroneum syndrome: Underdiagnosed condition in the lateral midfoot pain. *Case Rep Radiol.* 2016;2016:8739362.
3. Hallinan JTPD, Wang W, Pathria MN, Smitaman E, Huang BK. The peroneus longus muscle and tendon: a review of its anatomy and pathology. *Skeletal Radiol.* 2019;48(9):1329-44.
4. Hindi HF, Byerly DW. Os Peroneum [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; (Citado 24.07.23). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30855913/>
5. DeLuca MK, Boucher LC. Morphological variations and accessory ossicles in the peroneal and tibialis muscles. *Anat Cell Biol.* 2019;52(3):344-8.
6. Hayden SR. Pop in the foot causing POPS: The painful os peroneum syndrome. *J Emerg Med.* 2019;56(3):337-9.
7. Sánchez Prida N, Sánchez Domínguez P, Martín Fernández A, Martín Gordo O, Martín Moreno V. Valoración del dolor de tobillo: síndrome del impacto posterior del tobillo secundario a proceso de Stieda. *Semergen.* 2016;42(8):e146-e148.
8. Requejo SM, Kulig K, Thordarson DB. Management of foot pain associated with accessory bones of the foot: two clinical case reports. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2000;30(10):580-91; discussion 592-4.
9. van Dijk PAD, Kerkhoffs GMMJ, Chiodo C, DiGiovanni CW. Chronic disorders of the peroneal tendons: Current concepts review of the literature. *J Am Acad Orthop Surg.* 2019;27(16):590-8.
10. Nolla de León MS, Machain S, Rivero M. Presencia de huesos accesorios del tarso. Variantes anatómicas normales con potencialidad patológica. *Anfamed.* 2021;8(2):e401.

Participación de la Delegación Mexicana en el XII Congreso Internacional de la Sociedad Dominicana de Medicina Familiar y Comunitaria

Participation of the Mexican Delegation in the XII International Congress of the Dominican Society of Family and Community Medicine

Alberto Del Moral-Bernal^{1a*}, Minerva P. Hernández-Martínez^{2b}, Aurora García-López^{3c}, Gad G. Zavala-Cruz^{4d}, Rodrigo Villaseñor-Hidalgo^{5e}, Miguel A. Fernández-Ortega^{6f}, Octavio N. Pons-Álvarez^{7g}, Mariana Pacheco-Juárez^{8,9h}, María E. Avilés-Sánchez¹⁰ⁱ, José L. Huerta-González^{11j}, Miguel López-Lozano^{12k} y Georgina Farfán-Salazar^{13l}

¹Medicina Familiar, Hospital General Regional, Unidad de Medicina Familiar 220, Instituto Mexicano del Seguro Social, Toluca, Estado de México;

²Jefatura de Sección Médica, Clínica Medicina Familiar 1, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Dr. Arturo González

Guzmán, Guadalajara, Jal.; ³Dirección, Unidad de Medicina Familiar 18, Instituto Mexicano del Seguro Social, Colima, Col.; ⁴Jefatura de Servicio

de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 47, Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, S.L.P.; ⁵Medicina Familiar, Unidad de

Medicina Familiar 94, Instituto Mexicano del Seguro Social, San Juan de Aragón, Ciudad de México; ⁶Centro de Investigación en Políticas, Población

y Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México; ⁷Coordinación de Vinculación Académica en la

Subdivisión de Medicina Familiar, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México; ⁸Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 7,

Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México; ⁹Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 161, Instituto Mexicano del Seguro Social,

Ciudad de México; ¹⁰Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar 220, Instituto Mexicano del Seguro

Social, Toluca, Estado de México; ¹¹Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, S.L.P.; ¹²Medicina Familiar, Unidad

de Medicina Familiar 22, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México; ¹³Dirección, Centro de Salud Familiar, Ciudad de México. México

^a0000-0001-7647-8578; ^b0000-0003-1589-9891; ^c0009-0006-5364-1284; ^d0000-0001-6624-5746; ^e0000-0002-1383-0295;

^f0000-0001-5293-0255; ^g0000-0002-9711-7744; ^h0009-0005-8125-0590; ⁱ0000-0002-5709-6803; ^j0000-0002-7063-5752;

^k0000-0001-5845-0803; ^l0009-0003-0781-2511

INTRODUCCIÓN

Del 29 de junio al 2 de julio de 2023 se llevó a cabo el XII Congreso Internacional de Medicina Familiar y Comunitaria de la Sociedad Dominicana de Medicina Familiar y Comunitaria (SODOMEFYC) en el Centro de Convenciones del Hotel Barceló, Punta Cana, de ese país. En ese evento participó el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar y la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar, conformando ambas organizaciones nacionales la delegación mexicana, cuya misión fue representar a México

mostrando los avances alcanzados en el desarrollo de la medicina familiar en el país.

Para cumplir esta misión, la delegación mexicana se planteó participar en cinco líneas de trabajo:

- I. Difusión del conocimiento.
- II. Actualización médica continua.
- III. Desarrollo e innovación institucional de la Federación y el Consejo.
- IV. Vinculación internacional y cooperación en el desarrollo de procesos de recertificación de especialistas en medicina familiar.
- V. Actividades recreativas del congreso.

*Correspondencia:

Alberto Del Moral-Bernal
E-mail: beto.delmoral@gmail.com

Fecha de recepción: 28-08-2023
Fecha de aceptación: 03-10-2023

Disponible en internet: 28-11-2023
Rev Mex Med Fam. 2023;10:156-158
DOI: 10.24875/RMF.23000118

Cada una de las organizaciones nacionales fue representada por seis de sus integrantes con objetivos independientes, pero al mismo tiempo complementarios, dentro de las líneas de trabajo referidas.

La ceremonia inaugural fue presidida por el Dr. Rubén Vázquez, presidente de la Sociedad Dominicana de Medicina Familiar y Comunitaria (SODOMEFYC); la Dra. Francisca Moronta, presidenta del congreso; la Dra. Wendy Rosario, presidenta del comité científico y, como invitados especiales, el Dr. Rufino Senén Caba, presidente del Colegio Médico Dominicano (CMD), y por la presidenta de la WONCA-Iberoamericana-CIMF, Dra. Jacqueline Ponzó.

INTERVENCIONES DEL CONSEJO/ FEDERACIÓN

Difusión del conocimiento

Promoción de la *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, órgano oficial de difusión de la Federación, cuyo editor en jefe es el Dr. José Manuel Ramírez Aranda. Actualmente la revista es *open access* y sus ediciones son trimestrales, está indizada en Latindex, DOAJ, SciELO, MIAR, Clase y Periódica.

Actualización médica continua

Esta actividad fue cubierta por los Dres. Gad Gamed Zavala por parte de la Federación y Miguel Ángel Fernández Ortega por parte del Consejo. El primero abordó el tema titulado KPI (*Key Performance Indicators*) en la Federación. En esta conferencia magistral se expuso el proceso de desarrollo que esa institución tuvo entre los años 2021-2023, basado en las buenas prácticas para implementar el modelo de gestión de calidad total, incluyendo sus indicadores, lo cual permitió a esa organización alcanzar la certificación ISO 9001-2015.

Por su parte, el Dr. Miguel Ángel Fernández presentó dos conferencias, la primera acerca del serio problema de la depresión y riesgo suicida en médicos residentes, y la segunda acerca de las secuelas neurológicas en pacientes post-COVID. Ambos problemas de alto impacto en la población. El primero, en los médicos residentes que se forman bajo

enormes circunstancias de estrés, cansancio, ansiedad, e incluso, diversas formas de maltrato, que llevan a los alumnos a sufrir situaciones extremas que pueden poner en riesgo su salud mental, incluso llegar al suicidio y cometer errores médicos graves^{1,2}. Y las secuelas neurológicas en pacientes post-COVID hace referencia a la probable fisiopatología reportada y el desarrollo de secuelas de diverso tipo^{3,4}.

Desarrollo e innovación institucional

La Federación, desde sus inicios, ha buscado de manera constante la mejora y calidad de su objeto social, la educación médica continua. En este sentido, la Federación estableció cuatro ejes estratégicos de la gestión: a) implementación de un modelo de gestión de calidad; b) desarrollo de madurez organizacional mediante la profesionalización de los procesos; c) empoderamiento del especialista en medicina familiar, y d) desarrollo de competencias genéricas y específicas en el especialista en medicina familiar.

Uno de los grandes alcances del periodo 2021-2023 fue obtener la distinción ISO 9001:2015, logrado mediante la mejora continua y el perfeccionamiento de los procesos y normas de operación. Además se dio a conocer el desarrollo de una aplicación (*app*) que según Molinero⁵, las *apps*, son fuente de datos que permiten obtener información sobre el perfil de usuarios que las utilizan, su entorno y las necesidades y expectativas que tienen con mayor impacto educativo y asistencial.

Vinculación internacional y cooperación en el desarrollo de procesos de recertificación de especialistas en medicina familiar

En el tema de vinculación, tanto Consejo como Federación han buscado estrechar lazos de colaboración e intercambio de conocimientos con otras organizaciones que tengan objetivos sociales similares. Por ese motivo, en el marco del Congreso se realizó una reunión paralela y cerrada entre la representación del Consejo (encabezada por su presidenta Dra. Minerva Paulina Hernández y el Dr. Miguel López Lozano) con autoridades de diferentes sectores del gremio médico dominicano (encabezados por la Dra.

Francisca Moronta, segunda vicepresidenta del Colegio Médico Dominicano [CMD] y por el Dr. José Brea Tío, de esa misma institución). Cabe destacar que el CMD es la máxima organización médica de ese país y órgano consultivo del Gobierno Federal en materia de salud. Así mismo, estuvo presente el Dr. Freddy Ferreira, presidente suplente del Consejo Nacional de Recertificación Médica (CONAREM), y el Dr. Rubén Vázquez, presidente actual de SODOMEFYC, junto con un grupo de integrantes de la Mesa Directiva de esa organización, además de las expresidentas Ana Lucía Meyer e Ysabel Díaz.

En esta reunión se revisaron las similitudes entre los programas de formación en las residencias en medicina familiar, además de las posibilidades de recertificación que existen en ambos países, que igualmente son por medio de exámenes de conocimientos o por vía curricular.

Actividades recreativas del Congreso

El Dr. Miguel López Lozano se inscribió en la competencia de atletismo representando a la delegación mexicana, resultando ganador del primer lugar y recibiendo la medalla correspondiente.

CONCLUSIONES

La participación de la delegación mexicana en eventos internacionales como el Congreso Internacional de la SODOMEFYC permite a las organizaciones de medicina familiar e instituciones educativas y de salud intercambiar experiencias en áreas de interés, como la formación, asistencia e investigación, así como en las áreas y posibilidades de cooperación, que son invaluable, revelan el enorme potencial de aprendizaje que se puede obtener, así como el fortalecimiento de la imagen institucional.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Sociedad Dominicana de Medicina Familiar y Comunitaria por todas sus hospitalidades y atenciones durante este importante evento, al Dr. Rubén Vázquez y a la Dra. Francisca Moronta Ceballos, así como a todo el comité organizador. A la delegación mexicana con el liderazgo de la

Dra. Aurora García López y la Dra. Minerva Paulina Hernández Martínez, quienes buscaron, por medio de nuestras organizaciones nacionales, posicionar a la especialidad en el ámbito internacional con una parte del trabajo realizado en nuestro país.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que para el presente trabajo no se obtuvo financiamiento de ningún tipo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran y se hacen constar que no existe conflicto de intereses en la publicación de este material.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schipper S. High prevalence of depression in medical residents: the sad reality of medical training. *Evidence Based Med.* 2016;21(3):118.
2. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2015;314(22):2373-83.
3. Ferrucci R, Dini M, Rosci C, Capozza A, Groppo E, Reitano MR, et al. One-year cognitive follow-up of COVID-19 hospitalized patients. *Eur J Neurol.* 2022;29(7):2006-14.
4. Fernández-Ortega MA, Ponce-Rosas ER, Muñoz-Salinas DA, Rodríguez-Mendoza O, Nájera Chávez P, Sánchez-Pozos V, et al. Cognitive dysfunction, diabetes mellitus 2 and arterial hypertension: Sequelae up to one year of Covid-19. *Travel Med Infect Dis.* 2023;52:102553.
5. Molinero-Bárceñas MC, Chávez-Morales U. Herramientas tecnológicas en el proceso de enseñanza-aprendizaje en estudiantes de educación superior. *RIDE Rev Iberoam Investig Desarro Educ [Internet].* 2019 [citado 14 agosto 2023];10(19):e005.