



# LIBRO DE RESÚMENES

Congreso sin marca, sin auspicio de la industria

## XXVI Congreso Chileno de Medicina Familiar

MEDICINA FAMILIAR: CUIDANDO PERSONAS,  
CONSTRUYENDO COMUNIDADES SALUDABLES

COQUIMBO, REGIÓN DE COQUIMBO  
20 AL 22 DE NOVIEMBRE 2025

# COMITÉ XXVI CONGRESO CHILENO DE MEDICINA FAMILIAR

## PRESIDENTA

Dra. Alejandra Lagos Kramm

## INTEGRANTES

Dr. Luis Felipe Acevedo  
Dr. José Leonardo Barrera  
Dra. Gina Brun Mautino  
Dra. Diana Cáceres Vásquez  
Dra. Gladys Caro Lovera  
Dra. Andrea Didier Castillo  
Dra. Macarena Moral López  
Dra. Mónica Niveló Clavijo  
Dra. Lorena Olivarez Yankovic  
Dra. Natalia Orellana Manzano  
Dra. Mariela Quiroz Olave  
Dr. Sebastián Vicencio Macaya  
Dr. Alejandro Villalobos San Martín



# PREMIOS CATEGORÍA INVESTIGACIÓN

## PRIMER LUGAR

### **Perspectiva de género en la formación de residentes ¿Cómo lo estamos haciendo? estudio de caso de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile**

Magdalena Vera Alarcon<sup>1</sup>, Solange Rivera Mercado<sup>2</sup>, Evelyn Gómez Barraza<sup>2</sup>, Daniela Nuñez González<sup>2</sup>, Paz Uribe Copier<sup>1</sup>

(1) Pontificia Universidad Católica de Chile, Medicina Intensiva, Santiago, Chile

(2) Pontificia Universidad Católica de Chile, Medicina Familiar, Santiago, Chile

#### **Introducción:**

La Organización Mundial de la Salud reconoce al género como un determinante social de la salud que influye en comportamientos, resultados y en la respuesta de los sistemas sanitarios frente a las desigualdades. La formación médica debe integrar esta perspectiva para garantizar atención equitativa e inclusiva, especialmente hacia poblaciones marginadas. Sin embargo, su incorporación en la educación de posgrado en Chile aún es poco conocida y limitada.

#### **Objetivos:**

Analizar la integración de la perspectiva de género en los programas de especialidades médicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile, a través de: (1) examinar perfiles de egreso en relación con la equidad de género, (2) identificar instancias curriculares que la incorporan, (3) reconocer barreras y facilitadores para su inclusión y (4) proponer estrategias de fortalecimiento.

#### **Materiales y Métodos:**

Se realizó un Estudio de Caso Colectivo con enfoque cualitativo. Incluyó análisis documental de 66 programas de especialidades médicas, siete entrevistas semiestructuradas y cuatro grupos focales con autoridades, docentes y residentes. La información se analizó mediante análisis temático, apoyado en el software NVivo.

#### **Resultados:**

El 97% de los programas menciona la atención centrada en el paciente y el 92% la dignidad como principio formativo; en contraste, la diversidad aparece en 48% y la perspectiva de género explícita sólo en 12%. Se evidenció una integración curricular fragmentada, dependiente del interés individual de los docentes. Entre las barreras destacan desconocimiento conceptual, ausencia de lineamientos formales, sesgos culturales y falta de normativas claras sobre embarazo y crianza. Como facilitadores se identifican la disposición de residentes y docentes, experiencias previas en algunas especialidades (medicina familiar, psiquiatría, oncología) y el reconocimiento de la relevancia clínica de esta perspectiva.

#### **Conclusiones:**

La incorporación de la perspectiva de género en la formación de especialistas es incipiente y heterogénea. Se requieren políticas institucionales claras, módulos obligatorios en residencia, capacitación docente y estrategias de sensibilización transversal. Fortalecer este enfoque permitirá mejorar la equidad en salud, asegurar atención inclusiva y preparar profesionales capaces de responder a los desafíos

clínicos y sociales asociados al género.

Keywords: Género, Educación médica, Postgrado

Financing: Concurso Internacional De Investigación En Educación Médica Para Postgrado

References: Khamisy-Farah R, Bragazzi NL. How to Integrate Sex and Gender Medicine into Medical and Allied Health Profession Undergraduate, Graduate, and Post-Graduate Education: Insights from a Rapid Systematic Literature Review and a Thematic Meta-Synthesis. *J Pers Med*. 2022 Apr 11;12(4):612. doi: 10.3390/jpm12040612. PMID: 35455728; PMCID: PMC9026631. Hankivsky O. Women's health, men's health, and gender and health: implications of intersectionality. *Soc Sci Med*. 2012 Jun;74(11):1712-20. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.029. Epub 2012 Jan 25. PMID: 22361090. Género y salud [Internet]. [cited 2024 Apr 29]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender> Abdalla ME, Taha MH, Onchonga D, Magzoub ME, Au H, O'Donnell P, et al. Integrating the social determinants of health into curriculum: AMEE Guide No. 162. *Med Teach* [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 24];46(3):304-16. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0142159X.2023.2254920> Stutzin, S., Baeza, P., Salinas, J., Larraguibel, M., & Castillo, C. (2007). Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*, 135(6), 708-717. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872007000600004> Kling, J.M.; Rose, S.H.; Kransdorf, L.N.; Viggiano, T.R.; Miller, V.M. Evaluation of sex- and gender-based medicine training in post-graduate medical education: A cross-sectional survey study. *Biol. Sex Differ*. 2016, 7, 38. Valenzuela A. Perspectiva social y trato al usuario en carreras de salud: Análisis a Mallas Curriculares de Pregrado. En: Congreso Internacional de Educación en Ciencias de la Salud editores. Resúmenes de Trabajos Presentados. Concepción: CIECS; 2019. p. 128 Patton MQ. *SAGE Publications*. 2014 [cited 2024 Apr 29]. *Qualitative Research & Evaluation Methods* | SAGE Publications Inc. Available from: <https://us.sagepub.com/en-us/sam/qualitative-research-evaluation-methods/book232962> Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* [Internet]. 2006 [cited 2024 Apr 29];3(2):77-101. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=uqrp20>

## SEGUNDO LUGAR

### Evaluación de los factores que afectan la utilización de servicios de salud de atención primaria en los residentes de Tabolango: un estudio del Hospital Santo Tomás de Limache

Andrea Bermeo Pesantez<sup>1</sup>

(1) Univesidad de Valparaíso, Medicina Familiar, Medicina, Angamos 655, Oficina 1107, Reñaca, Viña del Mar, Viña del Mar, Chile

#### Introducción

Las comunidades rurales en Chile enfrentan desafíos particulares de acceso a la Atención Primaria de Salud (APS), reflejo de inequidades estructurales observadas también a nivel internacional. Tabolango, localidad rural de la comuna de Limache (1.351 habitantes), ilustra de manera crítica este fenómeno: al 2024, solo 90 residentes estaban inscritos en el Hospital Santo Tomás de Limache (HSTL), lo que representa un 0,49% del total de inscritos, pese a que la prevalencia estimada de enfermedades crónicas no transmisibles en la localidad alcanza el 43,9%. Esta brecha sugiere una proporción importante de personas sin diagnóstico ni control adecuado. Factores como distancia, transporte insuficiente, limitaciones económicas y desconocimiento de la oferta sanitaria han sido descritos como barreras en contextos rurales.

#### Objetivo general

Explorar y analizar los factores que influyen en la baja utilización de los servicios de APS del HSTL por parte de los residentes de Tabolango.

#### Objetivos específicos

Identificar los lugares donde reciben atención quienes no consultan en el HSTL.

Analizar determinantes sociales, económicos, geográficos y logísticos que condicionan la utilización de los servicios.

Evaluar el nivel de satisfacción de los habitantes que han recibido atención en el HSTL.

#### Materiales y métodos

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal entre mayo y agosto de 2025. Se aplicó una encuesta estructurada a 100 residentes  $\geq 18$  años, mediante muestreo por conveniencia y bola de nieve, complementado con visitas puerta a puerta. El cuestionario incluyó variables sociodemográficas, presencia de enfermedades crónicas, uso de servicios de salud, barreras de acceso y nivel de satisfacción (escala Likert). Se efectuó un análisis descriptivo (frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y dispersión) en Microsoft Excel. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Científico del Hospital Gustavo Fricke, con exención de consentimiento informado por riesgo mínimo; la participación fue voluntaria y anónima.

#### Resultados

La muestra incluyó 100 residentes de Tabolango, mayoritariamente mujeres (72%) y adultos mayores (33%). El 68% de los encuestados reportó al menos una enfermedad crónica, principalmente hipertensión (35%), dislipidemia (28%) y diabetes (15%). Solo un 41% declaró atenderse en el Centro Adosado de Atención Primaria de Salud (CAAPS) del HSTL, incluyendo un 1% que utiliza exclusivamente la atención móvil mensual

desplegada en Tabolango con un equipo multidisciplinario; el resto recurrió a CESFAM Concón (23%), Quillota (15%) o servicios privados (19%). Las principales barreras de acceso fueron la escasez de transporte (50%), los horarios incompatibles (25%) y el costo del traslado (24%); además, un 41% de los usuarios del CAAPS del HSTL señaló haber dejado de asistir a consultas por falta de recursos económicos. En cuanto a satisfacción, un 53% se declaró satisfecho o muy satisfecho, aunque un 27% refirió experiencias negativas, principalmente asociadas a largos tiempos de espera. Entre los aspectos positivos, se destacó la atención móvil mensual en Tabolango (15%) y la disposición del personal de salud (14%).

### **Conclusiones**

La baja inscripción y utilización del CAAPS del HSTL en Tabolango refleja una brecha crítica entre carga de enfermedad y acceso efectivo, condicionada por determinantes sociales, económicos y logísticos. A pesar de estas limitaciones, la comunidad valora fuertemente las rondas móviles y la dedicación del personal, lo que constituye una oportunidad para fortalecer la atención primaria en contextos rurales. En conjunto, los hallazgos muestran que la baja utilización de los servicios responde tanto a factores internos del sistema de salud (largos tiempos de espera, dificultades de agendamiento, experiencias negativas) como a determinantes externos, principalmente transporte insuficiente y limitaciones económicas, que exceden las competencias directas del CAAPS del HSTL pero condicionan fuertemente el acceso. Estos resultados refuerzan la necesidad de implementar estrategias intersectoriales que aborden transporte y accesibilidad económica, junto con mejoras en agendamiento, continuidad de cuidados y consolidación de dispositivos móviles comunitarios, en coherencia con los principios del MAIS y la equidad en salud.

**Keywords:** Atención Primaria de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud.

**Financing:** Este estudio no recibió financiamiento externo.

**Acknowledgments:** Expreso mi más sincero agradecimiento a la Dra. Jeannette Guerra y a la Dra. Carolina Reyes, quienes me brindaron una valiosa tutoría durante el desarrollo de esta investigación, así como a los residentes de Tabolango por su disposición y colaboración para participar en esta investigación, sin los cuales no hubiera sido posible recoger los datos y conocer las realidades del territorio.

**References:** Montenegro, H. y Verdugo, A. (2016). Redes integradas de servicios de salud-RISS- basadas en la atención primaria enfrentando la fragmentación. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.ssmsoc.cl/tmpArchivos/comunicaciones/CIRA/2016/2016%20Julio/Herramienta%20valoracion%20RISS%20Dra.%20Verdugo.pdf> Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2024). Orientación técnica programa modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Recuperado de <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/894/18.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Lavanderos, A. (2016). Concepto y descripción de la red asistencial chilena. *Situaciones Clínicas*. *Situaciones Clínicas*. Obtenido de <https://sintesis.med.uchile.cl/condiciones-clinicas/salud-publica/salud-publica-situaciones-clinicas/13050-concepto-y-descripcion-de-la-red-asistencial-chilena> Engida, Y., Jones, M., San Pau, L., Walsh, S., Jones, S., May, E., & Gillam, M. (2024). Impacto de la ruralidad en la utilización de la atención sanitaria entre los residentes australianos entre 2009 y 2021. *Journal of Rural Health*. <https://doi.org/10.1111/jrh.12884> Strasser, R. (2003). La salud rural en el mundo: desafíos y soluciones. *Family Practice*, 20(4), 457-463. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm422> Garza-Elizondo, ME, Salinas-Martínez, AM, Núñez-Rocha, GM, Villarreal Ríos, E., Vásquez-Treviño, MG, & Vásquez-Salazar, MG (2008). Accesibilidad geográfica para la detección temprana de enfermedades crónico-degenerativas. *Revista Médica de Chile*, 136(12), 1574-1581. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008001200011> Tulimiero, M. G. (2021). Superando

las barreras al acceso a la atención médica en las comunidades rurales latinas: un modelo innovador en el este del Valle de Coachella. *The Journal of Rural Health*, 37(3), 635-644. Núñez, A., & Manzano, CA (2021). Identificación de barreras locales de acceso a servicios de salud en Chile desde un enfoque comunitario. *Expectativas de salud* 25(1), <https://doi.org/10.1111/hex.13371> Brown, L., Cambron, C., Poste, WS y Brandt, EJ (2024). El papel de los determinantes sociales de la salud en la enfermedad cardiovascular aterosclerótica. *Informes actuales de aterosclerosis*, 26, 451-461. <https://doi.org/10.1007/s11883-024-01226-2> Bazualdo Fiorini, E., & Contreras Rivera, R. (2022). La importancia de las barreras de acceso y equidad en la atención de los servicios de salud. *Ciencia Latina, Revista Multidisciplinaria*, 6(6), 973-998. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.3590](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3590) Organización Mundial de la Salud. (2023). Enfermedades no transmisibles. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> Organización Mundial de la Salud. (2020). Monitoreo de avances en materia de las enfermedades no transmisibles. Recuperado de <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240000490> Peña-Silva, RA y Reyes-González, JS (2024). Siguiendo la ruta trazada por la Organización Mundial de la Salud: innovación para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles. *Biomédica. Revista del Instituto Nacional de Salud*, 44(1), 1. <https://doi.org/10.7705/biomedica.7603> Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2022). Estrategia nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2030. Recuperado de <https://cens.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-al-2030.pdf> Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2012). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria: Dirigido a equipos de salud. Recuperado de <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/1057?show=full> García-Huidobro, D., Barros, X., Quiroz, A., Barría, M., Soto, G., & Vargas, I. (2018). Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e160. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160> Nadal Agost, C., Alarcón, V., Flores, J., Jiménez, C., Leyton, P., Maza, B., Miranda, G., Sotomayor, J., & Urzúa, I. (2021). La medicina familiar en el modelo integral de salud en Chile. *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 15(3).

## TERCER LUGAR

### Prevalencia y caracterización sociodemográfica y clínica de las personas mayores de 65 años con necesidad de cuidados paliativos de Centros de Atención Primaria de Salud de la comuna de Providencia.

Natalia Elizabeth Fernández Alicera<sup>1</sup>, Sascha Kurz de Armas<sup>1</sup>, Cristóbal Nicolás Galindo Martínez<sup>1</sup>, Mónica Niveló Clavijo<sup>1</sup>, Ana María Palomino Pérez<sup>1</sup>

(1) Universidad de Chile, Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Santiago, Chile

#### Introducción:

El envejecimiento poblacional y la alta carga de enfermedades crónicas en Chile hacen prioritario identificar oportunamente a personas con necesidades de cuidados paliativos (NCP) en la Atención Primaria (APS)<sup>1</sup>. La literatura internacional estima una prevalencia de NCP entre 8–17,3% según la población<sup>2,3</sup>, con baja cobertura: solo 5,5–29% está ingresado a cuidados paliativos (CP)<sup>4,5</sup>. En Chile, la demanda estimada para 2021 fue de 116.464,4 en total<sup>6</sup>, cifra menor a lo descrito internacionalmente.

#### Objetivo principal:

Determinar la prevalencia y caracterización sociodemográfica y clínica de las personas mayores de 65 años con NCP inscritas en Centros de APS de Providencia.

#### Material y Métodos:

Se realizó un estudio transversal para estimar la prevalencia de NCP y caracterizar a la población  $\geq 65$  años inscrita en los 3 CESFAM de Providencia hasta diciembre de 2024 (n=18.090). Criterios de inclusión: Examen de Medicina Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM) vigente en los últimos 12 meses. Exclusión: fallecidos e imposibilidad de contacto. Se calculó una muestra aleatoria de 169 personas mediante fórmula de aproximación de Poisson (IC95%, precisión  $\pm 5\%$ , prevalencia esperada 10%, no respuesta 20%). La recolección se efectuó con encuesta, ficha clínica y aplicación del SPICIT<sup>TM</sup>-ES-CL (positivo:  $\geq 2$  indicadores generales +  $\geq 1$  clínico). Se eligió por estar validado en Chile<sup>7</sup>, con buena sensibilidad/especificidad y sin la "pregunta sorpresa", que introduce sesgo<sup>8</sup>. El análisis descriptivo se realizó mediante frecuencias y proporciones. Para las comparaciones se aplicaron pruebas  $\chi^2$  y Mann-Whitney U en jamovi. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Científico del SSM Oriente.

#### Resultados:

Se incluyeron 138 personas  $\geq 65$  años; 24 con NCP (17,4%). Este grupo presentó edad media 85,3 años (mediana 84; 70–107), mayoría mujeres (n=17),  $< 12$  años de estudio (n=15), católicos (n=20), jubilados (n=22) y viviendo con familiar (n=13). Clínicamente destacaron demencia (n=14) como diagnóstico principal, alta complejidad ECICEP (n=17) y dependencia en EMPAM (n=18). En análisis comparativo: grupo con NCP presentaba mayor edad ( $p < 0,00001$ , Mann-Whitney); no así diferencias por sexo ( $p = 0,184$ ). Hubo asociación con viudez ( $\chi^2 = 14,0$ ;  $p = 0,015$ ), baja escolaridad ( $\chi^2 = 8,32$ ;  $p = 0,004$ ), riesgo ECICEP ( $\chi^2 = 8,75$ ;  $p = 0,033$ ), dependencia EMPAM ( $\chi^2 = 86,9$ ;  $p < 0,001$ ) y diagnóstico principal demencia ( $\chi^2 = 58,1$ ;  $p < 0,001$ ) para el grupo con NCP. No hubo diferencias en consultas a urgencia ( $p = 0,06$ ). De 24 personas con NCP, 3 tenían atención en CP (12,5%); calculando brecha estimada: 87,5%.

Conclusiones: En centros de APS comunal se evidenció carga relevante de NCP en personas mayores, con alta vulnerabilidad (demencia, complejidad ECICEP 3, dependencia EMPAM). NCP se asoció a viudez y baja escolaridad. La brecha de cobertura (87,5%) respalda la pesquisa activa en estos grupos en APS, derivación temprana a CP y planificación de recursos para personas mayores con demencia, dependencia y multimorbilidad, fortaleciendo continuidad de cuidados en el territorio. Se hace necesario que cada equipo pueda buscar la prevalencia en sus comunidades.

### Referencias

- Martínez-Sanguinetti MA, Leiva-Ordoñez AM, Petermann-Rocha F, Celis-Morales C. ¿Cómo ha cambiado el perfil epidemiológico en Chile en los últimos 10 años? *Rev Méd Chile*. 2021;149:11-20. doi:10.4067/S0034-98872021000100149
- Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care: a cross-sectional study. *Palliat Med*. 2014;28:302-11. doi:10.1177/0269216313518266
- Hamano J, Oishi A, Kizawa Y. Prevalence and characteristics of patients at risk of deteriorating and dying in primary care. *J Pain Symptom Manage*. 2019;57(2):266-72. e1. doi:10.1016/j.jpainsymman.2018.11.006
- Cooper AL, Mazzer J, Martin-Robins D, Brown JA. Point prevalence study of palliative care need and referral rates in adult inpatients. *J Clin Nurs*. 2022;31:3144-54. doi:10.1111/jocn.16148
- Köstenberger M, Neuwersch S, Weixler D, Pipam W, Zink M, Likar R. Prevalence of palliative care patients in emergency departments. *Wien Klin Wochenschr*. 2019;131:404-9. doi:10.1007/s00508-019-1530-5
- Leniz J, Domínguez A, Bone AE, et al. Past trends and future projections of palliative care needs in Chile. *BMC Med*. 2024;22:350. doi:10.1186/s12916-024-03570-1
- Farfán-Zuñiga X, Zimmermann-Vildoso M. Cultural adaptation and validation of SPICT-ES™ in Chilean older adults. *BMC Palliat Care*. 2022;21:223. doi:10.1186/s12904-022-01111-2
- Xie Z, Ding J, Jiao J, Tang S, Huang C. Screening instruments for early identification of unmet palliative care needs: systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*. 2023. doi:10.1136/spcare-2023-004465

Keywords: cuidados paliativos, prevalencia

Acknowledgments: Queremos agradecer al Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar por dar la instancia y guía para la realización del proyecto de Investigación. A nuestras tutoras de Investigación y al director del CESFAM A. Leng por las gestiones realizadas. Recibimos financiamiento del IV Concurso de Proyectos de Investigación del DAPSF 2024 para Médicos Residentes/Becados del Programa de Especialización en Medicina General Familiar. Dichos recursos se destinaron para el pago a honorarios de una enfermera que pudiese realizar el trabajo en terreno.



# PREMIOS CATEGORÍA EXPERIENCIA

## PRIMER LUGAR

### “Mi Clan”: Juego de cartas como herramienta de comunicación en consejería familiar

Andrés Inostroza Morales<sup>1</sup>, Constanza Benavides De La Roza<sup>2</sup>, Vania Vlahovic González<sup>2</sup>

(1) Universidad de Chile, Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Avenida José Miguel Carrera 3100, San Miguel, Santiago, Chile

(2) CESFAM Recreo, Darío Salas 5270, San Miguel, Santiago, Chile

#### Antecedentes

La comunicación familiar constituye un determinante relacional fundamental en la salud física y mental de las personas. Las dificultades en la comunicación al interior del sistema familiar se asocian frecuentemente a conflictos no resueltos, malestar psicológico, menor adherencia a tratamientos médicos y menor cohesión en momentos de crisis. En el contexto de la atención primaria de salud, la medicina familiar posee un rol privilegiado para abordar estos fenómenos, especialmente a través de la consejería familiar y la aplicación del enfoque biopsicosocial.

Durante el acompañamiento clínico en formato de consejería a una familia índice con importantes dificultades comunicacionales, se evidenció la necesidad de encontrar estrategias terapéuticas que permitieran la participación de todos sus miembros. Esta familia presentaba una composición etaria muy variada, con integrantes desde los 5 años hasta los 65 años, lo que representaba un desafío para lograr que cada persona tuviera voz durante las sesiones de consejería. Ante esta realidad, surgió la idea de desarrollar una estrategia lúdica accesible para todas las edades que facilitara la comunicación efectiva.

#### Objetivos

El objetivo principal fue diseñar e implementar una herramienta terapéutica lúdica que favorezca la comunicación familiar en el contexto de la atención primaria. Como objetivos específicos se planteó promover la expresión emocional, la empatía, la escucha activa y la resolución de conflictos en contextos de consejería familiar, además de explorar una nueva metodología de intervención coherente con el modelo biopsicosocial.

#### Desarrollo

A partir del acompañamiento clínico a esta familia, se desarrolló “Mi Clan”, un juego de cartas creado específicamente para contextos de atención primaria. El proceso incluyó revisión de literatura, diseño y construcción por parte de un residente de medicina familiar, para luego ser presentado a instancias de evaluación y modificación con apoyo de psicóloga y terapeuta ocupacional del equipo de atención primaria. El juego fue posteriormente sometido a prueba piloto con la familia índice.

El juego consta de 72 cartas divididas en seis categorías temáticas: “Cuidarme y cuidarte” (autocuidado), “Conectados” (conexión interpersonal), “Arreglémoslo juntos” (resolución de conflictos), “Lo que siento” (expresión emocional), “Te escucho y te veo” (escucha activa), e “Imagina” (metáforas y simbolismo, expresión creativa). Adicionalmente se incluyeron 12 cartas especiales para niños de 5 años en adelante, promoviendo la participación intergeneracional.

Cada carta propone una acción, pregunta o dinámica breve, redactada para ser comprensible por personas de distintos niveles educativos y edades. El lenguaje, diseño gráfico e instrucciones fueron pensados para estimular un clima cálido, respetuoso y participativo.

## Resultados

La experiencia fue aplicada en una consejería familiar real con excelentes resultados percibidos tanto por los participantes como por el profesional a cargo. Se observó inmediata disposición a la expresión emocional, aparición de narrativas familiares previamente no conocidas, apertura al reconocimiento mutuo de necesidades y generación de un ambiente de respeto y juego compartido.

Como indicadores de logro se registró participación activa de todos los miembros, cumplimiento completo de las rondas propuestas y retroalimentación positiva espontánea expresada en comentarios como “nos abrimos a conversar cosas que en el día a día no salen”; “quisiera que siempre estuviésemos así, como hoy”; y “es bueno darse el tiempo para comunicarse”.

El producto concreto incluye el desarrollo completo del juego “Mi Clan” con diseño gráfico, instrucciones detalladas, cartas categorizadas y caja de presentación. Se ha iniciado la exposición del juego en el contexto académico, esperando llevarlo a instancias de validación formal a futuro.

## Conclusiones

“Mi Clan” representa una herramienta innovadora, viable y coherente con los principios de la medicina familiar y el enfoque biopsicosocial. Al incorporar el juego como vehículo para la conversación profunda, se espera lograr mejoras concretas en la comunicación intrafamiliar del grupo intervenido. La experiencia demuestra que estrategias lúdicas cuidadosamente diseñadas pueden facilitar intervenciones familiares en atención primaria.

Esta propuesta resulta replicable en otros centros de salud familiar y se proyecta como contribución original al trabajo clínico del médico de familia en Chile, cumpliendo exitosamente con los objetivos planteados y abriendo nuevas posibilidades para el abordaje terapéutico de las familias en el ámbito de la salud pública.

Keywords: Gamification, Communication, Family practice, Primary Health Care

Financing: Sin financiamiento externo.

References: 1. Kelchner VP, Campbell LO, Howard C, Bensinger J, Lambie GW. The Influence of School-Based Family Counseling on Elementary Students and Their Families. *Fam J.* 2020;28(3):273-82. 2. Batte B, Sheldon JP, Arscott P, Huisman DJ, Salberg L, Day S, et al. Family Communication in a Population at Risk for Hypertrophic Cardiomyopathy. *J Genet Couns.* 2015;24(2):336-48. 3. Emmanuella N, Omoboye M, Eneh NE, Titor-Addingi C. Communication patterns and marital satisfaction: A review of English language discourse in family counseling. *World J Adv Res Rev.* 2024;21(2):1-12. 4. Silva S, Baitelo TC, Fraccolli L. Primary Health Care Evaluation: the view of clients and professionals about the Family Health Strategy. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015;23(5):979-87. 5. Searight H. Counseling Patients in Primary Care: Evidence-Based Strategies. *Am Fam Physician.* 2018;98(12):719-28. 6. Borins M, Holzapfel S, Tudiver F, Bader E. Counseling and psychotherapy skills training for family physicians. *Fam Syst Health.* 2007;25(4):382-91. 7. Çelikcan G. First Line Family Therapy Throughout the World and in India. *EJMS.* 2019;4(2).

## PRIMER LUGAR

### “Estrategia escuela sana de Tirúa, una experiencia de trabajo con escuelas en la promoción de la salud”

Nicolás Mora Gonzalez<sup>1</sup>, Maria Cecilia Torrijos<sup>2</sup>, Constanza Herrera<sup>1</sup>, Omar Fariña<sup>2</sup>, Ingrid Perlo<sup>1</sup>, Susana Acevedo<sup>1</sup>, Gedalia Liempi<sup>2</sup>, Nadia Ramos<sup>1</sup>, Nadia Muñoz<sup>1</sup>

(1) CESFAM Isabel Jimenez Riquelme, Atahualpa sin número, Tirúa, Chile

(2) Municipalidad de Tirúa, Tirúa, Chile

#### **Introducción:**

Los diagnósticos participativos son la base para la construcción de políticas locales en salud, basadas en las necesidades de la comunidad. En la comuna de Tirúa en el año 2023, a partir de un diagnóstico participativo comunal, se identificaron 16 grandes problemas dentro de los cuales destacan malos hábitos alimentarios y sedentarismo. Considerando que estas problemáticas surgen a temprana edad, asociado a los altos índices de malnutrición por exceso en población infantil y adolescente en esta comuna y que existe un contexto normativo regional, nacional y local que permiten abordar estas temáticas como una política pública local, se plantea establecer una estrategia promocional de salud a nivel escolar.

#### **Objetivo:**

Implementar una estrategia municipal a nivel de todas las escuelas de la comuna de Tirúa que ponga énfasis en la promoción de hábitos de alimentación saludable y actividad física.

#### **Metodología:**

Se diseñó una estrategia municipal intersectorial entre departamentos de desarrollo social, educación y salud, en la cual los colegios podían optar por la obtención de un sello de “Escuela sana de Tirúa”, para lo cual las escuelas interesadas debían comprometerse a cumplir, en un plazo de 1 año, 9 componentes centrados en acciones que promovieran hábitos de alimentación saludable y actividad física. Para su cumplimiento un equipo multiprofesional orientaría y posteriormente evaluaría a cada uno de los establecimientos participantes.

#### **Resultados o conclusiones:**

De las 21 escuelas de la comuna, 17 se comprometieron a participar; de estas solo 13 lograron alcanzar la obtención del sello “Escuela sana de Tirúa”, las cuales cubren al 90% del alumnado de la comuna. Estas escuelas fueron reconocidas, premiadas por este importante logro y serán un foco de trabajo durante 2 años, periodo en el cual se intervendrá de manera más profunda en los objetivos planteados. Se espera que, al finalizar este periodo, puedan recertificarse como escuelas sanas de Tirúa.

Este proceso, gatillado por una necesidad de la comunidad, ha permitido generar un avance importante en promover estilos de vida más saludables en niños, niñas y adolescentes de la comuna, así como también ha sido una experiencia que realza la importancia del trabajo intersectorial en la gestión de políticas locales en salud, así como también en la promoción de la salud a nivel escolar.

Keywords: escuelas promoción salud alimentación

Financing: Esta estrategia es parte de una apuesta municipal, con recursos humanos dependientes del departamento de salud municipal, la oficina de promoción la salud y representantes de departamento de educación. También participan funcionarios del departamento de comunicaciones. Recibe recursos del presupuesto anual de la oficina de promoción de la salud con la cual se compran colaciones o insumos para algunas actividades que la estrategia organiza.

Acknowledgments: A las comunidades escolares de cada una de las escuelas que forman parte de la estrategia escuela sana de Tirúa y todos los funcionarios municipales que colaboran para que esta estrategia funcione y salga adelante.

References: MINSAL, 2013. Orientaciones técnicas, Estrategia establecimientos educacionales promotores de salud. PAHO, 2003. Escuelas Promotoras de la Salud, Fortalecimiento de la Iniciativa Regional. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012. Serie Promoción de la Salud N° 4. Washington.

## SEGUNDO LUGAR

### Activos comunitarios en La Legua. Reconociendo, conectando y recomendando los activos comunitarios de nuestro territorio

Macarena Carvajal Gallardo<sup>1</sup>, Carla Nauto Reyes<sup>1</sup>, Katarina Contreras Espinoza<sup>1</sup>, Nicolás Toro Flores<sup>1</sup>, Christian Pedreros Meléndez<sup>1</sup>, Kevin Reyes González<sup>1</sup>, Valentina López Santibáñez<sup>1</sup>, Mónica Arancibia Ulloa<sup>1</sup>, Andrea Araneda Martínez<sup>1</sup>, Karina Alarcón Soto<sup>1</sup>, Miguel Solís Rivera<sup>1</sup>

(1) CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi

#### ANTECEDENTES

La participación social constituye un factor protector de la salud y un eje central en la Atención Primaria, pues promueve el empoderamiento ciudadano, fortalecimiento de redes y sentido de identidad barrial. En la comuna de San Joaquín, particularmente en los sectores de La Legua Vieja, Nueva y Emergencia, se presentan importantes desafíos sociales y sanitarios que hacen necesario visibilizar los recursos comunitarios disponibles. A pesar de la amplia existencia de organizaciones sociales, hasta antes de esta experiencia no se contaba con herramientas sistematizadas para su reconocimiento y difusión, ni con mecanismos formales que facilitaran su recomendación en la práctica clínica.

En respuesta a esta brecha, el equipo de participación y promoción del CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi y del CECOSF Martín Henríquez, junto con la comunidad, desarrollaron un trabajo basado en el modelo de salud comunitaria centrada en activos de Morgan y Ziglio (2007).

#### OBJETIVO GENERAL

Fomentar la participación social como factor protector de salud mediante el reconocimiento y difusión de recursos comunitarios del territorio del CESFAM y su CECOSF, bajo el enfoque de salud comunitaria basada en activos, promoviendo el empoderamiento ciudadano, la participación en la toma de decisiones y el fortalecimiento de la identidad barrial.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Elaborar con la mesa de salud comunitaria un libro y mapa de activos comunitarios. Realizar el lanzamiento del libro y mapa y su difusión junto a la comunidad. Iniciar la recomendación comunitaria en atenciones de salud mediante un recetario de activos comunitarios.

Organizar encuentros mensuales de activos comunitarios para diagnóstico de necesidades, planificación y evaluación del trabajo.  
Planear recorridos territoriales por las sedes de los activos comunitarios.

#### DESARROLLO

El trabajo se implementó entre 2021 y 2025 ajustando la metodología del mapeo de activos de salud en una comunidad de Botello (2013) a la realidad local:  
Fase 1: Formación del grupo promotor de salud, integrado por funcionarios, dirigentes, representantes y vecinos. Se conformó la Mesa de Activos Comunitarios.  
Fase 2: Diagnóstico territorial, considerando entorno físico, características demográficas

y socioeconómicas, además de los principales problemas de salud, para priorizar necesidades a trabajar.

Fase 3: Planificación del mapeo mediante cartografía social y posterior georreferenciación, con criterio de un año mínimo de existencia para validar los activos.

Fase 4: Mapeo de activos, mediante entrevistas, grupos de discusión y recorridos territoriales.

Fase 5: Conexión entre activos y acción, con presentaciones en encuentros comunitarios, capacitaciones en salud y actividades de prevención y promoción.

Fase 6: Difusión, a través de videos, y el lanzamiento del libro y mapa de activos comunitarios.

Fase 7: Recomendación comunitaria, incorporando la prescripción de activos en atenciones clínicas a partir de septiembre 2025.

## RESULTADOS

Se crearon productos concretos que fortalecen la articulación entre comunidad y salud: Mapa de Activos Comunitarios: geolocaliza organizaciones, instituciones y espacios significativos del territorio reconocidos por los vecinos.

Libro de Activos Comunitarios: compila la descripción y contactos de 80 organizaciones (sociales, clubes deportivos, agrupaciones culturales, religiosas, educativas, de salud, entre otras). Fue lanzado el 3 de septiembre con participación de autoridades locales, ministeriales, equipo de salud y organizaciones. Se imprimieron de 250 ejemplares financiados mediante la adjudicación de un fondo del Programa de Cuidados Comunitarios en APS del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Recetario de Activos Comunitarios: herramienta para recomendar espacios comunitarios en la práctica clínica, fomentando la participación como parte del proceso de salud.

Mesa de Activos Comunitarios: consolidada a través de encuentros mensuales abiertos. Además de trabajar en el libro y mapa, se transformó en un espacio de diagnóstico, planificación de actividades educativas y recreativas y de fortalecimiento organizacional.

Recorrido anual en micro antigua: iniciado en 2021, consiste en visitar las sedes de los activos comunitarios, promoviendo el conocimiento de su historia y trabajo en el territorio.

## CONCLUSIONES

La experiencia permitió visibilizar los recursos comunitarios mediante un mapa, un libro y la recomendación comunitaria, favoreciendo el reconocimiento de los activos comunitarios tanto por parte de la comunidad como del equipo de salud. Además creó un espacio de vinculación entre los activos comunitarios.

En el corto plazo, se ha conseguido integrar la participación social al quehacer sanitario; en el mediano y largo plazo, se proyecta consolidar la promoción de factores protectores durante todo el ciclo vital, reforzar identidad y cohesión social, y profundizar el vínculo entre población y Atención Primaria con un enfoque comunitario e integral.

Keywords: Activos comunitarios, Salud comunitaria, Mapeo de activos

Financing: Sin financiamiento para esta publicación/presentación. Para la impresión y lanzamiento del libro se adjudicó el fondo del Programa de Cuidados Comunitarios en APS del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

References: Morgan A, Ziglio E. (2007) Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ. Suppl* 2:17-22. doi: 10.1177/10253823070140020701x. PMID: 17685075. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, Cofiño, R. (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 180- 183. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.006>

## TERCER LUGAR

### Plan Kelluen: una estrategia participativa e intersectorial de preparación ante emergencias en zonas rurales.

Rodrigo Maldonado Veas<sup>1</sup>, Carla Contreras<sup>2</sup>

(1) Universidad Austral de Chile, Programa de especialización en Medicina Familiar Comunitaria, Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, Valdivia, Chile

(2) Municipalidad de Valdivia, Secretaría Comunal de Planificación, Programa para Pequeñas Localidades, Valdivia, Chile

#### Introducción:

La localidad de Curiñanco, situada en la comuna de Valdivia, se caracteriza por su belleza natural, su identidad rural y un notable crecimiento poblacional en los últimos años (1,2). Sin embargo, estas mismas características han dado lugar a desafíos territoriales y sociales que se intensifican frente a eventos de emergencia, como temporales, incendios forestales, derrumbes (3) o situaciones de salud que requieren atención urgente. En este contexto, la comunidad ha expresado una creciente preocupación por la falta de organización, la escasa señalización, la desorientación en pasajes sin nombre y la limitada preparación colectiva para enfrentar riesgos. Frente a este escenario, el Plan de Emergencia Comunitario – “Plan Kelluen” cuyo significado en mapuzungun es “Ayúdame”, surge a raíz de un análisis situacional de salud y un diagnóstico participativo impulsado por la Posta de Salud Rural (PSR) de Curiñanco, en conjunto con el Programa para Pequeñas Localidades (PPL) de la Municipalidad de Valdivia.

#### Objetivo general:

Mejorar la preparación y orientación ante emergencias en la comunidad rural de Curiñanco, comuna de Valdivia, durante los años 2025 y 2026.

#### Objetivos específicos:

Contribuir a la orientación territorial y la identificación de viviendas mediante la implementación participativa de códigos de georreferenciación.

Consolidar capacidades comunitarias para la preparación ante emergencias y el conocimiento de las distintas instituciones de emergencia disponibles en la comuna.

#### Desarrollo:

Se utilizó como marco teórico el Plan Familia Preparada de SENAPRED (4), el Manual del participante del programa CERT (5) y la iniciativa códigos de emergencia del Servicio de Salud del Reloncaví (2023 - 2024).

Para la evaluación de la intervención se fijaron indicadores y cumplimiento de metas específicas por actividad, se elaboró una encuesta electrónica al inicio de las actividades. Dentro de los verificadores de utilizaron listas de asistencia, fotografías y videos.

Desde junio de 2025 se organizaron dos talleres para la obtención de códigos de emergencia utilizando la herramienta Google Plus Code, posteriormente se dispuso de un formulario para inscribir las viviendas y sus códigos de emergencia. Se organizaron 4 encuentros en los meses siguientes, donde se invitó a distintas instituciones (SAMU

Los Ríos, Compañía de Bomberos, Retén de Carabineros, Dirección de emergencias y desastres) para generar vinculación con la comunidad, además se abordaron diversas temáticas y la realización de talleres prácticos. Como facilitadores de las actividades estuvieron funcionarios de la PSR de Curiñanco y del PPL de la municipalidad.

### **Resultados:**

Obtención de códigos de emergencia, ha existido una inscripción de viviendas a la fecha de un 45% de la meta propuesta para 2025.

Se han realizado el 100% de las reuniones de vinculación programadas con las instituciones de emergencia (Bomberos, SAMU, Carabineros, Dirección de emergencias y desastres). Se han realizado el 100% de los talleres programados (Emergencias médicas y RCP básico / Prevención de incendios en las viviendas / Familia preparada y roles ante las emergencias / Primeros auxilios psicológicos / Elaboración de Kit de emergencia). Se realizó entrega de morrales para emergencias a las familias que han participado de los distintos talleres.

Se ha realizado importante difusión en redes sociales para las convocatorias y reels de resumen para cada actividad, además ha existido difusión de los avances en medios de comunicación locales (canal municipal, medios electrónicos y otros).

### **Conclusiones:**

La implementación del Plan Kelluen en la localidad de Curiñanco evidencia la importancia de la salud comunitaria y la medicina familiar para fortalecer la preparación ante emergencias en entornos rurales. Los resultados alcanzados reflejan lo relevante de generar sinergias en el trabajo intersectorial (salud, municipalidad e instituciones de emergencia) junto con las comunidades. Este proceso participativo ha potenciado la vinculación efectiva entre los vecinos y las instituciones de emergencia, además de la capacitación en diversas temáticas. Esto determina el cumplimiento del segundo objetivo específico propuesto. En relación al primer objetivo específico, la medición deberá realizarse en el mediano plazo proponiéndose la realización de la encuesta al finalizar el proceso. Durante esta experiencia ha quedado en manifiesto la brecha digital que existe en grupos de personas mayores, requiriéndose en un futuro mayor acompañamiento para la obtención y utilización de códigos de emergencia. Finalmente, esta experiencia reafirma que la práctica de la medicina familiar comunitaria trasciende la atención clínica individual, integrando la prevención, resiliencia comunitaria y la importancia de la generación de redes sociales de apoyo. Sobre todo en contextos rurales con creciente complejidad social y territorial.

**Keywords:** Rural, Emergencias, Comunidad, Intersectorial, Medicina familiar

**Acknowledgments:** Carla Contreras / Francisca Lobo / Jeannette Barrientos / Paulina Gómez / Reten de Carabineros de Punucapa / Compañía de Bomberos de Niebla / SAMU Los Ríos

**References:** (1) Diagnóstico de la Localidad de Curiñanco elaborado por Equipo Territorial del Programa para Pequeñas Localidades de la Municipalidad de Valdivia (2024). (2) Maldonado, Rodrigo. Análisis de Situación de Salud Posta de Salud Rural de Curiñanco 2023. Asignatura: Laboratorio Familia y Comunidad. Programa de Medicina Familiar Comunitaria, Universidad Austral de Chile, 2023. (3) Plan Comunal de Emergencia de la Ilustre Municipalidad de Valdivia (2023). (4) Plan Familia Preparada, SENAPRED - Gobierno de Chile (2024). Disponible en: <https://bibliogrdsenapred.gob.cl/handle/1671/6482> Ultimo acceso el 30/09/2025. (5) Manual del participante, Capacitación básica del CERT. FEMA 2019. Disponible en: [https://www.ready.gov/sites/default/files/2019.CERT\\_Basic\\_PM\\_FINAL\\_Spanish.508c.pdf](https://www.ready.gov/sites/default/files/2019.CERT_Basic_PM_FINAL_Spanish.508c.pdf) Ultimo acceso el 30/09/2025.



**PREMIOS CATEGORÍA  
CASOS CLÍNICOS**

## PRIMER LUGAR

### Apoyo Familiar y Empoderamiento del Cuidador en el Manejo Integral de un Niño con Autismo y TDAH: Aplicación del Modelo de Salud Familiar

Constanza Andrea Rocha Araya<sup>1</sup>, Catalina Adriana Vergara Salvat<sup>1</sup>

(1) Servicio de Salud de Tarapacá, Dirección de Atención Primaria de Salud, Anibal Pinto 815, Iquique, Chile

#### Antecedentes

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) son condiciones prevalentes en la infancia, con alta comorbilidad e impacto en la funcionalidad del niño, la dinámica familiar y el entorno escolar. La Atención Primaria de Salud (APS) cumple un rol clave como primer punto de contacto con el sistema, favoreciendo la detección precoz, la derivación oportuna y el acompañamiento cercano (1,2). Desde su enfoque integral, la APS aborda al niño y su entorno considerando factores biológicos, psicológicos y sociales, garantizando continuidad y acceso equitativo (3). El modelo de salud familiar refuerza este rol al proponer un abordaje centrado en la persona y la familia, reconociendo al cuidador como agente activo en las soluciones terapéuticas (4,5). La continuidad y el fortalecimiento de redes de apoyo son esenciales para enfrentar los desafíos de estas condiciones.

#### Justificación del caso clínico

Este caso fue seleccionado por representar una situación frecuente en APS: un niño con diagnóstico dual de TEA y TDAH, y un cuidador principal —su padre— con sobrecarga emocional, escasa red de apoyo y necesidad de orientación. La intervención permitió atender necesidades clínicas y promover el empoderamiento del cuidador, con impacto positivo en la dinámica familiar y la adherencia terapéutica. El caso ilustra el valor de una asesoría accesible y empática, basada en los principios del modelo de salud familiar.

#### Descripción del caso

Niño de 6 años, derivado por alteraciones conductuales, hiperactividad, escasa interacción social y problemas atencionales. Evaluado por un equipo interdisciplinario, se confirmó diagnóstico de TEA y TDAH. Se identificaron tres áreas problemáticas: Selectividad alimentaria severa, con ingesta limitada a alimentos blancos y procesados. Trastornos del sueño, con dificultades para conciliar y múltiples despertares nocturnos. Problemas para anticipar rutinas, generando ansiedad y conductas desorganizadas ante cambios.

#### Contexto familiar:

padre como cuidador principal, sin red de apoyo cercana, con sobrecarga emocional, temores frente al uso de fármacos y escasas estrategias de afrontamiento. Refirió sentimientos de frustración, culpa, aislamiento y preocupación por el futuro de su hijo.

#### Intervención:

se realizó asesoría familiar que incluyó:

Psicoeducación sobre TEA y TDAH, explicando la comorbilidad y los fundamentos del tratamiento combinado (6).

Orientación sobre farmacoterapia para TDAH, aclarando mitos relacionados con efectos adversos o dependencia (7).

Estrategias para la selectividad alimentaria, centradas en exposición gradual y refuerzo positivo (8).

Manejo del sueño mediante higiene, rituales previos y control ambiental nocturno (9).

Apoyos visuales y rutinas estructuradas para disminuir la ansiedad (10).

Promoción de actividad física diaria como herramienta de regulación emocional (11).

### **Evolución clínica:**

el padre manifestó sentirse más seguro y con mayor capacidad para enfrentar los desafíos. El niño mostró avances en tolerancia alimentaria, mejoría en el sueño y mayor adaptación a rutinas.

### **Revisión de la literatura**

El manejo de niños con TEA y TDAH debe ser precoz, integral e interdisciplinario, con énfasis en el rol activo de la familia (12). La comorbilidad entre ambos trastornos se estima en un 30–50 %, lo que refuerza la necesidad de estrategias adaptadas (13). Las intervenciones psicoeducativas dirigidas al cuidador mejoran la adherencia, reducen el estrés parental y fortalecen competencias (14,15).

El modelo de salud familiar promueve integralidad, acompañamiento emocional y fortalecimiento del entorno, elementos que facilitan la autonomía del niño (4). Las rutinas estructuradas y los apoyos visuales disminuyen la ansiedad y favorecen la conducta adaptativa (10,16). La selectividad alimentaria responde mejor a estrategias conductuales graduales (8). En cuanto al sueño, las medidas no farmacológicas son la primera línea en la mayoría de las guías clínicas (9). La actividad física mejora la atención, reduce la ansiedad y favorece la autorregulación (11,17).

### **Conclusión**

Este caso demuestra cómo un abordaje centrado en el modelo de salud familiar puede impactar positivamente en la calidad de vida de un niño con TEA y TDAH, así como en la contención y empoderamiento del cuidador. La intervención entregó herramientas prácticas, redujo la sobrecarga paterna, mejoró la comprensión del diagnóstico y fomentó estrategias sostenibles para el manejo conductual.

El fortalecimiento de la relación cuidador-hijo, la estructuración del entorno y el acompañamiento empático permiten avanzar hacia un funcionamiento familiar más equilibrado. Este caso reafirma la importancia de la APS y la necesidad de equipos capacitados en salud mental infantojuvenil, capaces de integrar modelos de atención continuos y adaptados a las realidades familiares.

**Keywords:** Trastorno del Espectro Autista, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Apoyo familiar, Empoderamiento del cuidador, Atención Primaria de Salud

**Financing:** Sin financiamiento, sin conflicto de interés.

**Acknowledgments:** Gracias a los niños y niñas neurodivergentes y a sus familias, porque con su forma única de ver el mundo nos recuerdan lo esencial: escuchar con empatía, acompañar con respeto y aprender cada día de su autenticidad. Ellos nos muestran que la medicina no solo trata de diagnósticos, sino de vínculos, confianza y humanidad compartida.

**References:** American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2016;387(10024):1240–50. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford

University Press; 1998. Wonca Europe. The European definition of general practice/family medicine. 2011. Engle PL, Fernald LC, Alderman H, et al. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children. *Lancet*. 2011;378(9799):1339-53. Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism. *Lancet*. 2014;383(9920):896-910. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15020. Sharp WG, Burrell TL, Jaquess DL. The Autism MEAL Plan: A parent-training curriculum to manage eating aversions and low intake. *Autism*. 2014;18(6):712-22. Cortese S, Wang F, Angriman M, et al. Sleep disorders in children with ADHD: prevalence and impact. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(3):19r12920. Hodgson AR, Freeston M, Honey E, Rodgers J. Facing the unknown: Intolerance of uncertainty in children with autism spectrum disorder. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2017;30(2):336-45. Howells FM, Ives-Deliperi VL, Horn NR, Stein DJ. Mindfulness-based cognitive therapy improves emotion regulation in children with ADHD. *Mindfulness*. 2012;3:134-42. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Autism spectrum disorder in under 19s: support and management. London: NICE; 2013. Antshel KM, Russo N. Autism spectrum disorders and ADHD: overlapping phenomenology, diagnostic issues, and treatment considerations. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(5):34. Bearss K, Johnson C, Smith T, et al. Parent training for children with autism spectrum disorder: results of a multicenter randomized trial. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(4):379-87. Haroen H, Widjaja G, Limawan A, et al. The benefits of early palliative care on psychological well-being, functional status, and quality of life among patients and caregivers: implications for chronic pediatric conditions. *BMC Palliat Care*. 2025;24:37.

## SEGUNDO LUGAR

### De abdomen a pulmón: una neumonía de presentación atípica en la infancia

Fernanda Brintrup Aguilar<sup>1</sup>, Constanza Brintrup Aguilar<sup>2</sup>

(1) Pontificia Universidad Católica de Chile, Medicina familiar, Medicina, Santiago, Chile

(2) Universidad de Chile, Escuela de medicina, Medicina, Santiago, Chile

#### Antecedentes:

El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuentes. La causa gastrointestinal es la primera sospecha, sin embargo, no siempre su origen se encuentra en el abdomen. En ocasiones procesos extra-abdominales, como la neumonía, pueden simular un cuadro abdominal agudo, confundiendo al clínico y retrasando el diagnóstico. El médico familiar cumple un rol fundamental al realizar una evaluación integral, considerando diagnósticos diferenciales amplios. Se presenta el caso de un niño con dolor abdominal que consulta a la atención ambulatoria de medicina familiar en niños.

#### Justificación:

Este caso resulta de especial interés, ya que evidencia la importancia de mantener una visión clínica amplia frente a síntomas inespecíficos; pretende contribuir a sensibilizar a los equipos respecto de diagnósticos diferenciales poco frecuentes en cuadros comunes, reforzando la necesidad de un enfoque integral y oportuno en la evaluación del niño con dolor abdominal.

#### Caso clínico

Paciente masculino de 10 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por dolor abdominal periumbilical de 4 días de evolución de intensidad 9/10 de carácter opresivo, no irradiado asociado a náuseas y 2 episodios de vómito alimentario, niega diarrea y fiebre. A la anamnesis dirigida, refiere 2 días de tos productiva, odinofagia leve y rinorrea. Dentro de sus antecedentes remotos relevantes cuenta con vacunas al día.

Al examen físico, T° axilar de 36°C, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación periumbilical, sin masas, ruidos hidroaéreos presentes, sin signos de irritación peritoneal. Al examen pulmonar, tórax simétrico sin retracciones con murmullo pulmonar presente y crépitos en la base pulmonar izquierda. Faringe eritematosa.

Se realiza radiografía de tórax, esta muestra opacidades parenquimatosas confluentes con esbozo de broncograma aéreo en base pulmonar izquierda. Se confirma el diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) y se inicia tratamiento con amoxicilina 50 mg/kg/día por 5 días, manejo de las náuseas con ondansetrón y del dolor abdominal con paracetamol.

A las 48 horas de iniciado el tratamiento, el paciente presenta mejoría de los síntomas, sin dolor abdominal, escasa tos y manteniéndose afebril. A los 7 días presenta recuperación completa de los síntomas.

#### Discusión

La NAC es una patología que pese a ir en disminución en los últimos años en Chile, sigue siendo una importante causa de morbilidad aguda.(1)

El cuadro clínico típico es fiebre alta, tos, compromiso del estado general, rechazo alimentario, disnea y retracciones.(1,2) Una revisión sistemática del año 2018 describe el valor diagnóstico de los signos y síntomas para la NAC. Se concluye que los síntomas más importantes son el aspecto tóxico y la saturación < 94%.(3)

El diagnóstico es clínico apoyado por radiografía de tórax. Existen distintos patrones radiológicos de neumonía; siendo el más común el patrón alveolar con consolidación lobar y broncograma aéreo. (4,5)

Por otro lado, el dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más comunes en urgencias, el cual abre un abanico de diagnósticos diferenciales. La relación entre dolor abdominal y NAC ha sido descrita previamente, consignándose la importancia de descartar abdomen agudo quirúrgico en casos de neumonía. (6,1)

Una revisión sistemática del 2022 describe las características clínicas de presentación de NAC en niños de 5 a 9 años. Se concluye que, entre los pacientes diagnosticados de neumonía de cualquier causa, un 29% presenta dolor abdominal y un 32,8% náuseas/vómitos. Además, señala que un 17% de los pacientes, tuvieron una neumonía por *Mycoplasma pneumoniae*. También se observó dolor abdominal en casos de derrame pleural y empiema. (7)

El tratamiento se basa en datos epidemiológicos locales, donde el *Streptococcus pneumoniae* es el principal agente bacteriano. Datos locales evidencian que el *S. pneumoniae* tiene una sensibilidad a penicilinas del 96% en menores de 5 años y 99% entre 5 a 14 años. Siendo así, el antibiótico de elección es la amoxicilina, en dosis de 50 mg/kg/día por 5 a 7 días. (8,1)

Un metaanálisis del 2023 compara el tratamiento acortado de 5 días vs 7 días con amoxicilina. Los resultados muestran que el tratamiento acortado no aumenta la mortalidad. Además, probablemente tiene un pequeño o no impacto en cura clínica, falla de tratamiento, recaída, cambio de antibiótico, necesidad de hospitalización, ni eventos adversos severos.(9)

### **Conclusión:**

Este caso ilustra una presentación atípica de NAC la cual se manifiesta con dolor abdominal. Es importante que el médico familiar tenga un enfoque diagnóstico amplio e integral, considerando que en pediatría los síntomas pueden ser inespecíficos y variables, para así alcanzar un diagnóstico oportuno, y un manejo adecuado. La atención centrada en el niño, con una mirada integral mejora la resolución clínica y contribuye a fortalecer la salud infantil como pilar fundamental del bienestar de nuestras comunidades.

Keywords: Neumonía, Presentación atípica, Dolor abdominal, Pediatría

Financing: Sin financiamiento

Acknowledgments: Agradecimientos a Dra. Gladys Moreno.

References: Cofré J, Pavez D, Pérez R, Rodríguez J. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento antimicrobiano de la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad en pediatría. *Rev Chilena Infectol* [Internet]. 2019;36(4):505–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182019000400505> Katz SE, Williams DJ. Neumonía pediátrica adquirida en la comunidad en Estados Unidos: Cambios en la epidemiología, desafíos diagnósticos y terapéuticos, y áreas de investigación futura. *Infect Dis Clin North Am* [Internet]. 2018;32(1):47–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.idc.2017.11.002>Schot

MJC, Dekker ARJ, Giorgi WG, Hopstaken RM, de Wit NJ, Verheij TJM, et al. Diagnostic value of signs, symptoms and diagnostic tests for diagnosing pneumonia in ambulant children in developed countries: a systematic review. *NPJ Prim Care Respir Med* [Internet]. 2018;28(1):40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41533-018-0104-8>Úbeda Sansano MI, Murcia García J, Asensi Monzó MT. Neumonía adquirida en la comunidad. *El pediatra de Atención Primaria y la Neumonía. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-8)* [Internet]. [citado 14 sep 2025]. Disponible en: <http://www.respirar.org/index.php/grupo-vias-respiratorias/protocolos>Karla Moëne B. Neumonías adquiridas en la comunidad en niños: diagnóstico por imágenes. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2013;24(1):27–35. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640\(13\)70126-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640(13)70126-3)Chaiyachati BH, Agawu A, Zorc JJ, Balamuth F. Trends in pediatric emergency department utilization after institution of Coronavirus disease-19 mandatory social distancing. *J Pediatr* [Internet]. 2020;226:274–277.e1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.07.048>Kevat PM, Morpeth M, Graham H, Gray AZ. A systematic review of the clinical features of pneumonia in children aged 5–9 years: Implications for guidelines and research. *J Glob Health* 2022;12:10002Instituto de Salud Pública de Chile. Vigilancia de laboratorio de *Streptococcus pneumoniae* procedente de enfermedad invasora, Chile 2012–2021. *Bol Vig Lab*. 2022;12(9).Gao Y, Liu M, Yang K, et al. Shorter Versus Longer-term Antibiotic Treatments for Community-Acquired Pneumonia in Children: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2023;151(6): e2022060097

## TERCER LUGAR

### La piel, la punta del iceberg

María Catalina García Muñoz<sup>1</sup>, Alfredo José Martínez Venegas<sup>2</sup>, Luz Amelia Salazar Chavarry<sup>2</sup>, Esther Martínez Batista<sup>2</sup>

(1) Universidad de los Andes, Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Monseñor Álvaro del Portillo 12455, Las Condes, Santiago de Chile, Chile

(2) Centro de Atención Primaria Chafarinas, Vía Favencia 297, Nou Barris, Barcelona, España

#### **Antecedentes:**

Los linfomas no Hodgkin (NHL) son un grupo heterogéneo de neoplasias caracterizadas por una expansión clonal de las células linfoides en distintos estadios de diferenciación (1) Aunque la mayoría se presentan con adenopatías, los linfomas cutáneos (LC) constituyen, después de los gastrointestinales, el segundo grupo extranodal más frecuente. De ellos, un 20–25% corresponden a linfomas cutáneos de células B(2).

Se manifiestan clínicamente como lesiones heterogéneas (placas, pápulas o nódulos eritematosos), a menudo infiltradas y no descamativas. Reconocer los signos de alarma de las lesiones cutáneas es clave en Atención Primaria para un diagnóstico y tratamiento oportuno.

#### **Justificación de la elección del caso clínico**

Se presenta este caso por la alta prevalencia de lesiones cutáneas en atención primaria y la dificultad de diferenciar procesos inflamatorios comunes de etiologías neoplásicas. En este paciente, la falta de respuesta al manejo habitual asociado a la afectación subcutánea resultaron corresponder a un linfoma cutáneo.

Esto refuerza la importancia de tener una alta sospecha diagnóstica, para así poder realizar una derivación precoz y optimizar el pronóstico del paciente.

#### **Descripción del caso**

Paciente de 48 años, oriundo de Marruecos, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril. Sin antecedentes familiares de enfermedades inmunológicas ni tumorales.

Consulta en su Centro de Atención Primaria por lesiones pruriginosas de 3 meses en cuello y tronco. Al examen físico destacan múltiples placas-pápulas eritematosas induradas, de bordes irregulares, no descamativas, con infiltración subcutánea (cuello >10, tórax y espalda >20). Sin adenopatías palpables.

Ante sospecha de patología atípica, se inicia tratamiento con cetirizina y se envía caso a teledermatología para valorar biopsia diagnóstica. Ante el amplio diagnóstico diferencial (urticaria, vasculitis, eczema, proceso linfoproliferativo) se indica evaluación presencial.

#### **Estudio posterior en dermatología:**

Biopsia: Infiltrado linfocitario denso en dermis superficial y profunda, formado por células pequeñas y medianas con algunas células grandes. Ausencia de epidermotropismo.

Compatible con linfoma B de bajo grado.

Inmunofenotipo: población B monoclonal (1.91% de leucocitos totales).

Inmunohistoquímica: CD20+, bcl2+ y bcl6+ positivos focal, restricción de cadenas ligeras kappa.

Estudio de extensión: TAC AP con extensa afectación adenopática supra e infradiaphragmática (mediastínicas, axilares, retropectorales, celíacas, retroperitoneales, pélvicas e inguinales) de hasta 30mm y esplenomegalia.

Actualmente en seguimiento por hematología, en estudio genético y con infiltración medular confirmada.

### Revisión de la literatura

Los LC son proliferaciones anormales de linfocitos T (75–80%) o B (20–25%) con tropismo por la piel sin evidencia de compromiso extracutáneo al momento del diagnóstico(2). Constituyen el segundo grupo más frecuente de LNH extranodales.

Se caracterizan por ser “grandes imitadores” cutáneos(3). La falta de respuesta a terapias convencionales suele ser la clave para sospechar etiologías atípicas(4). El diagnóstico requiere una correlación clínica, histológica, inmunohistoquímica y análisis molecular. La mayoría tiene curso indolente, sin embargo, la presencia de compromiso cutáneo extenso, LDH elevada y compromiso extracutáneo (linfonodos y médula ósea) predicen progresión y menor supervivencia(3).

El médico de familia cumple un rol fundamental en la detección de estas lesiones y en garantizar una derivación oportuna, siendo la biopsia el paso indispensable para confirmar el diagnóstico.

### Conclusión

Las lesiones cutáneas atípicas especialmente aquellas infiltradas y persistentes, requieren evaluación por dermatología. La biopsia es imprescindible para el diagnóstico de lesiones con infiltrado subcutáneo. La demora en realizar una visita presencial y biopsia perjudica al paciente.

Keywords: Linfoma no Hodgkin, Linfoma cutáneo, Atención Primaria

Financing: Sin financiamiento

Acknowledgments: Al CAP Chafarinas y la doctora Delgado, por su ayuda y aporte docente que permitió la presentación de este caso clínico

References: (1) Medicina Interna Basada en la Evidencia [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2025]. Linfomas no Hodgkin. Disponible en: <https://empendium.com/manualmibe/compendio/social/chapter/B34.II.15.13>. (2) Molgó M, Reyes-Baraona F. Actualización en diagnóstico y manejo de micosis fungoide y síndrome de Sézary. Rev chil dermatol [Internet]. 1 de diciembre de 2015 [citado 26 de septiembre de 2025];31(4). Disponible en: <http://rcderm.org/index.php/rcderm/article/view/3> (3) Zic JA. Diagnosis and Management of Cutaneous Lymphomas Including Cutaneous T-cell Lymphoma. Medical Clinics of North America. julio de 2021;105(4):737–55. (4) Skrabek P. Canadian Cancer Society. 2023 [citado 26 de septiembre de 2025]. Skin lymphoma. Disponible en: <https://cancer.ca/en/cancer-information/cancer-types/non-hodgkin-lymphoma/treatment/treatment-by-type/lymphoma-of-the-skin>



# INVESTIGACIÓN

## Hacia un nuevo modelo de financiamiento para la APS en Chile: equidad territorial, participación vinculante y fortalecimiento de la medicina familiar y comunitaria

Camilo Bass del Campo<sup>1</sup>

(1) Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Avenida Independencia 939, Independencia, Santiago, Chile

### Introducción:

La Atención Primaria de Salud (APS) en Chile enfrenta profundas limitaciones estructurales que comprometen su capacidad resolutoria, continuidad asistencial y potencial transformador. Pese a su centralidad declarada en la reforma sanitaria y en el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar y Comunitario (MAIS), persisten obstáculos significativos: subinversión crónica, segmentación programática, inadecuados mecanismos de financiamiento y débil articulación territorial. Desde una perspectiva de salud colectiva, centrada en la determinación social de la salud, este trabajo sostiene la necesidad de transformar el modelo financiero de la APS para garantizar el derecho a la salud, la equidad territorial y la justicia sanitaria. Un factor crítico, escasamente abordado en las políticas públicas, es el bajo porcentaje de médicos/as de familia y comunidad (MFyC), cuya escasa presencia compromete la implementación efectiva del MAIS y la calidad del primer nivel de atención (NPA).

### Objetivos:

#### Objetivo general:

Proponer un modelo de financiamiento equitativo, eficiente y sostenible para la APS en Chile que fortalezca la equidad territorial, la participación comunitaria vinculante y el rol de los/as médicos/as de familia y comunidad.

#### Objetivos específicos:

- Analizar la evolución del financiamiento de la APS en Chile y su coherencia con los principios del MAIS.
- Identificar las principales brechas entre el gasto público real y el estimado necesario para un modelo integral y resolutorio.
- Evaluar la distribución de MFyC en la AP y su impacto en la calidad y continuidad de los cuidados.
- Proponer un modelo de financiamiento alternativo basado en criterios de equidad, eficiencia y participación.

#### Metodología:

El estudio utiliza un diseño mixto, con revisión narrativa e integrativa de literatura científica, documentos normativos y estudios presupuestarios, junto con análisis descriptivo de datos financieros clave. Se consideraron fuentes publicadas entre 1995 y 2025, incluyendo informes ministeriales, decretos, artículos académicos revisados por pares y reportes técnicos oficiales. La información cualitativa fue organizada temáticamente y analizada críticamente; en paralelo, se sistematizaron datos cuantitativos sobre la evolución del gasto público en AP y el valor per cápita, comparándolos con estimaciones de necesidades financieras. Al tratarse de un estudio basado exclusivamente en fuentes secundarias, no requirió evaluación por comité de ética.

#### Resultados:

Entre 2005 y 2025, la AP recibió en promedio un 20% del gasto público en salud, muy por debajo del 30% recomendado internacionalmente. El valor per cápita basal presentó una brecha estimada entre 24% y 37% respecto a lo necesario para implementar el

MAIS en condiciones adecuadas. Además, el financiamiento continúa condicionado por indexadores desactualizados, segmentación programática, incentivos no alineados con resultados, baja calidad de datos y ausencia de mecanismos de fiscalización efectiva. En el ámbito de recursos humanos, solo el 10% de la dotación médica en AP corresponde a MFyC, lo que representa menos del 1% del total nacional de trabajadores/as en el NPA. Esta baja proporción limita la integralidad, continuidad y resolutivez de la atención, y contribuye a la alta rotación y precariedad laboral. La falta de incentivos y de una política nacional de formación e inserción refuerza esta situación, pese a la evidencia que vincula la presencia de MFyC con mejores resultados en control de enfermedades crónicas, satisfacción usuaria y eficiencia clínica.

Con base en este diagnóstico, se propone un modelo alternativo sustentado en siete pilares:

1. Aumento sostenido del per cápita basal y sus componentes variables.
2. Actualización de indexadores con criterios de equidad territorial.
3. Incorporación de agrupadores de morbilidad y determinantes sociales.
4. Transición hacia financiamiento unificado, eliminando segmentación programática.
5. Incentivos vinculados a calidad, continuidad y eficiencia.
6. Gobernanza de datos y sistemas de información interoperables.
7. Participación comunitaria vinculante en la planificación y control del presupuesto.

#### **Conclusión:**

El actual modelo de financiamiento de la APS en Chile reproduce inequidades y limita el desarrollo del MAIS. Para consolidar un NPA resolutivo, integral y centrado en las personas, se requiere una transformación estructural que combine mayor inversión pública con criterios de equidad territorial, democratización de la gestión y fortalecimiento del talento humano. Un aumento significativo en la incorporación de MFyC es condición indispensable para garantizar continuidad, pertinencia territorial y enfoque biopsicosocial. El modelo propuesto constituye una hoja de ruta integral para avanzar hacia una APS robusta y transformadora, capaz de reducir desigualdades sanitarias y fortalecer el sistema público.

Keywords: Atención Primaria; financiamiento; medicina familiar y comunitaria; equidad; determinación social

Financing: Sin financiamiento de la industria.

Referencias: 1. Ministerio de Salud de Chile. Revisión de literatura y sistematización de información disponible sobre la asignación de recursos a nivel comunal. Santiago: MINSAL; 2012. 2. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Decreto Supremo N° 21, de 31 de diciembre de 2024. Determina aporte estatal a las municipalidades que indica, para sus entidades administradoras de salud municipal, 2025. 3. Instituto de Análisis de Políticas Públicas y Gestión. Análisis y Propuesta de Financiamiento de la Atención Primaria de Salud Municipal. Santiago: Asociación Chilena de Municipalidades; 2014. 4. Bass C. Universalización de la Atención Primaria en Chile: una política lamentablemente regresiva. *Cuad Méd Soc (Chile)*. 2025;65(1):53-65. 5. Ministerio de Salud de Chile. Financiamiento de la Atención Primaria de Salud Municipal: Evaluación de indexadores del per cápita basal. Santiago: MINSAL; 2011. 6. Dirección de Presupuestos, ORD. 026: Protocolo 2015 Estudio Evaluación per Cápita Salud. Santiago: Ministerio de Hacienda; 2015. 7. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Resolución Exenta N°152, 19-feb-2024. Aprueba Programa Universalización de Atención Primaria. Santiago: Ministerio de Salud; 2024. 8. Fundación Chile, Comisión Nacional de Productividad (CNEP). Informe final: eficiencia en la gestión de APS. Santiago: CNEP; 2023. 9. Organización Mundial de la Salud. Medición del gasto en atención primaria de salud según SHA 2011: nota técnica. Ginebra: OMS; 2021. 10. Organización Mundial de la Salud. Financiación de

la atención primaria de la salud – centrada en las personas. Informe de investigación. Ginebra: OMS; 2022.11. Organización Mundial de la Salud, UNICEF. Marco de medición de la atención primaria de salud e indicadores. Ginebra: OMS y UNICEF; 2022.12. Moraga-Cortés F, Bahía TC, Prada CA. Gasto en atención primaria en salud en dos gobiernos del Chile posdictatorial. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(3):e00244719.13. Lagos P. Gasto público en la Atención Primaria: 35 años de gobiernos democráticos. *Cuad Méd Soc (Chile)*. 2025;65(1):29-42.14. Organización Panamericana de la Salud. Pacto 30•30•30: APS para la salud universal. Washington, D.C.: OPS; 2019.15. Bass C. Atención Primaria Fuerte, historia, diagnóstico actual y propuestas para Chile. Artículo de opinión y análisis. *Dossier Alma Ata. Cuad Méd Soc (Chile)*. 2018;58(3):137-41.16. Montero J, Poblete F, Torche A, Vargas V. Análisis del modelo de asignación financiera en la atención primaria chilena. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2008.17. Riquelme Briceño C, Haase Delgado J, Lavanderos Bunout S, et al. Desigualdad en recursos financieros de la Atención Primaria de Salud Municipal en Chile, 2001-2013. *Rev Med Chil*. 2017; 145:723-33.18. Vargas V, Poblete S. Incrementar la equidad en atención primaria: revisión de la fórmula per cápita. *Rev Chil Med Fam*. 2006;7(2):76-83.19. Raña F, Ferrer P, Bedregal P. Modelo de asignación de recursos en atención primaria. *Rev Med Chil*. 2007;135(1):54-62.20. Montero J, Tellez A, Herrera C. Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. Centro de Políticas Públicas UC. 2010;5(38).21. Organización Panamericana de la Salud. Análisis del desempeño presupuestario del sector de la salud en el período 2019-2021: resultados para Chile, Colombia, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay. Washington, D.C.: OPS; 2023.22. Debrott Sánchez D. Actualización del Per Cápita Basal 2020 y ajustes imprescindibles (antes del Covid-19). Presentación en: Congreso de Atención Primaria de Salud, Asociación Chilena de Municipalidades; 2024 dic 11; Santiago, Chile.23. Castro RE, Palacios A, Arenas A, Martorell B. Modelo cuantitativo para mejorar el financiamiento de la atención primaria en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e173.24. Bass C, Guerrero I, Villacís F, Ulloa O, Kremser I. Política Integral para el Recurso Médico de la Atención Primaria de Chile. *Cuad Méd Soc (Chile)*. 2013;53(2):105-16.25. Vargas V, Wasem J. Risk adjustment and primary health care in Chile. *Croat Med J*. 2006;47(3):459-68.26. Duarte D. Asignación de Recursos per cápita en la Atención Primaria. La experiencia chilena. Serie Documentos de Estudio, CPU N° 8. Santiago; 1995.27. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.28. OECD. Realising the potential of primary health care. Paris: OECD Publishing; 2020. (OECD Health Policy Studies). doi:10.1787/a92adee4-en.29. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Glob Health*. 2022;10(5):e715-72.30. Bass C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivez de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave*. 2012 Dic;12(11):e5571.

## Caracterización del trastorno del sueño en población infantojuvenil con Trastorno del Espectro Autista en el COSAM de Macul

Dina Luz Arrieta Ramos<sup>1</sup>, Isabel Virginia Urdaneta García<sup>1</sup>, Anibal Padrón Sabino<sup>1</sup>, Daniel Antonio Bórquez Macherone<sup>1</sup>, Gloria Mireya Pérez Salgado<sup>1</sup>, Pedro Pablo Cortes Duran<sup>1</sup>

(1) Universidad Diego Portales, Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina, Av. Ejército Libertador 233, Santiago, Chile

### Introducción

Los trastornos del sueño son de las comorbilidades más frecuentes en la población infantojuvenil con Trastorno del Espectro Autista (TEA), con prevalencias internacionales entre 45% y 86%. Se relacionan con dificultades cognitivas, problemas conductuales, menor rendimiento escolar y sobrecarga familiar, generando un alto impacto en la calidad de vida de los niños y sus cuidadores. Aunque la literatura internacional ha documentado consistentemente esta asociación, en Chile la evidencia sigue siendo escasa, limitada a series clínicas con reducida representación comunitaria. Esta falta de estudios dificulta el diseño de estrategias ajustadas a la Atención Primaria de Salud (APS), ámbito en que se atiende la mayor parte de las necesidades en salud mental infantojuvenil. En este marco, el eje 5 de los Objetivos Sanitarios 2030 plantea mejorar el desarrollo integral y la calidad de vida de las personas con TEA y sus familias, reforzando la necesidad de investigaciones locales que permitan dimensionar y caracterizar estas alteraciones desde la perspectiva comunitaria y de la Medicina Familiar.

### Objetivo

Caracterizar los trastornos del sueño en población infantojuvenil con TEA atendida en el COSAM de Macul y analizar su relación con variables sociodemográficas como edad y sexo.

### Metodología

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en niños y adolescentes de entre 5 y 16 años con diagnóstico confirmado de TEA en control por psiquiatría infantojuvenil, con una muestra final de 30 participantes de un universo de 72. Las condiciones del sueño se evaluaron mediante la Escala de Alteraciones del Sueño en la Infancia (SDSC, Bruni et al.), validada internacionalmente y adaptada al español y un instrumento de hábitos de sueño elaborado por el equipo investigador. También se recopiló variables sociodemográficas (edad y sexo). El análisis incluyó estadística descriptiva, pruebas no paramétricas (Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis y Chi-cuadrado) y correlaciones de Pearson, además de exploración de valores atípicos y técnicas multivariadas (clustering y PCA) para identificar perfiles diferenciados de trastornos del sueño.

### Resultados

La muestra estuvo compuesta principalmente por escolares y adolescentes, con predominio masculino, coherente con la mayor prevalencia de TEA en varones descrita en la literatura. El 100% de los participantes presentó puntajes sobre el punto de corte patológico (>39) en la SDSC, con valores entre 40 y 99, lo que evidencia una alta carga de trastornos clínicamente significativos. No se observaron diferencias por sexo ( $p=0,5074$ ) ni edad ( $p=0,9123$ ), aunque en escolares se identificó mayor dispersión y casos de severidad extrema. Las subescalas más influyentes en la puntuación total fueron transición sueño-vigilia ( $r=0,77$ ), trastornos al despertar ( $r=0,70$ ) y somnolencia excesiva ( $r=0,62$ ), dominios prioritarios para la práctica clínica. El uso de dispositivos electrónicos previo al dormir fue prácticamente universal (>95%), sin diferencias por sexo ( $p=1,000$ ), constituyendo un hallazgo relevante desde la perspectiva preventiva y educativa. El análisis de clusters distinguió tres perfiles clínicos: alteraciones leves y

variadas, puntuaciones altas en todas las subescalas y somnolencia predominante; además, se identificaron siete casos atípicos que reflejan mayor severidad clínica.

### **Conclusiones**

Los resultados muestran una alta prevalencia de trastornos del sueño en niños y adolescentes con TEA atendidos en un dispositivo comunitario, sin diferencias significativas por sexo ni edad. Las alteraciones en la transición sueño-vigilia y el despertar fueron los dominios más determinantes en la severidad global, lo que subraya la necesidad de fortalecer la pesquisa clínica en la APS y mejorar los registros en salud mental infantojuvenil. La ausencia de registro del nivel de gravedad del TEA limitó el análisis de esta variable. Los hallazgos refuerzan la pertinencia de intervenciones en higiene del sueño dirigidas a cuidadores y de estrategias comunitarias orientadas a disminuir factores modificables, como el uso de pantallas previo al descanso. Este estudio constituye uno de los primeros reportes en Chile sobre sueño y TEA en un dispositivo comunitario, aporta evidencia local para orientar políticas públicas, fortalecer la capacidad resolutoria de la APS y destaca la necesidad de continuar investigaciones que integren la Medicina Familiar y enfoques multidisciplinarios.

### **Declaración ética**

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética Científica Pediátrica del Hospital Luis Calvo Mackenna, el consentimiento informado de los cuidadores y el asentimiento de los participantes, en conformidad con la Ley N° 20.120 sobre investigación en seres humanos.

### **Conflicto de interés**

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Keywords: dormir, niño y adolescente, epidemiología, desórdenes psiquiátricos, evaluación

Financing: Los proyectos de investigación de los Residentes de Especialidades Médicas de la Universidad Diego Portales no cuentan con financiamiento específico, al no tratarse de fondos concursables. El único apoyo económico provino de la Dirección de Postgrado, que cubrió al Asesor Metodológico, responsable de orientar y supervisar la rigurosidad científica del estudio. La participación de residentes y docentes formó parte de las obligaciones académicas del programa de Medicina Familiar y Comunitaria, sin requerir presupuesto adicional. Para optimizar recursos, el equipo de investigación implementó un taller dirigido a cuidadores de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista atendidos en el COSAM de Macul, a sugerencia de su directora. Esta actividad permitió reunir a los participantes en un entorno seguro y conocido, lo que facilitó la recolección de datos conforme a las exigencias del comité de ética. En paralelo, se desarrolló una actividad para los niños y adolescentes, enfocada en la regulación emocional y orientada a entregar estrategias prácticas adaptadas a sus necesidades. Ambas instancias se diseñaron para generar experiencias positivas y de aprendizaje, tanto para cuidadores como para los propios participantes. Posteriormente, se aplicó el instrumento de investigación en el mismo contexto, asegurando respeto, confidencialidad y consentimiento informado. El equipo de investigación destaca la colaboración de la directora del COSAM de Macul, cuyo apoyo fue clave para la viabilidad del proyecto. Esta planificación refleja las características del programa de becas de la UDP: sin financiamiento adicional, pero con garantía de estándares metodológicos, éticos y académicos en el desarrollo del estudio.

Acknowledgments: El equipo de investigación expresa su profundo agradecimiento a la señora Marianela Castillo Penaglia, quien en su calidad de Directora del COSAM de Macul brindó su apoyo y colaboración para la realización de este proyecto, facilitando instancias clave para su desarrollo. De igual manera, agradecemos al doctor Roberto Barna Juri, por su constante orientación y respaldo académico durante todo el

proceso. A la Dirección de Postgrado de la Universidad Diego Portales, en la persona de Alejandra Quiroz, por el apoyo institucional que permitió llevar a cabo esta iniciativa. Al PhD Daniel Antonio Bórquez Macherone, académico de la Escuela de Medicina UDP, coautor y metodólogo de este estudio, cuya experiencia y rigurosidad científica fueron fundamentales para asegurar la calidad metodológica del trabajo. A la magíster Gloria Mireya Pérez Salgado, por su valiosa contribución desde la perspectiva educativa y evaluativa, enriqueciendo la formación investigativa de los residentes. Al magíster Pedro Pablo Cortés Durán, por su aporte en gestión y dirección universitaria, que permitió fortalecer la organización y proyección de este proyecto. Finalmente, queremos agradecer de manera especial a nuestros familiares, cuyo apoyo, comprensión y acompañamiento constante fueron un pilar fundamental para llevar adelante este proceso de investigación. A todos ellos, nuestro reconocimiento y gratitud por haber hecho posible la concreción de este estudio.

References: Alfano, C. A., & Gamble, A. L. (2009). The Role of Sleep in Childhood Psychiatric Disorders. *Child & Youth Care Forum*, 38(6), 327–340. <https://doi.org/10.1007/s10566-009-9081-y>Allik, H., Larsson, J.-O., & Smedje, H. (2006). Sleep Patterns of School-Age Children with Asperger Syndrome or High-Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(5), 585–595. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0099-9>American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>Astill, R. G., Van der Heijden, K. B., Van IJzendoorn, M. H., & Van Someren, E. J. W. (2012). Sleep, cognition, and behavioral problems in school-age children: A century of research meta-analyzed. *Psychological Bulletin*, 138(6), 1109–1138. <https://doi.org/10.1037/a0028204>Barnevik Olsson, M., Carlsson, L. H., Westerlund, J., Gillberg, C., & Fernell, E. (2013). Autism before diagnosis: crying, feeding and sleeping problems in the first two years of life. *Acta Paediatrica*, 102(6), 635–639. <https://doi.org/10.1111/apa.12229>Brockmann, P. E., Poggi, H., Martinez, A., D'Apremont, I., Moore, R., Smith, D., & Gozal, D. (2020). Perinatal antecedents of sleep disturbances in schoolchildren. *Sleep*, 43(8). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsaa021>BRUNI, O., OTTAVIANO, S., GUIDETTI, V., ROMOLI, M., INNOCENZI, M., CORTESI, F., & GIANNOTTI, F. (1996). The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC) Construct ion and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. *Journal of Sleep Research*, 5(4), 251–261. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.1996.00251.x>Cortese, S., Wang, F., Angriman, M., Masi, G., & Bruni, O. (2020). Sleep Disorders in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Diagnosis, Epidemiology, and Management. *CNS Drugs*, 34(4), 415–423. <https://doi.org/10.1007/s40263-020-00710-y>Dube, N., Khan, K., Loehr, S., Chu, Y., & Veugelers, P. (2017). The use of entertainment and communication technologies before sleep could affect sleep and weight status: a population-based study among children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0547-2>El Shakankiry, H. (2011). Sleep physiology and sleep disorders in childhood. *Nature and Science of Sleep*, 101. <https://doi.org/10.2147/NSS.S22839>Elrod, M. G., & Hood, B. S. (2015). Sleep Differences Among Children With Autism Spectrum Disorders and Typically Developing Peers. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 36(3), 166–177. <https://doi.org/10.1097/DBP.000000000000140>Estrategia nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2030 2022. (n.d.). Fombonne, E., Marcin, C., Manero, A. C., Bruno, R., Diaz, C., Villalobos, M., Ramsay, K., & Nealy, B. (2016). Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Guanajuato, Mexico: The Leon survey. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(5), 1669–1685. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2696-6>

## Barreras de acceso a la Atención Primaria de Salud en la población adolescente del CESFAM Los Castaños de La Florida, Santiago de Chile: Un estudio cualitativo

Camila Tabilo Pavez<sup>1</sup>, Roger Dangond Cruz<sup>1</sup>, Alejandro Gómez Muñoz<sup>1</sup>

(1) Universidad Diego Portales, Programa de Formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, Av. Ejército 233, Santiago, Chile

### Introducción:

La adolescencia es una etapa clave del ciclo vital, marcada por transformaciones físicas, psicológicas y sociales que influyen decisivamente en la salud futura 1. Pese a la existencia de garantías explícitas de salud (GES) para patologías de alta carga como depresión y asma, los y las adolescentes presentan baja consulta en atención primaria de salud (APS) y altos niveles de inasistencia y abandono de tratamientos 2,3. En Chile, la cobertura del control integral adolescente históricamente no ha superado el 30%, con menor adhesión en varones de 15–19 años 4. La literatura describe barreras multicausales —organizacionales, socioculturales y territoriales— que limitan el acceso oportuno y continuo 5–7. Comprender estas barreras desde la voz de los propios adolescentes es fundamental para rediseñar la APS en coherencia con los principios de la medicina familiar, que promueve una atención biopsicosocial, centrada en el contexto y el cuidado 8,9.

### Objetivos:

General: Conocer las barreras de acceso a la APS en adolescentes de 15–19 años en seguimiento GES por asma bronquial y depresión en el CESFAM Los Castaños, comuna de La Florida.

Específicos: (1) Identificar barreras de acceso organizacional, social y territorial. (2) Explorar mitos o creencias que dificulten la consulta. (3) Reconocer facilitadores de acceso y percepciones de calidad en la atención.

### Material y Métodos:

Se desarrolló un estudio cualitativo de enfoque fenomenológico, complementado con elementos de teoría fundamentada 10. Se incluyó un grupo de adolescentes entre 15 y 19 años con diagnóstico de asma o depresión en seguimiento GES en un CESFAM de la comuna de La Florida. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas 11,12, previa firma de consentimiento informado y asentimiento. El análisis siguió procedimientos de codificación y categorización, con triangulación de investigadores y aplicación del criterio de saturación teórica 13.

### Resultados:

El acceso organizacional fue el hallazgo central: dificultades reiteradas para obtener horas médicas, escasez de cupos vespertinos compatibles con la jornada escolar, tiempos de espera prolongados y rotación de profesionales que debilitó la continuidad del vínculo. La farmacia emergió como una de las principales barreras: falta de stock, largas esperas y trato poco empático. En salud mental, algunos mencionaron experiencias negativas que minan la confianza y desincentivan la consulta 14. En cuanto al acceso territorial, la mayoría vive cerca, pero algunos perciben inseguridad en los alrededores del CESFAM. En el plano social, el acompañamiento familiar (madres y abuelas) fue decisivo, mientras que surgieron estigmas de género que llevan a los varones a postergar consultas 5. El desconocimiento generalizado de las garantías GES fue evidente 15. Los facilitadores incluyeron trato empático, continuidad con el mismo médico y claridad en la información. La percepción de calidad en la atención fue valorada positivamente en general, aunque con variabilidad entre funcionarios y

episodios de desorganización o maltrato 6.

**Conclusiones:**

Las barreras organizacionales se configuran como la principal limitante para el acceso adolescente. Estas incluyen la dificultad para conseguir horas, la incompatibilidad horaria con la jornada escolar, la rotación de profesionales y los problemas en farmacia, factores que generan frustración, erosionan la confianza y afectan la adherencia a controles en patologías GES. Las barreras territoriales y sociales fueron menores, aunque la inseguridad del barrio y la percepción de invulnerabilidad masculina influyen en la decisión de consultar. El acompañamiento familiar surgió como un pilar fundamental de cuidado, mientras que la influencia de pares fue marginal. El desconocimiento de los derechos en salud, especialmente del GES, revela brechas significativas de alfabetización sanitaria 15.

Los hallazgos resaltan la urgencia de rediseñar la APS adolescente: ampliar cupos vespertinos, garantizar continuidad de profesionales, fortalecer la gestión de farmacia y difundir derechos en salud 16. Desde la medicina familiar, cuidar implica no solo ofrecer atención clínica, sino asegurar continuidad, empatía y reconocimiento de la voz adolescente 8,9. Este estudio contribuye a visibilizar que el acceso equitativo requiere prácticas de cuidado integrales y sostenibles, capaces de acompañar a los adolescentes en un momento decisivo de su ciclo vital.

Keywords: Adolescentes, Barreras, Acceso, Atención primaria, Salud

Financing: No financiado

References: Organización Mundial de la Salud (OMS). Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade [Internet]. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-MCA-14.05> Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Kohn R, Pihan R, et al. Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53(10):1026–35. Mallol J, Aguirre V, Pérez M, Sepúlveda D. Cambios en la prevalencia del asma en escolares chilenos: comparación entre 1994 y 2002. *Rev Méd Chile*. 2007;135(5):580–6. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Orientaciones técnicas para el control de salud integral de adolescentes [Internet]. Santiago: MINSAL; 2021. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: situación actual y líneas de acción [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2018. Salas C, Pérez-Cotapos ML, González A, Muñoz R, Dunsmore M, Vargas I. Evaluación multidimensional de los servicios de salud para adolescentes en Atención Primaria de Salud en Chile. *Rev Med Chil*. 2012;140(9):1131–9. Gaete V. Atención clínica del adolescente que consulta por un problema de salud. *Rev Med Clin Condes*. 2011;22(4):533–9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas [Internet]. OPS; 2007. Lovo J. Ian McWhinney: los nueve principios de la medicina familiar. *Arch Med Fam*. 2021;23(2):101–8. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:18. ATLAS.ti. Tipos de entrevistas de investigación: Estructura y formato [Internet]. Disponible en: <https://atlasti.com> Mind the Graph. Entrevistas semiestructuradas en la investigación cualitativa [Internet]. Disponible en: <https://mindthegraph.com> Organización Panamericana de la Salud (OPS). Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la APS. Washington D.C.: OPS; 2023. Sadler M, Obach A, Luengo X, Biggs A. Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile [Internet]. Santiago: CulturaSalud; Ministerio de Salud de Chile; 2011. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Indicadores de desempeño: Fichas CLAP. Departamento de Ciclo Vital; 2022. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios 2030 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2022.

## Intervenciones farmacéuticas en el contexto de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP) en pacientes adultos de un Centro de Salud Familiar (CESFAM): análisis de tipología y grado de aceptación médica

Natalia Arancibia Riedel<sup>1</sup>, Andrés Araneda Díaz<sup>1</sup>, Ana María Flores Hidalgo<sup>1</sup>, Barbara Effic Sanchez<sup>1</sup>, Daniela Garrido Muñoz<sup>1</sup>

(1) Cesfam Juan Pablo II, Corporación Municipal de la Serena, La Serena, Chile

### Introducción

En la Atención Primaria de Salud (APS), los servicios farmacéuticos cumplen un rol esencial en la optimización del uso de medicamentos y en la seguridad de los pacientes (1). La Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP) incorpora al químico farmacéutico como parte del equipo multidisciplinario, promoviendo una atención integral y continua (2).

En este contexto, el análisis de las intervenciones farmacéuticas constituye una herramienta clave para evaluar su aceptación clínica y su impacto en la farmacoterapia, particularmente en pacientes con multimorbilidad y polifarmacia. Este proceso adquiere especial relevancia al alinearse con las orientaciones técnicas de ECICEP. (3).

### Objetivo general

Analizar el tipo de intervenciones farmacéuticas realizadas en un CESFAM y el grado de aceptación de aquellas revisadas por un médico líder.

### Objetivos específicos

Medir la tasa de aceptación médica de las intervenciones farmacéuticas por parte del médico líder, (proporción de intervenciones aceptadas respecto del total propuesto). Clasificar las acciones clínicas derivadas de las intervenciones aceptadas (suspensión, ajuste de dosis, cambio de fármaco, etc.).

Clasificar las intervenciones farmacéuticas realizadas según su tipología (Refuerzo adherencia, detección RAM, Ajustes de dosis, etc.)

Caracterizar el perfil de los pacientes en los que se realizaron las intervenciones (edad, morbilidades, sexo y polifarmacia)

### Materiales y métodos:

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y retrospectivo. El estudio se desarrolló en el CESFAM Juan Pablo II. Se incluyeron pacientes adultos ( $\geq 18$  años) que fueron objeto de una intervención farmacéutica durante el periodo comprendido entre junio y agosto del 2025. Criterios de inclusión pacientes con al menos una intervención farmacéutica registrada, intervenciones revisadas por un médico líder, acción final tomada. Variables a estudiar: Aceptación o rechazo de la intervención farmacéutica propuesta, acción clínica ejecutada (suspensión, ajuste, cambio, sin modificación) en el caso de las aceptadas. Edad, sexo, diagnóstico principal, número de medicamentos prescritos. Fuentes de datos: se utilizarán registros de intervenciones farmacéuticas del CESFAM en ficha clínica electrónica.

### Resultados

Durante el periodo analizado en el CESFAM Juan Pablo II, se realizaron 255 atenciones farmacéuticas, que generaron 124 (48,6%) intervenciones farmacéuticas.

De estas, 24 fueron derivadas para revisión del médico líder por corresponder al ámbito médico, 20 (83,3%) resultaron aceptadas. Entre estas últimas, los motivos corresponden

a: ajuste de dosis en 8 casos (40%), educación farmacéutica 2 (10%), derivación a especialista 2 (10%), suspensión de medicamento 2 (10%), adición de medicamento necesario 1 (5%), cambio de fármaco 1 (5%), fortalecimiento de la adherencia 1 (5%), detección de RAM 1 (5%), aclaración de sospecha de RAM 1 (5%) y cambio de marca 1 (5%).

De la tipología de las intervenciones totales (derivadas y no derivadas a médico líder), las más frecuentes fueron: refuerzo de adherencia a farmacoterapia 43 (34,7%), educación 37 (29,8%), detección de RAM 23 (18,5%) y ajuste de dosis 9 (7,3%), además de otras como aclaración de no RAM 2 (1,6%), adición de medicamento necesario 1 (0,8%), cambio de fármaco 1 (0,8%), cambio de marca 1 (0,8%), derivación a especialista 2 (1,6%), suspensión de medicamento 4 (3,2%) y detección de medicamento innecesario 1 (0,8%).

En cuanto al perfil de los pacientes intervenidos (n=91), la mayoría eran mujeres (74; 81,3%) y hombres (17; 18,7%), predominantemente de edad avanzada (63 años promedio). Con un alto grado de polifarmacia (70; 76,9%). Los diagnósticos más frecuentes correspondieron a diabetes mellitus tipo 2 (66; 53,2%), hipertensión arterial (33; 26,6%) y dislipidemia (5; 4,0%).

### **Conclusiones**

Las intervenciones farmacéuticas sometidas a revisión por el médico líder alcanzaron un elevado nivel de aceptación, evidenciando una colaboración efectiva del químico farmacéutico en el equipo clínico en el marco ECICEP. Por otro lado muchas intervenciones como el refuerzo de la adherencia, educación farmacéutica, y la detección de RAM podrían ser gestionadas de manera autónoma, sin requerir necesariamente la derivación al médico para su resolución, contribuyendo directamente a la optimización de la farmacoterapia y al fortalecimiento de la seguridad del paciente de APS. No obstante, el impacto real de estas intervenciones requiere ser evaluado en estudios futuros.

**Keywords:** Atención Primaria, Intervenciones farmacéuticas, Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona, Polifarmacia

**References:** Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile. (2019). Manual de seguimiento fármaco terapéutico en usuarios ambulatorios. Santiago: MINSAL. Ministerio de Salud de Chile. (2017). Norma técnica N°147 sobre Farmacia en Atención Primaria de Salud. Santiago: MINSAL. Ministerio de Salud de Chile. (2022). Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP): Orientaciones técnicas para su implementación en la APS. Santiago: MINSAL.

## Experiencias Adversas y Positivas Tempranas en padres e impacto en la Salud mental de sus hijos

Rodrigo Arenas Olivares<sup>1</sup>, Camila Quiñones Valenzuela<sup>1</sup>, Trinidad Rodríguez Infante<sup>1</sup>, Victoria Binda Vergara<sup>1</sup>

(1) Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Medicina Familiar, Av. Vicuña Mackenna 4686, Santiago, Chile

### INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud enfrentan crecientes desafíos por envejecimiento, enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y problemas de salud mental, siendo las condiciones neuropsiquiátricas la principal causa de AVISA en Chile (MINSAL, 2018). Muchos factores de riesgo se originan en la infancia, donde las experiencias adversas (ACEs) generan “estrés tóxico” con efectos duraderos en el desarrollo cerebral y la salud (Felitti et al., 1998). Existe una relación dosis-respuesta entre el número de ACEs y el riesgo de enfermedad mental, crónica y mortalidad prematura (Lê-Scherban et al., 2018). En contraste, las experiencias positivas en la infancia (PCEs) fortalecen resiliencia y amortiguan la adversidad (Han et al., 2023; Blackwell et al., 2024). En Chile, el 54% reporta  $\geq 4$  ACEs, muy superior al promedio internacional (~20%) (Ramírez Labbé et al., 2022). Pese a esta prevalencia y a las altas tasas de problemas de salud mental infantil (Barican et al., 2022), no existen estudios que analicen cómo ACEs y PCEs parentales influyen en la salud de sus hijos, lo que justifica generar evidencia para orientar intervenciones preventivas y de apoyo temprano (Rodríguez et al., 2024).

### OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación entre ACEs y PCEs en los padres y la problemática de salud mental en niños de 3 a 5 años inscritos en jardines infantiles públicos de la Región Metropolitana en Chile.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir la prevalencia de ACEs en padres de niños de 3 a 5 años.

Describir la prevalencia de PCEs en padres de niños de 3 a 5 años.

Describir la prevalencia de la sintomatología emocional y conductual en niños de 3 a 5 años.

Determinar si existe asociación entre ACEs y PCEs parentales y la salud mental infantil.

### MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, en el marco del proyecto trinacional TRIADA. La población correspondió a niños de 3 a 5 años asistentes a jardines infantiles públicos (JUNJI) de la Región Metropolitana y sus cuidadores. Se planificó reclutar 125 díadas, con un análisis preliminar en 44. Inclusión: edad 3–5 años y consentimiento informado. Exclusión: enfermedades graves, discapacidad severa o infecciones agudas.

La recolección de datos se realizó en tres etapas: (1) convocatoria mediante jardines y afiches; (2) evaluación presencial con cuestionarios sociodemográficos, ACE-IQ, BCE, PEARLS y batería neuropsicológica computarizada (BNCT); (3) cuestionarios virtuales aplicados a cuidadores: PHQ-9, GAD-7, PSI-4-SF, LEC-5, y sobre los niños: SDQ y CSHQ. Todos son instrumentos validados internacionalmente.

El análisis incluyó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, medias, medianas, IC95%). Se proyecta aplicar modelos de regresión logística y lineal múltiple, con ACEs y PCEs parentales como variables independientes y la sintomatología infantil como

dependiente.

## RESULTADOS

La muestra incluyó 44 díadas: 56% niñas y 43% niños. La edad infantil osciló entre 3–4 años (promedio 3,36; mediana 3), mientras que la de los cuidadores fue 20–45 años (promedio 34,3; mediana 34,5). El 79,5% era chileno y 20,5% extranjero. En nivel educacional, 55% reportó estudios universitarios, 31,8% enseñanza media y 11,3% técnico-profesional.

En el ACE-IQ extendido (13 categorías) la media fue 7,07 ACEs, con 95% reportando  $\geq 4$ . En la versión clásica (10 categorías) la media fue 5,4, con 81% reportando  $\geq 4$ . En contraste, el BCE mostró puntajes elevados: media 17,4/20, con la mayoría en niveles altos en factores protectores comunes (media 8,8/10) y discriminantes (media 8,2/10). En el SDQ parental (N=32), los síntomas emocionales fueron bajos (81% normal), pero los problemas de conducta (47% en rango anormal) y la hiperactividad (47% límite + anormal) fueron elevados. La mayoría mostró niveles normales en problemas con pares (69%) y conducta prosocial (88%). El puntaje total indicó 56% normal, 22% límite y 22% anormal.

## CONCLUSIONES

Los hallazgos evidencian una prevalencia muy elevada de ACEs en cuidadores, superando ampliamente lo descrito en la literatura internacional, lo que plantea un riesgo intergeneracional para la salud mental infantil. Sin embargo, también se observan altos niveles de PCEs parentales y de conducta prosocial en los niños, lo que sugiere factores resilientes capaces de mitigar parcialmente el impacto de la adversidad. Las dificultades más frecuentes se identificaron en problemas de conducta e hiperactividad, reforzando la necesidad de intervenciones tempranas orientadas a la autorregulación en la etapa preescolar. Estos resultados preliminares apoyan la incorporación de tamizaje de ACEs y PCEs en la atención primaria y programas de primera infancia, así como el desarrollo de estrategias focalizadas que fortalezcan factores protectores y reduzcan la transmisión intergeneracional de la adversidad. Cabe destacar que el análisis aún no está completo: falta aplicar modelos de regresión logística y lineal múltiple que permitan responder al tercer objetivo y estimar la magnitud de las asociaciones.

Keywords: Child Behavior Disorders, Adverse Childhood Experiences, Positive childhood experiences, Child Development

Financing: Internacional Convocatoria de Investigación de la Cátedra de Primera Infancia de La Triada

Acknowledgments: Agradecemos el apoyo brindado por nuestra casa de estudios y departamento de Medicina Familiar UC.

References: Baird, J., Jacob, C., Barker, M., Fall, C., Hanson, M., Harvey, N., Inskip, H., Kumaran, K., & Cooper, C. (2017). Developmental origins of health and disease: A lifecourse approach to the prevention of non-communicable diseases. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 5(1), 14. <https://doi.org/10.3390/healthcare5010014> Barican, J. L., Yung, D., Schwartz, C., Zheng, Y., Georgiades, K., & Waddell, C. (2022). Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis to inform policymaking. *Evidence-Based Mental Health*, 25(1), 36–44. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300277> Blackwell, C. K., Cella, D., & Mansolf, M. (2024). Intergenerational transmission of adverse and positive childhood experiences and associations with child well-being. *Child Abuse & Neglect*, 157(107050), 107050. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.107050> Carneiro, P. M., & Heckman, J. J. (2003). Human capital policy. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.434544> Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile. (2007). Informe Final Estudio De Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. [Medicina.uc.cl](https://medicina.uc.cl). <https://medicina.uc.cl/>

wp-content/uploads/2018/08/Informe\_final\_estudio\_carga\_2007.pdf Felitti, V. J., MD, FACP, Anda, R. F., MD, MS, Nordenberg, D., MD, Williamson, D. F., MS, PhD, Spitz, A. M., MS, MPH, Edwards, V., BA, Koss, M. P., PhD, & Marks, J. S., MD, MPH. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8) Forkey, H., Szilagyi, M., Kelly, E. T., Duffee, J., THE COUNCIL ON FOSTER CARE, ADOPTION, AND KINSHIP CARE, COUNCIL ON COMMUNITY PEDIATRICS, COUNCIL ON CHILD ABUSE AND NEGLECT, COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH, Springer, S. H., ... Weber Zetley, L. (2021). Trauma-informed care. *Pediatrics*, 148(2). doi:10.1542/peds.2021-052580 Han, D., Dieujuste, N., Doom, J. R., & Narayan, A. J. (2023). A systematic review of positive childhood experiences and adult outcomes: Promotive and protective processes for resilience in the context of childhood adversity. *Child Abuse & Neglect*, 144(106346), 106346. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106346> Hernandez Sampieri, R., Fernandez, C., Baptista, P., Mendez, S., & Mendoza, C. (2014). Metodología de la investigación. Mc Graw Hill Education. Hinojosa, M. S., & Hinojosa, R. (2024). Positive and adverse childhood experiences and mental health outcomes of children. *Child Abuse & Neglect*, 149(106603), 106603. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106603> Kerker, B. D., Zhang, J., Nadeem, E., Stein, R. E. K., Hurlburt, M. S., Heneghan, A., Landsverk, J., & McCue Horwitz, S. (2015). Adverse childhood experiences and mental health, chronic medical conditions, and development in young children. *Academic Pediatrics*, 15(5), 510–517. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.05.005> Lê-Scherban, F., Wang, X., Boyle-Steed, K. H., & Pachter, L. M. (2018). Intergenerational associations of parent adverse childhood experiences and child health outcomes. *Pediatrics*, 141(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-4274> Li, R., Jia, L., Zha, J., Wang, X., Huang, Y., Tao, X., & Wan, Y. (2024). Association of maternal and paternal adverse childhood experiences with emotional and behavioral problems among preschool children. *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi:10.1007/s00787-024-02542-3 MINSAL. (2018). Encuesta Nacional de Salud 2016–2017. [https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/02/2-Resultados-ENS\\_MINSAL\\_31\\_01\\_2018-ilovepdf-compressed.pdf](https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/02/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018-ilovepdf-compressed.pdf) Narayan, A. J., Lieberman, A. F., & Masten, A. S. (2021). Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences (ACEs). *Clinical Psychology Review*, 85(101997), 101997. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101997> Organización Panamericana de la Salud. (2019). Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles Estado de la aplicación de las medidas. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50833/9789275320662\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50833/9789275320662_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Ramírez Labbé, S., Santelices, M. P., Hamilton, J., & Velasco, C. (2022). Adverse childhood experiences: Mental health consequences and risk behaviors in women and men in Chile. *Children (Basel, Switzerland)*, 9(12), 1841. <https://doi.org/10.3390/children9121841> Rodríguez, T., Binda, V., & Zulueta, M. (2024). Implementación de intervenciones que aborden las Experiencias Adversas en la Infancia en Atención Primaria: Una revisión exploratoria. *ARS medica*, 49(1), 7–21. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v49i1.2000> Schickedanz, A., Escarce, J. J., Halfon, N., Sastry, N., & Chung, P. J. (2021). Intergenerational associations between parents' and children's adverse childhood experience scores. *Children (Basel, Switzerland)*, 8(9), 747. <https://doi.org/10.3390/children8090747>

## Úlceras crónicas y riesgo oncológico: estrategias de identificación precoz en Atención Primaria en Salud. Revisión sistemática.

Sergio Araneda Martínez<sup>1</sup>, María Gutiérrez Díaz<sup>1</sup>, Francisco Macías Muñoz<sup>1</sup>, Jhansen Hradecky Ejuro<sup>1</sup>, Tabata Petit Vásquez<sup>1</sup>, Jose Morales Délano<sup>1</sup>

(1) Universidad del Alba, Ciencias de la Salud, Medicina, Ejercito 171, Santiago, Chile

### Introducción:

Las úlceras crónicas de miembros inferiores, son un problema común en la Atención Primaria en Salud (APS), con un alto impacto en la morbilidad, la calidad de vida y el uso de recursos sanitarios. Estas lesiones son de etiología venosa, arterial, neuropática y por presión. Su tratamiento inicial está a cargo de los equipos de APS. Un aspecto crítico, aunque a menudo pasado por alto, es el riesgo de que estas úlceras se transformen en malignas, especialmente en carcinoma espinocelular, carcinoma basocelular o, en casos menos frecuentes, melanoma. La detección temprana de estos cambios es crucial, ya que el diagnóstico puede retrasarse varios años, lo que incrementa el riesgo de metástasis, recurrencia y mortalidad. Sin embargo, la información sobre los criterios clínicos de sospecha y las estrategias de identificación en APS es dispersa y de calidad variable.

### Objetivo:

Sintetizar la evidencia disponible sobre métodos y criterios de identificación temprana de malignización en úlceras crónicas de miembros inferiores en el contexto de la Atención Primaria en Salud.

### Materiales y métodos:

Se llevó a cabo una revisión sistemática en bases de datos internacionales como PubMed/MEDLINE, Embase, CINAHL, Scopus, Web of Science y la Cochrane Library, así como en fuentes regionales como LILACS y SciELO. Se utilizaron combinaciones de términos MeSH y palabras clave relacionadas con "úlceras crónicas", "malignización", "cáncer cutáneo" y "atención primaria". Se consideraron estudios en adultos con úlceras crónicas en las extremidades inferiores que evaluaran la transformación maligna o estrategias de detección temprana en el primer nivel de atención. Se excluyeron aquellos que trataban lesiones malignas primarias sin antecedentes de úlceras crónicas. Se recuperó un total de 150 artículos, de los cuales fueron seleccionados en base a un análisis crítico 32 artículos. La información se extrajo utilizando una planilla estandarizada que recopiló datos clínicos, histológicos y metodológicos. Los estudios seleccionados incluían ensayos clínicos, estudios observacionales, reportes de casos y guías clínicas relevantes para el manejo y diagnóstico precoz de la malignización en úlceras crónicas del miembro inferior.

### Resultados:

Se identificaron un total de 1.247 registros en diversas bases de datos. Después de eliminar duplicados y aplicar criterios de elegibilidad, se incluyeron finalmente 32 estudios que proporcionaron datos sobre 4.815 pacientes con úlceras crónicas de miembros inferiores. La frecuencia de transformación maligna varió entre el 0,5% y el 2%, siendo el carcinoma espinocelular (Marjolin) la histología más común, representando aproximadamente el 80% de los casos. Le siguieron el carcinoma basocelular y el melanoma. Además, se observó que el tiempo promedio hasta el diagnóstico osciló entre 2 y 20 años. Los signos clínicos más frecuentemente reportados incluyeron la persistencia de la úlcera más allá de 12 semanas a pesar de un tratamiento adecuado, la aparición de bordes exofíticos o hipertróficos, sangrado recurrente y dolor progresivo. Por otro lado, los pocos estudios enfocados en Atención Primaria subrayaron la importancia de realizar biopsias tempranas y la capacitación del equipo de salud como estrategias clave

para reducir el retraso en el diagnóstico y mejorar el pronóstico.

**Conclusiones:**

La malignización de úlceras crónicas de miembros inferiores es un fenómeno infrecuente, pero con consecuencias graves si se diagnostica tardíamente. La Atención Primaria cumple un rol central en la identificación temprana, dado que la mayoría de estos pacientes son tratados y curados en la red de atención primaria.

Los hallazgos de esta revisión sugieren que: Toda úlcera crónica que no cicatrice tras 6–12 semanas de manejo adecuado debe considerarse sospechosa. Por otra parte, la biopsia temprana es la herramienta diagnóstica de elección, factible de implementar en APS con capacitación adecuada. De igual manera, la formación de los equipos de salud en signos de alarma (cambios súbitos, sangrado, dolor, bordes hipertróficos) es fundamental para el diagnóstico oportuno. Se requieren más estudios centrados en el ámbito de APS en Chile y Latinoamérica, donde la prevalencia de úlceras crónicas es alta y el acceso a especialistas es muy limitado.

Keywords: Úlceras crónicas, malignización, cáncer cutáneo, atención primaria, cicatrización

Financing: La presente investigación fue realizada sin apoyo financiero externo y contó únicamente con el autofinanciamiento de los autores. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Acknowledgments: Agradecimientos especiales a docentes colaboradores en revisión sistemática. Dr Villagrán, EU Solís.

References: Abdi, O., González-Rodríguez, A. J., & Yáñez, M. (2020). Malignant transformation of chronic leg ulcers: A systematic review. *International Wound Journal*, 17(3), 753–762. <https://doi.org/10.1111/iwj.13286>Bazaliński, D., Przybek-Mita, J., Barańska, B., & Więch, P. (2017). Marjolin's ulcer in chronic wounds—Review of available literature. *Contemporary Oncology*, 21(3), 197–202. <https://doi.org/10.5114/wo.2017.70109>Kanth, A., Aslam, S., & Jameel, J. (2021). Marjolin's ulcer: A comprehensive review. *Cureus*, 13(2), e13187. <https://doi.org/10.7759/cureus.13187>Onesti, M. G., Fino, P., Fioramonti, P., Carella, S., Sorvillo, V., & Scuderi, N. (2013). Marjolin's ulcer: A multicenter study. *Journal of Surgical Oncology*, 107(7), 761–766. <https://doi.org/10.1002/jso.23326>Senet, P., Combemale, P., Debure, C., Gouvernet, J., Perrinaud, A., Machet, L., & Machet, M. C. (2012). Malignancy and chronic leg ulcers: The value of systematic wound biopsies. *Archives of Dermatology*, 148(6), 704–708. <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2011.3440>Tchanque-Fossuo, C. N., Kuzon, W. M., Jr., & Englesbe, M. J. (2011). Marjolin's ulcer: Clinical and histopathologic features of 83 cases. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 127(1), 73e–74e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181f95d02>World Health Organization. (2018). Primary health care: Transforming vision into action. WHO. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>National Institute for Health Research. (2024). PROSPERO: International prospective register of systematic reviews. University of York.

## Limitada presencia de médicos/as de familia en la APS Universal en Chile: una barrera estructural para el modelo de atención integral de salud

Camilo Bass del Campo<sup>1</sup>

(1) Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Avenida Independencia 939, Independencia, Santiago, Chile

### Introducción:

La Atención Primaria de Salud Universal (APS-U), impulsada como reforma en Chile, busca garantizar cobertura para el 100% de la población mediante un modelo de atención integral, continuo, territorial y centrado en las personas. Sin embargo, su viabilidad se ve comprometida por limitaciones estructurales, entre ellas la baja incorporación de médicos/as de familia y comunidad (MFyC) en los equipos de salud de las comunas piloto. La literatura nacional e internacional ha demostrado que la MFyC es clave para mejorar la resolutivez, calidad y equidad en APS. Esta investigación analiza críticamente la brecha entre el diseño institucional de la APS-U y su implementación, con especial énfasis en la baja representación de MFyC, como una barrera estructural que impide alcanzar los objetivos del modelo.

### Objetivos:

Objetivo general: Analizar las brechas estructurales entre el diseño institucional de la APS Universal y la dotación efectiva de médicos/as de familia y comunidad en Chile.

### Objetivos específicos:

Caracterizar la distribución territorial de MFyC en comunas piloto de la estrategia APS-U. Evaluar la proporción de MFyC en relación con la dotación total de los equipos de AP. Identificar los efectos de esta brecha sobre la planificación e implementación del modelo de atención integral de salud.

### Materiales y métodos:

Se realizó un estudio de análisis documental y estadístico, utilizando fuentes secundarias públicas provenientes del Ministerio de Salud (MINSAL), Fondo Nacional de Salud (FONASA), Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM) y literatura científica especializada. Se analizaron datos de población inscrita, selección de comunas APS-U, dotación profesional y cobertura de MFyC entre los años 2022 y 2025. Se aplicó un análisis comparativo entre comunas priorizadas y el total nacional. El uso de datos públicos y anonimizados eximió la necesidad de aprobación de comité de ética.

### Resultados:

En las siete comunas piloto iniciales de la APS-U, se identificó la presencia de solo tres MFyC, lo que representó apenas el 0,5% de la dotación de MFyC a nivel municipal. Al ampliarse la estrategia a 28 comunas, la proporción de MFyC continúa siendo limitada: menos del 10% de MFyC de la AP, lo que evidencia una débil incorporación de criterios de necesidad sanitaria y capacidad resolutivez en la priorización territorial. Esta baja presencia de MFyC se enmarca en un escenario de sobrecarga asistencial: el número de personas asignadas por médico/a aumentó en las comunas APS-U, sin que existiera un refuerzo proporcional en recursos humanos e infraestructura. La planificación e implementación de la APS-U no ha considerado adecuadamente el enfoque de riesgo ni la Ley de Cuidados Inversos, favoreciendo metas de cobertura poblacional en desmedro del fortalecimiento de los equipos clínicos y del componente familiar y comunitario del modelo.

### Conclusiones:

La escasa incorporación de MFyC en la estrategia APS-U limita seriamente su potencial transformador y constituye una barrera estructural para el desarrollo del modelo integral con enfoque familiar y comunitario. Para revertir esta situación, se requiere integrar estratégicamente a la MFyC en todos los niveles del proceso de implementación: planificación, ejecución y evaluación. Esto supone definir dotaciones mínimas por territorio, fortalecer condiciones laborales, asegurar tiempo clínico adecuado y reconocer institucionalmente su rol estratégico. Sin estos cambios, la APS-U corre el riesgo de transformarse en una política regresiva e inefectiva, que amplía la cobertura sin mejorar la calidad ni reducir las inequidades en salud.

Keywords: Medicina Familiar, Atención Primaria Universal, dotación profesional, modelo integra

Financing: Sin financiamiento de la industria.

References: 1. Añel Rodríguez, R. M., & Astier Peña, P. (2022). Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(2), 75-76. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v15n2/1699-695X-albacete-15-02-75.pdf>. Bass, C. (2012). Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivez de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave*, 12(11), e5571. <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.11.55713>. Bass, C. (2018). Atención Primaria Fuerte, historia, diagnóstico actual y propuestas para Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, 58(3), 137-141.4. Bass, C. (2021). La crisis neoliberal del sistema de salud de Chile. CLACSO. En libro: *Refundación de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: descolonizar las teorías y políticas* (pp.99-121). CLACSO, 2021. Libro digital, PDF - (Grupos de trabajo de CLACSO). Archivo Digital: descarga y online. ISBN 978-987-813-016-3.5. Barker, I., Steventon, A., & Deeny, S. R. (2017). Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care-sensitive conditions: cross-sectional study of routinely collected, person-level data. *BMJ*, 356, j84. <https://doi.org/10.1136/bmj.j846>. Bilal, U., Alazraqui, M., Caiaffa, W. T., et al. (2019). Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis. *Lancet Planetary Health*, 3(12), e503-e510. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30235-9](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30235-9) *Lancet Planet Health* 2019; 3: e503-10 Published Online December 10, 2019 [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30235-97](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30235-97). Castillo, C. (2024). Atención primaria de salud universal en Chile: Un análisis de la implementación inicial del proyecto en comunas pioneras, Documentos de Proyectos (LC/TS.2024/92), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2024.8. Comisión Nacional de Productividad. (2022). Eficiencia en la gestión de atención primaria de salud (APS). Santiago, Chile.9. Feo Istúriz, O., Feo Acevedo, C., & Jiménez, P. (2012). Pensamiento contrahegemónico en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 602-614.10. Fleury, S. (1998). Política social, exclusión y equidad en América Latina en los 90. *Nueva Sociedad*, (156), 72-94.11. Fondo Nacional de Salud (FONASA). (2024). Tableros interactivos con información de población beneficiaria y coberturas entregadas por FONASA. Recuperado el 11 de febrero de 2025, de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos12>. Ministerio de Salud de Chile. (2017). Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Departamento de Epidemiología. Recuperado el 10 de febrero de 2025, de <https://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/13>. Ministerio de Salud de Chile. (2023.a). Resolución Exenta N°112. Aprueba Programa Universalización de APS.14. Ministerio de Salud de Chile. (2023.b). Orientaciones Técnicas para la Universalización de la Atención Primaria de Salud: Marco Operativo para el primer año de implementación de comunas pioneras en atención primaria universal.15. Ministerio de Salud de Chile. (2023 c). Determina especialidad de la medicina con derecho a la asignación mensual de estímulo por competencias profesionales en atención primaria de salud para el año 2023 [Decreto Exento N° 128]. Ministerio de Salud de Chile.16. Ministerio de Salud de Chile. (en construcción). Reforma al sistema de salud: Una agenda de transformaciones. Recuperado de <https://www.minsal.cl/documentos-aps-universal/>17. Montero, J., Téllez, A., & Herrera,

C. (2010). Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud: Algunos aspectos críticos. *Escuela de Medicina, Chile*.18. Pereira Gray, D. J., Sidaway-Lee, K., White, E., et al. (2018). Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*, 8, e021161. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>. Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J., & Hunskaar, S. (2021). Continuity in general practice as predictor of mortality. *British Journal of General Practice*. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.034020>. Simó Miñana, J., & Gérvás Camacho, J. (2024). Cómo combatir la “Ley de Cuidados Inversos” en la consulta de atención primaria. *FMC*, 31(6), 305-306. <https://www.fmc.es/es-como-combatir-la-ley-de-cuidados-inverso-articulo-S113420722400075621>. Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM). (2024). Datos Municipales. SUBDERE, Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Recuperado el 10 de febrero de 2025, de <http://www.sinim.gov.cl>22. Torell, G. (2024, marzo 3). El maravilloso e increíble proceso de morirse por dentro también conocido como desprofesionalización. *NoGracias*. <https://www.nogracias.org/2024/03/03/el-maravilloso-e-increible-proceso-de-morirse-por-dentro-tambien-conocido-como-desprofesionalizacion-por-gemma-torell/>

## **SOSPECHA DE HIPERTENSIÓN EN ADOLESCENTES EN DOS CENTROS DE SALUD FAMILIAR DE VALPARAÍSO: UN DESAFÍO PENDIENTE EN APS**

Eduardo Benavides Vargas<sup>1</sup>, Juan Nicolás Castillo Ochoa<sup>1</sup>, David Martínez Avendaño<sup>1</sup>

(1) Universidad de Valparaíso, Medicina Familiar, Medicina, Angamos 655, Viña del Mar, Chile

### **Introducción**

La hipertensión arterial (HTA) en la adolescencia constituye un problema de salud de alta relevancia clínica, dado que se asocia a mayor riesgo de persistencia en la vida adulta y a la aparición temprana de complicaciones cardiovasculares. Estudios muestran un aumento progresivo de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes, lo que contribuye de manera significativa al incremento de la presión arterial (PA) en este grupo etario. En Chile, la pesquisa de HTA en adolescentes se realiza en el marco de los controles de salud integral, sin embargo, existe escasa información publicada respecto a su magnitud en la atención primaria (APS) y, particularmente, en la realidad local de la comuna de Valparaíso. Evaluar los patrones de PA, junto con factores de riesgo asociados, puede contribuir a orientar estrategias preventivas y a optimizar las intervenciones de salud dirigidas a esta población.

### **Objetivo general**

Caracterizar la población adolescente atendida en controles de salud integral en dos Centros de APS de Valparaíso, describiendo factores de riesgo epidemiológicos, conductuales y la prevalencia de sospecha de HTA.

### **Objetivos específicos**

- Describir las características sociodemográficas, hábitos y estado nutricional de los adolescentes atendidos en los CESFAM Barón y Marcelo Mena.
- Determinar la prevalencia de sobrepeso, obesidad y sospecha de HTA según la orientación técnica vigente.
- Describir la relación entre malnutrición por exceso y sospecha de HTA.

### **Materiales y métodos**

Estudio descriptivo observacional. Se obtuvo una base de datos anonimizada con información de controles adolescentes efectuados entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2025 en los CESFAM Barón y Marcelo Mena de Valparaíso. Se caracterizó la población atendida según variables sociodemográficas, hábitos y estado nutricional. La sospecha de HTA se definió según percentiles de PA ajustados a edad, sexo y talla para los adolescentes entre 10 y 12 años. En el caso de los adolescentes de 13 años y más, la sospecha de HTA se definió como  $PA \geq 130/80$  mmHg de acuerdo con recomendaciones de la orientación técnica vigente.

### **Resultados**

Se incluyeron 440 adolescentes entre 10 y 19 años; el 58% correspondió a sexo femenino. La edad promedio fue de 13,4 años. El promedio de actividad física alcanzó 3 h 42 min semanales, el tiempo frente a pantallas fue de 4 h 48 min diarios. Respecto al consumo de sustancias, el 2,2% reportó tabaco, el 5,9% alcohol y el 3,8% marihuana. En cuanto al estado nutricional, el 27,2% presentó sobrepeso y el 32% obesidad.

En relación con la PA, el 13,4% presentó cifras compatibles con sospecha de HTA, su promedio de edad fue de 13,7 años, con prevalencias similares en hombres 13,6% y mujeres 13,3%. Entre ellos, el 50,8% mostró elevación aislada de la presión diastólica, el 37,2% de la presión sistólica y el 11,9% elevación de ambas. En hombres predominó la elevación sistólica aislada 52%; en mujeres fue más frecuente la elevación diastólica

aislada 64,7%. La prevalencia de sospecha de HTA en adolescentes con obesidad fue de 19,1%, 11,7% en sobrepeso y 10,1% en eutróficos.

El 69,5% de los adolescentes con sospecha de HTA presentó malnutrición por exceso. Esta condición estuvo presente en el 77,3% de quienes tenían HTA sistólica aislada, en el 60% de los casos de HTA diastólica aislada y en el 85,7% de los adolescentes con HTA sistodiastólica.

## Conclusiones

Se observó una alta prevalencia de malnutrición por exceso en la población adolescente estudiada, cifras que resultan preocupantes, y que superan el promedio nacional. En los adolescentes que presentaron sospecha de HTA, la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue aún mayor. El nivel de actividad física reportado se encontró muy por debajo de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que sugieren al menos 1 hora diaria de actividad física moderada a vigorosa. El tiempo frente a pantallas promedio fue superior a lo recomendado en la actualidad por la Asociación Americana de Pediatría, la cual recomienda máximo 2 hrs/diarias de pantallas.

En Chile existen pocos estudios que evalúen directamente la prevalencia de HTA en población adolescente en APS. Un estudio realizado en población escolar en la Región Metropolitana documentó una fuerte asociación entre malnutrición por exceso e HTA, con prevalencia de sospecha de HTA de 8,9% en eutróficos, 13,8% en sobrepeso y 26,1% en obesidad, similar a lo encontrado en nuestro estudio.

En contexto del alza de la prevalencia de malnutrición por exceso en los últimos años en Chile, sumado a su asociación con enfermedades crónicas no transmisibles, se hace necesario establecer mecanismos más activos para la pesquisa de HTA en adolescentes, fortaleciendo las capacidades técnicas de los equipos de salud para la detección oportuna, así como la implementación de intervenciones preventivas de estilos de vida saludables.

Keywords: Hipertensión arterial, Adolescente, Obesidad, Sobrepeso, Atención Primaria de Salud

Financing: Sin financiamiento.

References: 1. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: primeros resultados. 2017. 2017. [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17\\_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf) 2. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (Junaeb). Mapa Nutricional 2024 [Internet]. Santiago: Junaeb; 2024 Disponible en: <https://www.junaeb.cl/mapa-nutricional/> 3. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. EXECUTIVE SUMMARY. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK566048/> 4. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades. Orientación técnica para la pesquisa, diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en la infancia y adolescencia. Santiago: Ministerio de Salud; 2023. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/04/2024.04.18\\_HIPERTENSION-ARTERIAL-INFANCIA-Y-ADOLESCENCIA\\_v3.pdf](https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/04/2024.04.18_HIPERTENSION-ARTERIAL-INFANCIA-Y-ADOLESCENCIA_v3.pdf)

## Monitoreo ambulatorio de Presión Arterial en Atención Primaria: estudio de concordancia entre cardiólogos y médicos de familia

Sebastián Salinas Perot<sup>1</sup>

(1) Universidad Católica del Maule, Medicina Familiar, Medicina, Talca, Chile

La HTA es una enfermedad altamente prevalente, afectando al 27,6% de la población mayor de 15 años en Chile. Es el principal factor de riesgo aislado de morbilidad cardiovascular. Se estima que el 56,4% de las muertes por enfermedad isquémica cardíaca, el 56,3% de las muertes por enfermedad cerebrovascular, el 100% de la enfermedad hipertensiva del corazón y el 55,6% de la enfermedad renal crónica son atribuibles a una PA sistólica elevada.

La Guía de Práctica Clínica GES recomienda el MAPA de 24 horas como método diagnóstico preferente. Dentro de sus ventajas encontramos que los valores obtenidos son ajenos al ambiente asistencial, permite estudiar el comportamiento nocturno de las presiones y nos da una mejor predicción de morbilidad vascular. Sin embargo, en la APS no se cuenta con equipos ni con personal capacitado para realizarlos. En muchas comunas, el acceso al MAPA es limitado, ya que depende de la compra de servicios privados o del pago particular por los pacientes.

Dada la relevancia del MAPA en el diagnóstico y tratamiento de la HTA, su implementación en APS podría mejorar significativamente la atención de los pacientes.

### Objetivo general:

Evaluar la concordancia entre informes de MAPA realizados por un Médico de Familia capacitado y cardiólogo.

### Objetivos específicos:

Observar la concordancia entre el equipo de medicina familiar y cardiólogos  
Apreciar, según los resultados, la validez de los informes realizados por los médicos de familia.

### Materiales y métodos:

Diseño del estudio: Estudio observacional analítico de tipo comparativo, estudio de concordancia.

### Población y muestra:

Población mayor de 18 años de la comuna de San Clemente a los cuales se le realizó un MAPA entre los años 2022 y 2024, independientemente del objetivo clínico por el cual fue solicitado dicho examen.

### VARIABLES:

Las variables que se analizarán son las siguientes:

Hipertensión arterial (HTA):

0: Normo tensión.

1: Hipertensión global.

2: Hipertensión diurna.

3: Hipertensión nocturna.

Fenómeno Dipper

0: Dipper

1: No Dipper

2: Inverso

### 3: Aumentado

Para cada una de estas variables se medirá la concordancia entre el informe del médico de familia y el informe del cardiólogo.

Además, se espera calcular los rendimientos de este test diagnóstico aplicado por médicos de familia

Actualmente el informe del cardiólogo se utiliza como el estándar de referencia en este estudio

#### **Intervención:**

**Capacitación:** Se realizó un curso de capacitación evaluado dirigido por el equipo de cardiología de la Universidad Católica del Maule para un grupo de residentes y docentes del subdepartamento de Medicina Familiar y donde además se invitaron a residentes de la Pontificia Universidad Católica de Chile

**Informe de MAPA:** El equipo previamente capacitados interpretarán los MAPA en forma ciega al informe realizado previamente por el cardiólogo externo.

Los datos obtenidos serán indexados en una planilla Excel en el cual cada paciente estará identificado con un código alfanumérico asignado al azar

#### **Análisis estadístico:**

En el análisis estadístico de este proyecto se calculó el coeficiente kappa para evaluar la concordancia entre los dos evaluadores, médicos de familia y cardiólogos. Este coeficiente estima la concordancia entre los observadores por sobre la concordancia esperada solo por azar. Se realizará una prueba de hipótesis para determinar si la concordancia observada es estadísticamente significativa ( $p: 0,05$ ), lo que proporcionará un rango en el que se espera que se encuentre el valor real del kappa, lo cual es importante para evaluar la precisión de los resultados.

#### **Resultados:**

Se analizaron los informes de MAPA realizados por médicos de familia, diferenciando becados y especialistas, utilizando como referencia los diagnósticos de cardiólogos.

##### 1) Becados

HTA

Kappa: 0,85 (IC95%: 0,78–0,92) concordancia muy buena.

##### 1 Fenómeno Dipper

Kappa: 0,95 (IC95%: 0,91–1,00) concordancia casi perfecta

##### 2) Especialistas en Medicina Familiar

HTA

Kappa: 0,93 (IC95%: 0,88–0,99) concordancia muy buena, cercana a perfecta.

##### Fenómeno Dipper

Kappa: 0,99 (IC95%: 0,96–1,00) concordancia prácticamente perfecta.

##### Resultados globales

HTA: kappa 0,89 (IC95%: 0,84–0,93)

Fenómeno dipper: kappa 0,97 (IC95%: 0,94–1,00)

#### **Conclusiones:**

El presente estudio demuestra que los médicos de familia alcanzan una muy buena concordancia con cardiólogos en la interpretación del MAPA, particularmente en la clasificación del fenómeno Dipper donde se observaron índices kappa cercanos a la perfección. Los especialistas alcanzaron rendimientos superiores a los becados, pero ambos grupos mostraron niveles de desempeño que respaldan la validez clínica de la interpretación de MAPA en atención primaria.

Finalmente podemos concluir que el MAPA sería un examen que se podría implementar en la APS con especialistas de Medicina familiar capacitados y que ya son parte de la dotación de los CESFAM correspondientes cubriendo así la brecha actual en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes.

Keywords: mapa, hipertensión arterial, hipertensión nocturna, Delantal blanco, Medicina Familiar

Financing: El presente estudio cuenta con financiación de la Universidad Católica del Maule a través de su programa de vinculación con el medio. No existe financiamiento por la industria farmacéutica ni conflictos de interés de alguno de los investigadores involucrados.

References: Encuesta Nacional de Salud 2016–2017. Guía de Práctica Clínica Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más 2018. Ministerio de Salud. Guías para la monitorización ambulatoria de presión arterial de 24 horas”, *Revista Chilena de Cardiología*, 36(3), 2017, pp. 264–287. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcardiol/v36n3/0718-8560-rchcardiol-36-03-00264.pdf> Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72(2):160.e1–e78. Antza C, Vazakidis P, Doundoulakis I, et al. Masked and white coat hypertension, the double trouble of large arteries: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Hypertens*. 2020;22:802–811. <https://doi.org/10.1111/jch.13876> Omboni S, Bilo G, Saladini F, et al. Standards for the Implementation, Analysis, Interpretation, and Reporting of 24-hour Ambulatory Blood Pressure Monitoring: Recommendations of the Italian Society of Hypertension. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2024;31:425–436. <https://doi.org/10.1007/s40292-024-00670-0>

## Evaluación de Índice de Proveedor Usual en un CESFAM docente de Santiago – Estudio Piloto

Catalina Contreras Morgado<sup>1</sup>, Carla Salas Salas<sup>1</sup>, Fernando Zavala Maturana<sup>1</sup>, Tomás Pantoja Calderón<sup>1</sup>

(1) Pontificia Universidad Católica de Chile, Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Av. Vicuña Mackenna 4860, Santiago, Chile

La continuidad del cuidado médico (CCM) es un atributo fundamental de los sistemas de salud de Atención Primaria, especialmente relevante para la gestión de enfermedades crónicas y la atención integral de las personas. Se ha demostrado que una alta CCM se asocia a mejores resultados en salud, mayor adherencia a tratamientos y una percepción positiva de la atención por parte de los usuarios. En el contexto de los Centros de Salud Familiar (CESFAM), que operan bajo un modelo de salud familiar y comunitario, la continuidad se fomenta a través de la asignación de un equipo de cabecera. La Continuidad con el Proveedor Usual (UPC, Usual Provider Continuity) es un índice validado y ampliamente utilizado para medir este tipo de continuidad, reflejando la proporción de atenciones recibidas por un paciente con su médico habitual en un período de tiempo, sin tomar en cuenta los cambios de tratancia.

No obstante la importancia de la CCM, existe una brecha de conocimiento específica en la literatura respecto a cómo el contexto de Centros de Salud Familiar docentes impacta en la continuidad con el proveedor usual. La presencia de Médicos Residentes en formación, la rotación programada de estos profesionales, y el rol de supervisión de los Médicos de Familia, introducen variables que podrían alterar la estabilidad en la asignación y atención habitual de los pacientes, impactando directamente en el índice UPC. Evaluar estas diferencias es fundamental para el diseño de estrategias de gestión que permitan armonizar la misión docente con la asistencial. Este estudio piloto busca precisamente comenzar a dilucidar esta interacción.

### Objetivos

El objetivo principal de este estudio piloto es evaluar la CCM a través del UPC en un CESFAM docente de Santiago y comparar los índices de UPC obtenidos entre los distintos grupos de médicos que se desempeñan en el centro: médicos de familia (MF), médicos generales (MG) y médicos residentes (MR) de medicina familiar.

### Materiales y Método

Se realizó un estudio de corte transversal, en un CESFAM docente de Santiago. La población de estudio incluyó a pacientes adultos, mayores de 18 años que poseían al menos 1 patología crónica no transmisible y reunían al menos una atención anual en el periodo 2022-2024. De ellos se rescató el total de atenciones por médico. Se clasificó cada atención según la condición del proveedor usual: médico general, familiar o residente. No se consideraron en el análisis los pacientes con 2 o más proveedores usuales. Se calculó UPC para cada paciente y se correlacionó con la condición del médico usual. Dada la naturaleza de los datos, se evaluó la distribución del índice UPC, evidenciándose que no seguía una distribución normal. Por lo tanto, para la comparación de las medias de UPC entre los tres grupos se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Posteriormente, se realizaron comparaciones dos a dos utilizando la prueba de Dwass-Steel-Critchlow-Fligner para identificar específicamente las diferencias significativas.

### Resultados

Se analizaron un total de 20.930 atenciones de 1.480 pacientes (se eliminaron 333 pacientes por tener 2 proveedores usuales). Del total de médicos disponibles durante el

periodo 21(50%) fueron MR, 17 (40%) MG y 4 (10%) MF, para un total de 42 profesionales. La cantidad de atenciones por cada grupo fue 10.411(50%) para MR, 7.432(36%) MG y 3.087 (15%) MF.

El total de pacientes cuyo proveedor usual fue un MR, MG o MF fue 714, 519 y 252, con medias de UPC 0.377, 0.388 y 0.445 respectivamente.

La prueba de Kruskal-Wallis mostró diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los índices UPC entre los tres grupos de médicos. Al realizar las comparaciones dos a dos mediante el test de Dwass-Steel-Critchlow-Fligner, se identificaron diferencias significativas entre: MF-MR y MF-MG.

### **Conclusión**

El grupo de MF presentó la mayor UPC en comparación tanto con los MG-MR en este CESFAM docente. Estos hallazgos sugieren que la formación y el rol del Médico de Familia podrían estar asociados a una mayor estabilidad y un patrón de atención que facilita el logro de la continuidad con el proveedor, un atributo clave de la Atención Primaria de Salud.

Futuras investigaciones deberían enfocarse en aumentar la muestra, expandiendo el estudio para incluir otros CESFAM docentes y no docentes. Una muestra ampliada permitiría no solo confirmar la tendencia observada, sino también realizar análisis multivariados más robustos para identificar y modelar el impacto específico de variables como la carga docente, las políticas de asignación de pacientes, y la experiencia del médico en el logro de una mayor continuidad del cuidado.

Keywords: Residencia, CESFAM, Continuidad de la atención

Financing: Sin financiamiento

References: Saultz, J. W. (2003). Defining and measuring continuity of care. *Annals of Family Medicine*, 1(3), 134-143. Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., & Adair, C. E. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327(7425), 1219-1221.

## SCORE DE VULNERABILIDAD FAMILIAR EN SALUD (SCORE-VFS): CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS DE PANGUIPULLI DESDE UN ENFOQUE TERRITORIAL.

Lilian Beatriz Fernández fernandez<sup>1</sup>, Sergio Muñoz<sup>1</sup>, Javiera Delgado<sup>1</sup>, Consuelo Telechea<sup>1</sup>,  
José Tomas Ordoñez<sup>1</sup>, Valentina Pincheira<sup>1</sup>, Sebastian Lazcano<sup>1</sup>

(1) Universidad de La Frontera, Departamento Especialidades Médicas - Unidad de  
Medicina Familiar, Medicina, Claro Solar 115, Temuco, Chile

### INTRODUCCIÓN

La salud de las familias está determinada por factores que trascienden lo individual, incluyendo dinámicas de convivencia, estructura familiar, redes sociales y de apoyo, condiciones del entorno y adaptabilidad frente a crisis. Los instrumentos tradicionales en salud suelen centrarse en riesgos clínicos o económicos, dejando de lado la complejidad familiar y territorial. En este contexto, nace el Score de Vulnerabilidad Familiar en Salud (VFS) en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Panguipulli, el cual busca evaluar y caracterizar a las familias de su comunidad para determinar vulnerabilidad de sufrir daños en salud.

### OBJETIVOS

Caracterizar a las familias usuarias del CESFAM Panguipulli mediante la construcción y aplicación del Score de Vulnerabilidad Familiar en Salud, evaluando dimensiones familiares, sociales y ambientales asociadas a la generación de daños en salud.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Corresponde a un estudio observacional transversal. Se utilizó el SCORE-VFS para medir vulnerabilidad en salud, el cual a través de un cuestionario aplicado mide componentes en relación al funcionamiento familiar, hábitos y costumbres, factores sociales y ambientales.

La base de datos inicial se extrajo de la práctica clínica rutinaria, incorporando en algunos casos consentimiento informado para aplicar el cuestionario en el caso índice de cada familia. El instrumento fue aplicado a 204 familias, siendo el caso índice un adulto parte del núcleo familiar. Los análisis se realizaron con SPSS v.22, utilizando comparación con daños (patología de salud mental, consumo problemático de drogas y enfermedades crónicas) como criterio de validación.

### RESULTADOS

La media del puntaje obtenido fue 1,94 (DE 0,60), con tendencia a distribución normal y valores entre 0,90 y 4,02. El 84,1% de las familias se concentró en tramos de baja o mediana vulnerabilidad ( $\leq 2,5$ ), mientras que un porcentaje menor alcanzó alta vulnerabilidad.

En cuanto al funcionamiento familiar, se observó un 67% de familias con funcionamiento adecuado, mientras que un tercio presentó dificultades, sobre todo en ámbitos de comunicación, cohesión y resolución de conflictos. Alrededor de un 59% refiere la percepción de dificultades de acceso a alimentación saludable y la actividad física. Con respecto a percepción del entorno, un 12,7% de las familias percibió contaminación ambiental y un 41,2% insuficientes espacios seguros para recreación. Aproximadamente el 30% refirió no contar con redes de apoyo; un 7,3% reportó discriminación y un 5,4% bullying hacia algún integrante.

Las familias con patología de salud mental (24,1%) y consumo problemático de drogas (29,2%) obtuvieron puntajes significativamente mayores de vulnerabilidad ( $p < 0,01$ ). Por

otra parte, la alta prevalencia de enfermedades crónicas y obesidad (79%) impidió diferencias significativas entre grupos ( $p=0,8$ ).

### CONCLUSIONES

Las familias usuarias del CESFAM de Panguipulli, según el SCORE-VFS, presentan vulnerabilidad en salud, principalmente entre nivel bajo, lo que llama la atención por la percepción de los equipos que enfocan más sus acciones a familias multiproblemas. En este contexto, existen importantes desafíos en cuanto al rol familiar, acceso a espacios seguros y mejora en el acceso a oportunidades de buenos estilos de vida, lo que destaca la necesidad de realizar intervenciones familiares con enfoque poblacional y pertinencia territorial. El Score-VFS se presenta como una herramienta útil para orientar decisiones en salud comunitaria y focalizar acciones preventivas y de apoyo a las familias, optimizando así la gestión de recursos.

Keywords: Enfoque poblacional, Caracterización familiar, Score de vulnerabilidad familiar  
Financing: Recursos propios del Programa de Medicina Familiar de La universidad de La Frontera.

Acknowledgments: Agradecimientos especiales al Equipo de Gestión del CESFAM Panguipulli por su capacidad de reflexión permanente para realizar estrategias y acciones en Salud en el modelo de Salud Familiar.

References: 1. Amendola F, Alvarenga MRM, Gaspar JC, Yamashita CH, Oliveira MA de C. Face validity of an index of family vulnerability to disability and dependence. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011;45 Spec No 2:1736–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342011000800017> 2. Amendola F, Alvarenga MRM, Latorre M do RD de O, Oliveira MA de C. Family vulnerability index to disability and dependence (FVI-DD), by social and health conditions. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017;22(6):2063–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.034320163> 3. Rodriguez C, Serrano M, Urbina L, Velez W, Almeida Y, Herrera K, et al. Vulnerabilidad familiar en salud. *Revista Cuidado y Ocupación Humana*. 2019;8.4. Jiménez-García WG, Manzano-Chávez L, Mohor-Bellalta A. Medición de la vulnerabilidad social: propuesta de un índice para el estudio de barrios vulnerables a la violencia en América Latina. *Papers* [Internet]. 2021;106(3):381–412. Available from: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/papers.28505> 4. Souza EL de, Eshriqui I, Rebustini F, Masuda ET, Paiva Neto FT de, Lima RM, et al. Family vulnerability scale: Evidence of content and internal structure validity. *PLoS One* [Internet]. 2023;18(10):e0280857. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0280857> 5. Souza EL de, Rebustini F, Eshriqui I, Paiva Neto FT de, Masuda ET, Lima RM, et al. Family Vulnerability Scale: validity evidence in primary health care. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2024;57Suppl 3(Suppl 3):5s. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.20230570053297> 6. Morenz AM, Liao JM, Au DH, Hayes SA. Area-level socioeconomic disadvantage and health care spending: A systematic review: A systematic review. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2024;7(2):e2356121. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.56121> 7. Higginbotham JK, Segovia LM, Rohm KL, Anderson CM, Breitenstein SM. Social Vulnerability Index and health outcomes in the United States: A systematic review: A systematic review. *Fam Community Health* [Internet]. 2025;48(2):81–96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/FCH.0000000000000421>

## INTERVENCIONES PARA TRASTORNOS Y/O DEPRESIVOS EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD: REVISION SISTEMATICA

Juvenal Miguel Giron Farrell<sup>1</sup>, Francisca Prado Lonza<sup>1</sup>

(1) Universidad Católica del Norte, Postgrado de Medicina Familiar, Medicina, Campus Guayacan, Coquimbo, Chile

### RESUMEN

En la actualidad existe un aumento de la prevalencia de los trastornos ansiosos y/o depresivos a nivel mundial y nacional. Las personas con este diagnóstico acceden en primera instancia al sistema primario de salud, sin embargo, la alta demanda dificulta la atención desde una perspectiva integral. En esta situación es necesario encontrar evidencia de intervenciones que sean efectivas desde la Atención Primaria. Objetivo: Identificar las intervenciones en pacientes con trastornos ansiosos y/o depresivos y describir su efectividad a nivel físico, psicológico y/o social. Métodos: Revisión sistemática, la selección, cribado e inclusión de los artículos científicos fue guiada por la declaración PRISMA. Las bases de datos utilizadas fueron: PUBMED, Scielo, LILACS y Epistemonikos. La calidad metodológica se evaluó a través de la lectura crítica basada en CASPE. La matriz de datos permitió identificar y organizar los resultados principales de cada artículo, posteriormente se hizo un análisis de descriptivo cualitativo estableciendo los principales aspectos asociados a los objetivos de estudio. Resultados: Se seleccionaron un total de 13 artículos de los 1997 encontrados en las bases de datos. Las líneas temáticas fueron: Modalidad de entrega (presencial/remota); según estructura (individual/grupal); según el tipo de intervención terapéutica. Conclusión: Las intervenciones multidisciplinarias, especialmente con enfermeros capacitados, terapias breves y tecnologías digitales mejoran significativamente los síntomas ansiosos y depresivos. Persisten desafíos de formación, adherencia y equidad. Se sugiere seguir investigando su implementación y efectividad en contextos locales.

Consideraciones éticas: No aplica ya que es una investigación secundaria

Keywords: ansiedad, depresión, efectividad, atención primaria de salud

Financing: Sin financiamiento

Acknowledgments: A la profesora Lizet Veliz

References: 9. Kellet S, Charlotte B, Smithies J, Aadahl V, Simmonds-Buckley M, Power N, et al. Cognitive-behavioural versus cognitive-analytic guided self-help for mild-to-moderate anxiety: a pragmatic, randomised patient preference trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2023. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/cognitivebehavioural-versus-cognitiveanalytic-guided-selfhelp-for-mildtomoderate-anxiety-a-pragmatic-randomised-patient-preference-trial/60ABF0F2F5ED82618A9C39594A1A5D6A10>. Arroll B, Frischtak H, Roskvist R, Mount V, Sundram F, Fletcher S, et al. FACT effectiveness in primary care; a single visit RCT for depressive symptoms. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2021. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0091217421101053611>. Hammarberg S, Bjorkelund C, Nejati S, Magnil M, Hange D, Svenningsson I, et al. Clinical effectiveness of care managers in collaborative primary health care for patients with depression: 12- and 24-month follow-up of a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Primary Care*. 2022. Disponible en: <https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-022-01803-x12>. Sun Y, Wong S, Zhang D, Chen C, Yip B. Behavioral activation with mindfulness in treating subthreshold depression in primary care: a cost-utility and cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled

trial. *Journal of Psychiatric Research*. 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33086144/13>. Ishrat M, Rodie D, Perivolaris A, Sanchez M, Crawford A, Fitzgibbon K, et al. A collaborative-care telephone-based intervention for depression, anxiety, and at-risk drinking in primary care: the PARTNERS randomized clinical trial. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2023. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0706743723115624314>. Vara M, Mira A, Miragall M, Garcia-Palacios A, Botella C, Gili M, et al. A low-intensity internet-based intervention focused on the promotion of positive affect for the treatment of depression in Spanish primary care: secondary analysis of a randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/809415>. Wright J, Owen J, Eells T, Antle B, Bishop L, Girdler R, et al. Effect of computer-assisted cognitive behavior therapy vs usual care on depression among adults in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*. 2022. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/278892616>. Raya A, Fernandez M, Martin J, Casañas R, Sauch G, Cols C, et al. Effectiveness of a psychoeducational group intervention carried out by nurses for patients with depression and physical comorbidity in primary care: randomized clinical trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/6/294817>. Lopez J, Rabanales J. Effectiveness of physical exercise in older adults with mild to moderate depression. *ANNALS OF FAMILY MEDICINE*. 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34264835/18>. Henriksson M, Wall A, Nyberg J, Adiels M, Lundin K, Bergh Y. Effects of exercise on symptoms of anxiety in primary care patients: a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 2022. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032721010739?via%3Dihub19>. Winklerfelt S, Toth E, Jansson M, Lundgren T, Westman J, Bohman B. Intolerance-of-uncertainty therapy versus metacognitive therapy for generalized anxiety disorder in primary health care: A randomized controlled pilot trial. *PLOS ONE*. 2023. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.028717120>. Haun M, Tonnie J, Krisam R, Kronsteiner D, Wensing M, Szecsenyi J, et al. Mental health specialist video consultations versus treatment as usual in patients with depression or anxiety disorders in primary care: study protocol for an individually randomised superiority trial (the PROVIDE-C trial). *Trials*. 2021. Disponible en: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-021-05289-321>. Aguilar A, Oliván B, Perez G, Serrano M, Olszewski L, Turon A. One-year follow-up of the effectiveness of a lifestyle modification programme as an adjuvant treatment of depression in primary care: A randomised clinical trial. *Journal of Affective Disorders*. 2023. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032723004640?via%3Dihub>

## Impacto de la estrategia HEARTS en el control de la presión arterial en la población hipertensa bajo control de la comuna de El Bosque

Simona Fuentealba Gutiérrez<sup>1</sup>, Antonia Castro Lizana<sup>1</sup>, Cesar Vergara Arce<sup>1</sup>

(1) Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Ciencias Médicas, Santiago, Chile

### Introducción:

La hipertensión arterial constituye un importante problema de salud pública, asociada a alta morbilidad, mortalidad y discapacidad. En Chile, la prevalencia estimada alcanza al 27,6% de la población, con cifras que ascienden a más del 70% en adultos mayores, mientras que sólo un tercio de los pacientes logra controlar adecuadamente su presión arterial.

### Objetivo:

Evaluar el impacto de la estrategia HEARTS sobre el control de la presión arterial en la población hipertensa de la comuna de El Bosque.

Materiales y métodos:

Estudio analítico, observacional, longitudinal y retrospectivo realizado entre agosto de 2022 y julio de 2023 en siete centros de atención primaria de El Bosque. Se incluyeron 2.318 pacientes emparejados mediante puntaje de propensión (1:1) entre quienes recibieron la intervención HEARTS (losartán + amlodipino ± hidroclorotiazida) y controles con tratamiento habitual. Se aplicaron modelos de regresión logística multivariable ajustados por covariables clínicas y de estilo de vida.

### Resultados:

La estrategia HEARTS mostró una asociación significativa con el control de la presión arterial (OR = 1,67; IC95%: 1,39–2,00;  $p < 0,001$ ). La adherencia a dieta se asoció favorablemente con el cumplimiento de metas tensionales, mientras que el aumento de peso y niveles elevados de presión arterial sistólica basal predijeron menor respuesta terapéutica. Se observó además que la efectividad de la intervención disminuye con la antigüedad del diagnóstico de HTA.

### Conclusiones:

La implementación de la estrategia HEARTS en la comuna de El Bosque fue efectiva para mejorar el control de la hipertensión arterial. Sin embargo, su impacto no fue homogéneo, lo que resalta la necesidad de intervenciones personalizadas que consideren factores clínicos y modificables como dieta, peso corporal y tiempo desde el diagnóstico.

Keywords: HEARTS, Hipertensión, Análisis multivariante, Factores predictores, Atención primaria

Financing: Sin financiamiento

Referencias: Ministerio de Salud. Resumen ejecutivo: Guía de práctica clínica hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más. Santiago: MINSAL; 2019. Disponible en: Recomendaciones GRADE - DIPRECE Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Hipertensión arterial. Santiago de Chile: MINSAL; 2018. Disponible en: <https://goo.gl/oe2iVt> Ministerio de Salud de Chile; Pukara Research. Informe de evaluación de tecnologías sanitarias: Estudio de costo-efectividad del tratamiento farmacológico combinado en dosis fijas para la hipertensión arterial en Chile. Santiago de Chile: MINSAL; 2020. Filippou CD, Tsioufis CP, Thomopoulos CG, Mihos CC, Dimitriadis KS, Sotiropoulou LI, et al. Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet and Blood Pressure Reduction in Adults with and without Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Advances In Nutrition* [Internet]. 8 de abril

de 2020;11(5):1150-60. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/advances/nmaa041>Cseh D, Middlemiss JE, Mäki-Petäjä KM, Hubsch A, Wilkinson IB, McEniery CM. Cardiovascular responses to experimental weight gain in humans: a feasibility study. *J Hypertens*. 2024 Nov;42(11):2011-2017. doi:10.1097/HJH.0000000000003830.Wilding JPH, Batterham RL, Davies M, Van Gaal LF, Kandler K, Konakli K, et al. Weight regain and cardiometabolic effects after withdrawal of semaglutide: The STEP 1 trial extension. *Diabetes Obes Metab*. 2022;24(8):1553-64.Campo C, Segura J, Ruilope LM. Factors Influencing the Systolic Blood Pressure Response to Drug Therapy. *Journal Of Clinical Hypertension [Internet]*. 1 de enero de 2002;4(1):35-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1524-6175.2002.00487.x>Ling S, Wu W, Cheng Y, Zhou Z, Zhang Y, Song Y, et al. Impact of hypertension duration on the cardiovascular benefit of intensive blood pressure control. *Hypertension*. 2024;81(9):1945-55.Zheng Y, Gao X, Jia HY, Li FR, Ye H. Influence of hypertension duration and blood pressure levels on cardiovascular disease and all-cause mortality: A large prospective cohort study. *Front Cardiovasc Med*. 2022;9:948707.



# EXPERIENCIA

## De la pedagogía del vínculo a la medicina familiar: propuesta metodológica de educación para fortalecer la salud desde la niñez temprana.

Nataly del Pilar Bravo Morales<sup>2</sup>, Araceli Acuña Poblete<sup>2</sup>, Exequiel Ignacio Novoa Padilla<sup>1</sup>

(1) Universidad Austral de Chile, Instituto de salud pública, Facultad de medicina, Independencia 631, Valdivia, Chile

(2) Casa escuela mamíferas, avenida Italia, Valdivia, Chile

### Antecedentes:

Los problemas de salud mental se han transformado en una de las principales cargas de enfermedad en nuestro país, a pesar de los esfuerzos institucionales para evitarlo. Según datos publicados por la Defensoría de la Niñez posterior a la Pandemia COVID 19, más de la mitad de los adolescentes de enseñanza media cumplen con criterios para uno o más problemas de salud mental. Participan en ello multiplicidad de factores, lo que dificulta su abordaje, sin embargo hay claridad de la importancia que tiene la primera infancia y los estilos de crianza en la autoestima, comportamiento, habilidades sociales, desarrollo cognitivo y rendimiento académico que se desarrolla. La idea de que debemos aumentar la cobertura de prestaciones de salud mental para solucionar este problema ha demostrado no ser suficiente, y existen grandes brechas de conocimiento sobre el rol de los primeros años de vida en el desarrollo de las personas.

Dentro de los principios y ejes del Modelo de Atención Integral de Salud encontramos el énfasis en lo promocional y preventivo, la intersectorialidad y participación en salud. A pesar de ello, la carga asistencial de la atención primaria impide su profundización y desarrollo.

En este contexto surge la necesidad de conectar estrategias de salud mental en otras áreas, con un enfoque anticipatorio, preventivo y promocional.

### Objetivos:

Conseguir una metodología educativa que contribuya al bienestar y desarrollo de niños y niñas.

### Desarrollo y resultados:

Se desarrolló una metodología denominada CREAR (Construcción Revolucionaria de Educación Alternativa y Respetuosa) basándose en los principios de neurociencia del desarrollo y pedagogía del vínculo.

Uno de los pilares fundamentales es la participación activa de las familias. Esta se materializa en asambleas mensuales, talleres colaborativos y planificación conjunta de salidas al territorio. Las familias también facilitan instancias educativas según sus intereses o saberes, lo que fomenta una economía solidaria de recursos y una estructura horizontal. Directamente ligado a esto, se ofrecen talleres mensuales a los cuidadores centrados en temas como regulación emocional, límites, crianza respetuosa y abordaje sensorial. Estas instancias fortalecen la parentalidad consciente, fomentan el cuidado mutuo y consolidan a la escuela como un espacio de formación continua, también para los adultos que acompañan a la niñez.

Se materializó en "Casa Escuela Mamíferas", una escuela colectiva y autogestionada, en la ciudad de Valdivia inicios del año 2024. Con niños y niñas entre 2 y 5 años, modalidad multinivel. El equipo se conformó por una terapeuta ocupacional y una psicóloga infantil (creadoras de la metodología) quienes diseñan una rutina flexible que equilibra el juego libre, alimentación consciente, yoga, herbolaria, expresión emocional y actividades sensoriales.

Se han establecido vínculos intersectoriales con universidades de la ciudad, para permitir la pasada de estudiantes del área educacional por la escuela, y de esta forma difundir los principios que sustentan la metodología en quienes son las nuevas generaciones de docentes. Se han realizado coordinaciones con un CECOSF para realizar actividades de promoción de salud.

### **Conclusiones:**

se ha observado un fortalecimiento del desarrollo emocional de los niños y niñas: mayor seguridad para enfrentar desafíos, empatía, lenguaje emocional, autorregulación y habilidades sociales. Las familias reportan vínculos más fuertes, mayor consciencia en sus prácticas de crianza y un sentido de pertenencia comunitaria.

La interacción entre familias ha generado una red de cuidado mutuo, promoviendo tribus de crianza que colaboran en la salud mental materna y en el sostenimiento emocional colectivo.

Desde la perspectiva de la medicina familiar, esta experiencia muestra cómo un espacio educativo puede transformarse en un dispositivo comunitario y colectivo de salud, donde el vínculo, los hábitos, la presencia y el respeto son ejes centrales del bienestar.

**Keywords:** salud mental infantil, educación, crianza respetuosa

**Financing:** esta experiencia es autogestionada y autofinanciada.

**Acknowledgments:** A las familias que han confiado y contribuido al proyecto. A los niños que le dan sentido.

**References:** Lecannelier F. Volver a mirar: cómo educar con apego en un mundo hiperexigente. Ediciones B; 2020. Siegel DJ. The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2020.

## Fortaleciendo la alfabetización en salud y la toma de decisiones compartidas: desarrollo del protocolo ACTÚA en el CESFAM Madre Teresa de Calcuta

María José Navarro Sierra<sup>1</sup>, Ignacia Zanon Quiroz<sup>1</sup>, Felipe Ignacio Riquelme Silva<sup>1</sup>, Rodrigo García Miranda<sup>1</sup>, Andrea Rioseco Castillo<sup>2</sup>, Camilo Andrés Laprida Acuña<sup>2</sup>

(1) Pontificia Universidad Católica de Chile, Pregrado, Medicina, Av. Alameda Libertador Bernardo O'Higgins 340, Santiago, Chile

(2) Pontificia Universidad Católica de Chile, Medicina Familiar, Medicina, Av. Alameda Libertador Bernardo O'Higgins 340, Santiago, Chile

### Antecedentes:

Esta experiencia se desarrolló como parte de un Proyecto Aprendizaje + Servicio (A+S) en el Internado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica de Chile. A+S busca que los estudiantes aprendan activamente desde la experiencia, vinculándose con socios comunitarios, en un contexto real y respondiendo a necesidades reales, reforzando competencias complementarias a su formación clínica mediante un servicio concreto [1].

El foco estuvo en la alfabetización en salud, entendida como la capacidad de obtener, comprender y usar información para tomar decisiones informadas sobre la salud [2]. Su limitación afecta la adherencia, el autocuidado y la posibilidad de participar en la toma de decisiones compartidas (TDC) [3], eje central de la Estrategia de Cuidado Integral Centrada en las Personas (ECICEP) [4].

Se identificó como problema que en el CESFAM Madre Teresa de Calcuta se desconocía si la alfabetización en salud y la TDC se aplicaban de manera sistemática, así como las estrategias usadas por los profesionales para activar a los usuarios. La ausencia de un protocolo y de capacitación formal limitaba la promoción de la participación de los pacientes, lo que reducía la pertinencia y efectividad de los planes de cuidado. Resolver esta brecha permitiría fortalecer el rol activo de los usuarios y avanzar hacia una atención más centrada en las personas [3].

### Objetivo:

Diseñar un protocolo local que oriente la alfabetización en salud para la TDC, recopilando previamente información sobre conocimiento, aplicación y barreras percibidas por el equipo clínico mediante una encuesta de elaboración propia.

### Desarrollo:

La primera etapa del trabajo consistió en un levantamiento diagnóstico en donde se aplicó un cuestionario online a 22 profesionales del CESFAM (18 médicos, 1 enfermero, 1 matrona, 1 odontólogo, 1 TONS). La encuesta exploró conocimientos sobre alfabetización, familiaridad con TDC, estrategias, barreras y facilitadores. El análisis incluyó estadísticas descriptivas y revisión cualitativa.

A partir de esta información y de la revisión de literatura se elaboró el protocolo ACTÚA:

A: Analizar el problema.

C: Comunicar con evidencia.

T: Tomar en cuenta preferencias.

Ú: Unir opciones.

A: Acordar plan.

Este protocolo resume pasos para activar al usuario en distintos contextos clínicos (consultas médicas, controles de enfermería, odontología, matronería, nutrición),

incorporando ejemplos y frases adaptadas. El documento fue revisado y validado en conjunto con el equipo clínico con el plan de posteriormente ser difundido mediante reuniones y material gráfico disponible en los box de atención.

**Resultados:**

La encuesta obtuvo 22 participantes, 55% tenía entre 0–5 años de experiencia en APS, 27% entre 6–10 y 18% más de 10. El 55% conocía el concepto de alfabetización en salud, aunque con definiciones heterogéneas, y el 95% se declaró familiarizado con la TDC, entendiéndola como proceso colaborativo, considerando las preferencias, opciones disponibles y el contexto del usuario. Se destacó que favorece la confianza y adherencia, aunque el tiempo limitado es una barrera para su aplicación. El 59% dijo aplicar estrategias frecuentemente (uso de lenguaje simple, material visual, preguntas de verificación), pero solo el 41% conocía una estrategia formal.

El protocolo ACTÚA se consolidó como una herramienta práctica, breve y adaptable, que facilita la estandarización de la TDC y la alfabetización en salud en la práctica clínica de manera transversal entre profesionales. La validación colectiva y la motivación del equipo clínico favorecen su implementación y sostenibilidad en el tiempo.

**Conclusiones:**

El equipo mostró alta motivación por avanzar hacia la atención centrada en la persona, pero se evidenciaron brechas importantes: falta de homogeneidad conceptual, ausencia de un marco formal de TDC y baja proporción de profesionales con formación previa. Esto genera una práctica diversa, muchas veces intuitiva, dificultada por la falta de tiempo, recursos y capacitación.

La experiencia reveló la necesidad de integrar instancias de formación breve, aplicada y contextualizada en APS, y de contar con un protocolo práctico que facilite la aplicación sistemática. El desarrollo del protocolo ACTÚA permitió avanzar hacia la estandarización local de la alfabetización en salud y la TDC, con potencial de replicarse en otros centros. Su éxito dependerá de acompañarlo con capacitación y retroalimentación continua, fomentando un cambio cultural que potencie el rol activo de las personas en el cuidado de su salud.

**Keywords:** Alfabetización en salud, Toma de decisiones compartidas, Atención primaria, Protocolo clínico, Estrategia centrada en la persona

**Financing:** No recibimos financiamiento.

**Acknowledgments:** Agradecemos al equipo directivo, clínico y administrativo del CESFAM Madre Teresa de Calcuta por su participación en este proyecto. Especial agradecimiento a la Dra. Shirley Acuña, socia comunitaria del proyecto, por su compromiso, disposición y valioso acompañamiento en cada etapa del trabajo desarrollado, su colaboración fue fundamental para la conexión con el equipo de salud y la realidad local.

**References:** Burgos, A., Caire, M., González, M., Jouannet, C., Montalva, J. y Ponce, C. (2019) Guía para el diseño e implementación de un curso con aprendizaje servicio (A+S). Centro de Desarrollo Docente. Pontificia Universidad Católica de Chile. Guerrero, R., & Jofré, M. (2018). Alfabetización en salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio%2F10221%2F33715%2F2%2FBFCN\\_alfabetizacion\\_sanitaria\\_USA\\_\\_FINAL.pdf](https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio%2F10221%2F33715%2F2%2FBFCN_alfabetizacion_sanitaria_USA__FINAL.pdf) Biblioteca del Congreso Chile. Miller, T. A. (2016). Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 99(7), 1079–1086. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.006> Ministerio de Salud de Chile. (2021). Marco operativo: Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. <https://gca.cl/gca/2024/>

ECICEPREQUINOA/COMPLEMENTARIO/Lectura%20-%20Material%20Marco%20Referencial%20ECICEP%201.pdf rchapsf.uchile.cl+5GCA Capacitaciones+5GCA Capacitaciones+5. Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., & Edwards, A. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6> Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 42, 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529> Légaré, F., Ratté, S., Gravel, K., & Turcotte, S. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counseling*, 73(3), 526–535. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.018>

## Atención integral centrada en la persona como motor de cambio en el manejo de condiciones cardiovasculares: Experiencia de implementación de la ECICEP por un equipo multidisciplinario en la población del Programa de Salud Cardiovascular del Hospital de Santa Bárbara.

Ana María Riquelme Durán<sup>1</sup>, Eduardo Ziehl Cárdenas<sup>1</sup>

(1) HFC Santa Bárbara, Salamanca sin número, Santa Bárbara, Chile

### Objetivo:

Mejorar la compensación de población con condiciones cardiovasculares ingresadas a la ECICEP a través de una atención integral y ejecución de planes de cuidados integrales por un equipo multidisciplinario

### Antecedentes:

El Hospital de la Familia y la Comunidad Santa Bárbara en su APS atiende a población urbana predominantemente adultos/as G0, pero en los programas de salud se visualizan mayoritariamente personas mayores G3. La comuna presenta altas tasas de envejecimiento y pobreza multidimensional, con hogares extendidos y unipersonales. El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) es el que mayor población bajo control tiene, con una tasa de compensación del 73.75% en hipertensos y 50.6% en diabéticos. Desde hace 2 años se implementa la Estrategia de Cuidados Integrales Centrada en las Personas (ECICEP) con un equipo multidisciplinario encargado de difundirla y definir a la población objetivo a ingresar. Por otra parte, se capacitó a los equipos en abordaje integral y actualizaciones clínicas para fortalecer su gestión. Desde el inicio se priorizó ingresar a población G2 y G3 con condiciones cardiovasculares descompensadas, mayoritariamente personas mayores con polifarmacia.

### Desarrollo:

La implementación de la ECICEP ha sido sectorizada y en colaboración con el PSCV. En un inicio, se acordó realizar ingresos integrales G3 por dupla médico/a de familia o general y profesional no médico. Durante el segundo año, se estableció una dupla conformada por médico/a general y trabajador social o solo médico/a de familia, favoreciendo el abordaje biopsicosocial. Para ello, se capacitó a los equipos en la realización de ingresos y planes de cuidados integrales (PCI) mediante sesiones educativas basadas en la metodología de Educación Participativa para el Adulto (EPA). También se realizaron sesiones de modelaje para el equipo médico para fortalecer la atención integral.

Para los controles integrales G2 y G3, inicialmente se trabajó con el estamento médico. En el segundo año, se amplió la capacitación al equipo del PSCV, odontología y rehabilitación, logrando un aumento en los controles integrales a expensas de los médicos/as, químico farmacéutico y nutricionistas (47 en 2023 a 271 en 2024, y 147 hasta junio 2025). Esto ha facilitado el seguimiento y cumplimiento de los PCI por los equipos de sector.

Finalmente, la estrategia ha motivado la reconversión del equipo del PSCV, pasando de una estructura tradicional a un equipo más multidisciplinario que, desde 2025, incluye a un químico farmacéutico y desde abril de este año a profesionales del área psicosocial para abordar casos complejos (riesgos familiar alto), fortaleciendo el enfoque integral y centrado en la persona.

### Resultados:

Durante el período evaluado la ECICEP sumó 225 personas en control, de las cuales

215 pertenecen al PSCV. Estas personas recibieron atenciones integrales por un equipo multidisciplinario, complementadas con prestaciones del PSCV. Actualmente, 73 personas atendidas bajo la estrategia han recibido atención conjunta por médico/a y químico farmacéutico, y 45 personas también con nutricionista, cumpliendo el PCI. En esta revisión, se hizo seguimiento a quienes recibieron atenciones integrales por médico/a y químico farmacéutico, dividiéndolos en dos subgrupos: 34 personas con dos o más atenciones farmacéuticas y 39 con una sola atención. En el primer grupo, la adherencia, según el test de Morisky-Green, mostró una ligera disminución, pero la HbA1c bajó de 9,85% a 8,67% (ingreso vs último control). La presión arterial sistólica (PAS) se mantuvo en torno a 131 mmHg, y la diastólica (PAD) descendió de 75,9 a 72,5 mmHg. El LDL también disminuyó de 82,1 a 77,3 mg/dl. En quienes tuvieron una sola atención farmacéutica, la HbA1c pasó de 9,05% a 8,84%, la PAS bajó de 138,3 a 131 mmHg, y la PAD se mantuvo cerca de 76 mmHg; LDL descendió de 74,6 a 67,6 mg/dl. Ambos grupos mostraron mejoras en parámetros metabólicos y cardiovasculares, siendo más evidente en quienes tuvieron al menos 2 atenciones farmacéuticas.

**Conclusiones:**

La implementación de la ECICEP en Santa Bárbara ha fortalecido el manejo de condiciones cardiovasculares en personas mayores con polifarmacia y multimorbilidad. El trabajo en equipo multidisciplinario, la confección y seguimiento de PCI han permitido una atención integral, considerando aspectos clínicos, sociales y educativos, centrada en las necesidades reales de las personas.

Aunque la muestra evaluada es pequeña, se observa una tendencia hacia la mejoría clínica, especialmente en quienes recibieron varias atenciones farmacéuticas con enfoque integral, con mejoras en HbA1c, presión arterial y LDL. Esto confirma la importancia del seguimiento y la integración del químico farmacéutico en el equipo de salud, y por otra parte, evidencia la importancia de seguir fortaleciendo la atención integral por los equipos de salud.

En resumen, la ECICEP en Santa Bárbara evidencia que el trabajo estandarizado, multidisciplinario y centrado en la persona no solo mejora parámetros clínicos, sino que también fortalece la continuidad de los cuidados y la capacidad de respuesta del sistema ante el envejecimiento poblacional y la alta vulnerabilidad social.

**Keywords:** ECICEP, Atenciones integrales, equipo multidisciplinario, plan de cuidados integrales, personas mayores

**Financing:** El presente trabajo no requirió financiamiento, ya que se elaboró a partir de los datos obtenidos de la población bajo control de los profesionales tratantes, más específicamente de las atenciones médicas y farmacéuticas de los usuarios/as. No fue necesario contar con recursos adicionales, más allá del tiempo y la voluntad de los autores de este estudio, destinado exclusivamente a fines educativos.

**Acknowledgments:** Agradecimiento al director del establecimiento, al equipo implementador ECICEP y a los equipos de sector del HFC Santa Bárbara.

**References:** Ministerio de Salud de Chile. División de Atención Primaria; Subsecretaría de Salud Pública; División de Prevención y Control de Enfermedades. (2021). Marco operativo. Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. Santiago, Chile. Recuperado de <https://www.saludatacama.cl/wp-content/uploads/2025/05/5.-Marco-Operativo-Estrategia-Cuidado-Integral-Centrado-en-la-Persona-ECICEP-2025.pdf> Ministerio de Salud de Chile. (2020). Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad [Documento marco conceptual]. Santiago, Chile. Recuperado de <https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/Estrategia-de-cuidado-Integral-centrado-en-las-personas-en-contexto-de-multimorbilidad.pdf>

## Jóvenes mapeando nuestro territorio

Margareth García Acevedo<sup>1</sup>

(1) DE SANTIAGO DE CHILE, CIENCIAS MEDICAS, CIENCIAS MEDICAS, Av. Alameda Libertador Bernardo O'Higgins, SANTIAGO, CHILE

Objetivo General:

Fortalecer el trabajo de activos comunitarios en salud en adolescentes y jóvenes del territorio correspondiente a un Cesfam.

### Objetivos específicos:

- Validar los activos comunitarios identificados el año 2024.
- Realizar devolución a la comunidad de los activos comunitarios identificados.
- Desarrollar competencias y habilidades interpersonales en los dirigentes juveniles a nivel territorial.
- Integrar disciplinas artísticas en el proceso de enseñanza y aprendizaje a dirigentes, adolescentes y jóvenes del territorio.
- Promover espacios de reflexión crítica y aprendizaje significativo.

El año 2024 se identificaron activos comunitarios con adolescentes del territorio. Durante el año 2025 se validan y se realiza devolución a la comunidad.

Se trabajó con tres centros de estudiantes, además de jóvenes que participan activamente en el Espacio Amigable del Cesfam. Se consideró a este grupo, ya que tienen un rol de representatividad en su territorio.

La iniciativa está acorde a los objetivos de desarrollo sostenible, en especial el N°3 sobre Salud y bienestar, y también, al modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la participación, promoción y prevención de la salud. Además, de incorporar el enfoque salutogénico.

Considerando las barreras de acceso a los sistemas de salud de adolescentes, esta iniciativa permite fortalecer la gobernanza local en salud.

Ejemplos de activos identificados: la familia, amistades, mascotas, contacto con la naturaleza, actividades artísticas (lectura, escritura, dibujo, obras de teatro), espacio amigable/Cesfam.

Para obtener esta información, se realizaron encuentros presenciales y recorrido de los activos identificados.

Entre las actividades definidas para trabajar se encuentran:

- 1.- Encuentros de libros: actividad que promueve la lectura, la creatividad y el pensamiento crítico entre adolescentes. Por otro lado, busca reactivar espacios locales con escaso uso por dicha población, en este caso la Biblioteca Municipal que funcionaba sólo en horario hábil.
- 2.- Formación de adolescentes líderes del territorio: en temáticas identificadas por el grupo; primeros auxilios básicos y psicológicos, autoestima/autoconocimiento, relaciones interpersonales, regulación del estrés.
- 3.- Obras de teatro: contratación de funciones que permitan generar un proceso reflexivo, sobre prevención de violencia en el pololeo, consumo de sustancias, bullying y cyberbullying. Acompañadas de un foro y actividades que permitan integrar la

información y promover un aprendizaje significativo.

4.- Taller de mosaico: buscó reflexionar sobre los derechos.

5.- Cápsulas sobre las mascotas: las mascotas aparecieron como un activo relevante, se propone trabajar dos cápsulas, una sobre contención emocional y ejercicio físico (jugar con la mascota) y otra sobre tenencia responsable.

6.- Edición de un libro: conformado por creaciones inéditas de adolescentes, el cual estará disponible en las bibliotecas del territorio, con esto se fomenta la lectura.

7.- Creación de un mapa de activos comunitarios: impreso en formato polidéptico, el cual permite identificar los activos comunitarios y cómo acceder a ellos, así también el equipo de salud puede referir al intersector.

Destinatarios directos: Dirigentes juveniles, centros de estudiantes Lo que equivale a un 17,6% de la PIV (aprox. 1.100 personas)

Destinatarios indirectos: Se estima un aproximado del doble de los destinatarios directos, Lo que equivale a un 35% de la PIV (aprox. 2.200 personas)

El impacto en el corto tiempo se desarrolla tanto, a nivel individual, colectivo y comunitario, ya que las estrategias utilizadas buscan generar aprendizaje significativo, lo que fortalece las competencias en los dirigentes estudiantiles y otros líderes jóvenes del territorio. También, promueve una sana convivencia escolar, ya que para las obras de teatro considera a estudiantes de segundo ciclo y enseñanza media.

Con esta iniciativa, se refuerza el enfoque salutogénico, se fortalece el trabajo intersectorial y los jóvenes del territorio identifican los activos comunitarios disponibles. También, se busca promover la lectura a nivel local con la edición del libro.

A largo plazo, se espera que adolescentes y jóvenes puedan presentar los activos comunitarios identificados y como fortalecerlos al Alcalde, en la última reunión surgió la necesidad de contar con la oficina de la juventud, ya que se perdió hace algunos años en la comuna, o algún espacio para jóvenes en la comuna en la que puedan acceder a información actualizada, ya que la mayoría de los lugares establecidos en el territorio son clubes para personas mayores, pero no existe uno para jóvenes.

Keywords: Activos comunitarios, adolescentes, participación social, salutogénesis

Financing: Sin financiamiento de la industria, ni tampoco existe conflicto de interés

Acknowledgments: Agradezco el apoyo del equipo de salud, del intersector y en especial de los y las adolescentes que han sido parte del trabajo de activos comunitarios. También, quisiera agradecer el apoyo del Servicio de Salud y del Ministerio de Salud.

References: ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA. MINSAL. ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED, MINSAL.

## Aprendiendo medicina familiar a través de la simulación clínica

Adriana Karem Sapiro Santalla<sup>1</sup>

(1) Universidad de Tarapacá, Ciencias Clínicas, Medicina, Av. Senador Luis Valente Rossi 2223, Arica, Arica y Parinacota, Arica, Chile

El Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario (MAIS) en Chile promueve la atención centrada en las personas, las familias y sus comunidades. La formación de profesionales en medicina general debe reflejar estos principios mediante experiencias activas que integren conocimientos, habilidades y actitudes en entornos seguros y reproducibles.

La simulación clínica constituye un entorno previo a la práctica con pacientes reales donde se abordan de forma segura temas relevantes para la formación profesional y el desarrollo de competencias clínicas y comunicacionales. Permite ejercitar habilidades propias de la medicina familiar, como el enfoque familiar, la atención longitudinal —pilar del modelo familiar—, la visita domiciliaria integral y la comunicación en contextos sensibles, como la entrega de malas noticias o conflictos familiares. Además fomenta la toma de decisiones compartidas y el trabajo en equipo contribuyendo a un aprendizaje significativo y duradero.

El objetivo general fue fortalecer la formación en competencias de medicina familiar en estudiantes de medicina general mediante escenarios de simulación clínica que promuevan un aprendizaje significativo en un entorno seguro y previo a la práctica con pacientes reales. Los objetivos específicos fueron (1) diseñar e implementar una secuencia de escenarios de simulación en los que una misma paciente es atendida en distintas etapas de su vida permitiendo comprender la atención longitudinal y la evolución natural de las enfermedades y (2) desarrollar una visita domiciliaria simulada centrada en el acompañamiento al final de la vida y los cuidados paliativos en un entorno seguro que favorezca la reflexión y las decisiones éticas compartidas.

La experiencia se implementó en la asignatura de Medicina II en el marco de las rotaciones prácticas utilizando la simulación clínica como estrategia central. Se diseñó una secuencia de escenarios en torno a una misma paciente atendida en distintas etapas de su vida desde la adultez media hasta la vejez. En cada sesión el estudiantado abordó problemas clínicos y familiares propios de cada etapa reflexionando sobre la evolución natural de las enfermedades y la continuidad del cuidado. Los escenarios integraron principios de la medicina familiar como el enfoque familiar, la atención longitudinal y la comunicación efectiva.

La secuencia culminó con una visita domiciliaria simulada orientada al acompañamiento al final de la vida y los cuidados paliativos desarrollada en un entorno seguro. En esta actividad se trabajaron aspectos éticos, emocionales y de contención familiar. Cada escenario contó con un prebriefing para presentar objetivos y normas de seguridad psicológica y un debriefing final centrado en la reflexión y el aprendizaje significativo. La experiencia se ha realizado durante varios años consecutivos con alta valoración por parte de estudiantes en encuestas aplicadas al término del semestre. La simulación ha fortalecido competencias esenciales para las prácticas con pacientes reales y consolidado aprendizajes duraderos en contextos formativos seguros.

La experiencia generó productos docentes replicables y fortaleció el aprendizaje significativo del grupo participante. Se elaboraron guías, pautas de observación y rúbricas basadas en competencias que facilitaron la retroalimentación formativa y la reflexión. A lo largo de la secuencia quienes cursaron la asignatura demostraron avances

en el enfoque familiar, la construcción de genograma, la atención longitudinal y la comunicación clínica en contextos sensibles. La visita domiciliaria simulada favoreció habilidades de contención emocional y decisiones éticas compartidas reforzando la empatía y la visión integral de la persona y su familia.

Las encuestas de satisfacción mostraron una alta valoración de la experiencia destacando la pertinencia de los escenarios y su aporte a la preparación para las prácticas con pacientes reales. En conjunto los resultados evidencian que la simulación clínica aplicada de manera secuencial y contextualizada es una herramienta efectiva para integrar competencias propias de la medicina familiar en la formación de profesionales en medicina general.

La integración de escenarios secuenciales de simulación permitió incorporar de forma práctica los pilares de la medicina familiar en la formación médica general. Este enfoque favoreció un aprendizaje significativo fortaleciendo la comprensión del enfoque familiar, la continuidad del cuidado y la comunicación clínica en contextos sensibles. La secuencia de simulación demostró ser efectiva para preparar al estudiantado antes de su contacto con pacientes reales al desarrollar competencias técnicas, éticas y comunicacionales en un entorno seguro y reflexivo. La valoración positiva de estudiantes respalda su pertinencia pedagógica y su potencial de replicabilidad en otras asignaturas del currículo orientadas a la APS.

**Keywords:** simulación clínica, medicina familiar, atención longitudinal, visita domiciliaria, aprendizaje significativo

**Financing:** Declaración de conflictos de interés: La autora declara no tener conflictos de interés. **Financiamiento:** Este trabajo no recibió financiamiento de la industria ni aportes con marcas comerciales.

**Acknowledgments:** Se agradece al estudiantado por su entusiasmo y compromiso, que inspiraron esta experiencia de innovación docente, así como al equipo académico y de simulación por su apoyo en su desarrollo y evaluación.

**References:** INACSL – Healthcare Simulation Standards of Best Practice® (Debriefing, versión 2025 actualizada). Página oficial de estándares. Disponible en: <https://www.inacsl.org> INACSL – Debriefing Standard (PDF 2021). Detalla la planificación y estructura mínima recomendada. Disponible en: <https://lewis.gsu.edu> MINSAL – Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS). Documento de orientaciones para la implementación del modelo. Disponible en: <https://saludtarapaca.gob.cl> MINSAL – Visita Domiciliaria Integral: orientaciones técnicas. DIPRECE, documento oficial. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl> WONCA – Global Standards for Postgraduate Family Medicine Education (2025). Estándares globales vigentes para la formación en Medicina Familiar. Disponible en: <https://www.globalfamilydoctor.com>

## De la academia a la comunidad: Educación Interprofesional (EIP) para una atención de calidad en el futuro profesional

Adriana Karem Sapiro Santalla<sup>1</sup>

(1) Universidad de Tarapacá, Departamento de Ciencias Clínicas, Facultad de Medicina, Av. Senador Valente Rossi 2207, Arica, Chile

El trabajo colaborativo entre disciplinas es esencial para una atención integral y centrada en las personas. Sin embargo, la educación interprofesional (EIP) en el pregrado de medicina sigue siendo una brecha formativa que se evidencia cuando los futuros profesionales enfrentan la complejidad de la atención comunitaria y requieren coordinación efectiva entre áreas. Desde la Medicina Familiar, el trabajo interprofesional es un pilar formativo y asistencial: fortalece el primer nivel de atención y contribuye a comunidades más saludables. Con este propósito, una especialista en Medicina Familiar lideró una experiencia docente que buscó desarrollar competencias de colaboración, comprensión de roles y toma de decisiones compartidas en estudiantes de salud.

La experiencia se implementó con pacientes reales y se desarrolló en dos etapas durante 2024. En el primer semestre participaron estudiantes de Medicina y Nutrición; en el segundo, Medicina y Kinesiología. En ambos periodos se aplicó la misma dinámica: tras la evaluación clínica inicial, el grupo de Medicina elaboró interconsultas que fueron recibidas y analizadas por el grupo de la otra disciplina (Nutrición o Kinesiología). Luego se realizaron reuniones clínicas interprofesionales para integrar hallazgos, acordar objetivos terapéuticos y construir planes de atención coordinados, incorporando recomendaciones biomédicas, funcionales y de estilos de vida, factibles para el hogar y la comunidad.

El proceso culminó con una sesión plenaria tipo ateneo y un trabajo metacognitivo. Cada equipo presentó el caso, explicitó los aportes de su disciplina y reflexionó sobre barreras y facilitadores de la colaboración (lenguaje técnico, tiempos, criterios de priorización). La metacognición fue analizada junto a docentes, identificando aprendizajes emergentes y proyecciones para el desempeño profesional en APS: comunicación más clara, respeto por el rol del otro, toma de decisiones compartidas y planificación con seguimiento.

Los productos formativos incluyeron pautas de interconsulta, guías para la reunión interprofesional y una matriz breve para orientar la reflexión y el cierre de casos. La experiencia fue bien valorada por las y los estudiantes de las tres carreras. Reportaron mayor comprensión de los límites y alcances de cada disciplina; construcción de planes más integrales y realistas; y mejora en la comunicación con foco en la persona, su familia y su contexto. También surgieron “nudos críticos” —tiempos de coordinación y diferencias de lenguaje— que se abordaron con acuerdos simples (glosario compartido, objetivos explícitos, responsables y plazos), mejorando la coordinación efectiva.

En síntesis, la EIP con atención a pacientes reales es una estrategia factible y valiosa en el pregrado. Su efectividad aumenta cuando se estructura en torno a casos, interconsultas, reuniones clínicas integradas y reflexión metacognitiva guiada. Esta experiencia, conducida desde la Medicina Familiar, expresa el sello de la especialidad y refuerza el primer nivel de atención. Además, alinea la formación con la promoción de comunidades más saludables y con un aprendizaje centrado en la persona, la familia y la comunidad.

Refleja también el paso desde la academia hacia la comunidad, consolidando una formación interprofesional orientada a la calidad, la continuidad del cuidado y la

colaboración efectiva entre disciplinas

Keywords: educación interprofesional, calidad de atención, trabajo colaborativo, salud comunitaria

Financing: Esta experiencia no contó con financiamiento externo y los autores declaran no tener conflictos de interés.

Acknowledgments: Agradecemos sinceramente la colaboración y el entusiasmo de los estudiantes de Medicina, Nutrición y Kinesiología. Su disposición para trabajar de manera interdisciplinaria fue fundamental para el éxito de esta iniciativa, así como el apoyo brindado por los docentes de las respectivas carreras.

References: Lucero, N., et al. (2022). Educación interprofesional en salud a través de la metodología de aprendizaje-servicio en estudiantes de primer año. *Ars Medica Revista de Ciencias Médicas*, 47(3). LinkGonzález-Torres, J., et al. (2020). Educación interprofesional en ciencias de la salud: análisis de las prácticas formativas en un hospital universitario de alta complejidad. *Dialnet*, 9077672. LinkSoto, P. (2020). De la educación interprofesional al trabajo en equipo en salud. En: Leyton, A., et al. *Manual implementación del modelo de aprendizaje interprofesional nivel-1*. Editorial Universidad de Los Lagos. LinkMinisterio de Salud de Chile. (2018). *Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria*. Link

## “Modelaje ECICEP por Médicos de Familia en Chiloé”

Abigail Fabiola Andrea Calderón González<sup>1</sup>, Nathalie Guerrero Barria<sup>1</sup>, Ana María Muñoz Cárdenas<sup>1</sup>

(1) Servicio Salud Chiloé, O'Higgins 504, Castro, Chile

### **Antecedentes:**

Como se menciona en el marco operativo de ECICEP, “el médico de familia se caracteriza por tener la experticia de lograr un mejor abordaje en caso de que la situación de salud que afecta a la persona escape del manejo habitual que realiza el equipo de sector”. En los territorios donde los médicos de familia son escasos, como lo es en Chiloé, los Servicios de Salud en colaboración con las entidades de administración municipal deben buscar estrategias para maximizar la colaboración de estos especialistas, que permita la capacitación equitativa del territorio.

### **Objetivo:**

El programa de modelaje tiene por objetivo acompañar a las duplas en el ingreso a la estrategia ECICEP, entrenando habilidades comunicacionales, técnicas de entrevista motivacional y de toma de decisiones compartidas para el abordaje integral de los usuarios a la estrategia.

### **Desarrollo:**

El programa de modelaje comenzó durante el segundo semestre del 2023 en las comunas de Castro, Quellón, Dalcahue, Ancud, Chonchi y Quinchao. Se les aplicó a las duplas gestoras una pauta de evaluación respecto al desarrollo de habilidades consideradas relevantes en cuanto a la instancia de ingreso ECICEP. Posterior a las sesiones de modelaje se aplicó nuevamente la misma pauta para comparar cambios en cuanto a la utilización de las habilidades contempladas.

Además, para poder medir objetivamente resultados del modelaje en ingresos integrales, se aplicó pauta de cotejo, que evalúa la calidad de los planes de intervención consensuados realizados durante el año 2022 y 2023, los cuales se compararon con los planes realizados posterior al ciclo de modelaje en los centros con la estrategia. Al completar el período de modelaje, se indagó con las duplas involucradas, la percepción de los participantes respecto al acompañamiento realizado y los aspectos a mejorar en futuras instancias o replicación de la estrategia en otros establecimientos.

### **Resultados:**

Luego de comparar la aplicación de pautas de evaluación de ingresos integrales en las 6 comunas intervenidas pre y post modelaje, destaca una mejoría en los porcentajes de cumplimiento según la pauta de evaluación, algunas de las dimensiones fueron:

- Se verificó la comprensión de las opciones (Pre: 23% - Post: 84% )
- Se indagó en expectativas y/o temores (Pre: 25% - Post: 89% )
- El tratamiento se eligió de forma conjunta (Pre: 10% - Post: 100% )

Respecto a los planes integrales de cuidado lo que más destacó fue:

- Problemas priorizados consensuados (Pre: 10% - Post: 75% )
- Objetivos específicos y medibles (Pre: 7% - Post: 91% )
- Acuerdos no son indicaciones (Pre: 10% - Post: 100% )

En cuanto a las duplas intervenidas señalan que lo destacable de la experiencia es “que el médico de familia pueda trabajar con las duplas y el cambio de actitud de algunos colegas respecto a la estrategia”. Y por mejorar; “los tiempos destinados a la instancia del modelaje y para realización de retroalimentación”.

## **Conclusiones:**

Los cambios mostrados motivan para seguir replicando el modelaje de los médicos de familia en la provincia de Chiloé, actividad que se ha realizado en los años posteriores, 2024 y 2025.

Se logró demostrar con datos objetivos que el despliegue de las médico de familia en el territorio, con la estrategia de modelaje, tiene un real impacto tanto para los profesionales de salud involucrados en ECICEP, como para las personas atendidas bajo la estrategia.

Keywords: Modelaje, medicos de familia, ecicep, planes de cuidado integral

Referencias: Bibliografía: -Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Ministerio de Salud, "Marco operativo, Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad". Chile. 2025-Van Duong, T. "Health literacy integrates with the three-talk model for shared decision making". The BMJ. 2017.

## Reconversión a ECICEP: Calculando las coberturas de controles integrales en APS

Francisca Escobar Riquelme<sup>1</sup>, Elena Astudillo Carreño<sup>2</sup>

(1) CESFAM Quinta Bella, Justicia Social 185, Santiago, Chile

(2) CESFAM Cristo Vive, Avenida Recoleta 4125, Santiago, Chile

### Antecedentes

A inicios de 2024, el Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) determinó que todos los CESFAM de su red debían reconvertir el 100% de sus atenciones a la Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en la Persona (ECICEP). El CESFAM Cristo Vive de la comuna de Recoleta, dependiente del SSMN, asumió el compromiso de alcanzar la reconversión total para fines de 2024.

La reconversión, requirió reprogramar las atenciones del centro. La Orientación Técnica ECICEP y las Orientaciones para la Planificación y Programación 2024 y 2025, exigían un 100% de cobertura para los controles integrales en cada grupo estratificado, requisito que excedía las dotación del CESFAM. Ante la ausencia de lineamientos para coberturas menores, surgieron interrogantes sobre cómo programar y priorizar prestaciones, las cuales motivaron la experiencia que se presenta.

### Objetivo

Describir la experiencia de planificación y programación que permitió definir las coberturas adecuadas para los controles integrales de la población de 15 años y más del CESFAM Cristo Vive, superando limitaciones de dotación y consolidando la implementación de la ECICEP.

### Desarrollo

El proceso se desarrolló mediante cálculos matemáticos y toma de decisiones, siendo liderado por las encargadas de SOME y ECICEP del centro. La primera decisión importante fue asegurar la continuidad de la atención: la cobertura a programar debía priorizar a las personas con condiciones crónicas bajo control en algún programa, garantizando su transición y atención, ahora bajo la mirada de la ECICEP.

La metodología comenzó, con la generación de un listado consolidado de la población bajo control (PBC) de los 3 programas con problemas de salud más prevalentes (Cardiovascular, Salud Mental y Enfermedades respiratorias del adulto), sumado a otras condiciones crónicas no cardiovasculares (Parkinson, Artrosis, Epilepsia e Hipotiroidismo) que seguían en prevalencia.

Luego, se obtuvo la estratificación de riesgo (G1, G2, G3) de esta población, mediante cruce de datos con el listado de población inscrita al cual se tuvo acceso mediante sistema Rayen Salud (Tecnología de información que utiliza el centro para la gestión de información clínica).

El consolidado de PBC tenía un total de 7.426 RUT, sin embargo, entendiendo que muchas veces las personas poseen más de una condición crónica a la vez, se eliminaron los RUT repetidos para asegurar la unicidad de los registros. Con esto, la PBC se redujo a 6.062 personas, este era el grupo mínimo al cual se debía asegurar prestaciones de salud. Finalmente, para definir las coberturas de cada grupo estratificado, se calculó qué porcentaje de G1, G2 y G3 había en el consolidado de PBC; y posteriormente se calculó qué peso porcentual tenía cada grupo estratificado del consolidado de PBC sobre los grupos estratificados del total de la población inscrita. Con esto se pudo saber qué porcentaje de cada grupo estratificado estaba bajo control en algún programa,

siendo estos porcentajes los mínimos a considerar como cobertura para cada grupo estratificado.

## Resultados

Se definieron las coberturas para programar controles integrales: 11% G1, 40% G2 y 70% G3. Los porcentajes mantienen bajo control a quienes ya lo están y consideran un aumento (3%) para nuevos ingresos.

El proceso generó 2 productos tangibles que sirven de apoyo a la programación:

1. Una "Tabla de Cálculo Inteligente de Coberturas" con celdas vacías en las que se ingresan valores de población inscrita, PBC en programas; considera estratificación y ciclo vital. Además posee comentarios que guían para entender qué valor ingresar y cómo encontrarlo. Al llenarse todas las celdas se da con el cálculo de coberturas descrito. El 3% de aumento puede ser modificado según las posibilidades del centro.
2. Una "Planilla de Programación Comentada", que contiene la programación de todas las prestaciones ECICEP con sus respectivas coberturas. Es "comentada" ya que en cada celda en que se tomó decisión para escoger el valor a poner, aparece un comentario con el fundamento. El instrumento permite que en el futuro se pueda recordar el motivo de las decisiones y evaluar su acierto o la necesidad de ajuste.

## Conclusiones

El objetivo de determinar las coberturas se logró a cabalidad. El proceso metodológico, permitió al CESFAM reprogramar prestaciones, modificar agendas y reconvertirse 100% a la ECICEP desde noviembre de 2024.

El proceso tuvo impacto en la comuna y en la red norte, posicionando al CESFAM como centro de referencia. Tanto la metodología como las herramientas han sido un apoyo para otros centros en proceso de reconversión.

La metodología es útil para la reconversión inicial y permite resguardar la continuidad de la PBC. Sin embargo, debe revisarse en el tiempo y ajustarse según realidad local, nuevos lineamientos y nuevos datos estadísticos de estratificación. Un desafío pendiente es la programación de controles integrales a personas con condiciones crónicas que actualmente no pertenecen a ningún programa.

## Planes de intervención: construcción colaborativa para una atención integral en personas mayores

María Magdalena Oyarzún Guarda<sup>1</sup>, Javiera Padilla Muñoz<sup>1,2</sup>, Cynthia Cisterna Quilaqueo<sup>2,3</sup>

- (1) Universidad de Concepción, Programa Salud Familiar, Medicina Familiar
- (2) Universidad de Concepción, Programa Salud Familiar, Medicina Familiar
- (3) Universidad de Concepción, Programa Salud Familiar

### Antecedentes

En 2024, en el CESFAM Pedro de Valdivia (Concepción), se realizó un Diagnóstico Participativo de Personas Mayores con adultos mayores, equipos de salud y actores intersectoriales. Se identificaron brechas en la formulación de planes de cuidado y en la articulación entre los Centros Diurnos de Adulto Mayor (CEDIAM) y la atención primaria. Estas dificultades se relacionaron con la falta de objetivos de cuidado claros y la débil coordinación intersectorial, acentuadas por la estructura administrativa de los CEDIAM, dependientes del SENAMA y las DIDECO. Frente a esta realidad, la SEREMI de Salud del Biobío convocó a residentes de Medicina Familiar de la Universidad de Concepción para diseñar y facilitar una jornada regional de capacitación destinada a fortalecer competencias en la elaboración de planes de intervención basados en la Valoración Geriátrica Integral (VGI). El contexto permitió vincular el trabajo académico con una necesidad real del territorio, reforzando la importancia de metodologías participativas y del rol de la Medicina Familiar en procesos educativos intersectoriales.

### Objetivos

1. Fortalecer competencias de los equipos intersectoriales en la elaboración de planes integrales basados en la VGI.
2. Promover el enfoque de atención centrada en la persona, integrando dimensiones territoriales y socioculturales.
3. Favorecer la articulación efectiva entre equipos de salud y sector intersectorial mediante metodologías educativas participativas.
4. Contribuir a una cultura de cuidado integral que prevenga la dependencia y promueva calidad de vida en personas mayores.

### Desarrollo

La jornada se diseñó según el modelo de Robert Gagné, complementado con principios de educación de adultos y enseñanza situada. Participaron alrededor de 60 profesionales de los CEDIAM de la Región del Biobío, entre ellos trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, psicólogos y enfermeras. La actividad consideró dos etapas: una exposición teórica inicial sobre VGI, modelo de atención integral y guía de operaciones CEDIAM; y un trabajo práctico en 15 equipos territoriales multidisciplinares, que resolvieron casos clínicos ficticios y construyeron planes de intervención con acompañamiento y retroalimentación en tiempo real.

La evaluación se organizó en tres fases: formativa (observación y retroalimentación inmediata durante el taller), sumativa (evaluación de los planes finales con rúbrica de pertinencia, calidad técnica e integración de la VGI) y de impacto (elaboración de planes aplicados a casos reales en sus centros tres meses después, revisados en reunión virtual de retroalimentación).

### Resultados

Los 15 equipos entregaron planes pertinentes y coherentes, integrando hallazgos de la VGI, el enfoque centrado en la persona y elementos territoriales. La evaluación mostró un alto nivel de cumplimiento de los criterios definidos. Tres meses después, en la fase de impacto, los equipos replicaron la metodología en sus CEDIAM, elaborando planes

más estructurados y articulados con la red de salud. Esto evidenció mejoras en la planificación del cuidado y en la coordinación intersectorial.

Los participantes valoraron la utilidad práctica de la jornada, señalando sentirse más preparados para abordar la atención integral de personas mayores. Se observó satisfacción, motivación y fortalecimiento del trabajo interdisciplinario. Muchos replicaron lo aprendido en sus equipos locales, ampliando el alcance de la capacitación. Los comentarios destacaron la pertinencia de los contenidos, la claridad metodológica y la necesidad de continuar con instancias similares para consolidar aprendizajes.

## **Conclusiones**

La experiencia demostró que un diseño educativo participativo, situado en el territorio y facilitado por residentes de Medicina Familiar, fortalece de manera efectiva las competencias de equipos intersectoriales en la planificación del cuidado de personas mayores. El impacto se reflejó en la elaboración de planes más completos y contextualizados, así como en el compromiso y la motivación de los profesionales. La apropiación de los aprendizajes y la replicación de la metodología refuerzan el valor de este tipo de intervenciones.

El proceso reafirma el rol de la Medicina Familiar en la formación docente y en el fortalecimiento de redes de cuidado, aportando con una mirada integral y comunitaria que contribuye a la construcción de comunidades más saludables. Asimismo, evidencia el aporte de la academia en la solución de problemáticas locales, mostrando cómo la educación puede transformarse en una herramienta concreta y sostenida para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. De este modo, se promueve un sistema de salud más humano, equitativo y preparado para responder a los desafíos del envejecimiento poblacional.

**Keywords:** Personas Mayores; Valoración Geriátrica Integral; Planes de Intervención; Intersectorialidad

**Financing:** No procede

## Tejiendo redes de bienestar. Dinamización de activos comunitarios y acompañamiento para la salud mental de personas mayores.

Javiera Victoria Arrepol Pérez<sup>1</sup>

(1) Hospital de la Familia y la Comunidad de Nacimiento, Nacimiento, Chile

### Antecedentes:

Yumbel es una comuna con 40% de su población viviendo en territorio rural y un índice de envejecimiento de 124.1 según el último censo. 18.6% de los hogares están compuestos por personas mayores y 24.6% son unipersonales.

En los diagnósticos participativos realizados en 2022 y 2023, así como en otras instancias de trabajo con la comunidad, se identificaron como problemas para abordar: salud mental de personas mayores viviendo solas, ausencia de actividades recreativas y de autocuidado enfocadas en este grupo. Esto se relaciona con lo que se ve en la evidencia.

Tanto la comunidad como los equipos detectaron como necesidad un abordaje más integral que fortaleciera la asociatividad y recursos ya existentes en el territorio. Por esto se decidió incorporar enfoque salutogénico y modelo de activos en trabajo comunitario. Esta experiencia se basa en el acompañamiento a una Junta de Vecinos y un grupo comunitario del sector, en el marco del Proyecto Clínico Formativo de la formación en Medicina Familiar en el Hospital comunitario de Yumbel.

### Objetivos:

- Identificar y dinamizar activos comunitarios orientados hacia la promoción de la salud mental en personas mayores de Yumbel, mediante el acompañamiento sistemático a grupos comunitarios existentes.
- Fortalecer dinámicas de autocuidado y cuidado colectivo en estos grupos.
- Potenciar a estas organizaciones comunitarias como grupos de ayuda mutua para este grupo etario.

### Desarrollo:

Se implementó acompañamiento comunitario sistemático a dos grupos comunitarios (mencionados previamente).

Con la Junta de Vecinos (12/14 sesiones programadas, 30 participantes habituales) se realizó educación para la salud grupal con enfoque salutogénico, dinamización de activos comunitarios y facilitación de acceso a prestaciones de salud.

Con el grupo comunitario (7/8 sesiones programadas, 16 participantes, principalmente mujeres mayores) se desarrolló trabajo intensivo de fortalecimiento grupal. Se visualizaron y dinamizaron activos para la salud (personales y comunitarios) y recursos para el automanejo de los problemas de salud que las aquejan.

Se abordó un conflicto emergente mediante problematización, identificando que habían “perdido el rumbo” al alejarse de su objetivo inicial (realizar manualidades juntas como espacio de autocuidado). Se trabajó en elementos identitarios (activos en su trayectoria, objetivo común) con metodologías participativas.

Se abordó la experiencia de soledad, distinguiendo entre “estar sola” y “sentirse sola”. Las participantes identificaron al grupo como fuente de acompañamiento emocional y estrategias de apoyo mutuo.

Se utilizaron técnicas de educación participativa del adulto y metodologías participativas de trabajo comunitario.

### **Resultados:**

La Junta de Vecinos notó mayor actividad y compromiso de sus miembros (con lo que lograron obtención de sede propia por 20 años), incorporación de nuevos socios, participación más activa, fortalecimiento del acompañamiento mutuo entre vecinos. Los participantes valoraron aprendizajes sobre salud familiar y puesta al día de controles médicos atrasados, contribuyendo a reducir la lista de espera de algunos programas del sector.

El grupo comunitario notó una mejora significativa en tolerancia y comunicación interna, resolución exitosa de conflictos grupales, y consolidación como "segunda familia" y fuente de apoyo emocional para mujeres mayores viviendo solas. Las participantes reportaron cambios individuales (de "sentirse solas" a "acompañadas y felices") y grupales (mayor responsabilidad, comunicación asertiva, capacidad de expresar necesidades sin herir compañeras).

Ambos grupos se posicionaron como activos comunitarios reconocidos para la salud mental, funcionando como espacios de apoyo mutuo con impacto en bienestar emocional de sus integrantes y de la comunidad, particularmente de otras personas mayores solas del sector.

### **Conclusiones:**

El acompañamiento sistemático a organizaciones comunitarias constituyó una oportunidad de trabajo con los grupos ya existentes, lo que puede ser una alternativa a crear nuevas estructuras, permite sostenibilidad en el tiempo y mayor pertinencia en las intervenciones.

En estos grupos se ha fortalecido el sentido de pertenencia, apoyo mutuo y resiliencia colectiva ante situaciones de soledad no deseada y otros problemas de salud mental. La metodología de problematización permitió transformar conflictos en fortalecimiento grupal.

El enfoque salutogénico facilitó el reconocimiento y dinamización de activos locales y autoeficacia comunitaria.

Se establecieron bases sustentables para continuidad del trabajo, con apropiación local de metodologías y liderazgos fortalecidos.

Esta experiencia demuestra la viabilidad de integrar el acompañamiento comunitario en la práctica de medicina familiar como estrategia efectiva de promoción de salud mental, validando a las organizaciones vecinales como activos fundamentales para el bienestar de personas mayores.

**Keywords:** Salutogénesis, Modelo de activos, Comunidad, Personas mayores

**Financing:** No se contó con financiamiento para esta experiencia.

**Acknowledgments:** Agradezco muchísimo al equipo formador de medicina familiar en el HFC de Yumbel, al equipo del hospital en general y sobre todo a mi equipo de sector, que estuvieron presentes durante toda la formación, ayudando, apoyando, acompañando y enseñando. Agradezco también a la comunidad de Yumbel, particularmente a quienes participan en la Junta de Vecinos Centinela y Grupo comunitario Armonía, que tuvieron la disposición y las ganas de participar en este proyecto. Agradezco a las presidentas de ambos grupos, ya que apoyaron desde el inicio de la formación y eso fue fundamental.

## DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO: DESAFÍOS DESDE LA GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Teresa Reyes Reyes<sup>1,2</sup>, Ingrid Crespo Araoz<sup>1,2</sup>, Eric Perdomo Echenique<sup>3</sup>, Carolina Bravo Henríquez<sup>4</sup>

(1) Universidad de Concepción, Programa Salud y Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Augusto D'Halmar 1375, Concepción, Chile

(2) Hospital de la Familia y la Comunidad Yumbel, Residentes Medicina Familiar, Castellón 251, Yumbel, Chile

(3) Hospital de la Familia y la Comunidad Yumbel, Sub-Dirección Técnica de Gestión Asistencial, Castellón 251, Yumbel, Chile

(4) Hospital de la Familia y la Comunidad Yumbel, Referente MAIS - ECICEP, Castellón 251, Yumbel, Chile

### Antecedentes:

El Diagnóstico Participativo es un proceso conjunto entre la comunidad y los equipos de salud que permite identificar y explicar los problemas que afectan a la población, en un territorio acotado dentro de la jurisdicción del establecimiento de salud (1). Se abren espacios para el encuentro y el diálogo, en asuntos de interés común (2), con el fin de incorporar procesos sociales, históricos y culturales en el análisis del continuo salud - enfermedad, favoreciendo la toma de decisiones en salud pertinentes (3). Es el primer paso para la planificación en salud en la Atención Primaria de Salud en Chile, en concordancia con las Orientaciones Técnicas del Modelo Integral de Salud (MAIS). Al respecto, las guías metodológicas abordan principalmente el quehacer con las comunidades, con propuestas de larga extensión, asociadas a un alto uso de recursos materiales y humanos. Existe poca literatura que relate la experiencia de planificar un diagnóstico participativo en salud a nivel de APS, por lo que buscamos compartir los pasos a seguir y desafíos que se presentaron en este proceso en un Hospital de la Familia y Comunidad del centro-sur de Chile.

### Objetivo General:

Coordinar el proceso de diagnóstico participativo en el Hospital de la Familia y Comunidad de Yumbel

### Objetivos Específicos:

Crear un espacio de diálogo en torno a salud que incluyera a la comunidad de Yumbel, visualizando aspectos positivos y problemáticas a nivel local que están influyendo en el nivel de salud de la población

Involucrar al equipo de salud en la planificación, coordinación y liderazgo de un diagnóstico participativo, validando sus competencias y conocimiento.

### Desarrollo:

El Equipo Directivo y el Comité de Participación y Promoción del Hospital de Yumbel define en Noviembre 2024 que el nuevo proceso de Diagnóstico Participativo se realizaría en Agosto 2025. Posteriormente, en Enero 2025, se envían las fechas tentativas de realización de los diagnósticos sectorial y global. En Junio 2025, se plantea a los equipos de sector que elijan una metodología participativa entre 2 opciones: Café Mundial y Árbol de Problemas y Soluciones. Los equipos eligen el Árbol de Problemas y Soluciones. Acorde a esto, se realizó educación por Médicos Residentes de Medicina Familiar durante las Reuniones de Sector. Se expone una adaptación de la metodología descrita, dado que se contaba con 3 horas para cada diagnóstico de sector. Esta modificación, denominada "Árbol de Problemas Adaptado", se centró en la priorización de un problema específico, sobre el cual se desarrolló un árbol de problemas y se

formularon estrategias para abordar las causas subyacentes (causas de las causas), identificadas en las raíces de dicho árbol. Luego, se solicitó a los equipos de sector que confirmaran fecha y lugar de los Diagnósticos por Sector, así como las estrategias de difusión a utilizar, que incluyeron la comunicación con Juntas Vecinales y la elaboración de material audiovisual para redes sociales. Finalmente, a fines de Agosto 2025, se llevaron a cabo los Diagnósticos Participativos, liderados por Equipos de Sector, y apoyados por las Residentes de Medicina Familiar. Se realizó una última instancia de Diagnóstico Participativo Global, en la cual se consolidaron las conclusiones obtenidas en las jornadas previas.

### **Resultados:**

Participaron 75 personas en los diagnósticos por sector: 55 mujeres y 20 hombres. 21 personas representantes de cada sector en el diagnóstico global: 17 mujeres y 4 hombres. Se explora el cambio en la capacidad de gestión antes y después del diagnóstico participativo, con una encuesta realizada a los Jefes de Sector (como representantes de sus equipos). Se contemplan 3 ítems: gestión de los equipos, gestión de los recursos y gestión comunitaria. Los resultados fueron aumento en el fortalecimiento del trabajo en equipo, inicialmente en 60% y final en 80%; un incremento en la gestión de los recursos del 20% al 60%; y un reforzamiento del trabajo conjunto con la comunidad alcanzando 80%.

### **Conclusiones:**

Se logró una alta convocatoria a los diagnósticos. Aunque queda el desafío de aumentar la participación de población infanto-juvenil, adultos jóvenes, y usuarios hombres. Los hallazgos destacan la importancia de incluir a los equipos en los procesos ligados a la Salud Familiar, evitando centralizar las decisiones en personal especializado, como los Médicos de Familia. El diagnóstico participativo desarrollado en el Hospital de Yumbel se considera pionero, al promover la participación activa de los Equipos de Sector en roles de coordinación y liderazgo. La información obtenida será socializada con la comunidad, posterior a su sistematización (en proceso), con el fin de definir un plan de acción acorde. Esta experiencia demuestra la relevancia de involucrar a la comunidad en los procesos de salud, seguridad, sociales y medioambientales, para que las estrategias a implementar por los sectores y equipos de salud sean pertinentes, relevantes y efectivas.

Keywords: Diagnóstico participativo, Atención Primaria de Salud, Participación comunitaria, Gestión en Salud, Árbol de Problemas

Financing: Financiamiento: Sin financiamiento

Acknowledgments: Agradecimientos: Agradecemos a la Comunidad de Yumbel y a los Equipos de Salud del Hospital de la Familia y la Comunidad de Yumbel por la colaboración y participación activa en el proceso.

References: Referencias:1. Ministerio de Salud, Chile. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Santiago de Chile: MINSAL; 2013. Disponible en: <https://www.saludtarapaca.gob.cl/wp-content/uploads/2023/10/Orientaciones-Para-la-Implementacion-del-Modelo-de-Atencion-Integral-de-Salud-Familiar-y-Comunitaria.pdf> 2.Oficina de Participación Social y Gestión de Usuario, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Diagnóstico participativo: orientaciones técnicas. Puente Alto: SSM Sur Oriente; 2016. Disponible en: <https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/08/Orientaciones-para-realizar-Diagn%C3%B3sticos-Participativos-Final-2.0.pdf>3. Departamento de Salud Pública, Universidad de la Frontera. Guía Metodológica: Análisis participativo de la situación de salud en el territorio. [Internet]. Temuco: Universidad de La Frontera; 2025. Disponible en: <https://bibliotecadigital.ufro.cl/v2/files/original/701058b547cc02330cb0eb6489954da35e6da725.pdf>

## RED CuiDEM: Fortaleciendo la Atención Integral a Personas con Demencia de Valdivia, transformando desafíos en oportunidades.

Iraidi Ramos Rodríguez<sup>1</sup>, Luis Guillermo Palacios Sanabria<sup>2</sup>, Iván Felipe Nahuelpán Antilén<sup>3</sup>, Eduardo Enrique Ortega Ricci<sup>1</sup>

(1) Universidad San Sebastián, Facultad de Medicina, General Lagos 1163, Valdivia, Chile

(2) Universidad San Sebastián, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, General Lagos 1163, Valdivia, Chile

(3) Universidad San Sebastián, Facultad de Ciencias de la Rehabilitación y Calidad de Vida, General Lagos 1163, Valdivia, Chile

### Antecedentes:

La atención integral de personas con necesidades de cuidado complejo es un desafío creciente en las comunidades, especialmente en el contexto del envejecimiento poblacional y la alta demanda de apoyo a cuidadores. Las brechas en la atención generan sobrecarga emocional, física y social en los cuidadores, y evidencian la necesidad de intervenciones coordinadas desde la Atención Primaria de Salud (APS). La vinculación académica comunitaria ofrece una oportunidad para que estudiantes de pregrado y postgrado se involucren tempranamente en entornos reales de APS, desarrollando competencias interprofesionales, trabajo en equipo y responsabilidad social, al tiempo que contribuyen a mejorar la calidad de vida de personas y familias en situación de vulnerabilidad.

### Objetivo:

Fortalecer el aprendizaje interprofesional de estudiantes de medicina, fonoaudiología, derecho y otras disciplinas, mediante su participación coordinada en una red de apoyo comunitario (RED CuiDEM), generando oportunidades de colaboración para mejorar la atención integral y el acompañamiento de personas con necesidades complejas de cuidado.

### Metodología:

La experiencia se planifica como un proyecto de vinculación comunitaria y aprendizaje situado. Se articula con el CESFAM Dr. Jorge Sabat Gozalo y otros actores territoriales de Valdivia.

### Las actividades incluyen:

Jornadas de capacitación a cuidadores y familias, impartidas por equipos interprofesionales de estudiantes supervisados por docentes.

Orientación social y legal a través de estudiantes de derecho y trabajo social, con supervisión profesional.

Coordinación y planificación conjunta con profesionales de APS y líderes comunitarios, promoviendo el trabajo en equipo y la co-construcción de soluciones.

Espacios de reflexión y retroalimentación para los estudiantes sobre competencias interprofesionales, ética y colaboración.

### Resultados esperados:

Cohesión del equipo interprofesional para realizar actividades comunitarias de manera organizada y efectiva.

Capacitaciones realizadas para cuidadores y familias, fortaleciendo conocimientos y habilidades de autocuidado y manejo de situaciones complejas.

Articulación con actores públicos y privados para potenciar recursos y apoyo comunitario. Desarrollo de competencias interprofesionales en estudiantes, incluyendo liderazgo, trabajo en equipo, comunicación y responsabilidad social.

### Conclusiones:

RED CuiDEM constituye un ejemplo de cómo un desafío de salud comunitaria puede convertirse en una oportunidad educativa y social. La iniciativa permite:

- Formar estudiantes en trabajo interprofesional y aprendizaje situado.
- Generar un impacto positivo en la comunidad mediante la coordinación de apoyos y recursos.
- Promover la integración entre universidad, APS y organizaciones comunitarias, fortaleciendo la red de cuidado local.

Esta experiencia es replicable en otros territorios y ofrece evidencia sobre el valor de vincular la educación en salud con la acción comunitaria para abordar problemas complejos de manera colaborativa.

Keywords: Demencia, Atención primaria de salud, Vinculación con el medio, Cuidados, Persona mayor

Financing: Proyecto colaborativo financiado con fondos concursables de Vinculación con el Medio de la Universidad San Sebastián. ID Proyecto: 4832. RED CuiDEM: Fortaleciendo la Atención Integral a Personas con Demencia de Valdivia (Apoyo al GES 85).

Acknowledgments: A las cuidadoras de personas con deterioro cognitivo que motivan esta iniciativa. CESFAM Dr. Jorge Sabat Gozalo. Vicerrectoría de Vinculación con el Medio USS Valdivia.

References: American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing. Ministerio de Salud de Chile. (2020). Guía clínica: Demencias. Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/guias-clinicas/> World Health Organization. (2021). Global status report on the public health response to dementia. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245> Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: Mental and physical effects and recommendations. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(9), 938–947. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1469-2> Vega, J., & Solar, O. (2023). Desafíos para la atención de personas con demencia en la APS chilena: Análisis desde la salud pública. *Revista Chilena de Salud Pública*, 27(2), 104–112. Organización Panamericana de la Salud. (2022). Estrategia y plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2022–2030. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-plan-accion-sobre-demencia-2022-2030> Martínez, M., Rojas, A., & Araya, C. (2021). Sobrecarga en cuidadores de personas con demencia: Una revisión sistemática. *Revista Médica de Chile*, 149(5), 631–640. Ibáñez, A., Pina-Escudero, S., Possin, K., Quiroz, Y., Aguzzoli Peres, F., Slachevsky, A., Sosa, A. L., & Brucki, S., Miller, B. (2021). Dementia caregiving across Latin America and the Caribbean and brain health diplomacy. *Lancet Healthy Longevity*. World Health Organization. (2022/2023). Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Organización Mundial de la Salud. World Health Organization. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. OMS. Guerrero-Barragán, A., & Lucumi-Cuesta, D. I. (2025). Stakeholder perceptions of dementia in Colombia: a qualitative study. *BMC Public Health*, 25, 959. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22166-9> Nonpharmacologic interventions for family caregivers of people living with dementia in Latin-America: a scoping review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. (2021). Influence of Behavioral and Psychological Symptoms on Caregiver Burden for Different

Types of Dementia: Clinical Experience in Lima, Peru. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. (2024). Systematic Review Estimating the Burden of Dementia in the Latin America and Caribbean Region: A Bayesian Approach. *Frontiers in Neurology*. (2021). What Has the Pandemic Taught Us About Caregiving? Mental Health in Family Caregivers of People with Dementia One Year After the Lock-Down Due to the COVID-19 Pandemic. *Journal of Alzheimer's Disease*. (2024). Latin American women in dementia research: outstanding contributions, barriers, and opportunities from Argentinian, Chilean, and Colombian colleagues. *Frontiers in Aging Neuroscience*. (2023). S19: Aging and Dementia problems in Latin America and the Caribbean: education, healthy ageing and recent research linked to microglia and microbiota. *International Psychogeriatrics*. (2024).

## “Implementación de estrategias de estimulación cognitiva para personas mayores del Cerro Mayaca, durante el año 2024, en la comuna de Quillota”

Katherin Ester Carvajal Carlos<sup>1</sup>, Paulina Vera Zamora<sup>1</sup>, Barbara Rojas<sup>1</sup>

(1) Cecof Cerro Mayaca, Departamento de Salud de Quillota., Quillota, Aconcagua #13, Quillota, Chile

### **Antecedentes**

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global que desafía los modelos tradicionales de atención en salud. En Chile, se estima que para 2025 un 20% de la población superará los 60 años, lo que ha impulsado políticas públicas para fomentar la autovalencia y el envejecimiento activo. En este marco, el Ministerio de Salud implementó el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes (MAS AMA), que promueve intervenciones grupales para preservar funciones físicas y cognitivas.

En Quillota, particularmente en el Cerro Mayaca, se han identificado barreras de acceso de la población mayor a programas preventivos. El CECOF Cerro Mayaca, con cerca de 7.000 personas inscritas, registra problemáticas asociadas a aislamiento social, escasas instancias comunitarias y deterioro cognitivo o afectivo en personas mayores. Experiencias previas como las “Olimpiadas Cognitivas” tuvieron buena acogida, motivando la implementación de una estrategia formal de estimulación cognitiva en 2024, financiada mediante el Programa de Participación Social en APS y en coordinación con la Mesa Técnica Territorial.

### **Objetivo**

Analizar la implementación de estrategias de estimulación cognitiva para personas mayores en el CECOF Cerro Mayaca durante 2024, identificando aciertos y errores para extraer lecciones y mejorar las prácticas de atención en salud.

### **Desarrollo de la experiencia**

A comienzos de 2024 se detectó baja participación en el programa MAS AMA, lo que evidenció la necesidad de diseñar estrategias contextualizadas. En marzo, se presentó una propuesta en la Mesa Técnica Territorial, validada por actores comunitarios, lo que permitió adjudicar fondos ministeriales de “Iniciativas Locales de Cuidados Comunitarios en Salud”.

Se conformó un equipo técnico-comunitario integrado por profesionales del CECOF, dirigentes vecinales, agrupaciones de mayores (“Cumpliendo Sueños”, “Esperanza”), y actores intersectoriales como “Quiero Mi Barrio” y CEEC Altos de Serrano. Se aplicaron 87 encuestas presenciales para definir intereses y horarios. Los temas más demandados fueron estimulación de memoria, actividades recreativas y ejercicio físico adaptado. La estrategia se denominó “Saludablemente, adultos mayores”, consistiendo en un ciclo itinerante de talleres entre agosto y diciembre en tres sedes comunitarias (Michimalongo, Las Praderas y Altos de Serrano). Se realizaron 20 sesiones con una asistencia promedio de 34 participantes regulares. Las actividades incluyeron reminiscencia, memoria emotiva, ejercicio adaptado y recuperación de la memoria histórica del sector, impartidas por un equipo interdisciplinario compuesto por fonoaudiólogo, escritora local y preparadora física. Participaron mayores con distintos niveles de autovalencia, incluyendo casos con deterioro cognitivo leve o riesgo psicosocial.

El ciclo culminó en diciembre con las “Olimpiadas Cognitivas” en Olmué, con la asistencia de 70 personas mayores.

## Resultados e impacto

La estrategia favoreció la calidad de vida de las personas mayores, estimulando su participación activa y fortaleciendo el tejido comunitario. Se logró una participación estable de 34 personas, lo que reflejó adherencia y apropiación.

En lo organizacional, se fortalecieron redes comunitarias y se formalizó una nueva agrupación de personas mayores con personalidad jurídica. Se consolidó además el trabajo intersectorial entre salud, comunidad e instituciones.

Un impacto relevante fue el empoderamiento de las personas mayores, quienes continuaron reuniéndose de manera autónoma tras el cierre del proyecto, manteniendo espacios de encuentro y reflexión.

Entre los aprendizajes, se destacó la relevancia de la planificación participativa y del enfoque colaborativo entre saberes técnicos y comunitarios. Entre las dificultades, se identificaron problemas de infraestructura (falta de baños en una sede) y la necesidad de asegurar continuidad programática mediante financiamiento estable y respaldo institucional.

## Conclusiones y transferencias

La experiencia demuestra que es posible implementar estrategias de estimulación cognitiva desde el nivel local si se construyen colectivamente y se ajustan a las particularidades del territorio. Entre los aciertos destacan la co-creación de actividades, la flexibilidad del equipo ejecutor y la coordinación intersectorial. Las principales limitaciones fueron la infraestructura insuficiente y la fragilidad de los mecanismos de sostenibilidad.

La iniciativa es transferible a otros territorios con características similares, recomendando diagnóstico participativo, equipos multidisciplinarios y alianzas comunitarias. Esta experiencia fortalece el enfoque biopsicosocial en APS y promueve un modelo de envejecimiento activo y saludable centrado en la persona, la comunidad y su entorno.

Keywords: persona mayor, saludablemente, estrategias cognitivas, salud comunitaria

Financing: Sin conflicto de intereses.

Acknowledgments: Se agradece al Equipo de Salud del Cecof Cerro Mayaca por su compromiso y dedicación en el desarrollo de esta experiencia. También a los adultos mayores que participaron activamente en el desarrollo de talleres destinados a la estimulación cognitiva junto a los talleristas, quienes con responsabilidad y entusiasmo contribuyeron al fortalecimiento de cada espacio. Asimismo, se reconoce el apoyo de organismos intersectoriales, entre ellos el programa "quiero mi barrio", las juntas vecinales y la mesa territorial del Cerro Mayaca, por su colaboración y disposición al trabajo conjunto. De manera especial, se destaca la participación del Club de Adulto Mayor Cumpliendo Sueños y Club de Adulto Mayor Esperanza, así como el acompañamiento brindado por el pastor del templo Evangélico Arca de Noé de Quillota.

References: Ministerio de Salud Chile, Plan Nacional de Demencia. (Internet) 2017. Disponible en <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/Plan-de-Demencia.pdf>. Equipo de gestión - CECOF CERRO MAYACA 2024. Series Estadísticas: Censos Poblacionales. CECOF CERRO MAYACA años 2024. Secplan - Programa Quiero Mi Barrio, "Diagnostico Comunitario", año 2024. Muñoz González, Daniel Antonio. La estimulación cognitiva como estrategia para la atención psicogerontológica a los adultos mayores con demencia. Revista Cubana de Salud Pública. 2018, v. 44, n. 3, e1077. Disponible en: <>. ISSN 1561-3127. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Departamento de Epidemiología División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública. 2017 Miranda-Castillo, Claudia,

Mascayano Tapia, Franco, Roa Herrera, Andrea, Maray Ghigliotto, Franco, & Serraino Guerra, Luciana. (2013). Implementación de un programa de estimulación cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer: un estudio piloto en chilenos de la tercera edad. *Universitas Psychologica*, 12(2), 445-455. Retrieved June 21, 2024, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672013000200012&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672013000200012&lng=en&tlng=es).  
Ministerio de Salud, Servicio Nacional del Adulto Mayor, Envejecimiento positivo en Chile, 2022. Equipo de gestión Cecof Cerro Mayaca, "Protocolo local de intervención Demencia tipo Alzheimer", Quillota, 2020. Ley N°19.966, Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES o AUGE), 25 de agosto 2004. Ministerio de Salud. Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la Promoción, Prevención y Manejo de la Cronicidad en contexto de Multimorbilidad. 1era edición. División de Atención Primaria, División de Prevención y Control de, editors. Santiago, Chile; 2020. Ayala San Martín, L. (2020). Promoción y prevención del deterioro cognitivo y demencias en personas mayores. *Revista Ene De Enfermería*, 14(3). Consultado de <http://eneenfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1049> Organización Mundial de la Salud. (2017). Atención integrada para personas mayores (AIPM): directrices para las intervenciones comunitarias dirigidas a limitar el deterioro de la capacidad intrínseca. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/341991>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## Investigación y Sociedad en la formación del médico familiar: Experiencia de una innovación curricular

andres glasinovic peña<sup>1</sup>, Claudia Rodriguez<sup>1</sup>, Carmen Gloria Christoph<sup>2</sup>, Felipe Oyarzun<sup>1</sup>, Martín Plaza Garmendia<sup>1</sup>

(1) Universidad de los Andes, Medicina Familiar y APS, Medicina, Santiago, Chile

(2) Universidad de Los Andes, Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina, Santiago, Chile

### Antecedentes:

Dentro de la planificación estratégica de la Universidad de los Andes (UANDES) del período 2022-2026, una de las áreas que adquiere mayor prioridad en el desarrollo de programas académicos es el foco de búsqueda de la verdad, con un énfasis en la investigación y compromiso con la sociedad. En los programas de medicina familiar (MF), habitualmente no existe una asignatura específica que busque el desarrollo de las competencias de investigación y vinculación con el medio, de una manera comprobable y sostenible en el tiempo, diluyéndose estas competencias en otras asignaturas, experiencias aisladas y rotaciones clínicas, sin darle la visibilidad y relevancia que merecen. Sumado a lo anterior, la Escuela de Postgrado propone que en todos los programas de especialidades médicas existan actividades vinculadas a estos 2 focos estratégicos. En este sentido, en la creación del programa de especialidad en MF mención persona mayor en la UANDES que se trabajó entre los años 2020 a 2022, se ve la necesidad de incluir estas competencias claves para el MF UANDES, dentro de la malla curricular del programa.

### Objetivo:

Presentar los principales resultados y buenas prácticas del diseño, planificación e implementación de la asignatura de Investigación y Sociedad

### Desarrollo:

El equipo docente gestor del programa, junto al apoyo de la dirección de estudios de la Escuela de Postgrado y la Dirección de Currículo de la UANDES, trabajaron en el diseño y planificación de esta asignatura. Se requería dar coherencia a la asignatura del programa en base a la estrategia institucional, factibilidad técnica desde una mirada de la normativa curricular, los principios técnicos de CanMEDS de MF y estar alineada con el perfil de egreso. Posteriormente, se consensúan los resultados de aprendizaje, las metodologías de enseñanza-aprendizaje que incluyen tutoría de proyecto, aprendizaje basado en casos, revisión bibliográfica y aprendizaje basado en TICS, para luego avanzar con las definiciones y reglas de las actividades. Por último, se implementó la asignatura en el sistema CANVAS de Instructure, que contiene el repositorio virtual de las actividades y las rúbricas de la asignatura para ser evaluadas virtualmente. Como parte de la asignatura, se exige un proyecto de investigación vinculado a la MF que incluye múltiples hitos como reportes, informes y presentaciones del proyecto, incluyendo la entrega final de un documento en formato de publicación de revista científica. Además, el residente debe realizar un mínimo de 20 actividades entre la suma de las tareas de compromiso con la sociedad y de educación en salud en la formación. Cada tarea requiere de 3 a 4 horas de dedicación aproximadamente, considerando la realización de un registro escrito y audiovisual en la sección de tareas de plataforma CANVAS, la que es evaluada bajo las reglas descritas en el programa. Por último, desde la generación 2025 se implementa la redacción de una bitácora mensual que permite supervisar el logro de las actividades basadas en los atributos del MF según CanMeds.

### Resultados:

A partir de Junio del año 2022, se crea esta nueva asignatura, pionera en la UANDES y programas de MF en Chile ya que es primera vez que en una sola asignatura, se tiene como objetivo principal lograr resultados de aprendizajes medibles en la temática de vinculación con el medio y proyectos de investigación relacionados a la MF. Esta asignatura transversal tiene 3 años de duración, cuenta con 15 créditos (equivalente a 540 horas cronológicas) y tiene una ponderación de un 20% de la nota final de las asignaturas teóricas del programa. A la fecha han cursado parcialmente esta asignatura 12 médicos residentes, que incluyen 2 egresados del programa, quienes logran completar las 20 actividades mínimas, además de los hitos del proyecto de investigación. A septiembre 2025, se han realizado y evaluado con rúbrica un total de 96 actividades entre las de compromiso con la sociedad y actividades de educación en salud, quedando plasmadas en un resumen las actividades más destacadas en la cuenta de Instagram del Departamento de MF y APS UANDES llamada @apsfamiliar. Las actividades han tenido una nota promedio global de 6,9 y el proyecto de título un 6,2 y la asignatura ha tenido positivas evaluaciones y retroalimentaciones a la fecha, con un promedio 6,3 reflejando su éxito en la integración de las competencias requeridas de investigación y el compromiso social.

### **Conclusiones:**

La asignatura Investigación y Sociedad constituye un hito pionero en los programas de MF en Chile, logrando los objetivos propuestos y demostrando ser factibilidad de planificar e implementar de manera curricular competencias medibles en investigación y vinculación con el medio en la formación. Su consolidación permite proyectar esta experiencia como un modelo transferible a otros programas y ser un aporte concreto a la formación integral y contribuir a la estrategia institucional en la UANDES.

**Keywords:** medicina familiar, educación médica, innovación docente, investigación, compromiso social

**Financing:** Esta experiencia no tiene fuentes de financiamiento ni conflictos de interés

**Acknowledgments:** Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Chile

**References:** Universidad de Los Andes, Planificación estratégica institucional 2022-2026. Santiago de Chile: Universidad de Los Andes; 2022. Disponible en: <https://www.uandes.cl/universidad/nosotros/informacion-institucional/plan-de-desarrollo-institucional/pei/>

## Experiencia de implementación de instrumento piloto de vulnerabilidad familiar para diagnóstico y plan de trabajo con familias en CESFAM Villa Nonguén

Luz Aburto Hernández<sup>1</sup>, Marcos Herrera G.<sup>1</sup>, Ana María Riba S.<sup>2</sup>, Pamela Torres<sup>3</sup>

(1) Residente Medicina Familiar Universidad de Concepción

(2) Medica de familia CESFAM Villa Nonguén

(3) Calificadora CESFAM Villa Nonguén

### Antecedentes:

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), según la OMS, son factores que influyen en la salud de las personas a lo largo de su vida, como el entorno social, económico, ambiental y cultural. Son clave para entender las inequidades en salud y orientar intervenciones hacia una mayor equidad.

En respuesta a las recomendaciones de la OMS y los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el CESFAM Villa Nonguén detectó que su instrumento de tamizaje de riesgo no identificaba adecuadamente a familias con vulnerabilidad, clasificándolas erróneamente como de bajo riesgo.

Frente a esta limitación, se desarrolló un nuevo instrumento de tamizaje familiar, que incorpora diversos DSS (como género, etnia, educación, condiciones laborales y entorno), junto a factores psicosociales, conductuales y biológicos. Esta herramienta permitió identificar familias con riesgo moderado y alto, orientando el trabajo de los equipos de salud hacia un enfoque más integral, colaborativo y centrado en la persona. Esta experiencia permitió ordenar el trabajo sectorial en el CESFAM y fortalecer el enfoque familiar, alineado con la equidad en salud y los determinantes sociales.

### Objetivos:

Identificar familias con riesgo moderado y alto para su abordaje por el equipo de sector. Analizar las principales características de vulnerabilidad presentes en el territorio. Reforzar el trabajo con enfoque familiar en el CESFAM.

### Desarrollo:

La creación de un instrumento de vulnerabilidad familiar fue impulsada por residente de Medicina Familiar, integrando conceptos de riesgo (posibilidad de un resultado negativo) y vulnerabilidad (incapacidad de resistir impactos negativos por condiciones contextuales o limitaciones propias). Esta vulnerabilidad está determinada principalmente por los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), tanto estructurales como intermedios, junto a factores biológicos, conductuales y psicosociales.

Se elaboró un cuestionario de 24 preguntas con opciones puntuales (0 a 4 puntos) para evaluar condiciones de precariedad en DSS y factores clínicos relevantes. Además, incluye 6 preguntas adicionales orientadas a identificar recursos familiares disponibles, sin influir en el puntaje final.

La categorización de la vulnerabilidad (baja, moderada, alta) se definió usando como referencia la realidad socioeconómica de la Unidad Vecinal 02RU (Nonguén), basada en datos del portal DataSocial del Ministerio de Desarrollo Social.

El instrumento es aplicado por la calificadora del CESFAM durante la inscripción o renovación de fichas familiares. Esta profesional también gestiona controles, derivaciones y es el nexo entre la familia y el centro. Al detectar familias con vulnerabilidad moderada o alta, sus antecedentes son evaluados por el equipo de sector (incluyendo jefaturas y

representantes de distintos estamentos), que decide si es necesario elaborar un plan de intervención familiar. Este plan consensuado es seguido y evaluado por el mismo equipo, permitiendo una atención personalizada, integral y continua.

El instrumento de vulnerabilidad constituye una herramienta innovadora y práctica para detectar desigualdades sociales y condiciones de riesgo que afectan a las familias, permitiendo categorizarlas según su nivel de vulnerabilidad y orientar intervenciones ajustadas a sus necesidades. Su aplicación en el CESFAM no solo fortalece la atención integral y el trabajo interdisciplinario, sino que también favorece la equidad en salud al priorizar a quienes presentan mayores desventajas, contribuyendo así a una gestión más justa y eficiente de los recursos disponibles.

### **Resultados:**

El instrumento permitió identificar efectivamente familias en riesgo: en el REM de junio 2025 se registraron 12 familias con riesgo moderado y 4 con riesgo alto, evidenciando que ahora sí se realiza tamizaje real. El enfoque familiar facilitó una atención integral, permitiendo detectar factores protectores y de riesgo, contribuyendo a una atención más equitativa.

Los equipos de sector desempeñaron un papel central, ofreciendo acompañamiento personalizado, continuidad en el cuidado, elaboración de planes de intervención y seguimiento, todo en coordinación interdisciplinaria.

### **Conclusiones:**

La implementación del nuevo instrumento permitió al equipo de salud ampliar su visión sobre el abordaje familiar, incorporando la noción de vulnerabilidad como eje fundamental. Esto favoreció un enfoque más justo y centrado en los DSS, facilitando la planificación de intervenciones oportunas.

La categorización por niveles de vulnerabilidad entregó información útil para priorizar recursos y mejorar la gestión clínica. Además, fortaleció el trabajo de los equipos de sector, promoviendo la colaboración interdisciplinaria y el vínculo con la comunidad. Esta experiencia no solo cumplió sus objetivos, sino que también generó aprendizajes significativos, consolidando una práctica más integral, equitativa y cercana a la realidad de las familias del CESFAM Villa Nonguén.

## Trabajo en Red: Mesa de Consultoría APS–Educación para la Salud Mental en la Comuna de Lautaro

Felipe Alonso Lastra González<sup>1,2</sup>, Matias Andres Saldivia Rain<sup>1</sup>, Valentina Pincheira Vásquez<sup>1</sup>

(1) Universidad de la Frontera, Medicina Familiar, Medicina, Avenida Alemania 458, Temuco, Temuco, Chile

(2) CESFAM Cristóbal Sáenz Cerda, Departamento de Salud Municipal, Manuel Rodríguez s/n, Lautaro, Chile

### Antecedentes

En Chile la salud mental es prioridad, con un sistema orientado a la atención integral y comunitaria. Los trastornos mentales representan alta carga de enfermedad y afectan especialmente a niños y adolescentes, agravado por la pandemia, que incrementó la desregulación emocional, ausentismo y autolesiones en las escuelas. Lautaro, comuna urbano–rural de La Araucanía, con limitada oferta de especialistas y aumentada dispersión geográfica, evidenció profundamente estas brechas. En 2023, el Departamento de Administración de Educación Municipal (DAEM) impulsó la iniciativa “Aulas Sensibles a la Infancia”, que mostró el interés de las escuelas, pero también la falta de coordinación con Atención Primaria de Salud (APS). A nivel nacional existen consultorías formales entre APS y psiquiatría, pero su enfoque es clínico y no aborda necesariamente la articulación directa con educación.

### Objetivos

General: Consolidar una mesa de trabajo intersectorial entre APS y educación municipal que apoye la gestión de casos, diseñe planes de apoyo y promueva prevención en salud mental escolar con enfoque integral y comunitario.

### Específicos:

- Analizar casos quincenalmente para orientar acciones previas a la derivación.
- Elaborar planes conjuntos con visitas domiciliarias y entrevistas antes de evaluación clínica.
- Fortalecer comunicación entre APS y DAEM y difundir programas como Atención integral al Desarrollo infanto-adolescente (AIDIA).
- Coordinar derivaciones necesarias al Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) y documentar acciones para mejora continua.
- Desarrollar talleres de promoción y prevención para docentes, estudiantes y apoderados.
- Garantizar confidencialidad compartiendo solo información conocida por la escuela o entregada por familias.

### Desarrollo

La mesa comenzó el 23 de abril de 2025 con reuniones quincenales en el DAEM. Participan encargadas comunales de convivencia y salud mental, médico referente APS, coordinadora del programa AIDIA, representante de CECOSAM, residente de Medicina Familiar de la Universidad de la Frontera y equipos escolares rotativos. Se respeta estrictamente la privacidad: no se discuten antecedentes clínicos sensibles y se solicita consentimiento informado a los equipos de educación.

Las sesiones incluyen: seguimiento de casos previos; presentación de nuevos casos con información autorizada por los tutores; elaboración de planes de apoyo (acompañamiento familiar, visitas domiciliarias, coordinación con AIDIA o derivación al Centro de Salud Familiar –CESFAM–); coordinación de capacitaciones a docentes sobre neurodiversidad, manejo del estrés y señales de riesgo suicida; y planificación de talleres preventivos. Todo queda registrado en actas y fichas para seguimiento.

## Resultados

La mesa mejoró la pertinencia de las derivaciones al CESFAM al contar con antecedentes previos y acciones iniciales desde la escuela. Empoderó a docentes y equipos de convivencia, entregando herramientas para acompañar a estudiantes y prevenir desgaste profesional. Se coordinaron talleres clave: neurodivergencia en escuelas Irene Frei y Guacolda, manejo del estrés docente, prevención del riesgo suicida para apoderados y promoción de bienestar emocional en liceos urbanos. Se fortaleció la red local: las escuelas tienen un canal directo con APS y acceso a apoyo especializado como AIDIA antes de acudir a nivel secundario. La sistematización permite identificar tendencias y necesidades emergentes para orientar futuras acciones.

## Conclusiones

La experiencia de la comuna de Lautaro ofrece un modelo innovador y replicable de colaboración Atención Primaria–educación enfocado en prevención y coordinación previa a la derivación clínica. Ha optimizado recursos, mejorado la respuesta temprana y generado confianza mutua entre escuelas, liceos y APS. El desafío es sostener la iniciativa, ampliarla a establecimientos rurales y reforzar la cultura de confidencialidad y participación comunitaria, contribuyendo a un abordaje más oportuno y humano de la salud mental infantil y adolescente.

**Keywords:** salud mental, atención primaria, educación municipal, coordinación intersectorial, promoción y prevención

**Financing:** El financiamiento de la experiencia provino exclusivamente de los propios recursos del Departamento de Salud Municipal y del Departamento de Administración de Educación Municipal (DAEM) de Lautaro. No se requirieron aportes externos ni inversiones materiales adicionales; la implementación se basó en el tiempo y el trabajo del equipo humano de ambas instituciones en sus horarios asignados para gestión de los respectivos programas, demostrando que la coordinación y el compromiso intersectorial son suficientes para llevar adelante la iniciativa.

**Acknowledgments:** Deseamos expresar nuestro más sincero reconocimiento y gratitud a la psicóloga Patricia Herrera, encargada comunal del Programa de Salud Mental, por su liderazgo, compromiso y visión que hicieron posible la implementación de esta mesa de trabajo. Agradecemos también al CESFAM Cristóbal Sanz Cerda por su valiosa disposición y por el esfuerzo constante de sus profesionales para coordinar y dar continuidad a las acciones propuestas. Finalmente, extendemos nuestro agradecimiento a los equipos del DAEM de Lautaro por su colaboración permanente, su dedicación y su compromiso con el bienestar socioemocional de los estudiantes de nuestra comuna.

**References:** Sepúlveda, R., Zitko, P., Ramírez, J., Markkula, N., & Alvarado, R. (2018). Primary care consultation liaison and the rate of psychiatric hospitalizations: A countrywide study in Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e138. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.138> Ministerio de Salud de Chile. (2016). Orientaciones técnicas: Consultorías en salud mental. Ministerio de Salud de Chile. Disponible en <https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2019/06/OT-CONSULTORIAS-EN-SALUD-MENTAL.pdf>



# CASOS CLÍNICOS

## **Cuidar en la Distancia: Acompañamiento Familiar Virtual en Cáncer Gástrico Avanzado desde la Atención Primaria de Salud**

Constanza Andrea Rocha Araya<sup>1</sup>, Catalina Adriana Vergara Salvat<sup>1</sup>

(1) Servicio de Salud de Tarapacá, Dirección de Atención Primaria de Salud, Anibal Pinto 815, Iquique, Chile

### **Antecedentes**

El cáncer gástrico avanzado es una de las principales causas de mortalidad por cáncer en Chile y Latinoamérica, con pronóstico desfavorable en etapas avanzadas (1). Su abordaje implica decisiones clínicas y dilemas éticos y familiares que requieren acompañamiento. La Atención Primaria de Salud (APS) cumple un rol estratégico al garantizar continuidad del cuidado, siendo la puerta de entrada donde muchas familias buscan orientación (2). La integración temprana de cuidados paliativos se asocia a mejor calidad de vida, alivio sintomático y mayor satisfacción, favoreciendo decisiones alineadas con los valores del paciente y evitando intervenciones fútiles (3–6). El médico de familia o de APS, por su vínculo y conocimiento del contexto biopsicosocial, está en posición privilegiada para facilitar decisiones compartidas con respeto por la dignidad y la contención familiar (2,7).

### **Justificación de la elección del caso**

Este caso fue seleccionado por reflejar la relevancia de la APS en el acompañamiento de pacientes terminales, mostrando cómo el vínculo longitudinal, la mediación familiar y la telemedicina permiten resolver conflictos éticos y emocionales, favoreciendo decisiones humanizadas (7–9).

### **Descripción del caso**

Hombre de 67 años con cáncer gástrico avanzado diagnosticado hace 8 meses, tratado con esquemas oncológicos sin frenar la progresión, evolucionando a etapa terminal. En seis meses presentó deterioro progresivo con pérdida de movilidad, anorexia, disfagia, vómitos recurrentes, baja ponderal mayor de 15 kilos y caquexia severa. Llegó a ser dependiente total, con dolor parcialmente controlado con opioides, marcada astenia e intolerancia oral.

Desde el inicio, el paciente y su familia estuvieron vinculados a la red APS, recibiendo controles y visitas domiciliarias que anticiparon la evolución y prepararon a la familia. En la fase terminal surgieron discrepancias: el hijo mayor defendía los cuidados en el hogar, priorizando confort y dignidad, mientras que la esposa y el hijo menor insistían en una hospitalización invasiva. Esto generó tensión emocional y necesidad de orientación inmediata.

Gracias al vínculo con el equipo de APS, se coordinó una asesoría virtual urgente. Se abordó el pronóstico, la futilidad de intervenciones invasivas y se entregaron estrategias de contención.

Finalmente, la familia alcanzó consenso y decidió mantener cuidados paliativos domiciliarios, priorizando dignidad, alivio sintomático y acompañamiento cercano, evitando hospitalizaciones innecesarias y costos emocionales.

La sesión virtual, de 60 minutos, se estructuró en tres momentos: exploración de percepciones; entrega de información clínica clara sobre cáncer terminal, signos de agonía e irreversibilidad; y reflexión sobre valores y deseos en torno al final de vida. Se enfatizó calidad de vida y dignidad, evitando ensañamiento terapéutico y reconociendo que medidas invasivas aumentarían sufrimiento y fragmentación del

cuidado. También se brindó contención emocional y herramientas para acompañar la despedida y anticipar el duelo (9,10).

### Revisión de la literatura

Diversos estudios han demostrado que la Medicina Familiar aporta un enfoque integral en la atención de pacientes en etapa terminal, al considerar dimensiones clínicas, emocionales, sociales y éticas (2,7,8). A diferencia de modelos fragmentados, el acompañamiento desde la APS permite contextualizar las decisiones en el entorno familiar y comunitario, promoviendo continuidad del cuidado (2,11).

La literatura respalda que la integración temprana de cuidados paliativos se asocia con menor número de hospitalizaciones, mejor calidad de vida y mayor cohesión familiar (3-6,12). La participación activa de la familia en decisiones compartidas disminuye conflictos y asegura alineación con los valores del paciente (11).

Mantener al paciente en el hogar con soporte paliativo favorece experiencias más humanizadas, reforzando la dignidad y el acompañamiento en el final de vida. Finalmente, la atención virtual ha mostrado utilidad en la resolución de momentos de alta carga emocional y en la continuidad del acompañamiento, especialmente en territorios con barreras geográficas o limitaciones de acceso hospitalario (8-10).

### Conclusión

El acompañamiento familiar virtual permitió alcanzar consenso y mantener al paciente en su hogar, evitando procedimientos sin beneficio. La intervención demuestra cómo el médico de familia puede mediar y facilitar procesos reflexivos. Fortalecer competencias en cuidados paliativos, consejería y mediación en APS es fundamental para garantizar decisiones basadas en dignidad. Este caso evidencia la necesidad de protocolizar intervenciones de acompañamiento e incorporar conversaciones anticipadas sobre final de vida, potenciando la Medicina Familiar como disciplina integradora en escenarios terminales.

Keywords: Cáncer gástrico avanzado, Cuidados paliativos, Atención Primaria de Salud, Acompañamiento virtual, Medicina Familiar

Financing: Sin financiamiento, sin conflicto de interés.

Acknowledgments: Agradezco profundamente a mis pacientes y sus familias de la Atención Primaria de Salud, quienes me han permitido ejercer una medicina más humana, cálida y cercana. Su confianza y apertura me inspiran a crecer cada día en lo profesional y en lo personal, recordándome el verdadero sentido del cuidado en salud.

References: BibliografíaCsendes A, Figueroa M. Situación actual del cáncer gástrico en Chile. *Rev Med Chil.* 2017;145(3):287-96.Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology.* Oxford: Oxford University Press; 1998.Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2010;363(8):733-42.Salins N, Ramanjulu R, Patra L, et al. Integration of early specialist palliative care in cancer care and patient outcomes: a critical review. *Indian J Palliat Care.* 2016;22(3):252-7.Venketeswaran MV, et al. Early palliative care integration in advanced cancer: two institutional quality improvement projects. *BMJ Support Palliat Care.* 2025.Creangă-Murariu I, et al. Timing matters: a systematic review of early versus delayed palliative care in advanced cancer. 2025.Leniz J, et al. Past trends and future projections of palliative care needs in Chile. *BMC Med.* 2024;22:329.Haroen H, et al. The benefits of early palliative care on psychological well-being, functional status, and quality of life among cancer patients and caregivers. *BMC Palliat Care.* 2025;24:17.Greenhalgh T, Shaw S, Wherton J, et al. Real-world implementation of video outpatient consultations: mixed-method study. *J Med Internet Res.* 2018;20(4):e150.Steindal SA, et al. Advantages and challenges of using telehealth for home-based

palliative care: systematic review. *J Med Internet Res.* 2023;25:e43684. Hudson P, Quinn K, O'Hanlon B, Aranda S. Family meetings in palliative care: multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliat Care.* 2008;7:12. Oliver D, Daly B, Martin BC, Raffin-Bouchal S. Improving patient outcomes through palliative care integration: a review. *Ann Palliat Med.* 2018;7(2):137-45.

## Síndrome de DRESS como complicación de tratamiento antituberculoso

Bastian Hepp Dekovic<sup>1</sup>, Valentina Vásquez Salinas<sup>2</sup>, Lissett Montecino Castillo<sup>1</sup>

(1) Posta de Salud Rural San Miguel de Azapa, Arica, Chile

(2) CESFAM Iris Véliz Hume, Arica, Chile

### Antecedentes

El síndrome de reacción farmacológica con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS), se manifiesta con fiebre, edema facial, linfadenopatía y exantema. En exámenes de laboratorio destaca leucocitosis, linfocitos atípicos, eosinofilia y alteraciones de la función hepática y renal. Se desconoce la incidencia real debido a variabilidad por tipo de medicamento, estado inmunitario del paciente y subdiagnóstico. Los fármacos más asociados al síndrome de DRESS son antiepilépticos, antibióticos, antiinflamatorios no esteroidales y antituberculosos.<sup>1</sup>

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad transmisible causada por *Mycobacterium tuberculosis*. Está presente en todos los países y es una de las principales causas infecciosas de muerte a nivel mundial. En Chile, el esquema primario consiste en isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol.<sup>2</sup>

### Justificación de la elección

Todas las asociaciones de medicamentos antituberculosos tienen un porcentaje de efectos adversos, los que en una pequeña proporción pueden ser graves, interferir en la regularidad del tratamiento o favorecer el abandono. Dado que un rash como efecto adverso del tratamiento antituberculoso puede ser leve, el clínico podría minimizar la sintomatología del paciente, siendo que existe la posibilidad de que esté cursando con un síndrome grave.<sup>3,4</sup>

### Caso clínico

Masculino de 37 años, sin antecedentes mórbidos, quien trabajó en un campamento en Rancagua con extranjeros provenientes de Bolivia, cuatro meses previos a consultar. Acudió al Servicio de urgencias del Hospital de Arica, por cuadro de un mes de evolución de tos con expectoración purulenta, un día antes hemoptoica; asociado a sensación febril no cuantificada y mialgias. Sin baja de peso ni disnea. Al examen pulmonar destacaban crépitos en zona apical del campo derecho, que una radiografía de tórax permitía correlacionar con un foco de condensación apical. Se tomó baciloscopia que confirmó TBC. En atención primaria se inició esquema primario antituberculoso. Un mes y medio posterior a inicio de tratamiento comenzó con rash generalizado pruriginoso asociado a sensación febril nocturna, con tos intermitente y leve expectoración. Al examen físico presentaba exantema morbiliforme de región facial, tórax, abdomen y extremidades superiores e inferiores. Sin adenopatías palpables, signo de Nikolsky negativo, sin flictenas.

Se sospechó síndrome de DRESS por lo que fue derivado a urgencias y se hospitalizó para evaluación. Se tomaron exámenes que identificaron elevación de transaminasas, eosinofilia y linfocitosis moderada, sin compromiso hemodinámico ni respiratorio; compatible con la sospecha diagnóstica, por lo cual se indicó terapia con corticoides y antihistamínicos con buena respuesta clínica, pero con persistencia de eosinofilia y descenso discreto de pruebas hepáticas. Se descartaron diagnósticos diferenciales como VIH, hepatitis virales B y C, citomegalovirus (CMV) y virus Epstein-Barr (VEB). Se indicó hospitalización domiciliaria con esquema alternativo de amikacina, levofloxacino e imipenem como terapia puente, hasta que se decidió iniciar esquema de segunda línea con bedaquilina, pretomanid y linezolid, sin efectos adversos hasta la fecha.

### Discusión

El síndrome de DRESS es una reacción de hipersensibilidad severa, con latencia de 2 a 8 semanas tras la exposición al fármaco desencadenante, que se caracteriza por exantema, fiebre, linfadenopatías, eosinofilia y compromisos de órganos (hígado, riñón, etc). En la literatura se enfatiza que el mecanismo patogénico probablemente implica una combinación de factores inmunológicos (activación de linfocitos T), reactivación viral (virus herpes 6, VEB, CMV), predisposición genética (como HLA), y alteraciones en el metabolismo de fármacos que favorecen acumulación de metabolitos tóxicos.<sup>1</sup> El pronóstico depende del reconocimiento precoz y de la suspensión inmediata del agente causal. El tratamiento incluye esteroides sistémicos de dosis alta, cuidados de soporte intensivo y, en algunos casos, terapias inmunomoduladoras.

En cuanto a los fármacos causantes, los más frecuentes son anticonvulsivantes, alopurinol, sulfonamidas y diversos antibióticos. Los fármacos antituberculosos son poco frecuentes, pero existe evidencia de que cada uno de los fármacos de primera línea pueden ser desencadenantes de DRESS.

En un reciente estudio peruano de 18 casos por fármacos antituberculosos que reportó una latencia media de 19 días, con rifampicina implicada en el 84,2% de los casos, isoniazida en 68,4% y pirazinamida en 26,3%.<sup>5</sup>

### Conclusión

La tuberculosis es una enfermedad que no se ha logrado erradicar en Chile, con incidencia en alza en la última década.<sup>6</sup> Los médicos de Chile están enfrentados a estos casos de forma habitual, por lo que es necesario tener presentes los diferentes efectos adversos del tratamiento indicado para ser tratados oportunamente. Aunque infrecuente, el síndrome de DRESS es un diagnóstico diferencial a tener en cuenta dada su eventual morbimortalidad.

Keywords: tuberculosis, síndrome de hipersensibilidad a medicamentos, antituberculosos

Financing: No contamos con financiamiento externo ni conflictos de interés.

References: Calle, A. M., Aguirre, N., Ardila, J. C., & Villa, R. C. (2023). DRESS syndrome: A literature review and treatment algorithm. *World Allergy Organization Journal*, 16(3), 100673. <https://doi.org/10.1016/j.waojou.2022.100673> Escobar, N., Ruiz, N., Arias, F., Herrera, T. (2022) Norma técnica para el control y la eliminación de la tuberculosis. División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL Herrera, T., Torres, Z., Arias, F. Manual de Organización y Procedimientos del Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis. División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL Adverse events during TB treatment. (2025, 17 abril). Tuberculosis (TB). <https://www.cdc.gov/tb/hcp/treatment/adverse-events.html> Morán-Mariños, C., Llanos-Tejada, F., Salas-Lopez, J., Villanueva-Villegas, R., Chavez-Huamani, A., Vidal-Ruiz, M., Rodriguez-Calienes, A., & Casanova-Mendoza, R. (2024). DRESS syndrome and tuberculosis: Implementation of a desensitization and re-desensitization protocol to recover antituberculosis drugs in a case series at a specialized TB Unit in Lima, Peru. *Medicine*, 103(39), e39365. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000039365> Escobar, N., Ruiz, N., Arias, F., Herrera, T. (2023) Informe de situación epidemiológica y operacional del programa de control y eliminación de la tuberculosis. División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL

## MANEJO INTERDISCIPLINARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA ASOCIADA A MÚLTIPLES PATOLOGÍAS CRÓNICAS

catalina vergara salvat<sup>1</sup>, Constanza Andrea Rocha Araya<sup>1</sup>

(1) Servicio de Salud Tarapacá, Dirección de Atención Primaria de Salud, Anibal Pinto 815, Iquique, Chile

### Antecedentes

La obesidad es una enfermedad crónica y multifactorial con impacto físico, funcional y psicosocial, cuya prevalencia ha aumentado hasta niveles epidémicos, siendo un factor de riesgo mayor para Enfermedades Crónicas No Transmisibles (3). Entre sus principales comorbilidades destacan diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia, apnea del sueño, patología osteoarticular y renal. En atención primaria, el manejo de la obesidad mórbida es complejo por baja adherencia a cambios de estilo de vida, fragmentación del sistema, acceso limitado a especialistas y escaso soporte familiar o comunitario. En este escenario, el trabajo interdisciplinario es clave para favorecer adherencia, continuidad y cuidado integral.

### Objetivos

Describir un caso clínico de paciente con obesidad mórbida y múltiples comorbilidades en contexto rural extremo, resaltando:

1. El rol del trabajo interdisciplinario en atención primaria.
2. La importancia del seguimiento continuo y contextualizado.
3. El valor de estrategias centradas en la persona para mejorar conciencia de enfermedad y adherencia terapéutica.

### Descripción del caso

Paciente femenina de 66 años, residente en zona rural extrema, con obesidad mórbida, DM2 insulino-requiere, ERC etapa 3, retinopatía diabética, HTA y gota, bajo polifarmacia. Sin redes familiares de apoyo, con controles en APS y nefrología en hospital de referencia. En el año 2019 contaba con un peso de 113,4 kg e IMC 46,6. Evoluciona hasta 136 kg (IMC 54,8) en 2025. HbA1c >8,1%, dislipidemia severa y microalbuminuria progresiva. Inicia insulina NPH en 2021. Tratamiento incluye insulina, metformina, vildagliptina, empaglifozina, losartán, nifedipino y gemfibrozilo.

Entre 2019–2025 se realizan múltiples interconsultas vía hospital digital (nefrología, diabetología, geriatría). En 2024 inicia rehabilitación cardiovascular con kinesióloga y terapeuta ocupacional, enfocándose en la adquisición de hábitos de autocuidado (higiene, medicación, alimentación, actividad física). Posteriormente, se implementa Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), con apoyo de nutricionista, psicólogo y enfermero rural. Con lo que se logra que paciente tome conciencia de enfermedad, lo que se evidencia en una disminución de peso, a 131 kg y reducción de dosis de insulina.

En agosto 2025 es hospitalizada por infección urinaria enfisematosa, trombosis mesentérica y endocarditis, permaneciendo 35 días. Al alta se logra estabilización clínica, ajuste farmacológico y peso de 124 kg. Paciente se compromete a mantener los cambios en el estilo de vida, logrados previos a la hospitalización, para así mantener la compensación lograda durante su internación. Por lo cuál, se realiza interconsulta a cirugía bariátrica, actualmente esperando atención por especialista.

### Revisión de la literatura

La obesidad requiere tratamiento integral y continuo.

Modificación del estilo de vida, constituye la base del manejo, pero enfrenta barreras

de motivación, apoyo social y accesibilidad. (4)

Farmacoterapia: recomendada en IMC  $\geq 27$  con comorbilidades o IMC  $> 30$ . Los agonistas GLP-1 son útiles en DM2, pero limitados por costo, accesibilidad y efectos adversos. (1)

Cirugía bariátrica: indicada en IMC  $\geq 37$  con comorbilidades o IMC  $> 40$ . Evidencia muestra reducción sostenida de peso (15–40%) y mejoría en comorbilidades. (2)

La atención primaria interdisciplinaria es esencial en ruralidad para suplir la falta de especialistas y asegurar continuidad de cuidados.

## Conclusiones

La obesidad mórbida exige un enfoque interdisciplinario, centrado en la persona y adaptado al contexto territorial. El acompañamiento coordinado en APS mejora adherencia, conciencia de enfermedad y control de comorbilidades. La rehabilitación con foco en autocuidado y educación permite cambios sostenibles aun en pacientes con mal control crónico. La cirugía bariátrica surge como alternativa definitiva, pero requiere preparación integral, donde la red primaria cumple un rol decisivo.

Keywords: obesidad, diabetes mellitus tipo 2, atención primaria de salud

Financing: No se contó con financiamiento más allá de las prestaciones que ofrece atención primaria en la comuna de Pozo Almonte, Región de Tarapacá.

Acknowledgments: Al excelente equipo de salud que trabaja conmigo en la localidad de Mamiña.

References: 1. Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, McDonnell ME, Murad MH, Pagotto U, Ryan DH, Still CD. Pharmacological Management of Obesity: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015; 100(2):342–362. doi:10.1210/jc.2014-34152. Gloy VL, Briel M, Bhatt DL, Kashyap SR, Schauer PR, Mingrone G, et al. Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2013; 347:f5934. doi:10.1136/bmj.f59343. Heymsfield SB, Atherton PJ, Christensen S, et al. Evolution of multidisciplinary obesity treatments: past, present, and future role of nutrition. *Obesity (Silver Spring)*. 2025; 1-14. doi:10.1002/oby.243404. Lopez-Jimenez F, Di Cesare M, Powis J, Shrikhande S, Adeoye M, Codato E, Zhou B, Bixby H, Evans N, Lara-Breitinger K, Rodriguez MA, Hadeed L, Barquera S, Taylor S, Perel P, Pineiro D, Narula J, Pinto F. The Weight of Cardiovascular Diseases: Addressing the Global Cardiovascular Crisis Associated with Obesity. *Global Heart.* 2025; 20(1): 68. DOI: <https://doi.org/10.5334/gh.1451>

## ÍNDICE

### A

Aburto, L. — 91  
 Acevedo, L. — 2  
 Acuña Poblete, A. — 60  
 Agost, C. Nadal — 136  
 Aguilar, F. Brintrup — 22  
 Aguilar, C. Brintrup — 22  
 Ahumada, E. Perdomo — 81  
 Alarcón, K. — 14  
 Alarcón, M. Vera — 4  
 Alarcón, V. — 136  
 Alicera, N. Fernández — 9  
 Antilén, I. Nahuelpán — 83  
 Arancibia, M. — 14  
 Arancibia, N. — 36  
 Araneda, A. — 36  
 Araneda, S. — 41  
 Araoz, I. Crespo — 81  
 Araya, C. Rocha — 19, 96, 101  
 Arcel, C. Vergara — 57  
 Arenas, R. — 38  
 Arrepol, J. — 79  
 Arrieta, D. — 31  
 Astudillo, E. — 75

### B

Barrera, J. L. — 2  
 Barrientos, J. — 17  
 Bass del Campo, C. — 28, 43  
 Batista, E. Martínez — 25  
 Benavides, C. — 12  
 Benavides, E. — 46  
 Bermeo, A. — 6  
 Binda, V. — 38  
 Bórquez, D. — 31, 33  
 Bravo, C. — 81  
 Bravo, N. — 60  
 Brun, G. — 2

### C

Cáceres, D. — 2  
 Calderón, A. — 73  
 Caro, G. — 2  
 Carvajal, K. — 86  
 Carvajal, M. — 14  
 Castro, A. — 57  
 Castillo, J. — 46  
 Chavarry, L. Salazar — 25

Cisterna, C. — 77  
 Cohen Varela, A. — 1, 2  
 Contreras, C. — 16  
 Contreras, C. — 51  
 Contreras, K. — 14  
 Contreras, R. — 25  
 Copier, P. Uribe — 4  
 Cortés, P. — 31, 33  
 Crespo, I. — 81  
 Cruz, R. Dangond — 34

### D

De Armas, S. Kurz — 9  
 De La Roza, C. Benavides — 12  
 Delgado, J. — 53  
 Díaz, M. Gutiérrez — 41  
 Didier, A. — 2

### E

Escobar, F. — 75

### F

Farrell, J. Giron — 55  
 Fernández, L. — 53  
 Fernández, N. — 9  
 Flores, J. — 136  
 Fuentealba, S. — 57

### G

Galindo, C. — 9  
 García, M. C. — 25  
 García, M. — 67  
 García, R. — 62  
 Garrido, D. — 36  
 Giron, J. — 55  
 Glasinovic, A. — 89  
 Gómez, E. — 4  
 Gómez, A. — 34  
 Guarda, M. Oyarzún — 77  
 Guerrero, N. — 73  
 Gutiérrez, M. — 41

### H

Hepp, B. — 99  
 Hernández, L. Aburto — 91  
 Herrera, M. — 91  
 Hidalgo, A. Flores — 36  
 Hradecky, J. — 41

### I

Infante, T. Rodríguez — 38  
 Inostroza, A. — 12

## J

Jiménez, C. — 136

## K

Kramm, A. Lagos — 2  
Kurz de Armas, S. — 9

## L

Lastra, F. — 93  
Lazcano, S. — 53  
Leyton, P. — 136  
López, M. — 2  
López, V. — 14

## M

Macías, F. — 41  
Macaya, S. Vicencio — 2  
Maldonado, R. — 16  
Martínez, D. — 46  
Martínez, M. C. — 25  
Mena, F. Vera — 4  
Miranda, G. — 136  
Montecino, L. — 99  
Morales, J. — 41  
Muñoz, F. — 41  
Muñoz, A. — 73  
Muñoz, C. García — 25  
Muñoz, J. — 77

## N

Nahuelpán, I. — 83  
Nauto, C. — 14  
Navarro, M. J. — 62  
Nivelo, M. — 2, 9  
Novoa, E. — 60  
Nuñez, D. — 4

## O

Olave, M. Quiroz — 2  
Olivares, L. — 2  
Olivares, R. Arenas — 38  
Ordoñez, J. T. — 53  
Orellana, N. — 2  
Ortega, E. — 83  
Oyarzún, M. — 77

## P

Padilla, J. — 77  
Palacios, L. — 83  
Palomino, A. — 9  
Pantoja, T. — 51  
Pavez, C. Tabilo — 34  
Pedreros, C. — 14  
Pérez, G. — 31, 33

Pérez, J. Arrepol — 79  
Petit, T. — 41  
Pincheira, V. — 53, 93  
Plaza Garmendia, M. — 89  
Prado, F. — 55

## Q

Quiñones, C. — 38  
Quiroz, M. — 2

## R

Ramos, D. — 31  
Ramos, I. — 83  
Reyes, K. — 14  
Reyes, T. — 81  
Riba, A. — 91  
Riedel, N. Arancibia — 36  
Riquelme, F. — 62  
Riquelme, A. — 65  
Rivera, S. — 4  
Rocha, C. A. — 19, 96, 101  
Rodríguez, C. — 89  
Rodríguez, I. — 83  
Rodríguez, T. — 38  
Rojas, B. — 86

## S

Sabino, A. Padrón — 31  
Salas, C. — 51  
Salazar, L. — 25  
Saldivia, M. — 93  
Salinas, S. — 48  
Salvat, C. Vergara — 19, 96, 101  
Sapiro, A. K. — 69, 71  
Santibáñez, V. López — 14  
Sotomayor, J. — 136

## T

Tabilo, C. — 34  
Telechea, C. — 53  
Toro, N. — 14  
Torres, P. — 91

## U

Urdaneta, I. — 31  
Uribe Copier, P. — 4  
Urzúa, I. — 136

## V

Varela, A. Cohen — 1, 2  
Vásquez, V. — 99  
Veas, R. Maldonado — 16  
Venegas, A. Martínez — 25  
Vera, M. — 4

Vergara, C. A. — 19, 96, 101  
Vlahovic, V. — 12

## Z

Zanon, I. — 62  
Zavala, F. — 51  
Ziehl, E. — 65





## Patrocinio XXVI Congreso Chileno de Medicina Familiar



Departamento de Medicina Familiar



Universidad de Concepción  
Programa de Salud y Medicina Familiar



Universidad de Valparaíso  
Programa de Especialidad en Medicina General Familiar



Instituto de Salud Pública



Universidad de los Andes  
Departamento de Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud



TALCA  
UNIVERSIDAD  
CHILE



udp FACULTAD DE MEDICINA



ESCUELA DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD SAN SEBASTIAN



Facultad de Medicina

Especialidad Médica Medicina Familiar



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE



apsf





Congreso sin marca, sin auspicio de la industria

# XXVI Congreso Chileno de Medicina Familiar

MEDICINA FAMILIAR: CUIDANDO PERSONAS,  
CONSTRUYENDO COMUNIDADES SALUDABLES

Con el auspicio de:

