



RMF

Revista Mexicana de MEDICINA FAMILIAR

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

Volumen 12, Número 4, Octubre – Diciembre 2025 – ISSN: 2007-9710

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

Editorial

La inteligencia emocional y la empatía: pilares en la formación del médico familiar

Rodrigo Villaseñor-Hidalgo

Artículos originales

Calidad de la investigación presentada en el Congreso de Medicina Familiar y General de Querétaro 2025

Enrique Villarreal-Ríos, Verónica Escoria-Reyes, Ignacio Martínez-Soto, Sandra G. Poblete-Hernández, Miguel A. Pimentel-Araujo y Mireya Padilla-Román

Funcionalidad familiar de gestantes adolescentes en una unidad de medicina familiar

María de J. Vergara-Tapia, Paula Chacón-Valladares, Itza Luna-Armenta y Brenda P. Morales-Hernández

Cerrando la brecha en la atención preventiva: cumplimiento de la Cartilla Nacional de Salud en pacientes con enfermedades reumatólogicas

David Vega-Morales, Karen E. Terrazas-Tafoya, Sara I. Bujdud-Aguilar, Neyva R. Tapia-Rangel, Julissa N. Cruz-Rodríguez, Francisco de León-Valdez e Iris R. Pérez-Luna

Historia clínica médico-familiar: descripción de composición, funcionalidad, tipología, ciclo vital y patrones familiares de 100 familias

Yeyetsy G. Ordóñez-Azuara, Raúl F. Gutiérrez-Herrera, Raymundo Herrera-Hernández, Maricruz J. Montelongo-Rodríguez, Héctor M. Riquelme-Heras y Héber A. Rodríguez-Ondarza

Herramientas para la promoción de la salud mental para cada etapa de la vida en atención primaria: una revisión de alcance

César A. Ceja-Martínez, Marisol Sánchez-Espínosa, Javier I. González-Lucio y María M. Loa-Aguirre



PERMANYER MÉXICO
www.permanyer.com



Revista Mexicana de MEDICINA FAMILIAR

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



Volumen 12 - No. 4

Octubre - Diciembre 2025

ISSN: 2007-9710

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

Director general
Rodrigo Villaseñor Hidalgo

Editor en jefe
Neri Alejandro Álvarez Villalobos

Co-editores
Issa Gil Alfaro
Azucena Maribel Rodríguez González

Editor asociado
Enrique Villarreal Ríos
Dora María Becerra López

Coordinadora técnica
Fernanda del Rocío Delgado Cuevas

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

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 Solaeche (Venezuela)

Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar A.C.
Junta directiva 2025-2027

Presidente Rodrigo Villaseñor Hidalgo
Secretaria general María Elena Guadalupe Casillas García

Vicepresidente Alberto Del Moral Bernal
Tesorera Mariana Pacheco Juárez
CEO Gad Gamed Zavala Cruz

Coordinaciones técnicas

Coor. Congresos Rosalba Mendoza Rivera
Sub. Coor. Congresos Mauro Antonio Solis Salas
Coord. Administrativa María Esther Reyes Ruiz
Sub. Coord. Administrativa Miguel Ángel Muñoz Arroyo
Sub. Coord. Administrativa Erika Aracely Mata Tomás
Coord. Imagen Institucional y Proyectos especiales Ana Lilia Hernández Hernández
Sub. Coord. Imagen Institucional y Proyectos especiales Valeria Álvarez Valdés
Coord. Investigación Yeyetsy Guadalupe Ordóñez Azuara
Sub. Coord. Investigación Brian González Pérez

Coord. Educación Elizabeth Hernández Portilla
Sub. Coord. Educación Mayra Zarai Rico García
Editor en Jefe Revista Mexicana de Medicina Familiar Neri Alejandro Álvarez Villalobos
Co-editora RMMF Issa Gil Alfaro
Co-editora RMMF Azucena Maribel Rodríguez González
Editor asociado RMMF Enrique Villarreal Ríos
Editora asociada RMMF Dora María Becerra López
Coord. técnica RMMF Fernanda del Rocío Delgado Cuevas

Coordinadores regionales

Noreste Leopoldo Abdi González Moreno
Noroeste Ariel Leyva Meza
Occidente José Ulises García Hernández

Centro Nithzahaya García Fernández
Centro Oriente Blanca Estela Chávez Cruz
Sureste José Manuel Wood Notario

Presidente
Miguel López Lozano
Vicepresidente
María Emiliana Avilés Sánchez
Secretaria
Ana Isabel Tun Basulto

Consejo de certificación en Medicina Familiar
Tesorero
Héctor Tecuanhue Tláhuatl
Comité de vinculación académica y científica
José Luis Huerta González
Zitlali Portillo García

Comité de recepción y revisión de documentos
Sara de Jesús López Salas
Trinidad León Zempoalteca
Comité de normas mínimas
Octavio Noel Pons Álvarez
Juan Carlos Ramos Cruz

Comisión de vigilancia
Juan José Mazón Ramírez
Tania Marisol Peña Arriaga
José Gonzalo Puente Moreno
Comisión consultiva
Minerva Paulina Hernández Martínez
Miguel Ángel Fernández Ortega

Isaías Hernández Torres

Olivia Landa Martínez

Comité de evaluación
Martín Cruz Olivares

Michael Yokena Sánchez Palacios

Marco Antonio Bailón Ramos



PERMANYER
www.permanyer.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: Neri Alejandro Álvarez Villalobos, neri_alex@hotmail.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.revmexmedicinafamiliar.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.permayer.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
www.permayer.com

Permanyer

Mallorca, 310
Barcelona (Cataluña), España
permayer@permayer.com

Permanyer México

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



www.permayer.com

Edición impresa en México

ISSN: 2007-9710

Ref.: 10992AMEX254

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.

© 2025 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 12, Número 4, Octubre – Diciembre 2025

Editorial

- La inteligencia emocional y la empatía: pilares en la formación del médico familiar
Rodrigo Villaseñor-Hidalgo

105

Artículos originales

- Calidad de la investigación presentada en el Congreso de Medicina Familiar y General de Querétaro 2025

Enrique Villarreal-Ríos, Verónica Escorcia-Reyes, Ignacio Martínez-Soto, Sandra G. Poblete-Hernández, Miguel A. Pimentel-Araujo y Mireya Padilla-Román

107

- Funcionalidad familiar de gestantes adolescentes en una unidad de medicina familiar
María de J. Vergara-Tapia, Paula Chacón-Valladares, Itza Luna-Armenta y Brenda P. Morales-Hernández

116

- Cerrando la brecha en la atención preventiva: cumplimiento de la Cartilla Nacional de Salud en pacientes con enfermedades reumatológicas

David Vega-Morales, Karen E. Terrazas-Tafoya, Sara I. Bujdud-Aguilar, Neyva R. Tapia-Rangel, Julissa N. Cruz-Rodríguez, Francisco de León-Valdez e Iris R. Pérez-Luna

125

- Historia clínica médico-familiar: descripción de composición, funcionalidad, tipología, ciclo vital y patrones familiares de 100 familias

Yeyetsy G. Ordóñez-Azuara, Raúl F. Gutiérrez-Herrera, Raymundo Herrera-Hernandez, Maricruz J. Montelongo-Rodríguez, Héctor M. Riquelme-Heras y Heber A. Rodríguez-Ondarza

135

- Herramientas para la promoción de la salud mental para cada etapa de la vida en atención primaria: una revisión de alcance

César A. Ceja-Martínez, Marisol Sánchez-Espinosa, Javier I. González-Lucio y María M. Loa-Aguirre

146



Revista Mexicana de MEDICINA FAMILIAR

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



INDEX

Volume 12, Issue 4, October – December 2025

Editorial

Emotional intelligence and empathy: pillars in the training of family physicians

Rodrigo Villaseñor-Hidalgo

105

Original articles

Quality of the research presented at the Family Medicine Congress Querétaro 2025

Enrique Villarreal-Ríos, Verónica Escoria-Reyes, Ignacio Martínez-Soto,

Sandra G. Poblete-Hernández, Miguel A. Pimentel-Araujo, and Mireya Padilla-Román

107

Family functionality of adolescent pregnant women in a family medicine unit

María de J. Vergara-Tapia, Paula Chacón-Valladares, Itza Luna-Armenta,

and Brenda P. Morales-Hernández

116

Bridging the gap in preventive care: National Health Card compliance in rheumatology patients

David Vega-Morales, Karen E. Terrazas-Tafoya, Sara I. Bujdud-Aguilar, Neyva R. Tapia-Rangel,

Julissa N. Cruz-Rodríguez, Francisco de León-Valdez, and Iris R. Pérez-Luna

125

Medical-family clinical history: description of composition, functionality, typology,

life cycle and patterns of 100 families

Yeyetsy G. Ordóñez-Azuara, Raúl F. Gutiérrez-Herrera, Raymundo Herrera-Hernandez,

Maricruz J. Montelongo-Rodríguez, Hector M. Riquelme-Heras, and Heber A. Rodriguez-Ondarza

135

Tools for the promotion of mental health across the life course in primary care:

a scoping review

César A. Ceja-Martínez, Marisol Sánchez-Espinosa, Javier I. González-Lucio,

and María M. Loa-Aguirre

146



La inteligencia emocional y la empatía: pilares en la formación del médico familiar

Emotional intelligence and empathy: pillars in the training of family physicians

Rodrigo Villaseñor-Hidalgo 

Enseñanza Médica, Unidad de Medicina Familiar No. 94 San Juan de Aragón, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

Saludo con mucho gusto y respeto al Dr. Neri Alejandro Álvarez Villalobos, editor en jefe de *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, órgano oficial de difusión científica de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar, y agradezco la oportunidad de dirigir estas líneas a la comunidad lectora para puntualizar algunos elementos sustantivos que se aprecian en el artículo *Intervención educativa en médicos residentes sobre inteligencia emocional y empatía*, publicado en el número más reciente de la revista.

El trabajo presentado destaca la relevancia de incorporar intervenciones educativas orientadas al desarrollo de la inteligencia emocional y la empatía en los recursos humanos en formación para la salud. Esta perspectiva no solo resulta pertinente, sino también estratégica, en especial en un contexto clínico y académico en el que el bienestar emocional del personal en formación se vincula directamente con la calidad de la atención, el desempeño profesional

y la construcción de ambientes laborales saludables^{1,2}.

Reconocer la inteligencia emocional y la empatía como competencias esenciales en la formación de médicos y médicas en especialidades como la Medicina Familiar implica avanzar hacia modelos educativos más integrales, centrados en la persona y sensibles a los desafíos que enfrentan las nuevas generaciones de médicas y médicos residentes. Una formación que promueva estas capacidades contribuye al fortalecimiento del equilibrio emocional, favorece una toma de decisiones más ética y humana, y optimiza la interacción con pacientes, familias y equipos interdisciplinarios²⁻⁵.

Desde la Federación, celebramos que la revista dé visibilidad a investigaciones que aportan evidencia y propuestas pedagógicas innovadoras, alineadas con la misión de consolidar una práctica médica más humana, reflexiva y comprometida con la salud integral de nuestra población. Este tipo de trabajos nos recuerda que, además del

Correspondencia:

Rodrigo Villaseñor-Hidalgo
E-mail: rodriguin6027@gmail.com

Fecha de recepción: 27-10-2025

Fecha de aceptación: 20-11-2025

Disponible en internet: 15-12-2025

Rev Mex Med Fam. 2025;12:105-106

DOI: 10.24875/RMF.M25000009

conocimiento técnico y científico, es indispensable cultivar habilidades que dignifican la profesión y refuerzan su dimensión humanista.

Reitero mi reconocimiento al equipo editorial por promover contenido de alto valor para la comunidad de Medicina Familiar, y a las y los autores por su aporte al avance académico y formativo de nuestra especialidad.

REFERENCIAS

1. Goleman D. *Emotional intelligence: why it can matter more than IQ*. New York: Bantam Books; 1995.
2. Hojat M. *Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes*. New York: Springer; 2007.
3. Derkzen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2013;63:e76-84.
4. Brackett MA, Rivers SE, Salovey P. Emotional intelligence: implications for personal, social, academic, and workplace success. *Soc Personal Psychol Compass*. 2011;5:88-103.
5. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011;86:996-1009.



Calidad de la investigación presentada en el Congreso de Medicina Familiar y General de Querétaro 2025

Quality of the research presented at the Family Medicine Congress Querétaro 2025

Enrique Villarreal-Ríos* , Verónica Escoria-Reyes , Ignacio Martínez-Soto , Sandra G. Poblete-Hernández , Miguel A. Pimentel-Araujo y Mireya Padilla-Román

Comisión de Investigación Científica, Colegio de Médicos Familiares y Generales de Querétaro, Qro., México

RESUMEN: **Antecedentes:** El proceso de evaluación involucra los términos de referencia, el mecanismo de la evaluación, las características de los evaluadores y la forma de analizar la información, esto aplica a la investigación presentada en los congresos. **Objetivo:** Identificar las características de la investigación presentada en el Congreso de Medicina Familiar y General de Querétaro 2025. **Material y métodos:** Diseño transversal descriptivo de investigaciones presentadas en el Congreso de Medicina Familiar de Querétaro. Se evaluó el cartel de investigación presentado en el congreso, los términos de referencia incluyeron la congruencia entre los diferentes apartados de la investigación, cada uno calificado en la escala de 0 a 10. La calificación final se determinó en función del promedio de las calificaciones otorgadas por dos revisores. También se identificó la línea de investigación y la diferencia de calificación entre los revisores. El análisis incluyó promedios porcentajes e intervalos de confianza. **Resultados:** La calificación más alta fue 9.80, en el grupo de 9.5 a 10 puntos de calificación se ubicaron el 11.4% de las investigaciones. La calificación promedio general fue 8.64 (IC 95%: 8.43-8.85). Se identificaron 11 líneas de investigación, el 16.7% correspondieron a la línea de investigación familia. La diferencia de calificación entre-revisores fue 1.15 puntos (IC 95%: 0.89-1.41). **Conclusiones:** La investigación en el XXI Congreso de Medicina Familiar y General de Querétaro alcanzó calificaciones altas, predominó la línea de investigación familia y la diferencia de calificación inter-revisor es estrecha. Se propone la evaluación de la investigación utilizando como referencia exclusiva el método científico y eliminar las amenidades.

Palabras clave: Medicina Familiar. Investigación. Congreso.

ABSTRACT: **Background:** The evaluation process involves the existence of reference criteria, the evaluation mechanism, the characteristics of the evaluators, and the way information is analyzed; this applies to the research presented at conferences. **Objective:** To identify the characteristics of the research presented at the Family and General Medicine Congress in Querétaro 2025. **Material and methods:** Descriptive cross-sectional design of research presented at the Family Medicine Congress in Querétaro. The research poster presented at the congress was evaluated; the evaluation criteria included consistency between the different sections of the research, each rated on a scale from 0 to 10. The final score was determined based on the average of the scores given by two reviewers. The research line and the difference in scores between the reviewers were also identified. The analysis included averages, percentages, and confidence intervals. **Results:** The highest score was 9.80; 11.4% of the studies were in the 9.5 to 10 points score range. The overall average score was 8.64 (95% CI: 8.43-8.85). Eleven lines of research were identified, 16.7% of which corresponded to the family research line. The difference in score between reviewers was 1.15 points (95% CI: 0.89-1.41). **Conclusions:** The research presented at the XXI Congress of Family and General Medicine in Querétaro received high scores, with the family research line predominating and a narrow inter-reviewer score difference. It is proposed that research be evaluated using exclusively the scientific method as a reference and that amenities be eliminated.

Keywords: Family Medicine. Research. Congress.

***Correspondencia:**

Enrique Villarreal-Ríos

E-mail: enriquevillarrealrios@gmail.com

Fecha de recepción: 17-09-2025

Fecha de aceptación: 27-10-2025

Disponible en internet: 15-12-2025

Rev Mex Med Fam. 2025;12:107-115

DOI: 10.24875/RMF.25000114

INTRODUCCIÓN

La investigación presentada en los congresos de investigación científica es una forma de compartir el conocimiento entre una comunidad académica, también identifica el desarrollo de la investigación en esa comunidad, cuando el congreso corresponde a una sociedad médica específica, refleja el avance de la investigación en ella. En este contexto la evaluación de la investigación que se presenta en los congresos médicos es una actividad rutinaria, el resultado debe identificar la objetividad de lo presentado¹⁻⁴.

El proceso de evaluación implica la existencia de términos de referencia, el mecanismo de la evaluación, las características de los evaluadores y la forma de analizar la información⁵.

Qué evaluar de la investigación está perfectamente definido, al respecto la aplicación del método científico es el referente, no obstante, es una realidad que en muchos de los reportes existentes se incluyen amenidades que no tienen ninguna relación con la objetividad y rigor metodológico⁵⁻⁷.

En el proceso de evaluación existen una gran variedad de propuestas, entre ellas la ponderación en función del tipo de diseño epidemiológico, como si el método científico tuviera menor o mayor peso en cada uno de ellos, o incluso se ha asignado diferente ponderación en función de la utilidad inmediata de los resultados, propuesta con la que se elimina la investigación de vanguardia, aquella que se caracteriza por no ser útil en el presente pero en el futuro mediato o de largo plazo marcará la ruta, o incluir la evaluación del diseño gráfico del cartel presentado, o la apariencia y actitud del investigador durante el proceso de evaluación⁸⁻¹¹.

Como en todo proceso de evaluación, quien realiza la actividad de evaluar debe disponer de la capacidad metodológica para que la discusión académica se pueda establecer, es decir, la evaluación por pares es un requisito, el concepto tiene origen en el proceso de evaluación de las publicaciones científicas, pero es extensivo a cualquier modalidad de comunicación científica¹²⁻¹⁴.

Otra característica de la investigación científica presentada en los congresos de investigación incluye las líneas de investigación, estas reflejan la orientación de los temas abordados, tema no menor, puesto que revela la visión de la sociedad académica en relación con la necesidad del tipo de conocimiento que se debe generar^{12,15}.

En este contexto el objetivo del artículo fue identificar las características de la investigación presentada en el Congreso de Medicina Familiar y General de Querétaro 2025.

MÉTODO

Se realizó un diseño transversal descriptivo en trabajos de investigación presentados en el Congreso de Medicina Familiar y General de Querétaro en agosto de 2025; la convocatoria del congreso fue abierta, sin límite geográfico, con participación de algunos Estados de la República Mexicana.

La metodología incluyó los siguientes puntos.

Términos de referencia para evaluación de las investigaciones (resumen y cartel)

- Fue responsabilidad de la Comisión de Investigación Científica del Colegio de Médicos Familiares y Generales de Querétaro definir en sesión académica los términos de referencia para la evaluación de la investigación.
- La evaluación se dio en dos momentos diferentes, la evaluación previa del resumen de investigación propuesto y la evaluación del cartel de investigación que se presentó en el congreso. Para presentar el cartel de investigación fue requisito aceptar el resumen de investigación.
- La Comisión de Investigación Científica definió el formato de presentación del resumen de investigación, incluyó aspectos generales y aspectos metodológicos.
 - Los aspectos generales del resumen de investigación incluyeron nombre de la investigación, nombre de

- los investigadores, lugar de trabajo de los investigadores, correo electrónico y categoría en la que se deseaba participar (médico familiar o general y residente de medicina familiar).
- Los aspectos metodológicos incluyeron marco teórico, pregunta de investigación, objetivo de la investigación, metodología, resultados y conclusión.
 - La Comisión de Investigación Científica determinó que la evaluación del resumen de investigación y del cartel de investigación se realizara en función de la congruencia metodológica del contenido de la investigación. Se identificaron 10 dimensiones.
 - Congruencia entre el título, la pregunta de investigación y el objetivo.
 - Congruencia entre el marco teórico y el objetivo.
 - Congruencia entre el objetivo y el diseño de investigación.
 - Congruencia entre el diseño de investigación y el grupo o los grupos de comparación.
 - Congruencia entre el diseño de investigación, el grupo o los grupos de comparación y la fórmula para calcular el tamaño de muestra.
 - Congruencia entre el objetivo de la investigación y la operacionalización de la variable o las variables principales.
 - Congruencia entre la variable o las variables principales y la prueba estadística inferencial.
 - Congruencia entre el grupo o los grupos de comparación y la presentación de resultados.
 - Congruencia entre el objetivo y la conclusión.
 - Congruencia general de la investigación.
 - Se definió la escala de medición y el punto de referencia para aceptar el resumen de investigación y calificar el cartel de investigación.
 - La escala de medición de cada dimensión fue discreta, del 0 al 10, lo peor y lo mejor respectivamente.
 - La calificación de la investigación correspondió al promedio de las calificaciones de las 10 dimensiones evaluadas.
 - El criterio de referencia para aceptar el resumen fue 7 o más, calificación correspondiente al promedio de la evaluación de dos revisores.
 - La Comisión de Investigación Científica publicó los términos de referencia y el formato para el resumen de investigación y el cartel de investigación.

Revisores para evaluar el resumen de investigación y el cartel de investigación

- Para elegir a los revisores, la Comisión de Investigación Científica construyó la base de datos de investigadores médicos familiares y médicos generales con antecedente de haber realizado investigación.
- Se identificó la línea de investigación de cada revisor.
- En ella se incluyó nombre, correo electrónico, teléfono, localidad de residencia y línea de investigación.
- Se realizó la invitación personalizada a cada revisor, cuando aceptaron participar, la Comisión de Investigación Científica les proporcionó los términos de referencia para la evaluación del resumen de investigación y del cartel de investigación.

Evaluación de la investigación

- Evaluación del resumen de investigación.
 - La Comisión de Investigación Científica verificó que el resumen de investigación incluyera los 10 criterios de evaluación propuestos en los términos de referencia.
 - Cuando en el resumen de investigación se encontraba ausente uno o más de los criterios se regresó al

- investigador para que los incluyera y sometiera el resumen de investigación a una segunda ronda de evaluación.
- Cuando la nueva versión del resumen de investigación o la versión original del resumen de investigación incluía los 10 criterios para evaluarlo, se envió a dos revisores.
 - La evaluación de los dos revisores fue recibida por la Comisión de Investigación Científica quien dictaminó la aceptación o rechazo del resumen de investigación.
 - Esta evaluación permitió definir las investigaciones que se presentaron como cartel de investigación en el congreso.
 - Evaluación del cartel de investigación.
 - La Comisión de Investigación Científica elaboró la base de datos con las investigaciones aceptadas para presentar en el congreso.
 - Envió a los investigadores aceptados los criterios de referencia para presentar carteles de investigación.
 - Dividió las presentaciones en dos días.
 - A cada investigación se asignaron dos revisores utilizando como referencia la línea de investigación del revisor.
 - La duración de la presentación se determinó en 60 minutos, 30 minutos por revisor.
 - Se invitó a los asistentes al congreso para acompañar a los revisores en las evaluaciones y participar en la discusión.
 - La Comisión de Investigación Científica diseñó en medio electrónico la plataforma de evaluación del cartel de investigación, la cual se le proporcionó al revisor con antelación.
 - A cada revisor se le asignaron dos resúmenes de investigación para evaluar y se le especificó como tiempo disponible para cada investigación 30 minutos.
- También se le notificó que se haría extensiva la invitación a los congresistas para que presenciaran el proceso de evaluación.
- El revisor realizó la evaluación y la reportó en la plataforma, esta evaluación fue la que se consideró para la calificación del cartel de investigación en el congreso.
- ### Líneas de investigación
- En cada investigación presentada se identificó la línea de investigación.
- ### Variabilidad de calificación entre revisores
- Por cada criterio evaluado y para la evaluación general, se identificó la variabilidad de calificación entre los revisores.
- ### Premio a las mejores investigaciones
- La Comisión de Investigación Científica concentró las evaluaciones de los revisores e identificó la calificación de las investigaciones.
 - Previo a la clausura del congreso, en ceremonia expreso presidida por la presidenta, la vicepresidenta y la Comisión de Investigación Científica, se entregó el reconocimiento a las tres mejores investigaciones.
- ### Análisis estadístico
- Dado que se trata de un diseño transversal descriptivo, cuyo objetivo era determinar las características de la evaluación de los trabajos de investigación, el análisis estadístico requirió promedios, intervalos de confianza para promedios, porcentajes e intervalos de confianza para porcentajes.
- ### Aspectos éticos
- Todas las investigaciones se registraron ante el comité de investigación y ética de la institución respectiva, aunado a ello, existió apego a los principios éticos para realizar

Tabla 1. Líneas de investigación de las investigaciones presentadas en el XXI Congreso de Medicina Familiar y General de Querétaro 2025

Línea de investigación	Número de investigaciones* (n = 48)	%
Familia	8	16.7
Diabetes	7	14.6
Salud materna	7	14.6
Servicios de salud y epidemiología	7	14.6
Adulto mayor	4	8.3
Infancia y adolescencia	3	6.3
Salud mental	3	6.3
Calidad de vida	3	6.3
Diseño y validación de instrumentos	3	6.3
Cáncer	2	4.2
Cualitativa	1	2.1

*Incluye 4 investigaciones aceptadas, pero no presentadas.

investigación y en todos los casos se guardó el anonimato.

RESULTADOS

El total de investigaciones aceptadas fueron 48, las presentadas fueron 44, el 16.7% de las investigaciones aceptadas correspondieron a la línea de investigación familia y el 14.6% correspondieron a la línea de investigación diabetes. En la tabla 1 se presenta la información.

La calificación más alta fue 9.80 y la más baja 7.35, en el grupo de 9.5 a 10 puntos de calificación se ubicaron el 11.4% de las investigaciones y en el grupo de calificación de 8.5 a 8.9 el 29.5% (Tabla 2).

La calificación promedio general fue 8.64 (IC 95%: 8.43-8.85). El criterio evaluado que reportó la calificación más alta fue «¿Existe congruencia entre el título y el objetivo?» con calificación de 9.11 (IC 95%: 8.86-9.37) (Tabla 3).

La calificación más baja fue para el criterio «congruencia entre diseño de investigación, grupos de comparación y fórmula para calcular el tamaño de muestra». con 8.24 (IC 95%: 7.91-8.57) (Tabla 3).

La diferencia de calificación entre revisores fue 1.15 puntos (IC 95%: 0.89-1.41).

La mayor diferencia se identificó en el criterio «¿Existe relación entre el diseño de investigación, los grupos de comparación y la fórmula para calcular tamaño de muestra?», 1.93 (IC 95%: 1.44-2.42) (Tabla 4).

DISCUSIÓN

La investigación, la educación y la asistencia son elementos fundamentales que definen el perfil de formación del médico familiar; en la práctica clínica, la asistencia y la educación se han consolidado y forman parte de la cultura organizacional de la especialidad, pero la investigación se ha quedado rezagada, a pesar de que el médico familiar cuenta con los elementos teóricos y las herramientas adecuadas para aplicar el método científico^{16,17}.

En la actualidad, las asociaciones y colegios de médicos familiares han retomado la investigación y la han incorporado como parte de las actividades propias de la especialidad, ejemplo de ello es el tiempo y protagonismo destinados a la investigación en los congresos. Lo aquí presentado forma parte de ese proceso, pero no basta con incorporar la investigación, la investigación tiene que ser evaluada para identificar fortalezas y áreas de oportunidad, y con ello,

Tabla 2. Calificación de las investigaciones presentadas en el XXI Congreso de Medicina Familiar y General de Querétaro 2025

Categoría de calificación (n = 44)					
9.5 a 10	9 a 9.4	8.5 a 8.9	8 a 8.4	7.5 a 7.9	7 a 7.4
Porcentaje					
11.4%	25.0%	29.5%	11.4%	18.2%	4.5%
Calificación por investigación					
9.80	9.35	8.95	8.35	7.85	7.35
9.75	9.35	8.95	8.30	7.85	7.35
9.70	9.30	8.90	8.25	7.85	
9.70	9.30	8.85	8.20	7.70	
9.50	9.20	8.80	8.20	7.65	
	9.20	8.80		7.65	
	9.15	8.80		7.55	
	9.15	8.65		7.50	
	9.10	8.55			
	9.05	8.55			
	9.00	8.50			
		8.50			
		8.50			

Tabla 3. Calificación por cada uno de los criterios evaluados en las investigaciones presentadas en el XXI Congreso de Medicina Familiar y General de Querétaro 2025

Criterio evaluado	Calificación (n = 44)		
	Promedio	IC 95%	
		Inferior	Superior
¿Existe congruencia entre el título y el objetivo?	9.11	8.86	9.37
¿Existe congruencia entre el marco teórico y el objetivo de investigación?	8.85	8.60	9.10
¿Existe congruencia entre el objetivo y el diseño de investigación?	8.67	8.33	9.01
¿Existe congruencia entre el diseño de investigación y los grupos de comparación?	8.39	8.00	8.77
¿Existe relación entre el diseño de investigación, los grupos de comparación y la fórmula para calcular tamaño de muestra?	8.24	7.91	8.57
¿Existe congruencia entre el objetivo de la investigación y la operacionalización de las variables principales?	8.61	8.32	8.91
¿Existe congruencia entre las variables principales y la prueba estadística inferencial?	8.74	8.46	9.02
¿Existe congruencia entre los grupos de comparación y la presentación de resultados?	8.58	8.30	8.86
¿Existe congruencia entre el objetivo y la conclusión?	8.72	8.45	8.98
¿Existe congruencia general de la investigación?	8.52	8.28	8.77
Calificación promedio	8.64	8.43	8.85

implementar acciones específicas, en este artículo se aborda el tema¹⁸.

En el proceso, la evaluación por pares con dominio de la línea de investigación

es un requisito y la evaluación por dos revisores reafirma el acto de la evaluación, de igual forma publicar los términos de referencia de la evaluación y la posibilidad de

Tabla 4. Variabilidad de calificación entre revisores en las investigaciones presentadas en el XXI Congreso de Medicina Familiar y General de Querétaro 2025

Criterio evaluado	Variabilidad entre revisores (n = 30)		
	Promedio	IC 95%	
		Inferior	Superior
¿Existe congruencia entre el título y el objetivo?	0.91	0.65	1.17
¿Existe congruencia entre el marco teórico y el objetivo de investigación?	1.34	1.03	1.65
¿Existe congruencia entre el objetivo y el diseño de investigación?	1.39	0.99	1.78
¿Existe congruencia entre el diseño de investigación y los grupos de comparación?	1.73	1.23	2.22
¿Existe relación entre el diseño de investigación, los grupos de comparación y la fórmula para calcular tamaño de muestra?	1.93	1.44	2.42
¿Existe congruencia entre el objetivo de la investigación y la operacionalización de las variables principales?	1.59	1.19	1.99
¿Existe congruencia entre las variables principales y la prueba estadística inferencial?	1.25	0.93	1.57
¿Existe congruencia entre los grupos de comparación y la presentación de resultados?	1.34	0.99	1.69
¿Existe congruencia entre el objetivo y la conclusión?	1.30	0.89	1.70
¿Los argumentos del investigador son sólidos para defender la postura en relación con la investigación?	1.50	1.11	1.89
Evaluación general	1.15	0.89	1.41

una segunda evaluación cuando el resumen no cumple con los criterios de referencia favorecen el nivel de la investigación, estos dos aspectos están contemplados como parte del artículo¹⁹.

De igual forma identificar las líneas de investigación construye la estructura del tipo de investigación que se realiza en medicina familiar; lo que las líneas de investigación demuestran es la amplia gama de líneas abordadas, reflejo de lo que es la medicina familiar y de cada grupo de médicos familiares que hacen investigación. No obstante, destaca una de ellas, en particular en este congreso la principal línea de investigación es familia y concuerda con lo reportado en otras actividades similares, escenario lógico por el tipo de especialidad¹⁸.

Los criterios para la evaluación reflejan la importancia y la orientación del proceso, en este caso en particular, la evaluación en función de la congruencia entre las diferentes secciones de la investigación ubica al proceso en el plano eminentemente metodológico, razón de ser de la investigación y

de la generación de conocimiento. De igual forma, asignar la misma ponderación a todos los puntos evaluados significa que en la aplicación del método científico todos los aspectos involucrados tienen el mismo peso; en este punto, criticar la escala empleada es totalmente válido, al respecto se puede señalar que es un método utilizado por el Sistema Educativo Mexicano en todos los niveles, más propio de la cultura local que los métodos importados con escalas categóricas. Lo expuesto es una propuesta concreta al momento de evaluar los proyectos de investigación, centrarse en el tema metodológico y dejar de lado las amenidades que lo acompañan, finalmente estas no determinan el conocimiento generado²⁰.

Calificaciones arriba de 9 son resultados deseables, incluso arriba de 8, dentro de este rango se ubicó la mayoría de las investigaciones, lo que equivale a que de cada cuatro investigaciones, tres se ubican en este segmento. Es verdad que en el sistema educativo están bien definidos los puntos mínimos para considerarse óptimo, sin

embargo, en el terreno de la evaluación esto no es tan claro, en este caso calificaciones cercanas a la puntuación máxima significa incrementar la seguridad de que el conocimiento generado tiene valor, y calificaciones cada vez más bajas lo ponen en duda.

Presentar la calificación por criterio evaluado permite identificar el área específica que requiere atención, particularmente para el proceso evaluado la relación entre «diseño-grupos-de-comparación & fórmula-de-tamaño-de-muestra» debe ser atendida. El tema no es menor, la propuesta implica el mismo peso para todos los aspectos evaluados, propios del método científico, faltar a cualquiera de ellos desmerita los resultados de investigación; el tema se hace extensivo al «diseño & grupos-de-comparación», no atenderlos rompe con el rigor metodológico propio de la investigación científica.

Lo señalado se ubica en el contexto de la evaluación de la investigación, pero paralelamente a ello la congruencia inter-revisor es fundamental, encontrar esta congruencia significa que los revisores comparten los mismos criterios metodológicos.

La diferencia inter-revisor de 1.15 puntos es aceptable, se puede interpretar como evaluaciones muy homogéneas. Evidentemente con ello no se dice si el revisor está en lo correcto o no, pero sí revela que tienen un marco metodológico muy similar.

En cualquier proceso de evaluación es difícil que las personas que realizan la evaluación coincidan en todos los puntos, pero de alguna forma, esta diferencia favorece el proceso de debate académico propio de la ciencia, sin duda dos planteamientos diferentes propiciarán la generación de nuevo conocimiento.

Se puede identificar como fortaleza del artículo la evaluación objetiva basada en el método científico y la eliminación de amenidades, criterios determinados por un comité de investigación, no obstante, también es verdad que en el mundo de la validación de instrumentos el proceso no cumplió con el procedimiento técnico aceptado para ello,

esto se podría considerar una debilidad. El tema es debatible^{21,22}.

En conclusión, la investigación presentada en el XXI Congreso de Medicina Familiar y General de Querétaro alcanzó calificaciones altas, la línea de investigación predominante es familia y la diferencia de calificación inter-revisor es estrecha. Concretamente, lo que el artículo propone es la evaluación de la investigación utilizando como referencia exclusiva el método científico y eliminar las amenidades.

FINANCIAMIENTO

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

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

CONSIDERACIONES 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, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

REFERENCIAS

1. Castaldi S, Giacometti M, Toigo W, Bert F, Siliquini R. Analysis of full-text publication and publishing predictors of abstracts presented at an Italian public health meeting (2005-2007). *BMC Res Notes*. 2015;29:8492. doi: 10.1186/s13104-015-1463-7
2. Álvarez MP. La medicina y sus congresos. *Med Crit*. 2024;38(6): 413-14. doi:10.35366/119225
3. Elizalde-González JJ. Congresos médicos. La importancia de participar. *Medicina Crítica*. 2017;31(6):318-319. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000600318&lng=es

4. Castejón-Cruz OA, Núñez-Savoff RA, Bush-Wood SW. Características de los trabajos de investigación presentados en los Congresos Médicos Nacionales de Honduras, 2007-2017. *Rev Med Honduras*. 2018;86(3y4):113-8. <https://camjol.info/index.php/RMH/article/view/12174/14084>
5. Margarita-Vicuña O, Hurtado-de-Barrera J. Evaluación de investigaciones desde una comprensión holística. *Mérito*. 2019;1(1):60-79. <https://revistamerito.org/index.php/merito/article/view/6/13>
6. Manterola C, Otzen HT. Confiabilidad de una escala de valoración de resúmenes para congresos. *Rev Cir*. 2022;74(5). dx.doi.org/10.35687/s2452-454920220051518
7. Kuczmarski TM, Raja AS, Pallin DJ. How do medical societies select science for conference presentation? How should they? *West J Emerg Med*. 2015;16:543-50. doi: 10.5811/westjem.2015.5.25518
8. Manterola C, Piérart J, Torres-Quevedo R, Sotelo S, Burgos-de-Cea L. Escala de medición para evaluación de resúmenes de congresos. *Int J Morphol*. 2025;43(3):1082-9. dx.doi.org/10.4067/S0717-95022025000301082
9. Manterola C, Otzen T. Diseño, construcción y validación inicial de un instrumento de medición para la evaluación de resúmenes para presentaciones en congresos. *Rev Chil Cir*. 2016;68:302-9. doi: 10.1016/j.rchic.2015.11.002
10. Oficina de Evaluación de la Organización Mundial de la Salud. Marco de ejecución de la política de evaluación de la OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: impl_framework_who_eval_policy_final_sa6d59d50d79b-468fb8d430fb4d492908.pdf
11. Villanueva A, Mendizabal E. El impacto social de la investigación. Aproximaciones, desafíos y experiencias internacionales de evaluación. Informe final [Internet]. Perú: PUCP, Vicerrectorado de Investigación; 2018. Disponible en: <https://repositorio.pucp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5d094f2e-c6bb-4104-b503-c3a-bb0d24c3d/content>
12. Fernández-Fernández M, Díaz-Cano E, Fernández-Alameda CM, Giuliano T. Temas de investigación predominantes en los congresos de la Asociación Española de Investigación de la Comunicación (AE-IC). *Comunicación y Diversidad*. 2020;28(30):11-24. <https://doi.org/10.3145/AE-IC-epi.2020.e01>
13. Atarés Huerta I, Llorente Molina JA, Marín García JA. La evaluación por pares en educación superior. *Educ Quím*. 2021;32(1):111-21. <https://doi.org/10.22201/fq.18708404e.2021.1.7590>
14. Hawes BG, Troncoso NK. A propósito de evaluación por pares: la necesidad de semantizar la evaluación y las prácticas docentes. *Perspectiva Educacional. Formación de Profesores*. 2006;48:59-72.
15. González Pérez MM, Núñez González S. Conceptualización y definición de líneas de investigación prioritarias a nivel de la universidad. *Revista Universidad y Sociedad*. 2020;12(4):341-9. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202020000400341&lng=es&tlng=es
16. González-Pedraza Avilés A, Dávila-Mendoza R, Ortiz-Zaragoza MC, Gómez-Clavelina FJ. Estrategias educativas para la formación de investigadores en Medicina Familiar en México. *Atención Familiar*. 2015;22(2):33-4. DOI: 10.1016/S1405-8871(16)30043-8
17. Río-de-la-Loza-Zamora JG, López-Ortiz G. Barreras para el desarrollo de investigación en medicina familiar en Iberoamérica: revisión sistemática. *Rev Mex Med Familiar*. 2022;9(2):49-58. <https://doi.org/10.24875/rmf.21000125>
18. Camarillo-Navia VM, Rivas-Gómez AM, Núñez-Galván LA, Pérez-López D, Corona-Oceguera M, García-López A. Tendencias en investigación de Medicina Familiar: XXXIV Congreso Nacional de Medicina Familiar, Tabasco 2024. *Rev Mex med Familiar*. 2024;11(4):107-15. <https://doi.org/10.24875/rmf.240001261>
19. Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior. Selección, formación y evaluación de pares académicos evaluadores [Internet]. Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación superior; 2024. Disponible en: <https://www.ciees.edu.mx/documentos/MGE2024/doctec/Selecc%20par%20evaluador.pdf>
20. Bunge M. La ciencia. Su método y su filosofía. Primera Edición. Buenos Aires: Sudamericana; 2013.
21. López Fernández R, Avello Martínez R, Palmero Urquiza DE, Sánchez Gálvez S, Quintana Álvarez M. Validación de instrumentos como garantía de la credibilidad en las investigaciones científicas. *Rev Cub Med Mil*. 2019;48(Suppl 1):441-50.
22. Tarazona Mirabal H. Observaciones para la construcción y validación de instrumentos de investigación. Desafíos. *Revista Científica de Ciencias Sociales y Humanidades*. 2020;11(2). <https://doi.org/10.37711/desafios.2020.11.2.213>

Funcionalidad familiar de gestantes adolescentes en una unidad de medicina familiar

Family functionality of adolescent pregnant women in a family medicine unit

María de J. Vergara-Tapia¹ , Paula Chacón-Valladares² , Itza Luna-Armenta³  y Brenda P. Morales-Hernández^{3*} 

¹Departamento de Educación; ²Consulta Externa de Medicina Familiar; ³Departamento de Enseñanza. Instituto Mexicano del Seguro Social, Zácapa, Mich., México

RESUMEN: **Antecedentes:** La funcionalidad familiar tiene vinculación con el bienestar emocional y social de las adolescentes embarazadas, e influye en su capacidad para afrontar los desafíos del embarazo. **Objetivo:** Determinar la funcionalidad familiar de las gestantes adolescentes y su asociación con variables sociodemográficas en una unidad de medicina familiar. **Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo y prolectivo, a gestantes adolescentes adscritas al HGZ/MF No. 2, de enero a junio de 2024, que aceptaron participar. Se excluyeron pacientes con cuestionarios incompletos. Se aplicó instrumento FF para funcionamiento familiar. Se utilizó estadística descriptiva, los datos numéricos continuos se expresaron en media ± desviación estándar. Los datos categóricos se reportaron en frecuencias y porcentajes (%) y prueba Chi cuadrada para asociación de variables categóricas. **Resultados:** Se encuestaron 66 gestantes, edad media 18.4 ± 1 , predominó estado civil casada 47.0% (n = 31), escolaridad secundaria 62.1% (n = 41) y primigestas 74.2% (n = 49). Presentaron familia funcional el 3.0% (n = 2), disfunción leve el 28.8% (n = 19), moderada el 65.2% (n = 43) y grave 3.0% (n = 2). El dominio de roles y comunicación fueron los más afectados. Se encontró asociación con escolaridad (p < 0.001). **Conclusiones:** La mayoría de las gestantes adolescentes presentan algún grado de disfunción familiar. Esto sugiere la necesidad de diseñar intervenciones integrales enfocadas en mejorar roles y comunicación en el entorno familiar para la atención a este grupo vulnerable.

Palabras clave: Embarazo en adolescencia. Funcionalidad familiar. Estructura familiar.

ABSTRACT: **Background:** Family functioning is linked to the emotional and social well-being of pregnant adolescents, influencing their ability to cope with the challenges of pregnancy. **Objective:** To determine the family functioning of pregnant adolescents and its association with sociodemographic variables in a family medicine unit. **Material and methods:** A cross-sectional, descriptive, and prolective study was conducted on pregnant adolescents enrolled in HGZ/MF No. 2, from January to June 2024, who agreed to participate. Patients with incomplete questionnaires were excluded. The FF instrument for family functioning was applied. Descriptive statistics were used; continuous numerical data were expressed as mean ± standard deviation. Categorical data were reported as frequencies and percentages (%), and the Chi-square test was used for association of categorical variables. **Results:** A total of 66 pregnant women were surveyed, mean age 18.4 ± 1 , with a predominant marital status married (47.0%, n = 31), secondary education (62.1%, n = 41), and primigravida (74.2%, n = 49). A functional family was found in 3.0% (n = 2), mild dysfunction in 28.8% (n = 19), moderate dysfunction in 65.2% (n = 43), and severe dysfunction in 3.0% (n = 2). Role and communication domains were the most affected. An association was found with education (p < 0.001). **Conclusions:** Most pregnant adolescents present some degree of family dysfunction. This suggests the need to design comprehensive interventions focused on improving roles and communication in the family environment to care for this vulnerable group.

Keywords: Adolescent pregnancy. Family functionality. Family structure.

***Correspondencia:**

Brenda P. Morales-Hernández
E-mail: bpmh13@hotmail.com

Fecha de recepción: 21-07-2025

Fecha de aceptación: 11-11-2025

Disponible en internet: 15-12-2025

Rev Mex Med Fam. 2025;12:116-124

DOI: 10.24875/RMF.25000096

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes representa un desafío para la salud pública debido a sus implicaciones físicas, emocionales y sociales, agravado por la desigualdad y la falta de educación^{1,2}. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), representa el 11.0% de los nacimientos globales, con 16 millones de casos anuales³. En México, esta cifra supera los 340,000 nacimientos anuales⁴.

En este contexto, la funcionalidad familiar desempeña un papel importante en el bienestar general de las adolescentes embarazadas, ya que puede influir en su capacidad para enfrentar esta etapa y acceder a redes de apoyo. Se define, por lo tanto, como «El conjunto de interacciones entre los miembros del grupo familiar que permiten enfrentar las diferentes crisis que se originan en el hogar», de ahí que una adecuada dinámica familiar represente un espacio de tranquilidad y un factor protector por la crisis paranormativa presentada en la familia ante la noticia de un embarazo adolescente que puede complicar la salud del binomio⁵.

Según la OMS, la adolescencia abarca entre los 10 y los 19 años de edad, y es la transición entre la niñez y la juventud⁶. En dicha etapa se generan cambios físicos, psicológicos y sociales que pueden exponer a las adolescentes embarazadas a situaciones de riesgo como incremento en los índices de mortalidad del binomio, abortos, deserción escolar, bajo peso del producto, problemas económicos que pueden generar acceso limitado a servicios de salud y mayor pobreza, y violencia familiar, entre otros^{7,8}.

Asimismo, un embarazo en edad precoz incrementa el riesgo de dependencia económica, discriminación y aislamiento social, separación de la pareja, comunicación inadecuada, unión obligatoria con la pareja y agresiones físicas, aumentando el sentimiento de infelicidad, frustración y depresión en las adolescentes, para lo cual una adecuada funcionalidad familiar se considera fundamental para afrontar la noticia de un embarazo en la adolescencia^{9,10}. Una

familia con adecuada comunicación, cohesión, apoyo emocional y capacidad de resolución de problemas puede convertirse en el principal recurso para enfrentar esta crisis, conduciendo así a estrategias de cambio con la finalidad de fortalecer las capacidades de los integrantes de la familia para hacer frente y superar exitosamente dicha crisis^{11,12}.

Una buena comunicación permite renegociar los roles dentro de la familia, así mismo, permite desarrollarse y cambiar hacia una mayor reciprocidad¹³. La funcionalidad familiar en las gestantes adolescentes puede variar según la tipología familiar, entendida por su integración, composición, ocupación y etapa de desarrollo¹⁴. La marginación y falta de acceso a servicios de salud también afectan la funcionalidad familiar en comunidades vulnerables^{15,16}. En este grupo son comunes las dinámicas familiares con estilos de comunicación autoritaria, permisivos e inconsistentes, roles difusos, bajo involucramiento afectivo y poca cohesión o unión familiar, lo cual afecta a cómo las adolescentes embarazadas afrontan su embarazo y la calidad del apoyo que reciben en esta nueva etapa¹⁷.

El objetivo del presente estudio es determinar el grado de funcionamiento familiar de las gestantes adolescentes y los principales dominios afectados dentro del núcleo familiar, así como su asociación con variables sociodemográficas. Con esto se espera aportar evidencia para sustentar estrategias integrales en los servicios de salud, promoviendo un enfoque centrado en la familia como unidad de atención.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, analítico y prolectivo, en las salas de espera de la consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 (HGZ/MF No.2) en Zacapu, Michoacán.

La población de estudio estuvo conformada por adolescentes embarazadas que acudieron a consulta durante el periodo de enero a junio del 2024. El tamaño de la

muestra se calculó considerando una población total de 80 adolescentes embarazadas. Se aplicó la fórmula para población finita, con un nivel de confianza del 95% ($z = 1.96$) y un margen de error permitido del 5% ($e = 0.05$), con una proporción esperada de ocurrencia (p) del 50%, resultando un tamaño de muestra final de 66 participantes.

Se empleó un muestreo aleatorio simple. Para ello, se elaboró un listado con las adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta externa de medicina familiar en dicho periodo y que cumplían con los criterios de inclusión. A cada sujeto se le asignó un número consecutivo. La selección se realizó mediante un generador de números aleatorios computarizado, utilizando el programa Excel, con lo cual se eligieron 66 números correspondientes a las participantes que encuestar. Este procedimiento garantizó que todas las adolescentes tuvieran la misma probabilidad de ser incluidas.

Se incluyeron embarazadas adolescentes de 10 a 19 años, derechohabientes y adscritas al HGZ/MF No.2, que aceptaron participar en el estudio y firmaron la carta de consentimiento informado; en el caso de menores de edad, también se incluyó una carta de asentimiento informado para estas y para su tutor legal. No se incluyeron pacientes que hablaron algún dialecto diferente al del encuestador o con algún trastorno mental que impidiera la contestación del test. Se excluyeron aquellas con cuestionarios incompletos o que decidieron retirar su consentimiento durante el desarrollo del estudio.

Se recabaron variables sociodemográficas como edad, estado civil, escolaridad y número de embarazos. Así mismo se interrogó sobre la tipología familiar según Irigoyen¹⁸, la cual se ha institucionalizado y descrito en documentos como el Estudio de Salud Familiar del Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A.C. (CMCMF)¹⁹, clasificando a las familias con base en:

- Integración familiar: dependiendo de si los integrantes de la familia cumplen adecuadamente o no sus

funciones (clasificada como integrada, semiintegrada y desintegrada).

- Composición: de acuerdo con las características de los integrantes de la familia y grados de consanguinidad (clasificada como nuclear, extensa y extensa compuesta).
- Ocupación: tomando en cuenta las actividades laborales que desarrolla el jefe de familia y quien mantiene económico el hogar (familia campesina, obrera y profesional).
- Desarrollo familiar: clasificado de acuerdo con la evolución y a las funciones de la familia y cambios socioeconómicos y culturales (clasificada como moderna, tradicional y arcaica), todos estos datos se recabaron en una hoja de recolección de datos creada por el autor^{18,19}.

El grado de funcionalidad familiar y sus dominios (comunicación, roles, respuesta afectiva, resolución de problemas, control de conducta e involucramiento afectivo) se determinaron con la aplicación del test FF²⁰, creado por Barreras-Miranda et al., fundamentado en el modelo de McMaster y sus seis dimensiones. Dicho instrumento cuenta con un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.962, consta de 35 ítems que se contestan con respuestas en escala tipo Likert donde nunca = 1 punto, casi nunca = 2 puntos, algunas veces = 3 puntos, casi siempre = 4 puntos y siempre = 5 puntos.

Para conocer la funcionalidad familiar se sumó el puntaje de la calificación global y se calificó de la siguiente manera: familia funcional 141-175 puntos, familia disfuncional leve 106-140 puntos, familia disfuncional moderada 71 a 105 puntos y familia disfuncional grave 35-70 puntos.

El instrumento permite identificar los resultados del funcionamiento familiar por cada uno de sus seis dominios: comunicación (intercambio de información en la familia) con la suma de los reactivos 1 al 10 (adecuado 31-50 puntos e inadecuada 10-30 puntos); respuesta afectiva (habilidad de la familia para responder con sentimientos

adecuados a un estímulo tanto en cantidad como en calidad) con la suma de reactivos del 11 al 18 (adecuada 24-40 puntos e inadecuada 8-23 puntos); resolución de problemas (destreza de la familia para lograr la resolución de sus problemas en una forma que salvaguarde el funcionamiento familiar de una manera efectiva) con la suma de reactivos del 19 al 25 (adecuada 19-35 puntos e inadecuada 7-18 puntos); roles (analiza los patrones de conducta, por medio de los cuales la familia designa las funciones de cada uno de sus integrantes) con la suma de reactivos del 26 al 30 (se cumplen, 16-25 puntos, y no se cumplen, 5-15 puntos); control de conducta (comprende los patrones que considera una familia para manejar el comportamiento de integrantes durante situaciones que involucran peligro físico, que exigen afrontar y expresar necesidades y que requieren socialización intrafamiliar y extrafamiliar) con la suma de reactivos del 31 al 33 (adecuada 9-15 puntos e inadecuada 3-8 puntos); involucramiento afectivo (mide el grado en que la familia valora las actividades e intereses de cada miembro) en la suma de reactivos 34-35 (con involucramiento 7-10 puntos y sin involucramiento 2-6 puntos)²⁰.

Este proyecto fue autorizado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud 1603 del Hospital General de Zona No. 8, con el número de registro R-2024-1603-004 y autorización institucional. No existió conflicto de intereses en la realización del artículo. Todos los participantes tuvieron conocimiento del objetivo de la investigación y colaboraron con libertad para participar, firmando consentimiento informado y carta de asentimiento en el caso de las menores de edad.

Análisis estadístico

Se realizó cálculo de Kolmogorov-Smirnov para conocer la distribución de los datos. Se realizó estadística descriptiva. Los datos numéricos continuos se expresaron en media \pm desviación estándar (DE). Los datos categóricos se reportaron en frecuencias

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes de la consulta externa del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 (n = 66)

	F	%
Estado civil		
Soltera	19	28.8
Casada	31	47.0
Unión libre	16	24.2
Escolaridad		
Primaria	8	12.1
Secundaria	41	62.1
Preparatoria	16	24.3
Licenciatura	1	1.5
Número de embarazos		
Primigesta	49	74.2
Secundigesta	16	24.3
Multigesta	1	1.5

F: frecuencia; (%): porcentaje.

y porcentajes (%). Se realizó prueba de Chi cuadrada (χ^2) para determinar la asociación entre las variables categóricas.

Se estableció diferencia estadística significativa con valor de $p < 0.05$.

Los datos se analizaron en el programa computacional SPSS versión 23 para Windows y se representaron con gráficas y tablas de contingencia.

RESULTADOS

Se encuestó a un total de 66 embarazadas adolescentes. Las características sociodemográficas de las pacientes que cumplieron con los criterios de selección se muestran en la tabla 1. Nótese el predominio del estado civil casada, con escolaridad secundaria, primigestas y con edad media de 18.4 ± 1 año.

Se utilizó el test FF para valorar el grado de funcionalidad familiar de las gestantes, siendo la disfunción moderada la más prevalente, seguido de la disfunción familiar leve (Fig. 1).

Los dominios de funcionalidad familiar de mayor afectación correspondieron al de roles, calificado como «no se cumplen» en un 87.9%, seguido del rol de la comunicación como «inadecuada» en un 84.8%. Por

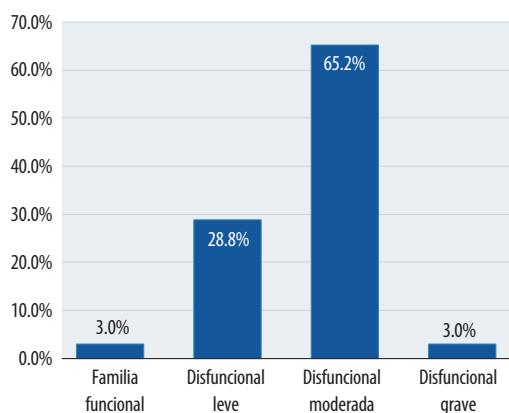


Figura 1. Funcionalidad familiar de las gestantes adolescentes atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 2 (n = 66).

último, la respuesta afectiva calificada como «inadecuada» por el 62.1% de las gestantes adolescentes encuestadas (Tabla 2).

Se identificó que las adolescentes con nivel escolar secundaria, primigestas y con estado civil casada tendieron a reportar mayores niveles de disfunción familiar moderada, encontrando que existe asociación significativa entre la escolaridad con la funcionalidad familiar (Tabla 3).

Respecto a la tipología familiar, las familias extensas, de ocupación obrera y con desarrollo moderno exhibieron mayores grados de disfunción familiar moderada (Tabla 4).

DISCUSIÓN

En este estudio se observó una prevalencia de disfunción familiar moderada entre las gestantes adolescentes, principalmente en aquellas con estado civil casada, escolaridad secundaria, primigestas y con edad media de 18.4 ± 1 año. La disfunción moderada fue la categoría más frecuente (65.2%). Estos resultados coinciden con lo reportado por Soto-Acevedo et al.²¹, quienes también identificaron una proporción significativa de adolescentes embarazadas provenientes de familias con disfunción moderada (39.0%), con estado civil soltera, escolaridad preparatoria y con estrato socioeconómico de clase obrera, resultados similares a los de otros

Tabla 2. Evaluación de los dominios de la funcionalidad familiar del test FF en las gestantes adolescentes atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No.2 (n = 66)

Variable	F	%
Comunicación		
Adecuada	10	15.2
Inadecuada	56	84.8
Respuesta afectiva		
Adecuada	25	37.9
Inadecuada	41	62.1
Resolución de problemas		
Adecuada	50	75.8
Inadecuada	16	24.2
Roles		
Se cumplen	8	12.1
No se cumplen	58	87.9
Control de conducta		
Adecuada	64	97.0
Inadecuada	2	3.0
Involucramiento afectivo		
Involucramiento	39	59.1
Sin involucramiento	27	40.9

F: frecuencia; (%): porcentaje.

estudios en los que se han utilizado instrumentos distintos como FF-SIL, E-EFF y APGAR, lo que respalda la validez y confiabilidad del instrumento FF, nuevo dentro del ámbito de la medicina familiar y diseñado para el estudio de la funcionalidad familiar.

Con respecto al análisis con base en los dominios del test FF, los roles calificados como «no se cumplen» se presentaron en el 87.9% de la población encuestada, mientras que la comunicación «inadecuada» abarcó el 84.8% y la respuesta afectiva «inadecuada» en el 62.1%, dichos resultados concuerdan con lo mencionado por Quispe²², quien apunta que la falta de liderazgo y claridad en los roles familiares, así como una disciplina menos rigurosa, intensifican los conflictos internos, especialmente en familias con adolescentes embarazadas.

En cuanto a la comunicación, Vizcaíno et al.²³ señalan su relevancia en la cohesión familiar. En este estudio, el 84.8% de las familias se clasificó con comunicación inadecuada y el 62.1% presentó respuesta

Tabla 3. Grado de funcionalidad familiar de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 con base en sus características sociodemográficas (n = 66)

	Funcional	Disfuncional leve	Disfuncional moderada	Disfuncional grave	p
Estado civil					
Soltera	1 (1.5)	5 (7.6)	13 (19.7)	-	0.915
Casada	1 (1.5)	9 (13.6)	20 (30.3)	1 (1.5)	
Unión libre	-	5 (7.6)	10 (15.2)	1 (1.5)	
Escolaridad					< 0.001*
Primaria	-	3 (4.6)	5 (7.7)	-	
Secundaria	1 (1.5)	9 (13.6)	29 (43.9)	2 (3.0)	
Preparatoria	-	7 (10.6)	9 (13.6)	-	
Licenciatura	1 (1.5)	-	-	-	
No. de embarazos					0.109
Primigesta	2 (3.0)	12 (18.2)	35 (53.1)	-	
Secundigesta	-	7 (10.6)	7 (10.6)	2 (3.0)	
Multigesta	-	-	1 (1.5)	-	

F: frecuencia; gl: grados de libertad; p: grado de significación; (%): porcentaje.

Prueba estadística utilizada.

Tabla 4. Funcionalidad familiar de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 con base en la tipología familiar (n = 66)

	Funcional	Disfuncional leve	Disfuncional moderada	Disfuncional grave	p
Integración familiar					
Integrada	2 (3.0)	16 (24.3)	34 (51.6)	1 (1.5)	0.244
Semiintegrada	-	2 (3.0)	7 (10.6)	-	
Desintegrada	-	1 (1.5)	2 (3.0)	1 (1.5)	
Composición					0.056
Nuclear	1 (1.5)	4 (6.1)	13 (19.7)	1 (1.5)	
Extensa	1 (1.5)	14 (21.2)	29 (44.0)	-	
Extensa-compuesta	-	1 (1.5)	1 (1.5)	1 (1.5)	
Ocupación familiar					0.627
Campesina	-	1 (1.5)	1 (1.5)	-	
Obrera	1 (1.5)	17 (25.8)	36 (54.6)	2 (3.0)	
Profesional	1 (1.5)	1 (1.5)	6 (9.1)	-	
Desarrollo familiar					0.626
Moderna	2 (3.0)	9 (13.6)	24 (36.4)	1 (1.5)	
Tradicional	-	9 (13.6)	19 (28.9)	1 (1.5)	
Arcaica	-	1 (1.5)	-	-	

F: frecuencia; gl: grados de libertad; p: grado de significación; (%): porcentaje.

Prueba estadística utilizada.

afectiva inadecuada. Estos datos corresponden en su frecuencia con lo descrito por Zambrano-Mendoza et al.²⁴, quienes documentan la importancia de la comunicación entre adolescentes y padres, ya que esta brinda confianza a nuestros hijos,

mejora el ambiente familiar al crear y fortalecer lazos fraternales debido a la unión que genera una comunicación estrecha entre los miembros de la familia, alejándolos de la soledad afectiva y medios tecnológicos, lo que sugiere que los padres de familia

brinden un espacio de su tiempo para participar en las actividades de sus hijos y mejorar la convivencia familiar.

Respecto a la respuesta afectiva, Avilés-Aguilar et al.¹⁵ reportan que el apoyo emocional insuficiente se presenta con frecuencia en gestantes adolescentes, datos similares a los encontrados en la presente investigación, donde el 62.1% de las familias mostraron una respuesta afectiva inadecuada, lo que sugiere que el apoyo afectivo y social es de suma importancia ante la noticia de un embarazo en hijas adolescentes, de tal manera que se logre brindar las herramientas necesarias, fortaleza y confianza para una mejor aceptación social del embarazo, que a futuro disminuirá los índices de depresión, ansiedad y autolesiones, así como una mejor estabilidad emocional, que beneficiará el desarrollo del binomio.

En relación con la escolaridad, en este estudio se encontró que las adolescentes con menor grado de estudios tienen tendencia a presentar con mayor frecuencia algún grado de disfunción familiar, a diferencia de las que presentan grados escolares mayores, encontrando que existe asociación entre ambas. Este patrón se asemeja en su descripción a los reportes de Góngora-Ávila et al.²⁵, quienes de la misma forma encontraron una mayor frecuencia de embarazo adolescente en aquellas pacientes con escolaridad preuniversitaria y secundaria, similar a lo referido por Díaz et al.²⁶, quienes identificaron mayor prevalencia de embarazo adolescente en jóvenes preuniversitarias. Concordando ambos que existe asociación entre la escolaridad con el embarazo temprano debido a que a mayor edad, mayor conocimiento de métodos de planificación familiar. Así mismo, un alto porcentaje de embarazos tempranos están relacionados con factores de índole social, por las tradiciones de las comunidades para probar la feminidad de la mujer o donde incluso el embarazo temprano suele ser una vía de escape a conflictos familiares.

En lo que respecta a la tipología familiar, en dicho estudio de investigación se encontró que las familias extensas, de ocupación obrera y de desarrollo moderno presentaron mayor frecuencia de disfunción familiar. Zamudio et al.⁷ describen que las familias monoparentales y de menor nivel socioeconómico pueden presentar altos porcentajes de disfunción. Resultados divergentes a los encontrados por Manrique-Anaya et al.²⁷, quienes identificaron que la mayoría de las embarazadas adolescentes tenían una adecuada funcionalidad familiar, haciendo mención en la relación encontrada entre las familias monoparentales, en las cuales la madre queda como jefa del hogar, ya que en estas familias encontraron un mayor acompañamiento al control prenatal de sus hijas adolescentes, constituyéndose esto como una muestra de apoyo social y mayor estabilidad emocional y apoyo afectivo.

A contraparte, Ordóñez et al.²⁸ reportan porcentajes elevados de disfunción en familias monoparentales, de núcleo no integrado y aquellas con pobreza familiar alta y como factores de protección la nuclear simple y con núcleo integrado, haciendo énfasis en que la presencia física en el hogar de uno de los padres de familia influye para mejorar la funcionalidad familiar, mejorando así la cohesión familiar, comunicación y respuesta afectiva.

Como limitantes contamos con un tamaño muestral pequeño que impide una mayor generalización, así como el hecho de que únicamente se contempla la perspectiva única de las gestantes adolescentes y no del resto de los miembros, lo cual limita los resultados a la perspectiva de este miembro de la familia y la forma de establecer estrategias de apoyo dirigidas no solo a la paciente sino enfocadas de igual manera en las áreas de oportunidad detectadas en el núcleo familiar.

CONCLUSIONES

La mayoría de las adolescentes embarazadas evaluadas en este estudio presentaron algún grado de disfunción familiar, siendo la disfunción moderada la más prevalente, donde

los dominios con mayor afectación fueron los roles familiares, la comunicación y la respuesta afectiva, lo que sugiere áreas clave que considerar en el abordaje psicosocial de estas pacientes. Por lo tanto, este estudio enfatiza la importancia de considerar la dinámica familiar como un componente central en la atención integral de las adolescentes embarazadas, especialmente en entornos con factores de riesgo social, para orientar al diseño de estrategias de intervención que promuevan la comunicación efectiva, el fortalecimiento de roles y el apoyo emocional dentro del núcleo familiar y brinden a la adolescente las herramientas necesarias para fortalecer su capacidad de afrontamiento y resiliencia frente a la crisis desencadenada por un embarazo a temprana edad.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a las embarazadas adolescentes adscritas al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2 que aceptaron participar en el estudio, así como a la Revista Mexicana de Medicina Familiar.

FINANCIAMIENTO

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

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

CONSIDERACIONES 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, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

REFERENCIAS

1. Feldman F, Recous J, Paller L, Lauria W, Rey G. Evaluación de las complicaciones del embarazo en adolescentes: estudio de cohorte en Uruguay. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2019;87(11):709-17. <https://doi.org/10.24245/gom.v87i11.2987>
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas. *El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud; 2020.
3. Organización Mundial de la Salud. *Embarazo en adolescentes*. Organización Mundial de la Salud; 2020.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Estadísticas a propósito del día mundial de la población*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2021.
5. Reyes SE, Oyola MS. Funcionalidad familiar y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Comuni@cción: Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo* [Internet]. 2022;13(2):127-37. <https://doi.org/10.33595/2226-1478.13.2.687>
6. Castañeda J, Santa-Cruz-H. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Enf Global* [Internet]. 2021;20(2):109-28. <https://doi.org/10.6018/eglobal.438711>
7. Zamudio CA, Silva JG, Gómez C, Chacón P. Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán, México. *Aten Fam* [Internet]. 2018;25(2):54-8. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.2.63555>
8. Figueiroa DA, Negrín VA, Garcell ET. Riesgos y complicaciones asociados al embarazo en la adolescencia. *Rev Ciencias Médicas*. 2021;25(5):e5051.
9. Bravo DM, Bravo HL, Bravo S. Embarazo en adolescentes y alteraciones psicosociales. *Recímundo*. 2020;4(4):337-45.
10. Núñez G. Bayesian spatial modeling of adolescent pregnancy risk through integrated nested Laplace approximation in Chiapas, 2015. *PSM* [Internet]. 2019;17(1):1-20. <https://doi.org/10.15517/psm.v17i1.37783>
11. Milena S. Family crisis: an opportunity to transit from catastrophe and chaos into the deployment of skills for change. *Divers Perspect Psicol* [Internet]. 2020;16(1):169-80. <https://doi.org/10.15332/22563067.4115>
12. Triviño CP, Acosta FE, Veintimilla JB. Embarazo precoz: riesgos, consecuencias y prevención. *Dom Cien* [Internet]. 2019;5(2):554-71. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v5i2.1107>
13. Gutiérrez GA, Kanán EG, Chacón WL, Gómez AC. Adolescentes embarazadas, comunicación y entorno, en una clínica de Morelia, Michoacán. *Rev Electron Psicol*. 2023;26(2):410-26.
14. Jiménez-González A, Granados-Cosme JA, Rosales-Flores RA. Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. *Salud Pública Méx* [Internet]. 2017;59(1):11-8. <http://dx.doi.org/10.21149/8410>
15. Avilés-Aguilar WA, Rocha-Rodríguez MY, Hernández-Pérez F. Asociación entre red de apoyos social y embarazo adolescente en una unidad de medicina familiar. *Aten Fam* [Internet]. 2024;31(3):170-6. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2024.388835>
16. Aguirre L, Zambrano M. Factores socioeconómicos y su relación con la funcionalidad familiar. *Revista de Estudios Sociales y Familia* [Internet]. 2021;15(3):213-25. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i4>
17. Valladares AM, Carreño G, Martínez JB, González M. Comunicación y cohesión en familias de adolescentes que interrumpen el embarazo en Cienfuegos. *Gac Med Espirit* [Internet]. 2022;24(1):46-58.
18. Irigoyen-Coria AE. *Nuevos fundamentos de medicina familiar*. 3ra ed. México: Medicina Familiar Mexicana; 2006.
19. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A.C. *Lineamientos para la elaboración de estudios de salud familiar*. México: Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar; 2012.
20. Barreras MI, Muñoz G, Pérez LM, Gómez C, Fulgencio M, Estrada ME. Desarrollo y validación del Instrumento FF para evaluar el funcionamiento familiar. *Atención Familiar* [Internet]. 2022;29(2):72-8. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.2.82028>

21. Soto-Acevedo F, León-Corrales IA, Castañeda-Sánchez O. Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México. *Aten Fam* [Internet]. 2015;22(3):64-7. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2015.3.50727>
22. Quispe LO. Dinámica familiar y su relación con el embarazo de adolescentes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria* [Internet]. 2023;7(5):3271-80. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.7956
23. Vizcaino SC, Cusme Torres NA. Dinámica familiar en la adolescente embarazada de la comunidad de Lasso-Ecuador. *Enfermería Investiga* [Internet]. 2021;6(5):e5402-0088.
24. Zambrano-Mendoza YY, Campoverde-Castillo AC, Idrobo-Contento JC. Importancia entre la comunicación padres e hijos y su influencia en el rendimiento académico en estudiantes de bachillerato. *Pol Con*. 2019;4(5):138-56. DOI: 10.23857/polc.v4i5.969
25. Góngora-Ávila CR, Fernández-Borrego D, Mejías-Arencibia RA, Vázquez-Carvajal L, Frías-Pérez AE. Características sociodemográficas que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Pediátr Panamá*. 2021;50(3):7-12. DOI: 10.37980/imjournal.rspp.20211826
26. Díaz A, Velasco AJ, Gutiérrez JI, Muro JA, Álvarez JC. Embarazo en la adolescencia, un problema de salud en el policlínico "Efraín Mayor Amaro" del Cotorro, La Habana. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2019;45(2):1-14.
27. Manrique-Anaya Y, Del Toro-Rubio M. Funcionalidad familiar de adolescentes asistentes a control prenatal. *Cartagena 2021. Rev Cienc Cuid* [Internet]. 2023;20(1):22-32. <https://doi.org/10.22463/17949831.3314>
28. Ordóñez Y, Gutiérrez RF, Méndez E, Álvarez MA, López D, De la Cruz C. Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana. *Aten Primaria* [Internet]. 2020;52(10):680-9. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.011>



Cerrando la brecha en la atención preventiva: cumplimiento de la Cartilla Nacional de Salud en pacientes con enfermedades reumatólogicas

Bridging the gap in preventive care: National Health Card compliance in rheumatology patients

David Vega-Morales^{1*} , Karen E. Terrazas-Tafoya¹ , Sara I. Bujdud-Aguilar² , Neyva R. Tapia-Rangel³ ,

Julissa N. Cruz-Rodríguez⁴ , Francisco de León-Valdez⁵ , Iris R. Pérez-Luna⁶

¹Rheumatology and Infusion Center, Hospital General de Zona No. 17, Monterrey, Nuevo León; ²Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 7, Monclova, Coahuila; ³Unidad de Medicina Familiar No. 36, Matamoros, Tamaulipas; ⁴Unidad de Medicina Familiar No. 5 Soledad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí, S.L.P.; ⁵Unidad de Medicina Familiar No. 29, Guadalupe, Nuevo León; ⁶Unidad de Medicina Familiar/Unidad Médica de Atención Ambulatoria, San Pedro Garza García, Nuevo León. Instituto Mexicano del Seguro Social, México

RESUMEN: **Antecedentes:** Los pacientes con enfermedades reumáticas atendidos en un centro de atención especializada en México, a pesar de contar con lineamientos establecidos (Cartilla Nacional de Salud), pueden presentar deficiencias en la implementación de acciones preventivas. **Objetivo:** Evaluar el cumplimiento de las acciones preventivas registradas en la Cartilla Nacional de Salud en 503 pacientes con enfermedades reumáticas atendidos en un centro de atención especializada en México. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se analizaron cinco dominios: salud reproductiva, evaluación nutricional, tamizaje oncológico, estado de vacunación y factores de riesgo metabólico-cardiovascular. Se evaluó a 503 pacientes. **Resultados:** Se encontró una baja adherencia general. En mujeres de 20 a 49 años, solo el 11% contaba con documentación preventiva completa. El 62.1% utilizaba anticoncepción, pero solo la mitad lo tenía registrado. Menos del 18% tenía medición de cintura y menos del 9% contaba con clasificación de IMC. El tamizaje oncológico fue el mejor documentado (citología cervical en 44.9%), mientras que la cobertura de vacunación fue menor al 10% en todos los grupos. **Conclusiones:** Existe una implementación deficiente de acciones preventivas en la atención reumatólogica. Es necesario fortalecer el uso de la Cartilla Nacional de Salud y mejorar la coordinación entre los niveles de atención para optimizar los cuidados preventivos en pacientes reumatólogicos.

Palabras clave: Enfermedades reumáticas. Atención preventiva. Cartilla Nacional de Salud.

ABSTRACT: **Background:** Patients with rheumatic diseases receiving specialized care in Mexico may experience deficiencies in the implementation of preventive health actions, as documented in the National Health Card, despite established guidelines.

Objective: To assess adherence to preventive health actions documented in the Mexican National Health Card among 503 patients with rheumatic diseases receiving specialized care. **Material and methods:** A retrospective, observational, and descriptive study. Five domains were evaluated: reproductive health, nutritional assessment, cancer screening, vaccination status, and metabolic-cardiovascular risk factors. The study included 503 patients. **Results:** Overall adherence was low. Among women aged 20–49, only 11% had complete preventive documentation. A total of 62.1% used contraception, but only half had it recorded. Waist circumference was documented in fewer than 18% of patients, and BMI classification in fewer than 9%. Cancer screening (cervical cytology) was the best documented (44.9%), while vaccination coverage was below 10% across all groups. **Conclusions:** The results highlight deficient implementation of structured preventive measures in rheumatology care. Reinforcing the use of the National Health Card and enhancing coordination between primary and specialized care levels are essential to improving preventive health outcomes for patients with rheumatic diseases.

Keywords: Rheumatic diseases. Preventive care. National Health Card.

***Correspondencia:**

David Vega-Morales

E-mail: drdavidvega@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 30-10-2025

Fecha de aceptación: 12-11-2025

Disponible en internet: 15-12-2025

Rev Mex Med Fam. 2025;12:125-134

DOI: 10.24875/RMF.25000129

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con enfermedades reumáticas (incluyendo artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y otras) presentan un riesgo notablemente mayor de padecer enfermedades cardiovasculares, alteraciones metabólicas, cáncer e infecciones, en comparación con la población general. El riesgo cardiovascular es de 1.5 a 2 veces superior, impulsado tanto por factores tradicionales (hipertensión, diabetes) como por la inflamación crónica, que acelera la aterosclerosis y la rigidez arterial¹⁻⁶. El síndrome metabólico también es más frecuente, lo que incrementa el riesgo de diabetes, hipertensión y dislipidemia⁷. El riesgo de cáncer se encuentra elevado, especialmente en presencia de síndrome metabólico, y se relaciona con el número de anomalías metabólicas, la edad avanzada y una mayor actividad de la enfermedad⁸.

La inflamación crónica y la disfunción del sistema inmunitario, junto con el uso de tratamientos inmunosupresores, aumentan la susceptibilidad a infecciones³⁻⁶. La vacunación está fuertemente recomendada, dado el mayor riesgo de influenza, enfermedad neumocócica y herpes zóster; se aconseja evaluar anualmente el estado de vacunación y aplicar de forma oportuna, preferentemente durante períodos de baja actividad de la enfermedad y antes de iniciar terapia inmunosupresora⁹⁻¹¹.

La consejería nutricional contribuye a la salud general, ayuda a controlar factores de riesgo metabólico y puede reducir la actividad de la enfermedad; sin embargo, la evidencia directa sobre su efectividad en enfermedades reumáticas aún es limitada^{9,12,13}. La educación del paciente y del médico, así como la reducción de barreras para la vacunación, son fundamentales para mejorar la adherencia a medidas preventivas¹⁴.

En conjunto, integrar estrategias de vacunación, tamizaje de cáncer y consejería nutricional en la atención habitual puede reducir significativamente la morbilidad

y mejorar los desenlaces en esta población vulnerable.

En este contexto, en México la Cartilla Nacional de Salud estandariza el registro de acciones preventivas por edad y sexo, y promueve la continuidad de la atención en cinco áreas prioritarias: promoción de la salud, nutrición, vacunación, prevención y control de enfermedades, y salud reproductiva. En adultos de 20 a 59 años, tanto hombres como mujeres deben someterse a evaluaciones periódicas de hipertensión, diabetes, dislipidemia y obesidad; en mujeres, además, tamizaje de cáncer cervicouterino y de mama.

Mejoras recientes, como el Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas del IMSS, han facilitado la detección y el tratamiento oportuno, aunque persisten desafíos relacionados con educación y seguimiento^{15,16}. Si bien la Cartilla Nacional de Salud podría servir para registrar servicios preventivos y favorecer la continuidad de la atención, se requiere más investigación para evaluar su papel en la adherencia al manejo de enfermedades crónicas en adultos. A pesar de su implementación nacional, existen pocos datos sobre su uso y cumplimiento en poblaciones de consulta de subespecialidad, como la reumatología.

Aun con estos marcos operativos, la adherencia y su documentación pueden ser irregulares. El cumplimiento de las guías de atención preventiva en pacientes con enfermedades crónicas es variable (1-80%), según características del paciente, del proveedor y de la organización del sistema^{17,18}. Entre las barreras frecuentes destacan la baja alfabetización en salud, el escaso conocimiento de los programas de tamizaje, factores socioeconómicos, falta de cobertura y desconfianza en el sistema¹⁹. En el proveedor: tiempo clínico limitado, brechas de capacitación y problemas organizacionales (p. ej., soporte tecnológico o incentivos). También influyen los largos tiempos de espera, el acceso restringido a servicios y la atención fragmentada, así como actitudes y creencias del paciente¹⁹⁻²¹.

No identificamos estudios que midan de forma directa el cumplimiento documentando en la Cartilla Nacional de Salud en población reumatológica en México. Ante la ausencia de evidencia específica en reumatología, el objetivo de este estudio fue describir dicho cumplimiento en una muestra atendida en una consulta de subespecialidad de reumatología de un hospital de segundo nivel del norte de México.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en la consulta de subespecialidad de reumatología de un hospital general de segundo nivel ubicado en el norte de México. Los datos se recopilaron únicamente mediante la revisión de las Cartillas Nacionales de Salud presentada por los pacientes durante la consulta; no se revisaron expedientes clínicos ni se realizaron entrevistas. La recolección se efectuó mediante una hoja estandarizada que evaluó cinco áreas clave de atención preventiva: 1) salud reproductiva, 2) evaluación nutricional, 3) tamizaje de cáncer de mama y cervicouterino, 4) estado de vacunación y 5) evaluación de riesgos metabólicos y cardiovasculares (presión arterial, glucosa en ayuno, colesterol total y triglicéridos). Se documentó cada acción como presente/ausente; no se recuperaron valores clínicos.

La población de estudio incluyó adultos de ambos sexos, con edades entre 18 y 80 años, que acudieron a consulta de reumatología entre 2018 y 2020, y que contaban con un diagnóstico documentado de enfermedad reumática (p. ej., artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica o esclerosis sistémica). El tamaño de muestra fue censal, incluyendo a todos los pacientes que cumplieron los criterios durante el periodo.

Se excluyeron las cartillas nuevas (es decir, aquellas que no habían sido utilizadas previamente por el paciente), los pacientes

Tabla 1. Características demográficas. Distribución por sexo (n=503)

Variable	n	%
Mujeres	428	85.1
Hombres	75	14.9

sin diagnóstico reumatológico confirmado y los casos en los que las acciones preventivas se habían realizado exclusivamente en el sector privado, sin registro institucional en la cartilla.

El análisis fue descriptivo, para cada indicador de la Cartilla Nacional de Salud se reportaron frecuencias absolutas (n), proporciones (n/N) y porcentajes, con su intervalo de confianza al 95% (IC 95%) estimado mediante el método de Wilson. El denominador (N) se definió según la población elegible por dominio (p. ej., todas las mujeres para exploración mamaria; mujeres elegibles por edad para mastografía y citología cervical; grupos etarios/sexo para vacunación; todos los adultos para evaluación nutricional y factores metabólico-cardiovasculares). Los porcentajes y los límites del IC 95% se redondearon a una cifra decimal. El análisis se realizó con *software* estadístico estándar.

El protocolo del estudio fue revisado y aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México, con número de registro R-2018-1904-064.

RESULTADOS

Se incluyeron en el análisis un total de 503 pacientes con enfermedades reumáticas, de los cuales el 85.1% fueron mujeres (n = 428) (Tabla 1). El diagnóstico más frecuente fue artritis reumatoide (65.6%), seguido de lupus eritematoso sistémico (10.5%), espondilitis anquilosante (5.0%), artritis psoriásica (4.6%) y otras enfermedades reumáticas (14.3%) (Tabla 2).

Tabla 2. Diagnóstico reumatólgico. Distribución de la muestra (n = 503)

Diagnóstico	n	%
Artritis reumatoide	330	65.6
Lupus eritematoso sistémico	53	10.5
Espondilitis anquilosante	25	5.0
Artritis psoriásica	23	4.6
Otras enfermedades reumáticas	72	14.3

Salud reproductiva

Entre las 145 mujeres en edad reproductiva (20-49 años), solo el 11.03% (n = 16) presentaron documentación completa de las acciones de salud reproductiva en la Cartilla Nacional de Salud. A pesar de que el 91.72% reportó vida sexual activa, únicamente el 62.06% utilizaba algún método anticonceptivo, y solo el 50.98% tenía esta información registrada en su cartilla.

Los métodos más utilizados fueron la salpingooclásia (43.3%) y el dispositivo intrauterino de cobre (24.4%), seguidos del preservativo masculino (16.7%), anticonceptivos orales (8.8%), parche dérmico (3.3%), dispositivo intrauterino con levonorgestrel (2.2%) y vasectomía de la pareja (1.1%). Cuatro pacientes (2.75%) se encontraban embarazadas al momento del estudio.

Evaluación nutricional

En la muestra total, el cumplimiento de la evaluación nutricional fue bajo. Solo el 17.1% (n = 86) tenía registrada la circunferencia de cintura, el 8.2% (n = 41) contaba con clasificación del índice de masa corporal (IMC) y únicamente el 5.6% (n = 28) tenía el IMC calculado. Además, las mediciones de peso estaban ausentes en el 91.8% de los registros. Este hallazgo refleja una brecha importante en la evaluación nutricional ordinaria, a pesar de los conocidos riesgos metabólicos en los pacientes reumatólogicos.

Tamizaje de cáncer (mama y cervicouterino)

De las 428 mujeres, solo el 33.0% (n = 141) se sometió a exploración clínica mamaria en el último año, y el 37.8% (n = 158)

tuvo mastografía en los dos años previos. En cuanto al tamizaje de cáncer cervicouterino, solo el 45.1% (n = 192) se realizó una prueba de Papanicolaou en los últimos dos años. Es relevante que el 4.0% de las mujeres refirió nunca haberse realizado una citología cervical. Entre los factores de riesgo más comunes se encontraron: inicio sexual temprano (26.8%), múltiples parejas sexuales (20.9%), antecedente de infección por virus del papiloma humano (2.3%) y tabaquismo (5.1%).

Estado de vacunación

La cobertura vacunal fue baja en todos los grupos etarios. Entre las mujeres de 20 a 59 años, solo el 8.8% (n = 25) presentaron esquema de vacunación completo; entre los hombres del mismo grupo etario, la cobertura fue del 8.9% (n = 4). En los adultos mayores, el 13.6% de los de 60-64 años y el 18.4% de los de 65 años o más contaban con registro completo de vacunación. Las vacunas evaluadas incluyeron influenza, tétanos, neumococo y triple viral (sarampión-rubéola).

Factores de riesgo metabólicos y cardiovasculares

Solo el 49.1% (n = 247) tenía registro de presión arterial, el 55.5% (n = 279) glucosa en ayuno, el 22.7% (n = 114) colesterol total y únicamente el 1.4% (n = 7) triglicéridos (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Este estudio pone de manifiesto brechas importantes en la prestación y documentación de las acciones preventivas entre los pacientes con enfermedades reumáticas atendidos en un hospital de segundo nivel en el norte de México. A pesar de ser una población con alto riesgo de infecciones, enfermedad cardiovascular, síndrome metabólico y ciertos tipos de cáncer, la adherencia a las acciones de salud preventiva establecidas en la Cartilla Nacional de Salud fue consistentemente baja en todos los dominios evaluados.

Tabla 3. Prevalencia de acciones preventivas documentadas en la Cartilla Nacional de Salud

Indicador	n/N	%	IC 95%
Mujeres con documentación completa de salud reproductiva	16/145	11.0	6.9-17.2
Mujeres que utilizan anticonceptivos	90/145	62.1	54.0-69.6
Uso de anticonceptivos registrados en la cartilla	74/145	51.0	43.0-59.0
Circunferencia de cintura documentada	86/503	17.1	14.1-20.6
IMC calculado	28/503	5.6	3.9-7.9
Clasificación del IMC registrada	41/503	8.2	6.1-10.9
Exploración mamaria en el último año	141/428	32.9	28.7-37.5
Mastografía en los últimos dos años	158/428	36.9	32.5-41.6
Prueba de Papanicolaou en los últimos dos años	192/428	44.9	40.2-49.6
Nunca se ha realizado una prueba de Papanicolaou	17/428	4.0	2.5-6.3
Mujeres (20-59 años) con esquema de vacunación completo	25/285	8.8	6.0-12.6
Hombres (20-59 años) con esquema de vacunación completo	4/45	8.9	3.5-20.7
Adultos de 60-64 años con esquema de vacunación completo	9/66	13.6	7.3-23.9
Adultos de 65 años o más con esquema de vacunación completo	19/103	18.4	12.1-27.0
Presión arterial registrada	247/503	49.1	44.8-53.5
Determinación de glucosa documentada	279/503	55.5	51.1-59.8
Determinación de colesterol documentada	114/503	22.7	19.2-26.5
Determinación de triglicéridos documentada	7/503	1.4	0.7-2.8

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; IMC: índice de masa corporal.

La cobertura en salud reproductiva fue particularmente insuficiente. Menos del 12% de las mujeres en edad fértil contaban con documentación completa en su cartilla, y casi la mitad de aquellas que utilizaban anticonceptivos no tenían esta información registrada. Este hallazgo resulta preocupante, dado que los embarazos no planeados en mujeres con enfermedades reumáticas (especialmente aquellas en tratamiento con fármacos teratogénicos como metotrexato o micofenolato) pueden derivar en complicaciones maternas y fetales graves. Nuestros datos subrayan la necesidad de una integración más sólida del asesoramiento reproductivo dentro de la atención reumatólogica.

Las mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes con embarazos no planeados mientras utilizan fármacos teratogénicos, como metotrexato, leflunomida o ciclofosfamida, enfrentan riesgos significativos, incluyendo pérdida gestacional,

malformaciones congénitas, y resultados maternos y fetales adversos²²⁻²⁴. Los embarazos no planeados son más comunes en esta población, en especial en mujeres con lupus eritematoso sistémico, y suelen asociarse con menores tasas de uso de anticoncepción eficaz y de atención preconcepcional. Muchas pacientes bajo tratamiento con medicamentos teratogénicos no emplean métodos anticonceptivos altamente efectivos, y el asesoramiento reproductivo continúa siendo deficiente, lo que incrementa la probabilidad de exposición fetal a fármacos potencialmente dañinos²⁵⁻²⁷. La planificación preconcepcional efectiva, el control adecuado de la enfermedad y el asesoramiento multidisciplinario son esenciales para minimizar estos riesgos y mejorar los desenlaces del embarazo. A pesar de estas recomendaciones, la documentación y el uso de anticonceptivos entre mujeres en tratamiento con fármacos teratogénicos siguen siendo inconsistentes, con disparidades notables

entre grupos raciales y socioeconómicos. En conjunto, los embarazos no planeados en mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes que reciben fármacos teratogénicos representan un problema de salud relevante que exige mejorar el asesoramiento anticonceptivo, la educación del paciente y la coordinación del cuidado.

La evaluación nutricional mostró resultados igualmente deficientes, con registro de IMC y circunferencia de cintura en menos del 20% de los pacientes. Esto representa una oportunidad perdida para la identificación e intervención tempranas. La relación entre inflamación, obesidad y riesgo cardiovascular en las enfermedades autoinmunes es bien conocida. Mejorar las prácticas de evaluación nutricional podría ayudar a reducir factores de riesgo modificables y optimizar el control de la enfermedad²⁸⁻³⁰.

El estado nutricional desempeña un papel fundamental en la salud y la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide. Diversos estudios han demostrado que las personas con artritis reumatoide presentan mayor prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad central en comparación con quienes no padecen artritis, lo que contribuye a un incremento en el síndrome metabólico, la diabetes y el riesgo cardiovascular³¹. La desnutrición también es frecuente, sobre todo en pacientes con enfermedad más activa o avanzada, y se asocia con menor IMC, pérdida de masa muscular y niveles reducidos de nutrientes y proteínas clave como albúmina y zinc. Un estado nutricional deficiente se correlaciona con mayor actividad inflamatoria y peores indicadores clínicos, mientras que un estado nutricional adecuado se asocia con menor actividad de la enfermedad^{30,32,33}. Los patrones dietéticos ricos en nutrientes antiinflamatorios (como la dieta mediterránea, los ácidos grasos omega-3 y los antioxidantes) pueden ayudar a reducir la inflamación y mejorar los síntomas, mientras que las dietas altas en carne roja y sal pueden agravar el curso clínico^{28,34,35}. Además, los pacientes con artritis reumatoide suelen tener un consumo

menor de proteínas, fibra y antioxidantes, lo cual puede exacerbar la inflamación y el estrés oxidativo³⁶. Por lo tanto, abordar tanto la desnutrición como la obesidad mediante terapia nutricional personalizada y cambios en el estilo de vida es una estrategia complementaria al tratamiento médico para optimizar el control de la enfermedad y reducir las comorbilidades. La evaluación nutricional periódica y la colaboración entre reumatólogos y nutriólogos son componentes esenciales de un manejo integral.

El tamizaje de cáncer, en particular de mama y cervicouterino, fue también subóptimo. Solo un tercio de las pacientes se sometió a exploración mamaria o mastografía en los intervalos recomendados, y casi la mitad de las mujeres elegibles no contaban con una citología reciente. Este hallazgo cobra especial relevancia ante la posible asociación entre inflamación crónica, tratamiento inmunosupresor y mayor riesgo de cáncer en poblaciones reumatólogicas. Abordar las barreras al tamizaje (como la falta de educación del paciente, la atención fragmentada o la escasa participación del médico) debe considerarse una prioridad de salud pública.

Actualmente, no existen guías específicas de tamizaje oncológico para pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas emitidas por las principales sociedades profesionales; la mayoría recomienda seguir los lineamientos del tamizaje para la población general, con ajustes individualizados según el riesgo^{8,37,38}. Los pacientes con artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico presentan mayor riesgo de ciertos cánceres debido a la inflamación persistente, el uso prolongado de inmunosupresores y factores relacionados con la enfermedad, lo que podría justificar estrategias de tamizaje más estrictas o personalizadas^{8,39,40}. La adherencia al tamizaje estándar (mama, colon y cuello uterino) suele ser de moderada a alta, aunque es menor para cáncer de piel y próstata^{41,42}. Se ha destacado la importancia de una colaboración estrecha entre reumatólogos y

médicos de atención primaria para optimizar el tamizaje oncológico y el manejo de comorbilidades, ya que muchos pacientes esperan recibir orientación sobre estas necesidades por parte de su reumatólogo⁴¹. Los programas de detección multimorbilidad sistemática, incluyendo tamizaje oncológico, han mostrado ser factibles y con buena adherencia cuando las recomendaciones se comunican de forma clara⁴².

La adherencia a la vacunación fue baja en todos los grupos etarios, con menos del 10% de los adultos con esquema completo. Dada la mayor susceptibilidad de los pacientes inmunosuprimidos a infecciones prevenibles como influenza o neumococo, esta situación representa un área crítica de mejora. Las guías internacionales recomiendan revisar de manera regular el estado de vacunación en las consultas de reumatología, especialmente antes de iniciar terapias biológicas.

En pacientes inmunosuprimidos, incluyendo aquellos con enfermedades reumáticas autoinmunes, el momento de la vacunación es fundamental para maximizar la eficacia y seguridad. Idealmente, todas las vacunas recomendadas (particularmente las inactivadas) deben aplicarse antes de iniciar tratamiento inmunsupresor, ya que este puede disminuir la respuesta inmunitaria⁴³⁻⁴⁶. Si el paciente ya se encuentra bajo inmunsupresión, las vacunas inactivadas (como influenza o neumococo) pueden administrarse de manera segura sin suspender el tratamiento, aunque la respuesta inmunitaria puede ser menor, especialmente con agentes que depletan linfocitos B, como rituximab o micofenolato de mofetilo^{43-45,47-49}. Las vacunas vivas, en cambio, suelen estar contraindicadas durante inmunsupresión significativa, aunque pueden considerarse en casos seleccionados bajo supervisión especializada^{43,45,46}.

El tamizaje de riesgo cardiovascular y metabólico también fue insuficiente. Menos de la mitad de los pacientes contaban con registro de presión arterial o glucosa, y la medición de colesterol o triglicéridos fue poco

frecuente. Dado el riesgo cardiovascular elevado en pacientes con artritis reumatoide, lupus y trastornos afines, estos hallazgos sugieren que las estrategias actuales son inadecuadas. Intervenciones multifacéticas, que incluyan recordatorios clínicos, educación y colaboración con atención primaria, podrían mejorar la adherencia a las evaluaciones recomendadas.

El tratamiento integral del riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedades reumatólicas, como artritis reumatoide y gota, es esencial debido al incremento significativo en la morbilidad y mortalidad cardiovascular, que no se explica únicamente por los factores tradicionales⁵⁰⁻⁵⁴. La Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) recomienda que los reumatólogos asuman la responsabilidad del tratamiento de riesgo cardiovascular, incluyendo la evaluación anual de factores de riesgo tradicionales y la adaptación de las escalas de riesgo para considerar el efecto adicional de la inflamación⁵⁵. Se enfatiza la colaboración multidisciplinaria entre reumatólogos, cardiólogos y médicos de primer contacto para optimizar la prevención y el manejo^{53,56}. No obstante, la implementación de estas recomendaciones en la práctica clínica sigue siendo limitada, y se requiere investigación continua para perfeccionar las herramientas de evaluación y las estrategias de intervención en esta población de alto riesgo.

A la luz del tercer principio de la medicina familiar (según el cual cada encuentro clínico constituye una oportunidad para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad), la baja documentación observada debe interpretarse como un punto crítico de mejora organizacional. En este marco, la consulta de reumatología, en corresponsabilidad con el primer nivel, debiera incorporar de manera sistemática la verificación de los componentes de la Cartilla Nacional de Salud según edad y sexo, registrar explícitamente los hallazgos en la nota clínica, activar las acciones faltantes mediante derivación efectiva a la unidad de medicina familiar y ofrecer consejería breve

orientada a riesgos y beneficios inmediatos. La estandarización de estos pasos dentro del flujo asistencial y su trazabilidad interniveles fortalecerían la integralidad, continuidad y coordinación del cuidado, transformando cada contacto asistencial en una microintervención preventiva con potencial de impacto poblacional.

LIMITACIONES

Este estudio presenta varias limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, su diseño retrospectivo y descriptivo limita la inferencia causal y depende en gran medida de la integridad y precisión de los registros en las cartillas de salud, los cuales fueron en muchos casos incompletos o inconsistentes. En los casos con datos faltantes, se recurrió al autorreporte del paciente, lo que introduce un posible sesgo de memoria y de información. Además, el estudio se realizó en un solo hospital de segundo nivel en el norte de México, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos a otras regiones o niveles de atención. La falta de estandarización en la documentación y en las prácticas de registro entre los proveedores también pudo haber afectado la calidad de los datos. Finalmente, aunque el estudio identificó brechas en la prestación de servicios preventivos, no exploró factores subyacentes como alfabetización en salud, comportamiento del personal médico o barreras institucionales que podrían explicar las bajas tasas de adherencia.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Se requieren estudios proyectivos y multicéntricos que midan, con definiciones operacionales homogéneas, el efecto de intervenciones factibles en la práctica (p. ej., verificación sistemática de cartilla en triaje, órdenes predefinidas para presión arterial/glucemia, rol de enfermería en cribado y derivación a unidad de medicina familiar). Estos trabajos deberían

incorporar indicadores de proceso y resultado intermedio (porcentaje de vacunación y tamizajes al día; registro de parámetros cardiometabólicos) y un componente cualitativo para identificar barreras y facilitadores. La evaluación de estrategias de registro electrónico de la cartilla (campos estructurados, recordatorios y tableros) y su costo-efectividad permitirá estimar escalabilidad. Finalmente, conviene analizar gradientes de equidad (sexo, edad, diagnóstico) y explorar el impacto en desenlaces clínicos a mediano plazo, priorizando diseños pragmáticos que se integren al flujo asistencial habitual.

CONCLUSIÓN

Este estudio demuestra deficiencias significativas en la implementación y documentación de los servicios de salud preventiva entre los pacientes con enfermedades reumáticas, a pesar de la existencia de lineamientos nacionales estructurados por medio de la Cartilla Nacional de Salud. Se observaron bajas tasas de adherencia en los principales dominios evaluados, incluyendo salud reproductiva, tamizaje de cáncer, vacunación, evaluación nutricional y valoración del riesgo cardiovascular. Estos hallazgos subrayan la necesidad urgente de fortalecer la prestación de servicios preventivos en los entornos reumatólogicos, mejorar la coordinación entre los niveles de atención primaria y especializada, y promover una mayor sensibilización tanto entre los pacientes como entre los profesionales de la salud.

El fortalecimiento del uso de la Cartilla Nacional de Salud como herramienta clínica podría ayudar a reducir las brechas existentes y contribuir a mejorar los desenlaces en salud a largo plazo en esta población vulnerable.

FINANCIAMIENTO

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

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

CONSIDERACIONES 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, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria y anonimizados, por lo que no fue necesario el consentimiento informado. Se han seguido las recomendaciones pertinentes.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

REFERENCIAS

1. Aaramaa H, Mars N, Helminen M, Kerola A, Palomäki A, Eklund K, et al. Risk of cardiovascular comorbidities before and after the onset of rheumatic diseases. *Semin Arthritis Rheum.* 2024;65:152382.
2. Restivo V, Candiloro S, Daidone M, Norrito R, Cataldi M, Minutolo G, et al. Systematic review and meta-analysis of cardiovascular risk in rheumatological disease: symptomatic and non-symptomatic events in rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Autoimmun Rev.* 2021;20:102925.
3. Dijkshoorn B, Raadsen R, Nurmohamed M. Cardiovascular disease risk in rheumatoid arthritis anno 2022. *J Clin Med.* 2022;11:2704.
4. Zimba O, Gasparyan A. Cardiovascular issues in rheumatic diseases. *Clin Rheumatol.* 2023;42:2535-9.
5. Conrad N, McInnes I, McMurray J, Sattar N. Patients with a range of rheumatic diseases are at increased risk of cardiovascular disorders: towards a re-evaluation of EULAR's recommendations for cardiovascular risk management? *Ann Rheum Dis.* 2022;82:457-9.
6. Berger M, Fesler P, Roubille C. Arterial stiffness, the hidden face of cardiovascular risk in autoimmune and chronic inflammatory rheumatic diseases. *Autoimmun Rev.* 2021;20:102891.
7. Nurmohamed M, Heslinga M, Kitas G. Cardiovascular comorbidity in rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol.* 2015;11:693-704.
8. Cappelli L, Shah A. The relationships between cancer and autoimmune rheumatic diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2020;34:101472.
9. Almarzooqi A, Abdalla J, Elsadeg MS, Zamani N, Ginawi A, Alrawi Z, et al. Infection screening and vaccination of adult and pediatric patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases: an Emirati Delphi consensus. *Curr Rheumatol Rev.* 2025 Jan 21. doi: 10.2174/0115733971368196250117105119. Online ahead of print.
10. Jansen M, Rondaan C, Legger G, Minden K, Uziel Y, Toplak N, et al. EULAR/PRES recommendations for vaccination of paediatric patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases: update 2021. *Ann Rheum Dis.* 2022;82:35-47.
11. Bijl M, Westra J, Mancuso S, Bearzi P, Giacomelli R, Conti F. Should we vaccinate during an active rheumatic disease? *Autoimmun Rev.* 2024 Jan;23(1):103426.
12. Fragouli G, Nikiphorou E, Dey M, Zhao S, Courvoisier D, Arnaud L, et al. 2022 EULAR recommendations for screening and prophylaxis of chronic and opportunistic infections in adults with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis.* 2022;82:742-53.
13. Fragouli G, Dey M, Zhao S, Schoones J, Courvoisier D, Galloway J, et al. Systematic literature review informing the 2022 EULAR recommendations for screening and prophylaxis of chronic and opportunistic infections in adults with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *RMD Open* 2022;8(2):e002726.
14. Neusser S, Neumann A, Nieden Z, Speckemeier C, Schlierenkamp S, Walendzik A, et al. Facilitators and barriers of vaccine uptake in patients with autoimmune inflammatory rheumatic disease: a scoping review. *RMD Open* 2022;8(2):e002562.
15. Cho JY, Wilson FA, Chaikledkaew U, Chen Y, Phrommintikul A, Diaz-Aguilera MA, et al. Projected cost savings with optimal medication adherence in patients with cardiovascular disease requiring lipid-lowering therapy: a multinational economic evaluation study. *J Am Heart Assoc.* 2024;13(22):e037792. doi: 10.1161/JAHA.124.037792.
16. Cho JY, Wilson F, Chaikledkaew U, Chen Y, Phrommintikul A, Diaz-Aguilera MA, et al. Projected cost savings with optimal medication adherence in patients with cardiovascular disease requiring lipid-lowering therapy: a multinational economic evaluation study. *J Am Heart Assoc.* 2024;13(22):e037792.
17. Najmi MA, Niyazi RA, Shamlan AA, Sufyani HJ, Abdulshakur Al, Alabdullgader AA, et al. Adherence rates and effectiveness of preventive health screening guidelines in family medicine: systematic review. *IJMDC.* 2024;8(12):3736-46. doi: 10.24911/IJMDC.51-1733388553.
18. Duda-Sikula M, Kurpas D. Barriers and facilitators in the implementation of prevention strategies for chronic disease patients-best practice guidelines and policies' systematic review. *J Pers Med.* 2023;13(2):288.
19. Ponce-Chazarri L, Ponce-Blandón JA, Immordino P, Giordano A, Morales F. Barriers to breast cancer-screening adherence in vulnerable populations. *Cancers (Basel).* 2023;15(3):604.
20. Wändell P, De Waard AK, Holzmann M, Gornitzki C, Lionis C, De Wit N, et al. Barriers and facilitators among health professionals in primary care to prevention of cardiometabolic diseases: a systematic review. *Fam Pract.* 2018;35:383-90.
21. Naumann M, Scharfenberg SR, Seleznova Y, Wein B, Bruder O, Stock S, et al. Factors influencing adherence to clinical practice guidelines in patients with suspected chronic coronary syndrome: a qualitative interview study. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):655.
22. Grygiel-Górniak B, Masiero E, Nevaneth BC, Joy MM. Rheumatic diseases in reproductive age—the possibilities and the risks. *Reprod Sci.* 2022;30:111-23.
23. Siegel CH, Sammaritano LR. Challenges in family planning and pregnancy for women with rheumatic diseases. *Rheumatology.* 2023;2(1):28-34. doi: 10.17925/RMD.2023.2.1.28.
24. Singh M, Wambua S, Lee S, Okoth K, Wang Z, Fazla F, et al. Autoimmune diseases and adverse pregnancy outcomes: an umbrella review. *Lancet.* 2023;402(Suppl 1):S84.
25. Skinner-Taylor C, Pérez-Barbosa L, Barriga-Maldonado E, De La Garza JC, Díaz-Angulo JE, Figueroa-Parra G, et al. Reproductive health counseling and contraceptive use in Mexican women with rheumatic diseases. *Rheumatol Int.* 2020;41:409-14.
26. Clowse M. Pregnancy intention among women with SLE and other rheumatic diseases. *Lupus Sci Med.* 2021;8(1):e000491.
27. Aguiar F, Costa R, Brito I. Contraceptive counseling and use among women with systemic lupus erythematosus at risk for unplanned pregnancy. *Ann Rheum Dis.* 2019;78:1165.
28. Gioia C, Lucchino B, Tarsitano M, Iannuccelli C, Di Franco M. Dietary habits and nutrition in rheumatoid arthritis: can diet influence disease development and clinical manifestations? *Nutrients.* 2020;12(5):1456.
29. López-Olmedo N, Jonnalagadda S, Basto-Abreu A, Reyes-García A, Alish C, Shamah-Levy T, et al. Adherence to dietary guidelines in adults by diabetes status: results from the 2012 Mexican National Health and Nutrition Survey. *Nutrients.* 2020;12.
30. Kahveci A, Demircan SK. Nutritional status in patients with late-onset rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *Anti-Aging Eastern Europe.* 2025;4(1):34-44. doi: 10.56543/aaeu.2025.4.1.05.
31. Rego de Figueiredo I, Taulaigo A, De Carvalho MV, Silva-Nunes J. Nutritional status in rheumatoid arthritis. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2023;33(2):369-75.
32. Huang L, Huang Y, Liu M, Huang Q, Ji Z, Sun S, et al. The connection between nutritional status and disease activity in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2022;81(Suppl 1):1241-2.
33. Boussaâ H, Souissi D, Miladi S, Fazaa A, Yasmine M, Souabni L, et al. Impact of rheumatoid arthritis disease activity on patient's nutritional status. *Ann Rheum Dis [Internet].* 2023;82(1):AB0246. Disponible en: https://ard.bmjjournals.org/content/82/Suppl_1/13072

34. Philippou E, Petersson S, Rodomar C, Nikiphorou E. Rheumatoid arthritis and dietary interventions: systematic review of clinical trials. *Nutr Rev*. 2021;79(4):410-28.
35. Nikiphorou E, Philippou E. Nutrition and its role in prevention and management of rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev*. 2023;22(7):103333.
36. Bekar C, Armağan B, Sari A, Ayaz A. Evaluation of serum total antioxidant level, nutritional status and Mediterranean diet adherence of adult women with rheumatoid arthritis: a case-control study. *Br J Nutr*. 2025;133:239-45.
37. Kędra J, Seror R. Cancer screening in chronic inflammatory rheumatic diseases. *Joint Bone Spine*. 2023;90(4):105557.
38. Jeziorski K. Cancer and rheumatic diseases: methodological and clinical pitfalls in searching links between these diseases. *Nowotw J Oncol*. 2022;72(3):190-4. doi: 10.5603/NJO.a2022.0023.
39. Turesson C, Matteson E. Malignancy as a comorbidity in rheumatic diseases. *Rheumatology*. 2013;52(1):5-14.
40. Batista NVR, Valdez R, De Melo Silva EMV, Melo T, Pereira J, Warnakulasuriya S, et al. Association between autoimmune rheumatic diseases and head and neck cancer: systematic review and meta-analysis. *J Oral Pathol Med*. 2023;52(5):357-64.
41. Huebner A, Bartsch V, Standfest K, Knitza J, Schett G. Rheumatic diseases and beyond: the KOMO-R study on comorbidities, cancer screening and vaccination patterns. *Ann Rheum Dis*. 2024;83(Suppl 1):2090-1. doi: 10.1136/annrheumdis-2024-eular.1501.
42. Beurai-Weber M, Jaussent A, Cailar G, Picot M, Roubille F, et al. Impact of a systematic screening of multimorbidities in patients with chronic inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis*. 2018;77:1723-4.
43. Papp K, Harraoui B, Kumar D, Marshall J, Bissonnette R, Bitton A, et al. Vaccination guidelines for patients with immune-mediated disorders on immunosuppressive therapies. *J Cutan Med Surg*. 2018;23:50-74.
44. Alnaimat F, Sweis J, Jansz J, Modi Z, Prasad S, AbuHelal A, et al. Vaccination in the era of immunosuppression. *Vaccines (Basel)*. 2023;11(9):1446.
45. Lopez A, Mariette X, Bacheler H, Belot A, Bonnotte B, Hachulla E, et al. Vaccination recommendations for the adult immunosuppressed patient: a systematic review and comprehensive field synopsis. *J Autoimmun*. 2017;80:10.
46. Jansen M, Rondaan C, Legger G, Minden K, Uziel Y, Toplak N, et al. EULAR/PRES recommendations for vaccination of paediatric patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases: update 2021. *Ann Rheum Dis*. 2022;82:35-47.
47. See K. Vaccination for the prevention of infection among immunocompromised patients: a concise review of recent systematic reviews. *Vaccines (Basel)*. 2022;10(5):800.
48. Kashiwado Y, Kimoto Y, Ohshima S, Sawabe T, Irino K, Nakano S, et al. Immunosuppressive therapy and humoral response to third mRNA COVID-19 vaccination with a six-month interval in rheumatic disease patients. *Rheumatology (Oxford)*. 2024;63(3):725-33.
49. Prendecki M, Clarke C, Edwards H, McIntyre S, Mortimer P, Gleeson S, et al. Humoral and T-cell responses to SARS-CoV-2 vaccination in patients receiving immunosuppression. *Ann Rheum Dis*. 2021;80:1322-9.
50. Agca R, Heslinga S, Rollefstad S, Heslinga M, McInnes I, Peters M, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. *Ann Rheum Dis*. 2016;76:17-28.
51. Hansildaar R, Vedder D, Baniaamam M, Tausche A, Gerritsen M, Nurmohamed M. Cardiovascular risk in inflammatory arthritis: rheumatoid arthritis and gout. *Lancet Rheumatol*. 2021;3(1):e58-e70.
52. Zegkos T, Kitas G, Dimitroulas T. Cardiovascular risk in rheumatoid arthritis: assessment, management and next steps. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2016;8:101-16.
53. Johri N, Varshney S, Ganda S, Maurya A, Mittal P, Jangra S, et al. Association of cardiovascular risks in rheumatoid arthritis patients: management, treatment and future perspectives. *Health Sci Rev*. 2023;8:100108. doi: 10.1016/j.hsr.2023.100108.
54. DeMizio D, Geraldino-Pardilla L. Autoimmunity and inflammation link to cardiovascular disease risk in rheumatoid arthritis. *Rheumatol Ther*. 2019;7:19-33.
55. Panoulas V, Kitas G. Pharmacological management of cardiovascular risk in chronic inflammatory rheumatic diseases. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2020;13:605-13.
56. Bedeković D, Bošnjak I, Bilić-Ćurčić I, Kirner D, Šarić S, Novak S. Risk for cardiovascular disease development in rheumatoid arthritis. *BMC Cardiovasc Disord*. 2024;24(1):291.

Medical-family clinical history: description of composition, functionality, typology, life cycle and patterns of 100 families

Historia clínica médico-familiar: descripción de composición, funcionalidad, tipología, ciclo vital y patrones familiares de 100 familias

Yeyetsy G. Ordóñez-Azuara^{1*} , Raúl F. Gutiérrez-Herrera¹ , Raymundo Herrera-Hernandez¹ , Maricruz J. Montelongo-Rodríguez¹ , Hector M. Riquelme-Heras¹ , and Heber A. Rodriguez-Ondarza² 

¹Departamento de Medicina Familiar; ²Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, Mexico

ABSTRACT: **Background:** Family medicine aims to restore family health, but there remains a paucity of clinical practice in daily family assessment. **Objective:** Describe the composition, functionality, typology, life cycle and family patterns of 100 Mexican families. **Material and methods:** Observational, cross-sectional, descriptive study with non-probability convenience sampling of 100 families consulted at DMFHUUANL in Monterrey, Nuevo León, Mexico (2022-2023). **Results:** The majority were women (65%), 20-29 years old (26%), single (40%), housewives (34%), and catholics (60%), consulting for pain and gastrointestinal symptoms (26%). The predominant family composition was 4+1 (25%), and 81% functional. Family typology: simple nuclear (37%), nuclear integrated by PPH (49% according to the 2005 Consensus and 36% by DMFUANL), 61% traditional, 88% services, 100% urban. According to Family Life Cycle (FLC): 25% retirement and death (Geyman), 26% placement platform (Duvall), 33% contraction (WHO). 98% presented family repetition patterns. This determination facilitated the identification of families in need of work with families (35%). **Conclusions:** Family compositions of 4+1 and 5+1 sizes were more functional; the simple nuclear typology, an integrated nucleus that subsists through services persists in this urban area; the contraction phase of the FVC according to WHO predominated. Frequent family patterns were bachelor's degree, housewife, alcoholism, and diabetes mellitus.

Keywords: Family. Family composition. Family relations. Family health. Medical history taking.

RESUMEN: **Antecedentes:** La medicina familiar procura restaurar la salud familiar, pero persiste poca práctica clínica de evaluación cotidiana de la familia. **Objetivo:** Describir composición, funcionalidad, tipología, ciclo vital y patrones familiares de 100 familias. **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, descriptivo, muestreo no probabilístico a conveniencia, de 100 familias consultadas en DMFHUUANL en Monterrey, Nuevo León, México (2022-2023). **Resultados:** La mayoría: mujeres (65%), 20-29 años (26%), solteros (40%), amas de casa (34%), católicos (60%), consultando por dolor y síntomas gastrointestinales (26%). La composición familiar predominante fue 4+1 (25%) y 81% de funcionalidad. Tipología familiar: nuclear simple (37%), núcleo integrado por PFH (49% por Consenso 2005 y 36% por DMFUANL), 61% tradicional, 88% servicios, 100% urbana, por Ciclo Vital Familiar (CVF) 25% retiro y muerte (Geyman), 26% plataforma de colocación (Duvall), 33% contracción (OMS). El 98% presentaron patrones de repetición familiar, esta determinación facilitó identificar familias que necesitan trabajo con familias (35%). **Conclusiones:** Hubo más funcionalidad en la composición familiar de tamaño 4+1 y 5+1, la tipología nuclear simple, núcleo integrado que subsiste por servicios persiste en esta zona urbana; predominó la fase contracción del CVF por OMS. Los patrones familiares frecuentes fueron la licenciatura, ama de casa, alcoholismo y diabetes mellitus.

Palabras clave: Familia. Composición familiar. Relaciones familiares. Salud familiar. Historia médica-familiar.

***Correspondencia:**

Yeyetsy G. Ordóñez-Azuara
E-mail: yeyetsy_10@hotmail.com

Date of reception: 06-06-2025

Date of acceptance: 09-09-2025

Disponible en internet: 15-12-2025

Rev Mex Med Fam. 2025;12:135-145

DOI: 10.24875/RMF.25000073

INTRODUCTION

The goal of family medicine is to address problems that affect family health, understood as complete biopsychosocial well-being –the balance and interaction among its components and the family's capacity to adapt as a group– considering the family as an integrated system and part of society. This vision is achieved through education, assistance, and patient-centered research contextualized to the family¹⁻³.

Family physicians resolve more than 80% of health needs; however, despite clinical guidelines, maintaining homeostasis and restoring family health remains a challenge. Although these professionals possess biomedical clinical skills, family assessment is not a routine part of daily practice due to limited undergraduate training, insufficient clinical aptitude in the family approach, a mechanistic medical model within the health system, and time constraints during consultations, all of which result in low empathy when working with families³⁻⁵.

Working with families is a planned family medicine intervention aimed at improving or restoring family health through a systematic, collaborative medical methodology. This approach requires a family medicine assessment that, from a systemic perspective, allows identification of key structural and sociodynamic aspects of the family from the outset. Therefore, the initial assessment should include at minimum the evaluation of basic elements such as family typology, composition, functionality, life cycle, and patterns of familial repetition. These components are essential for effective family assessment and intervention, facilitating the restoration of family health⁶⁻⁹.

The objective of this study was to describe family composition, functionality, typology, life cycle, and patterns of familial repetition in 100 families of patients attending specialty consultations in a Department of Family Medicine in Mexico, with the aim of guiding the initial approach to family-centered care^{9,10}.

MATERIALS AND METHODS

We conducted an observational, descriptive, exploratory, cross-sectional study in patients attending the Family Medicine Department (DMFHU) of *Universidad Autónoma de Nuevo León* (UANL) (Nuevo León, Mexico). The DMFHUUANL has conducted “Family Work” for more than 13 years and was the only consolidated program within the National Register of Quality Graduate Programs in Mexico. Since 2021, it has been accredited by the *Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología* (CONACYT, now SECIHTI) as the only internationally competitive postgraduate program in Family Medicine. It is located in northeastern Mexico and provides care to the general population¹⁰.

Authorization was obtained from *Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”* Research Ethics Committee (registry No. MF21-00008; CONBIOÉTICA-19-CEI-001-20160404).

Consultations, surveys, and interviews were conducted with 100 index patients (duration, 45-60 minutes each) to determine family characteristics using a family medical history. A nonprobabilistic convenience sampling method was applied for this exploratory descriptive study with a sample of 100 families. Eligible participants were new patients aged ≥ 18 years who provided informed consent. Patients with reported cognitive impairment were excluded. Five families were excluded due to incomplete survey data. The index patient was defined as the family member seeking family medical attention (the primary source of family information) at the DMFHUUANL between May 2022 and June 2023.

VARIABLES AND MEASUREMENT INSTRUMENTS

Sociodemographic characteristics, family composition and functionality, typology, life cycle, and patterns of familial repetition were determined using semistructured interviews,

Table 1. List of instruments used in the family medical history and their respective determinations

Instruments	Determination
Questionnaire of sociodemographic characteristics	Sex, age, marital status, occupation, religion, place of residence, and reason for consultation
Family composition	Perception of family size
Family APGAR	Perception of family functionality
Genogram	Typology, life cycle, and pattern of familial repetition

the general clinical record of the DMFHUUANL, and the family medical record.

Family assessment was structured for a systemic approach to identify aspects of family structure according to McGoldrick and Gerson's categories 1-3: (1) family structure; (2) family life cycle; (3) generational repetition patterns; (4) family life events and functioning; (5) relational patterns and triangles; and (6) family balance and imbalance. Based on expert recommendations from the DMFHUUANL, the basic elements selected for initial family assessment included: (a) sociodemographic characteristics and reason for consultation; (b) family composition table; (c) family functionality according to composition; and (d) family genogram^{2,6,9,11}.

Family composition was determined using the family composition table (Ordóñez et al., 2022, modified version), which identifies each member's role, name, age, sex, education, occupation, religion, and illnesses as reported by the index patient, as well as overall family size^{6,12}.

Family functionality was assessed using the Family APGAR, a brief screening tool with reliability comparable to FACES or FF-SIL. Developed by Smilkstein in 1978, the Family APGAR evaluates 5 dimensions of perceived family functioning: (1) Adaptation – the ability to use intra- and extrafamilial resources to resolve problems during stress or critical events; (2) Partnership – the involvement of family members in decision-making and problem-solving; (3) Growth – the family's support for physical, emotional, and personal development; (4) Affection – expression

and satisfaction with emotional interactions; and (5) Resolve – the perception of family commitment to sharing time, space, and resources. The instrument has demonstrated reliability (Cronbach $\alpha = 0.71-0.83$) and can be administered via interview or self-report (except in individuals who are illiterate). Each item is rated on a 3-point Likert scale (almost never = 0, sometimes = 1, almost always = 2), yielding total scores of 0-10. Scores > 6 indicate functional families, whereas scores < 6 indicate dysfunction (0-2 severe; 3-6 mild)¹³⁻¹⁵.

Family typology, life cycle, and patterns of repetition were assessed using the genogram, a tool derived from the systemic approach of psychiatrist Murray Bowen (1978) and later standardized by McGoldrick and Gerson. Descriptions by Rakel, Seely, Rogers, and Revilla contributed to its use in family medicine by incorporating biomedical and psychosocial information and establishing symbolic conventions, though no international standardization exists. In this study, the symbols proposed by the *Consejo Mexicano de Medicina Familiar para el Estudio de Salud Familiar* were used^{9,11,16-18}.

The DMFHUUANL medical record was used, and Table 1 lists the instruments employed in the family medical record and their respective measures.

Family types were classified according to the criteria proposed by the 2005 *Consejo Mexicano de Medicina Familiar para el Estudio de Salud Familiar*, and the 2022 DMFHUUANL classification (Table 2)^{12,16,19-21}.

Familial repetition patterns were identified when 2 or more generations shared the

Table 2. Classification of family typology

Family type	Classification	%	Definition
By kinship (Mexican Consensus 2005):			
With kinship:			
	Nuclear		Man and woman without children
	Nuclear simple		Father and mother with 1 to 3 children
	Nuclear large		Father and mother with 4 or more children
	Reconstituted (binuclear)		Father and mother in which one or both are divorced or widowed and have children from a prior union
	Single-parent		Father or mother with children
	Extended single-parent		Father or mother with children, plus other relatives
	Composite extended single-parent		Father or mother with children, plus other persons with and without kinship
	Extended		Father and mother with children, plus other relatives
	Composite extended		Father and mother with children, plus other persons with and without kinship
	Nonparental		Relatives with kinship ties who perform family roles without the presence of parents (eg, uncles and nephews/nieces, grandparents and grandchildren, cousins or siblings, etc)
Without kinship:			
	Extended single-parent without kinship		Father or mother with children, plus other nonrelatives
	Groups similar to families		Persons without kinship ties who perform family roles (eg, groups of friends, students, religious groups, persons living in hospices or nursing homes, etc)
By physical presence in the household (Mexican Consensus 2005):			
	Integrated nucleus		Presence of both parents in the household
	Nonintegrated nucleus		Physical absence of one of the parents from the household
	Ascending extended		Married children or those in a consensual union living in a parent's home
	Descending extended		Parents living in the home of one of their children
By physical presence in the household (Census Household, INEGI Mexico):			
Family household			Household in which at least one member has kinship with the head of household
	Nuclear		Couples without children; parents and children; or only the mother or father with children
	Expanded		Nuclear plus relatives: aunts, cousins, siblings, etc
	Composite		Nuclear or expanded plus at least one nonrelative
	Non-family household		None of the members are related
	One-person		A single person
	Coresidents		Two or more persons without kinship with the head of household

(Continued)

Table 2. Classification of family typology (*continuation*)

Family type	Classification	%	Definition
	By physical presence in the household (DMFHUANL): Home		Household: a unit composed of one or more persons, related or not by kinship ties, who usually reside in the same private dwelling
	One-person		Person living alone
	Couple		Intimate couple living alone (no children)
	Integrated nucleus (IN)		Presence in the household of members of the nucleus (from which the index patient is part or descends) who have children and may or may not live with them
	Nonintegrated nucleus (NNI)		Absence from the household of one or more members of the nucleus (from which the index patient is part or descends); they have children but may or may not live with them
	Fraternal		Only siblings live together
	P, IN, NNI, or fraternal – Composite		Add the word “composite” when, in addition to the integrated or nonintegrated nucleus or fraternal household, other persons and/or non-kin members live in the home
	Expanded (A)		Any couple or nuclear type plus other kin living in the same household
	A – *Composite		Add the word “composite” when, in addition to the expanded household, other persons and/or non-kin members live in the home
	Coresidents		Group of persons who share the same household without kinship and without performing roles/functions similar to a family (eg, nursing homes or orphanages)
	Demography		
	Rural		Place of residence in a population < 2,500 inhabitants
	Urbana		Place of residence in a population ≥ 2,500 inhabitants
	Development		
	Traditional		The father or father figure works and is the household provider
	Modern		The mother or mother figure works

same characteristics regarding education, occupation, substance use, or past medical history.^{6,11,17,20} The family life cycle was determined using the classifications by Geyman, Duvall, the World Health Organization (WHO), and McGoldrick and Carter¹⁻²⁴.

Data were entered into a Microsoft Excel 2022 database and analyzed descriptively using frequency and percentage distributions.

Results were described narratively and presented in tables where appropriate.

RESULTS

A total of 100 index patients were included; most were women aged 20-29 years, single, homemakers, Catholic, and residing in Monterrey. Table 3 illustrates the

Table 3. Description of sociodemographic characteristics of 100 index patients

Sex	Age	Marital status	Occupation	Religion	Place of residence
65% women	26%	40% single	34% homemaker	68% Catholic	52% Monterrey
35% men	22% ≥ 60 years	33% married	20% students	13% none	39% Metropolitan area
	16% 40-49 years	12% consensual union	18% employed	9% Christian	4% Other localities in Nuevo León
	14% 30-39 years	9% widowed	9% unemployed	3% Jehovah's Witness	3% San Luis Potosí
	14% 50-59 years	4% separated	9% merchants	2% Agnostic	1% Coahuila
	8% 10-19 years	4% divorced	4% construction workers	1% Baptist	1% Tamaulipas
			3% retired	Pentecostal	
			2% laborers	Adventist	
			1% day laborer (farmer)	Believer	
100%	100%	100%	100%	100%	100%

n=100.

Table 4. Description of family composition and functionality

Family composition		Functional (81%)	Dysfunctional (19%)
Classification	%		
4 + 1	25%	20	5
5 + 1	23%	21	2
3 + 1	19%	15	4
6 + 1	12%	9	3
2 + 1	9%	5	4
8 + 1	7%	7	0
7 + 1	3%	3	0
1 + 1	2%	1	1
Total	100%	81	19

n=100.

sociodemographic characteristics of the index patients included in the study.

REASONS FOR CONSULTATION

The most frequent reason for consultation (23%) was abdominal pain and/or GI symptoms, followed by pain or lesions of the upper or lower limbs (7%), metabolic control (7%), low back pain (6%), joint pain or stiffness

(5%), groin or genital pain/lesion (5%), general check-up (5%), test interpretation (5%), referral (5%), chest pain (4%), rhinopharyngeal symptoms (3%), urinary symptoms (3%), headache (3%), anxiety (3%), rectal or perianal lesion (3%), skin, hair, or nail disease (2%), stress (2%), nausea (2%), dizziness (1%), syncope (1%), gynecologic symptoms (1%), tremor (1%), jaundice (1%), substance dependence (1%), and work-leave request (1%).

FAMILY COMPOSITION AND PERCEIVED FUNCTIONALITY

The most frequent family composition was 25% with 4 + 1 members. Family functionality, as perceived by the index patient, was rated functional in 81% of families and dysfunctional in the remainder, who were scheduled for follow-up to initiate family work interventions. Table 4 illustrates family composition and corresponding functionality.

FAMILY TYPOLOGY

Family typology was classified as follows:

- By kinship (Mexican Consensus, 2005): nuclear simple (37%), single-parent (15%), nuclear large (14%), reconstituted (12%), extended (11%), extended single-parent (5%), nonparental (2%), nuclear (2%), composite extended (1%), and extended composite single-parent (1%).
- By means of subsistence: services (88%), commerce (11%), and agriculture (1%).
- By physical presence in the household (PFH): integrated nucleus (49%), nonintegrated nucleus (28%), ascending extended (6%), descending extended (6%), and unclassifiable (11%) per the 2005 Mexican Consensus; per DMFHUUANL classification: integrated nucleus (36%), expanded (18%), non-integrated nucleus (14%), couple (11%), single-person (8%), fraternal (6%), co-resident (6%), and composite nonintegrated nucleus (1%).
- By development: 61% traditional and 39% modern.
- By demography: 100% urban.

According to the Family Life Cycle (FLC), most families were in the expansion phase (35%, Geyman), placement platform (26%, Duvall), contraction (33%, WHO), and end-of-life stage (28%, McGoldrick and Carter). Table 5 illustrates the family life cycle distribution of the 100 families.

A total of 98% of families presented at least one familial repetition pattern: 76 in

education, 75 in occupation, 45 in substance use, and 36 in disease history. The most frequent were university education (21%), homemaker occupation (38%), alcoholism (34%), and diabetes mellitus (10%) for each respective category. Table 6 describes these repetition patterns. Thirty-five percent of families met criteria for family work intervention and were scheduled for follow-up in the DMFHUUANL clinic.

DISCUSSION

The family, as a system, is in constant transformation, and the Mexican family is no exception. Over time, it has undergone both structural and sociodynamic changes—a phenomenon documented by psychologists and sociologists but rarely by family physicians. In this study, the family was examined from a family medicine perspective, and the results were consistent with those reported in other disciplines.²⁵⁻²⁷

Ordóñez (2020), Zárate (2022), and Soto (2022) have highlighted the importance of assessing specific family characteristics in certain patient groups, such as adolescents, individuals with breast cancer, migrants, or those with psychiatric disorders, among others. However, in this study, the general patient population was evaluated, with most consultations motivated by biomedical or administrative reasons. Through a systemic approach, information regarding family structure and functionality was collected via the index patient^{6,8,26-28}.

FAMILY COMPOSITION, FUNCTIONALITY, AND TYPOLOGY

Family composition has been measured by some authors according to household members and the presence of the conjugal or nuclear system plus other relatives or nonrelatives, classifying families as nuclear, single-parent, or extended, for instance. However, this seems closer to a typological classification (which is distinct). Therefore, this study adopted the model proposed

Table 5. Classification of 100 families by Family Life Cycle (FLC)

Family life cycle	Classification	%	Categories
The sequence of stages a family goes through from its establishment to its dissolution	GEYMAN	1%	Marriage
		35%	Expansion
		20%	Dispersion
		19%	Independence
		25%	Retirement and death
	DUVALL	2%	I. Beginning of the family
		0%	II. Family with one child (oldest child up to 30 months)
		4%	III. Family with a preschool child (oldest child 30 months to 6 years)
		4%	IV. Family with school-age children (oldest child 6-13 years)
		16%	V. Family with adolescents (oldest child 13-20 years)
		26%	VI. Family as a launching platform (from first to last child leaving)
		14%	VII. Mature families (empty nest)
		18%	VIII. Elderly families
		16%	Not classifiable
World Health Organization (WHO)	McGoldrick and Carter	2%	I. Formation
		10%	II. Extension
		26%	III. Full extension
		33%	IV. Contraction
		20%	V. Complete contraction
		9%	VI. Dissolution
	McGoldrick and Carter	8%	Young single adult (leaving home)
		1%	Couple formation
		8%	Family with children
		16%	Family with adolescents
		10%	Family as launching platform
		14%	Midlife family
		28%	Family at the end of life
		15%	Not classifiable

n = 100.

by Ordóñez et al (2022), evaluating family composition based on the index patient's perception. By means of structured questioning, the patient identified those individuals considered part of their family, listing their roles and characteristics in a family

composition table. This method allowed the recognition of family beyond contractual or biological bonds, incorporating the patient's subjective dimension and determining composition as defined in health sciences descriptors, ultimately quantifying family

Table 6. Familial repetition patterns in 100 families (98%)

Education (76%)	Occupation (75%)	Substance use (45%)	Past medical history (36%)
Bachelor's degree 21%	Homemaker 38%	Alcohol use disorder 34%	Diabetes mellitus 10%
Secondary school 16%	Homemaker and employees 7%	Alcohol and tobacco use 8%	Hypertension 6%
High school 11%	Mason 4%	Tobacco use 3%	Diabetes and hypertension 5%
Primary school 11%	Merchant 4%		Healthy 3%
Primary and secondary 7%	Homemaker and mason 3%		Cancer 2%
High school and bachelor's 3%	Employees 3%		Stroke 2%
Illiterate 2%	Homemaker and farmer 2%		Diabetes with complication 2%
Other (1) 5%	Homemaker and merchant 2%		Hypertension with complication 2%
	Engineer 2%		Other (1) 4%
	Other (1) 10%		

n=100.

size. Pets may be included in this composition, though not in family typology, which is an objective component of family assessment^{6,12,26,27}.

Family dysfunction has been associated with negative impacts on members' health, promoting crises, severe psychological disorders, and risky behaviors. In contrast, proper family functioning acts as a protective factor against various diseases. Family typology and composition may be associated with perceived family functionality. For example, Ordóñez et al found in a case-control study of 437 Mexican families with adolescents that the single-parent typology (OR, 1.7), nonintegrated nucleus (OR, 1.9), and high family poverty (OR, 13.8) were risk factors (with concordant parent and guardian perceptions) for family dysfunction, while nuclear simple (OR, 0.4) and integrated nucleus (OR, 0.5) families were associated with functionality. In the present study, family functionality in relation to composition was evaluated, identifying 81% as functional. However, this result may be biased, as it depends on the patient's perception of their own family composition (eg, whom they consider family). Therefore, we propose complementing this assessment with the Family APGAR applied according to family typology to later compare both approaches^{6,26-29}.

Family structures have evolved over time; however, the nuclear model with children remains predominant, as observed in this study. Nonetheless, family typology is becoming increasingly diverse, and while kinship remains a stable criterion, forms of cohabitation have changed significantly. Using traditional classifications based on physical presence in the household (PFH) described more than 20 years ago, over 10% of families could not be categorized. In contrast, the PFH classification proposed by the DMFHUUANL allowed classification of 100% of cases, highlighting differences where family composition is perceived very differently from family typology^{6,11,20,28,30-32}.

Assessing family functionality in relation to both typology and composition is essential, as each implies different needs.

FAMILY LIFE CYCLE

In this study, lengthening of the Family Life Cycle (FLC) was observed: children remain longer in the parental home, delaying independence and the empty nest stage. Additionally, following separations or divorces, it is common for children (single or with offspring) to return to their parents' home. Increasing life expectancy and caregiving needs have also led to older adults cohabiting with siblings or even with their parents. Furthermore, some patients currently have

no children and/or choose not to have them. These dynamics create family configurations that do not always align with the stages proposed in traditional family life cycles.

New family structures do not always fit within the classical FLC stages. For instance, Duvall's cycle could not be applied in 16% of cases – a finding similar to McGoldrick and Carter's model – while Geyman's classification proved inflexible. In contrast, the WHO model showed greater adaptability, as it does not depend exclusively on marriage. We recommend using the modified WHO family life cycle for care purposes, as it allows integration of new family structures and classification of the index patient from either the family of procreation or the family of origin^{16,20,22,33,34}.

Overall, there remains an urgent need for systematic reviews and expert consensus in family medicine to standardize and update family typology and life cycle classifications, enabling the identification of evolving family structures while remaining inclusive of new family types. Even McGoldrick and Carter's FLC depends on couple formation and the arrival or departure of children. We recommend using different FLC classifications for educational purposes, as they help residents understand the stages and needs corresponding to family developmental tasks. Despite its relevance, few theorists have addressed this topic for contemporary clinical practice, underscoring the significance and value of this study^{1,2,6,9,12,20,32}.

The genogram not only enabled identification of family typology and life cycle but also of familial patterns – recurrent events across two or more generations. In this study, nearly all families exhibited familial repetition patterns, allowing identification of family risk factors. From a medical perspective, substance use disorders and chronic diseases such as diabetes and hypertension were prominent. Given the high prevalence of these patterns, we recommend conducting association studies to identify family characteristics linked to generational repetition of events, contributing to a better understanding of risk factors and potential preventive interventions³³⁻³⁶.

Although not the main objective of this study, more than one-third of patients (35%) and/or their families met criteria to initiate the planned "family work" intervention. The ease with which these criteria were identified using the initial family medical assessment proposed by the DMFHUUANL – applied at the first contact with the index patient – was noteworthy^{2,9}.

CONCLUSIONS

Among 100 Mexican families attending family medicine consultations, most index patients were young, single, female homemakers, Catholic, and residents of Monterrey, who primarily consulted for pain or GI symptoms.

Greater functionality was observed in families with 4 + 1 and 5 + 1 members. The predominant typology was nuclear simple, integrated nucleus, traditional, and service-based urban families. Most families were in the contraction phase of the WHO FLC.

The most frequent generational family patterns were university-level education, homemaker role, alcoholism, and diabetes mellitus.

We recommend analyzing the relationship between family typology and functionality, using the DMFHUUANL classification to identify new family structures by PFH, and employing the Family Life Cycle model best suited to each case to correctly identify developmental tasks. Given the presence of repetition patterns, we suggest conducting case-control or cohort studies to establish associations and design risk-based preventive interventions.

ACKNOWLEDGMENTS

The authors thank the faculty of the Department of Family Medicine at UANL, A.F. Martínez-Rosales, and GEBIMed (Student Group for Bioethics and Research in Medicine) for their collaboration.

FUNDING

The authors declare that this study was conducted with their own resources.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declare no conflicts of interest.

ETHICAL CONSIDERATIONS

Protection of humans and animals. The authors declare that no experiments were performed on humans or animals for this study.

Confidentiality, informed consent, and ethical approval. The authors followed their institution's confidentiality protocols, obtained informed consent from all patients, and received approval from the Research Ethics Committee. The study followed SAGER guideline recommendations, in accordance with its nature.

Statement on the use of artificial intelligence. The authors declare that no generative artificial intelligence tools were used in the preparation of this manuscript.

REFERENCES

1. Flores Martínez A, Pons Álvarez ON. La estructura y funcionalidad familiar en la salud. En: Anzures Carro R, Chávez Águilar V, García Peña MC, Pons Álvarez ON, coordinadores. Medicina familiar. 1^a ed. México: Editorial Corinter; 2024. p. 233–76. ISBN 978-607-7618-98-0.
2. Gutiérrez Herrera RF, Ordóñez Azuara Y, Gómez Gómez C, Ramírez Aranda JM, Méndez Espinoza E, Martínez Lazcano F. Análisis sobre elementos de contenido en medicina familiar para la identidad profesional del médico familiar. *Rev Méd La Paz*. 2019;25(1):58–67.
3. Gutiérrez Herrera RF, Ordóñez Azuara YG. Dignificación y empoderamiento del médico familiar. En: Hernández Ávila F, Farfán Salazar G, coordinadores. Legado Médicos: 25 años de educación continua en Medicina Familiar. 1^a ed. México: Graphstyle Publishers; 2020. p. 132–7. ISBN 978-607-99120-0-0.
4. Martín Zurru A, Jodar Solá G. Atención familiar y salud comunitaria. 3^a ed. España: Elsevier; 2023. ISBN 978-84-1383-280-8.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía para el cuidado de la salud familiar [Internet]. México: IMSS; 2023 [cited 2025 Nov 4]. Available from: <https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/guias-salud>
6. Ordóñez Azuara Y, Gutiérrez Herrera RF, Méndez Espinoza E, Alvarez Villalobos NA, López Mata D, De la Cruz De la Cruz C. Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana. *Aten Primaria*. 2020;52(6):406–13. doi:10.1016/j.aprim.2020.02.011.
7. Rivas Santiago SS. Artículo histórico sobre la terapia familiar y su evolución en la medicina familiar. *Rev Med Fam*. 2022;8:93–100.
8. Zárate Hernández CE, Ovando DL, Ordóñez Azuara YG, Pardo Martínez A, Morales Hidalgo AM, Gutiérrez Herrera RF. Características sociodemográficas, clínicas y familiares de pacientes con trastornos mentales de una unidad médica familiar. *Rev Méd La Paz*. 2022;29(1):27–34.
9. Garza Elizondo T, Gutiérrez Herrera R. Trabajo con familias. Abordaje médico e integral. 3^a ed. México, D.F.: El Manual Moderno; 2015. ISBN 978-607-448-500-4.
10. Ordóñez Azuara YG, Gutiérrez Herrera RF, Ramírez Aranda JM, Montelongo Rodríguez MJ, Correa Chapa RJ, Loyola Rosales LG. Descripción de un programa de intercambio educacional internacional para residentes de Medicina Familiar en México. *Aten Primaria*. 2022;54:102426.
11. McGoldrick M, Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar. 3^a reimp. Barcelona: Gedisa; 2000. ISBN 84-7432-493-9.
12. Estrada Charles Al. Relación de funcionalidad y composición familiar en familias atendidas por el departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" [tesis]. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2022 [cited 2025 Nov 4]. Available from: <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/24482>
13. Roa Aya K, Rodríguez López JI, Aponte Franco SM. Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar: una revisión integrativa. *Rev Cub Cuid Enferm*. 2023;20(1):30–43.
14. Campo-Arias A, Caballero-Domínguez CC. Análisis factorial confirmatorio del cuestionario de APGAR familiar. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2021;50(4):234–7. doi:10.1016/j.rcp.2020.01.003.
15. Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ES. Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR. *Aten Fam*. 2010;17:102.
16. Bocanegra Hernández GT, Navarrete Ortiz AJ, Sánchez Vargas JG, Pérez Hernández A, Rosas Ramos M. Estudio de salud familiar: aborto espontáneo y su impacto en la salud mental. *Innov Desarr Tecnol Rev Digit*. 2024;16(3):1233–41.
17. Rebello L. Genograma familiar. O bistro do Médico de Família. *Rev Port Clin Geral*. 2007;23:309–17.
18. Portillo García Z. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar. *Rev Mex Med Fam*. 2022;9:3–4.
19. Consenso de Medicina Familiar. Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Arch Med Fam*. 2005;7:15–9.
20. Monges Villalba AR, Pavón Fleitas J. Caracterización de la estructura familiar de pacientes que acuden a un servicio de medicina familiar. *Rev Med Fam Comun*. 2024;1(1):44–51.
21. Prados Quel MA. La espiral del ciclo vital familiar. *Form Med Contin Aten Prim*. 2007;14(4):253–61.
22. Organización Mundial de la Salud. Índices estadísticos de la salud de la familia: informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Ginebra: OMS; 1976. Reporte 587:1–91. ISBN 9243205870. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/40938>
23. Moratto Vásquez NS, Zapata Posada JJ, Messager T. Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *Rev CES Psicol*. 2015;8(2):103–21.
24. McGoldrick M, Carter B, Garcia-Preto N, editors. The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives. 3^a ed. Boston: Allyn & Bacon; 2005.
25. Gutiérrez Capulín R, Díaz Otero KY, Román Reyes RP. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia ergo-sum Rev Cient Multidisc Perspectiva* [Internet]. 2016;23(3):219–28 [cited 2025 Nov 4]. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10448076002>
26. Ordóñez Azuara YG. Vulneración del derecho a la salud en familias trasnacionales de la comunidad rural mexicana. En: *Ensayos selectos de bioética*. México: Editorial UNAM; 2020. ISBN 978-607-29-2577-9.
27. Villarreal Zegarra D, Paz Jesús A. Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. *Propósitos Represent*. 2018;5(2):21–64.
28. Soto-Araujo P, Salazar-Orozco F, Ramírez-Leyva DH, Valle-Iribar C, Medina-Serrano JM, Flores-Lujano J. Crisis, funcionalidad y tipología familiar en pacientes con cáncer de mama. *Aten Fam*. 2024;24(1):9–14 [cited 2025 Nov 4]. Available from: https://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/83855
29. Funcionalidad familiar y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Comuni@cción*. 2022;13(2):127–37.
30. Morel S. Family diversity: Updating a household typology in the Swiss Household Panel. *FORS Working Paper Series*. 2023;(2023-00001). Lausanne: FORS; 2023. doi:10.24440/FWP-2023-00001.
31. Solís Nepomuceno D, Fernández Martínez SC, Robledo González M, Tino Parra IA, Damián Morales A, Díaz Ramírez LN. Salud familiar: enfoque integral para transformar vidas y dinámicas. *Innov Desarr Tecnol Rev Digit*. 2025;17(1):531–44.
32. Barrientos-Acosta V, Mendoza-Sánchez HF, Sainz-Vázquez L, et al. Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos. *Arch Med Fam*. 2010;12(3):69–76.
33. Borrego Barrosa AV, Gualdrón Solano EL. Genograma y ecomapa: herramientas de abordaje para el médico familiar. *Desarrollo Econ Soc*. 2021;10(1):44–60. doi:10.38017/23228040.744.
34. Johnston CA, Cavanagh SE, Crosnœ R. Family structure patterns from childhood through adolescence and the timing of co-habitation among diverse groups of young adult women and men. *Dev Psychol*. 2020;56(1):165–79. doi:10.1037/dev0000842.
35. Ordóñez Azuara YG, Gutiérrez Herrera RF, Dorckzac A. Introducción a la coordinación de la parentalidad en el trabajo con familias del médico familiar. 1^a ed. Amazon; 2023. ISBN 979-8863819846.
36. Ordóñez Azuara YG. Pareja tóxica: ¿es amor o padecemos amoralismo? Amazon; 2020. ASIN B08RVBXDF6. ISBN 9798586336996.



Herramientas para la promoción de la salud mental para cada etapa de la vida en atención primaria: una revisión de alcance

Tools for the promotion of mental health across the life course in primary care: a scoping review

César A. Ceja-Martínez^{1,2*} , Marisol Sánchez-Espinosa^{1,2} , Javier I. González-Lucio^{1,2} , María M. Loa-Aguirre^{1,2}

¹Unidad de Medicina Familiar No. 30, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalupe; ²Departamento de Especialidades, División de Ciencias de la Salud, Universidad de Monterrey, Santa Catarina, N.L., México

RESUMEN: **Antecedentes:** La promoción de la salud mental se define como el proceso activo de mantener el bienestar psicológico, diferente de la prevención que se enfoca en un problema particular. Sin embargo, existe escasa literatura sistematizada que ofrezca guías prácticas orientadas a este enfoque, diferenciadas por etapa de vida. **Objetivo:** Identificar y analizar la disponibilidad de publicaciones con recomendaciones prácticas enfocadas en la promoción de la salud mental por grupo etario en atención primaria. **Material y métodos:** Se realizó una revisión de alcance conforme a la metodología propuesta por el Joanna Briggs Institute (JBI). Se consultaron las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science y ProQuest. Dos revisores realizaron de forma independiente todas las fases del proceso de selección. Se incluyeron únicamente publicaciones que abordaran acciones prácticas para fomentar el bienestar psicológico, no orientadas al tratamiento ni a la prevención de trastornos específicos. **Resultados:** De 5,672 registros iniciales, se incluyeron dos estudios: una revisión sistemática y un estudio cualitativo. Ambos proporcionaron estrategias diferenciadas por etapa de vida, como la autorregulación emocional en infancia, meditación en adolescencia, *mindfulness* en adultos y recuperación de experiencias previas en adultos mayores. No se aplicó una evaluación formal de la calidad de las recomendaciones (p. ej., GRADE), en congruencia con la naturaleza exploratoria de las revisiones de alcance. **Conclusiones:** Existe una importante brecha en la literatura científica sobre promoción activa del bienestar mental en atención primaria. Esta ausencia limita la implementación de estrategias preventivas adaptadas para cada etapa de la vida.

Palabras clave: Salud mental. Promoción de la salud. Bienestar psicológico. Atención primaria. Etapas de vida. Revisión de alcance. Guías prácticas.

ABSTRACT: **Background:** Mental health promotion is understood as the active process of creating environments and developing skills that support psychological well-being, whereas the latter refers to the state achieved when an individual experiences emotional balance, a sense of purpose, and resilience. However, little has been systematized regarding practical, age-specific tools aligned with this approach. **Objective:** To identify and analyze the availability of publications with practical recommendations focused on the active promotion of mental well-being by age group in the context of primary care. **Material and methods:** A scoping review was conducted following the methodology recommended by the Joanna Briggs Institute (JBI). Searches were performed in PubMed, Scopus, Web of Science, and ProQuest. Studies were selected and data extracted independently in pairs. Only studies addressing practical strategies to promote psychological well-being (not aimed at treatment or prevention of specific disorders) were included. **Results:** Out of 5,672 initial records, two studies were included: one systematic review and one qualitative study. Both provided life stage-specific strategies, such as emotional self-regulation in childhood, meditation in adolescence, mindfulness in adulthood, and recovery of coping experiences in older adults. No formal assessment of the methodological quality or strength of the recommendations (e.g., via the GRADE system) was conducted, in line with the exploratory nature of scoping reviews. **Conclusions:** There is a significant gap in scientific literature regarding the active promotion of mental well-being in primary care. This absence limits the implementation of preventive strategies tailored to each stage of life.

Keywords: Mental health. Health promotion. Psychological well-being. Primary care. Life course. Scoping review. Practical guidelines.

***Correspondencia:**

César A. Ceja-Martínez
E-mail: cesar.ceja@udem.edu

Fecha de recepción: 16-06-2025

Fecha de aceptación: 20-09-2025

Disponible en internet: 15-12-2025

Rev Mex Med Fam. 2025;12:146-152

DOI: 10.24875/RMF.25000077

INTRODUCCIÓN

La salud mental se define como un estado de bienestar en el que la persona puede afrontar los eventos estresantes de la vida, reconocer sus habilidades, aprender y trabajar de forma eficaz, y contribuir a su comunidad¹. Este concepto ha cobrado una relevancia creciente en el ámbito de la salud pública, especialmente en contextos de alta demanda y vulnerabilidad social^{2,3}.

Por su parte, la promoción de la salud es un proceso político y social integral que busca fortalecer las capacidades individuales y comunitarias para incidir de manera positiva en la salud colectiva^{4,5}. Cuando este enfoque se traslada al ámbito de la salud mental, se define como el conjunto de acciones orientadas a proveer al individuo de habilidades que le permitan incrementar su resiliencia y crear entornos favorables al bienestar psicológico con la finalidad de mantener su bienestar mental sin enfocarse a un problema específico, algo que la diferencia de la prevención, donde se aplican estrategias dirigidas a evitar la ocurrencia de un problema de salud en particular^{6,7}.

Aunque existe una amplia producción científica sobre la prevención de trastornos mentales⁸, son escasas las investigaciones que sistematizan herramientas prácticas para la promoción de la salud mental desde un enfoque positivo y centrado en el curso de vida, entendiendo este último como la utilidad de contar con herramientas para cada etapa de la vida, desde la infancia hasta la vejez⁹. Esta brecha en el conocimiento limita la implementación de intervenciones efectivas y adaptadas a las diferentes etapas de la vida.

Esta situación es particularmente relevante en el primer nivel de atención, donde se estima que el 27.4% de las consultas están relacionadas con problemas de salud mental^{10,11}. No obstante, se estima que hasta un 66.4 % de los adultos jóvenes podría presentar alguna manifestación de afección en su salud mental, lo cual contrasta con la baja proporción de diagnósticos

establecidos, revelando una posible subestimación del problema¹², es decir, aunque muchas personas se perciban libres de cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses, se ha documentado que hasta dos terceras partes podrían portar alguna condición de salud mental no diagnosticada¹³. Esto subraya la urgencia de contar con estrategias de promoción eficaces, que permitan intervenir de forma oportuna, retrasar la aparición de trastornos y mejorar la calidad de vida de las personas. El enfoque de curso de vida, promovido por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), plantea que la salud mental se construye y transforma a lo largo de distintas etapas, desde la infancia hasta la vejez. Cada periodo vital presenta desafíos, transiciones y factores de riesgo particulares, por lo que las intervenciones deben adaptarse a las características propias de cada grupo etario. Esta perspectiva permite diseñar estrategias preventivas más eficaces, centradas en los momentos críticos de desarrollo, y es especialmente útil en el primer nivel de atención, donde la oportunidad de actuar de forma temprana es clave para promover el bienestar mental¹⁴.

Por tal motivo el presente estudio tuvo como objetivo identificar y analizar la disponibilidad de publicaciones que incluyeran recomendaciones prácticas enfocadas en la promoción activa de la salud mental, según cada etapa de la vida, en el contexto del primer nivel de atención.

MÉTODO

Esta revisión de alcance fue desarrollada conforme a las directrices metodológicas del Joanna Briggs Institute (JBI)¹⁵. Aunque el protocolo no se registró en plataformas como OSF o PROSPERO, el diseño se ejecutó con rigor metodológico, y los resultados preliminares se presentaron durante la primera sesión mensual del Colegio de Médicos Familiares del Estado de Nuevo León (COMEFAENL) en enero de 2025¹⁶.

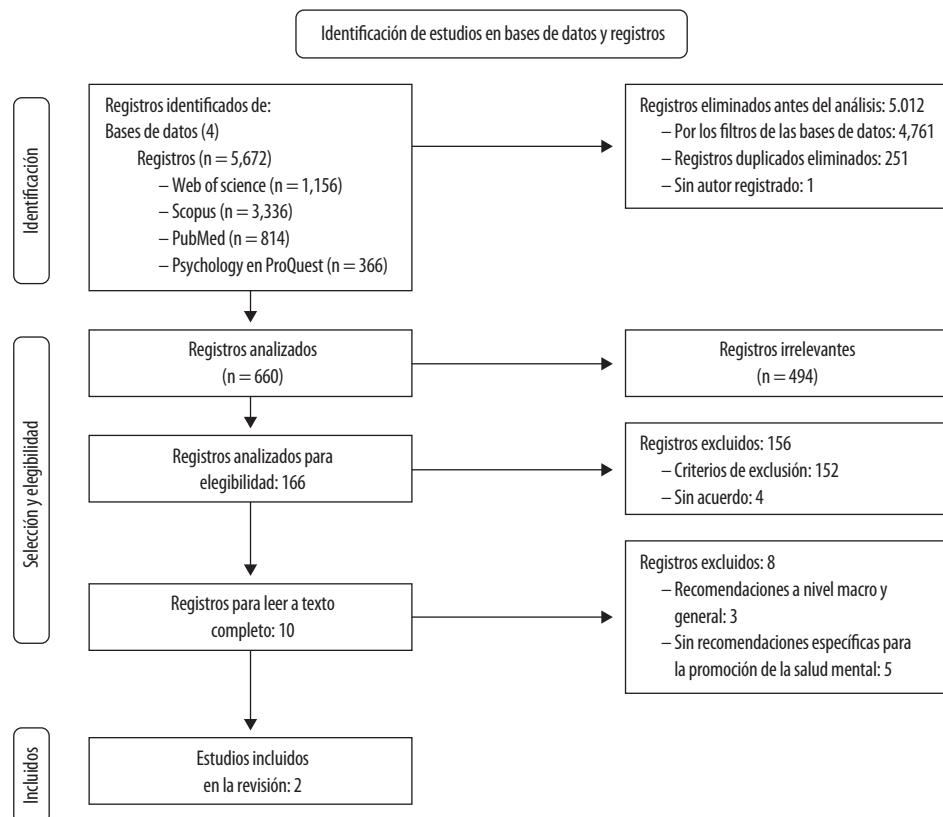


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión se orientaron a identificar estudios que describieran herramientas prácticas basadas en evidencia para la promoción de la salud mental a lo largo del curso de la vida, dentro del primer nivel de atención. Se incluyeron publicaciones que abordaran acciones individuales o grupales dirigidas al bienestar psicológico en cualquier grupo etario. Se aceptaron todos los diseños metodológicos sin restricción de temporalidad.

Se excluyeron estudios centrados en trastornos mentales específicos, poblaciones institucionalizadas o clínicas, intervenciones enfocadas exclusivamente en prevención secundaria o terciaria, campañas masivas, así como aquellos desarrollados fuera del contexto de la atención primaria o relacionados con la pandemia de COVID-19.

La estrategia no fue revisada por un bibliotecario clínico especializado, lo cual representa una limitación. Sin embargo, se

intentó mitigar esta situación mediante la aplicación de los lineamientos PRESS (*Peer Review of Electronic Search Strategies*)¹⁷ por parte del equipo investigador.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se consultaron las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science y Psychology and Behavioral Sciences Collection (ProQuest). Se utilizaron tanto descriptores controlados como términos libres, combinando conceptos relacionados con salud mental, promoción, atención primaria y curso de vida (Apéndice A).

La inclusión de múltiples términos relacionados con el grupo etario (p. ej., *infant*, *child*, *adolescent*, *adult*, *elderly*) se justificó por el objetivo del estudio, centrado en mapear herramientas diferenciadas según la etapa de vida. Aunque esta decisión pudo incrementar el volumen de resultados

Tabla 1. Características de los estudios incluidos en la revisión

Autor	Año	Objetivo	Diseño	Contexto	Participantes
Budd et al. ¹⁹	2021	Sintetizar literatura sobre guías para la promoción de la salud mental	Revisión sistemática	Atención primaria	32 artículos sobre jóvenes y adultos
von Faber et al. ²⁰	2016	Describir percepciones y estrategias de afrontamiento en adultos mayores	Estudio cualitativo	Atención primaria	38 adultos mayores

irrelevantes (ruido), fue necesaria para capturar estudios con estrategias específicas para cada rango etario, en congruencia con el enfoque de curso de vida.

Proceso de selección de estudios

La selección de estudios se llevó a cabo en tres etapas: eliminación de duplicados, evaluación de títulos y resúmenes, y análisis a texto completo. En la primera fase participaron cuatro revisores independientes (CACM, JI-GL, MSE, MMLA). En la segunda y tercera fase, dos revisores aplicaron de forma independiente los criterios de inclusión (CACM, JI-GL). Se realizó una fase inicial de prueba piloto con un subconjunto de referencias para evaluar la consistencia en la aplicación de los criterios de inclusión. Se calcularon los porcentajes de acuerdo y el índice kappa entre revisores antes y después de resolver las discrepancias por consenso. El porcentaje de acuerdo pasó del 86.7 al 97.6 %, y el coeficiente kappa mejoró de 0.34 (acuerdo justo) a 0.82 (acuerdo casi perfecto). Los artículos recuperados se administraron con el gestor bibliográfico EndNote X9, el cual se utilizó para la gestión y análisis de artículos duplicados. El proceso se documentó mediante un diagrama de flujo adaptado para Scoping reviews del modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*)¹⁸ (Fig. 1).

Extracción y síntesis de datos

Se utilizó un formulario estructurado para extraer la siguiente información: autor, año, población objetivo, tipo de intervención, tipo de entorno clínico (atención primaria, primer nivel de atención, etc.) y recomendaciones prácticas. Los hallazgos

se organizaron de acuerdo con el grupo etario al que se dirigía cada estrategia. Conforme a los lineamientos del JBI para revisiones de alcance, no se realizó evaluación crítica de la calidad metodológica de los estudios incluidos, lo cual representa una limitación inherente a este tipo de revisión.

RESULTADOS

Nuestra estrategia de búsqueda permitió recuperar un total de 5,672 registros provenientes de cuatro bases de datos electrónicas: Scopus (n = 3,336), Web of Science (n = 1,156), PubMed (n = 814) y Psychology and Behavioral Sciences Collection de ProQuest (n = 366). Tras aplicar filtros en las bases de datos consultadas (idioma inglés, artículos de menos de 10 años, estudios observacionales), se descartaron 4,761 registros. Posteriormente, se eliminaron 251 duplicados y un registro sin autor. El total restante fue de 660 registros que fueron evaluados por título y resumen, de los cuales se excluyeron 494 por no estar relacionados con el objetivo de esta revisión.

Se seleccionaron 166 estudios para lectura a texto completo. De estos, 156 se excluyeron por no cumplir con los criterios de inclusión y ocho adicionales se descartaron por no contener recomendaciones prácticas específicas relacionadas con la promoción activa del bienestar psicológico. Finalmente, se incluyeron dos estudios en la síntesis final (Fig. 1).

Las características generales de los estudios incluidos se describen en la tabla 1^{19,20}. El primero, publicado en 2021, corresponde a una revisión sistemática que integró 32 guías enfocadas en la promoción del bienestar mental en adolescentes y adultos

jóvenes¹⁹. El segundo, un estudio cualitativo de 2016, exploró estrategias de afrontamiento en adultos mayores desde una perspectiva centrada en atención primaria²⁰.

Ambos estudios ofrecieron herramientas prácticas clasificadas por grupo etario. Las intervenciones identificadas se organizaron según cuatro grupos: niñez, adolescencia, adultez y adultez mayor. En la tabla 2 se resumen las principales estrategias por etapa de vida. En niños se enfatizó el desarrollo de resiliencia y autoestima mediante autorregulación y verbalización emocional. En adolescentes, se destacaron estrategias de afrontamiento, meditación y participación social activa (Tabla 3). En adultos se identificó el programa *Life Balance*, que incluye *mindfulness*, compasión, evaluación de valores personales y resolución de problemas (Tabla 4). Finalmente, en adultos mayores se describió un enfoque basado en la recuperación de experiencias previas de afrontamiento exitoso, promoviendo la exploración clínica de recursos internos validados por el propio paciente (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Hallazgos principales

Los hallazgos de esta revisión de alcance permitieron identificar herramientas prácticas basadas en evidencia para la promoción de la salud mental en el contexto de la atención primaria. A partir de las búsquedas comprensivas en las bases de datos, se logró recuperar un total de dos estudios relevantes que abordaron diversas estrategias dirigidas a la promoción de la salud en diferentes grupos etarios^{19,20}. Entre las herramientas más destacadas se encuentran la resiliencia y la autoestima en niños, habilidades de afrontamiento en adolescentes, meditación y ejercicios de compasión en adultos jóvenes¹⁹, así como estrategias de afrontamiento basadas en experiencias previas en adultos mayores²⁰. Estos dos resultados sobresalieron en nuestra investigación por subrayar el rol clave de los profesionales

Tabla 2. Estrategias de promoción de la salud mental según la etapa de vida

Etapa de vida	Estrategias clave
Niñez	Resiliencia, autoestima, autorregulación emocional
Adolescencia	Afrontamiento, meditación, participación social
Aduldez	<i>Mindfulness</i> , autocompasión, reflexión de valores
Aduldez mayor	Exploración de experiencias previas y recursos internos

Tabla 3. Intervenciones prácticas en adolescentes

Herramienta	Descripción
Meditación	Técnica de atención plena para manejo emocional
Contacto social	Participación en grupos o actividades con pares
Expresión emocional	Promoción del diálogo abierto sin juicio
10 pasos para la salud mental	Estrategia estructurada que incluye hablar, mantenerse activo, crear, aprender y pedir ayuda

Adaptada de Budd et al.¹⁹.

Tabla 4. *Life Balance Program* en adultos

Componente	Función
<i>Mindfulness</i>	Reducción de estrés y autorregulación
Compasión	Mejora de autoimagen y relaciones interpersonales
Evaluación de valores	Identificación de metas personales significativas
Resolución de problemas	Manejo activo de obstáculos personales

Adaptada de Budd et al.¹⁹.

de atención primaria como promotores de salud mental.

Comparación con la literatura

Aunque nuestro estudio identificó únicamente dos publicaciones, este hallazgo resulta relevante, ya que confirma la escasez de literatura sobre la promoción de la salud mental. Como lo señala Rosenthal, la

Tabla 5. Promoción de la salud mental en adultos

Enfoque	Aplicación clínica
Recuperación de experiencias previas	Indagar cómo enfrentó situaciones difíciles en el pasado
Validación interna	Fortalecimiento del sentido de competencia y autonomía
Preguntas clínicas	«¿Cómo ha superado eventos similares antes?», «¿Qué le ayudó en ese momento?»

Adaptada de von Faber et al.²⁰.

publicación de investigaciones con resultados limitados, nulos o negativos es fundamental para evitar el sesgo de *file-drawer*, el cual tiende a generar percepciones inexactas acerca de avances favorables en un campo de conocimiento. En este sentido, la difusión de estudios como el presente no solo aporta a la visibilización de vacíos en la evidencia, sino que también contribuye a una representación más equilibrada y rigurosa del estado actual de la investigación en esta área²¹.

Implicaciones para la práctica clínica e investigación

La presencia de solo dos estudios relevantes resalta una brecha importante en la literatura científica. No obstante, su análisis sugiere que existen estrategias aplicables a diferentes etapas de la vida que podrían incorporarse a la consulta cotidiana de medicina familiar. La sistematización de estas herramientas representa un primer paso hacia la integración formal de la salud mental en programas de promoción del primer nivel de atención. En consecuencia, se requiere investigación adicional que documente y evalúe la implementación contextualizada de estas estrategias en entornos reales, así como estudios que valoren la calidad de las recomendaciones mediante esquemas como GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*).

Limitaciones

Entre las principales limitaciones metodológicas de esta revisión destaca la imposibilidad de haber contado con un asesor experto en salud mental, lo cual pudo haber restringido la validación de los criterios de inclusión. Además, aunque se consultó la base de datos Psychology and Behavioral Sciences

Collection, su visión es limitada en comparación con PsycINFO. También se identificaron restricciones en el acceso a bases como EMBASE, y no se contó con asesoría bibliotecaria experta para la elaboración de la estrategia de búsqueda, lo cual pudo influir en la exhaustividad de los estudios recuperados. Asimismo, uno de los estudios incluidos fue una revisión sistemática que emitió recomendaciones prácticas, sin embargo no se realizó una evaluación formal de su calidad metodológica ni de la solidez de las recomendaciones (p. ej., mediante el sistema GRADE), lo cual es coherente con la naturaleza de las revisiones de alcance²², pero al mismo tiempo limita la posibilidad de valorar su aplicabilidad en la práctica clínica.

Fortalezas

A falta de un bibliotecario clínico, se optó por seguir las disposiciones del estándar PRESS 2015 para asegurar la calidad en la formulación de la estrategia de búsqueda. Estos aspectos fortalecen la validez de los hallazgos obtenidos.

CONCLUSIÓN

Esta revisión de alcance pone en evidencia la escasa existencia de herramientas prácticas basadas en evidencia para la promoción de la salud mental en el primer nivel de atención, adaptadas a distintas etapas del ciclo vital. Las estrategias identificadas (como el fomento de la resiliencia y la autoestima en niños, el desarrollo de habilidades de afrontamiento en adolescentes, la práctica de meditación y compasión en adultos jóvenes, y la recuperación de experiencias previas en adultos mayores) muestran un potencial

relevante para ser implementadas en la consulta médica cotidiana.

Sin embargo, la recuperación de solo dos trabajos relevantes refuerza la necesidad de realizar investigaciones más rigurosas, específicas sobre la promoción de la salud mental en el contexto de atención primaria y que evalúen su aplicabilidad en atención primaria para preservar y fortalecer la salud mental de la población.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Colegio de Médicos Familiares del Estado de Nuevo León A.C. por permitirles mostrar resultados preliminares en su sesión mensual de enero de 2025.

FINANCIAMIENTO

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

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

CONSIDERACIONES 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, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Salud Mental [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2023. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1
- Gibbons RD, Olfson M, Saulsberry L, Edlund MJ, Zangeneh S, Bareis N, et al. Social vulnerability and prevalence and treatment for mental health and substance use disorders. *JAMA Psychiatry*. 2024;81(10):976-84. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2024.1870
- Jeste DV, Pender VB. Social determinants of mental health: recommendations for research, training, practice, and policy. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(4):283-4.
- Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa, Canadá: Organización Mundial de la Salud; 1986.
- Organización Mundial de la Salud. Carta de OTTAWA. Ottawa, Canadá: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
- McGovern R, Balogun-Katung A, Artis B, Bareham B, Spencer L, Alderson H, et al. The effectiveness of preventative interventions to reduce mental health problems in at-risk children and young people: a systematic review of reviews. *J Prev*. 2024;45(4):651-84. doi: 10.1007/s10935-024-00785-z
- Betancur CB, Ochoa DAR, López BEA. Experiencias de promoción de la salud mental en países latinoamericanos: ¿de qué promoción se trata? *Revista de Psicología (Universidad de Antioquia)*. 2020;12(1):111-33. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.v12n1a06>
- García FM, Calvo-Reyes M, Rodríguez-Cobo I. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. España: Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad; 2020.
- Kirkwood T, Bond J, May C, McKeith I, Teh M-M. Mental capital and wellbeing: making the most of ourselves in the 21st century [Internet]. UK: Government Office for Science; 22 oct 2008. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/mental-capital-and-wellbeing-making-the-most-of-ourselves-in-the-21st-century>
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-27. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617
- World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization; 2001.
- Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(10):778-83. doi: 10.1136/jech.57.10.778
- Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evid Synth*. 2020;18(10):2119-26. doi: 10.11124/JBIES-20-00167
- Vázquez Cubos G. Sesión en vivo: Herramientas basadas en evidencia para cuidar la mente en cada etapa de la vida [Internet]. Facebook: Colegio de Medicina Familiar del Estado de Nuevo León, A.C.; 2025. Disponible en: <https://www.facebook.com/share/p/14GRFsargzU/>
- McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *J Clin Epidemiol*. 2016;75:40-6. doi: 10.1016/j.jclinepi.2016.01.021
- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. doi: 10.7326/M18-0850
- Budd M, Iqbal A, Harding C, Rees E, Bhutani G. Mental health promotion and prevention in primary care: What should we be doing vs. what are we actually doing? *Mental Health & Prevention*. 2021;21:200195. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2020.200195>
- von Faber M, van der Geest G, van der Weele GM, Blom JW, van der Mast RC, Reis R, et al. Older people coping with low mood: a qualitative study. *Int Psychogeriatr*. 2016;28(4):603-12. doi: 10.1017/S1041610215002264
- Rosenthal R. The file drawer problem and tolerance for null results. *Psychological Bulletin*. 1979;86(3):638.
- Peters MDJ, Marnie C, Colquhoun H, Garrity CM, Hempel S, Horsley T, et al. Scoping reviews: reinforcing and advancing the methodology and application. *Syst Rev*. 2021;10(1):263. doi: 10.1186/s13643-021-01821-3