Archivos de Medicina Familiar y General

FAMFyG - Federación Argentina de Medicina Familiar y General

Volumen 23 | Número 2 | Julio 2026

ISSN 1852 - 656X
Córdoba, Argentina

Archivos de Medicina Familiar y General

FAMFyG - Federación Argentina de Medicina Familiar y General

Volumen 23 | Número 2 | Julio 2026

ISSN 1852 - 656X
Córdoba, Argentina
archivosmfyg.arg@gmail.com

Federación de Medicina Familiar y General

Presidenta
Cecilia Astegiano

Vicepresidenta
Mariana Castaño

Presidente honorario
Mario Acuña

Archivos De Medicina Familiar y General

Volumen 23, Número 2. Año 2026 I SSN 1852-656X

La Revista Archivos de Medicina Familiar y General es una contribución de la FAMFyG que tiene como objetivo el promover la publicación de la producción en Atención Primaria a nivel regional.

Editora Responsable

Ana Carolina Godoy. Universidad Nacional de Córdoba.

Editoras/es Asociadas/os

María Florencia Grande Ratti. Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA.

Lisandro Utz. Médico, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Mariana Castaños. Ministerio de Salud y Deportes, Mendoza, Argentina.



Editores Ejecutivos

Angie Echavarría. Médica, Sanatorio Güemes, CABA, Argentina.

Sofía Cabral. Médica especialista en medicina familiar. ASAMEFA, Salta, Argentina.

Patricio Jorge Cacace. Médico especialista en medicina familiar, Fundación AEQUUS, Buenos Aires, Argentina.

Matías Cabeza. Obra Social del Personal de la Construcción (OsPeCon), Argentina.

Comité Editorial

Humberto Jure. Médico especialista en medicina familiar. Mg. en Salud Pública. Doctor en Medicina, Universidad Nacional de Córdoba.

Ana Carolina Aymat. Médica. Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino (UNSTA), Federación Argentina de Medicina Familiar y General.

Pedro Silberman. Médico pediatra. Mg. en Salud Pública. Doctor en Cs. Médicas. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.

Abraham Tamez Rodríguez. Universidad de Monterrey, México.

Cecilia Astegiano. Médica especialista en medicina familiar. Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba.

Julio David Matz. Sanatorio Güemes, Buenos Aires, Argentina.

María Verónica Grunfeld. Médica especialista en medicina familiar. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.

Pablo Julian Badr. Médico. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.

Silvina López. Médica especialista en medicina familiar, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.

Agustina Piñero. Médica especialista en medicina familiar. Hospital Privado de Córdoba, Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba.

Félix Fernando Aragón. Médico especialista en medicina familiar. Asociación de Medicina Familiar de Tucumán.

Franco José Aráoz. Médico especialista en medicina familiar. Residencia de medicina general de CAPS, Villa Verde, Pilar, Buenos Aires.

Cecilia Auat Chein. Médica. Universidad Nacional de Santiago del Estero.

Guillermo Gorgo. Médico especialista en medicina familiar y general, Ospecon, Construir Salud.

Andrea Pérez. Médica especialista en medicina familiar y general, Universidad Nacional de Córdoba.

Diego Palomo. Médico especialista en medicina general y familiar. Mg. en epidemiología, gestión y políticas de salud. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.

María Valeria Santillán. OsPeCon, Tucumán, Argentina.

Diseño Gráfico

Romina Perez Manelli. Buenos Aires, Argentina. rperezmanelli@gmail.com

ÍNDICE

Editorial.
En Medicina Familiar: ¿la relación médico-paciente tiene fecha de caducidad?
Autora: Agustina E. Piñero Páginas: 1–4

Artículo original
Limitaciones epistémicas en el acompañamiento de la salud integral de personas LGBTQ+: percepciones desde consultorios de diversidad sexual
Autores/as: C. Calderón, M. Rodriguez, L. D'Onofrio, M. Conti, N. Prado Páginas: 5–16

Artículo original
Percepción de insulinoterapia en pacientes con diabetes mellitus 2 en consulta de medicina familiar de un hospital en México
Autores/as: M. Montelongo Rodriguez, H. Riquelme Heras, F. Espitia Romero, S. Hernandez Garcia, R. Gutierrez Herrera, C. Garces Peña Páginas: 17-21

Actualizaciones breves
Eficacia de los tratamientos no estrogénicos para síntomas climatéricos en mujeres con diagnóstico o sospecha de cáncer de mama
Autores/as: R. Kutner, A. Martínez, B. Garrido Mejía, E. Priano, I. Bocles, S. Gurtler Páginas: 22–28

Artículo original
Prevalencia de dismenorrea y factores asociados en adolescentes que consultan al servicio de adolescencia de un hospital general de agudos
Autoras: C. Amado, M. Gómez, V. Cramer Páginas: 29-37

Entrevista
Pablo Cacace - Editoriales en revistas científicas
Entrevistador: M. Grande Ratti Páginas: 38-43

Noticias institucionales
Participación en el IX Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar y Comunitaria Páginas: 44-45

Integrante del equipo editorial de la Revista Archivos de Medicina Familiar obtiene la Beca Internacional WONCA Young Family Doctors' Ncd Fellowship 2026
Página: 46

Editorial

En Medicina Familiar: ¿la relación médico-paciente tiene fecha de caducidad?

Medicina Familiar, más allá de la suma de episodios biológicos

Entre las cualidades que definen a los profesionales médicos de familia, que se desempeñan en APS, la atención centrada en la persona (y no en la enfermedad) es una de las características clave. (1)

Este modo de atención permite la construcción de un vínculo entre médico y paciente, donde la narrativa adquiere un espacio central que permite al profesional obtener conocimiento profundo tanto de la biología como de la biografía de la persona, pero no en una sucesión de episodios y contactos esporádicos por problemas puntuales de salud, sino como un acompañamiento e intercambio a lo largo del tiempo. En definitiva, un saber multidimensional sobre esa persona, la familia y su contexto.

Cuidar en el ámbito de la Medicina Familiar implica iniciar la construcción de una relación desde el primer contacto. Brindar confianza, tolerar la incertidumbre, ofrecer una pausa, tiempo de silencio con la atención enfocada que invita al otro (paciente) a compartir su vivencia.

En este escenario, la empatía desarrollada por los médicos de familia se constituye en piedra angular en tanto competencia esencial para una práctica de excelencia, cuidadosa y humana.

La magnitud de las necesidades paliativas

La OMS reconoce que más de 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos anualmente y la necesidad crecerá, dado el envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles. Se reconoce la urgencia de incluir los cuidados paliativos en la totalidad del proceso asistencial, en particular en atención primaria de salud, asumiendo que no integrarlos en los sistemas sanitarios implica inequidad en el acceso (2).

Se estima que el 14.1% de los adultos tienen necesidades paliativas a nivel mundial y menos del 1% de la población lo recibe. De ellos, casi el 60% sufre condiciones crónicas no oncológicas (3)(4).

La Declaración de Astana de 2018 afirma que los servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como los cuidados paliativos, deben ser accesibles para todos (5). La mayoría de las personas que necesitan cuidados paliativos son atendidas en Atención Primaria antes que en unidades especializadas.

En los países desarrollados, aproximadamente el 1% de la población sufre de enfermedades crónicas avanzadas e incurables. El Informe sobre la situación de los cuidados paliativos en la Argentina, según los indicadores de la OMS, desarrollados por el Observatorio de Cuidados Paliativos, Atlantes (6), estima que alrededor de 460,000 argentinos y argentinas necesitarán este tipo de asistencia.

De acuerdo con el enfoque de la OMS y de la Cobertura Universal de Salud, los cuidados paliativos han de ser provistos en todos los niveles de salud de un país porque son un servicio básico.

Argentina tiene una ley de cuidados paliativos. Sin embargo, en el marco de un sistema sanitario complejo y fragmentado, el acceso a CP es heterogéneo (7).

Cambio de paradigma: del cuidado al final de la vida a la atención paliativa

Durante las últimas décadas se han producido cambios en el paradigma de los cuidados paliativos, desde aquellos brindados exclusivamente a pacientes con diagnósticos oncológicos en el final de la vida, hacia la "atención paliativa" de personas con enfermedades crónicas progresivas, que pueden evolucionar con crisis, que producen impacto progresivo en la capacidad funcional y provocan mayores necesidades y demanda de recursos (7).

Se denomina "atención paliativa" (AP) a todas aquellas acciones terapéuticas que tengan como objetivo mejorar la calidad de vida, practicadas de acuerdo con las necesidades y en cualquier momento de la evolución, y en todos los niveles de atención de la salud, reservando la intervención de los servicios específicos de CP al criterio de complejidad (7).

La atención paliativa comienza cuando aparecen necesidades, no cuando se aproxima la muerte.

Aportes desde la Medicina Familiar para disminuir la brecha en el acceso

Si la relación clínica se construye a lo largo del tiempo, ¿qué ocurre cuando la enfermedad deja de ser curable? ¿Termina allí nuestra responsabilidad profesional?

Estamos convocados a reflexionar, desde una perspectiva de derechos, cuál es el papel de los médicos de familia para garantizar, en el marco de la ley de cuidados paliativos, el acceso a aquellas personas que los requieran y de alguna manera disminuir la brecha en la accesibilidad a la AP oportuna.

La atención longitudinal y el conocimiento acumulado de la trayectoria vital de esa persona y su contexto próximo colocan al médico de familia en una condición de proximidad para avanzar en la planificación compartida de la atención; entendida como el proceso deliberativo, relacional y estructurado, que facilita la reflexión y comprensión de la vivencia de enfermedad y el cuidado entre las personas implicadas, centrado en la persona que afronta una trayectoria de enfermedad, para identificar y expresar sus preferencias y expectativas de atención. Promueve la toma de decisiones compartida en relación con el contexto actual y con los retos futuros de atención (8).

En Argentina aún no existe un enfoque sistemático de toma de decisiones para pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. Es esperable que el concepto de la PCA se extienda a los equipos de salud en el futuro cercano.

Existe consenso sobre la importancia del desarrollo de la atención paliativa primaria para mejorar el acceso de las personas que lo necesitan. La expansión de estos cuidados, cuando son brindados por los médicos de atención primaria, mejora el control de los síntomas y la calidad de vida de los pacientes durante el curso de una enfermedad potencialmente mortal. Los médicos de familia desempeñan un rol importante en la detección temprana de pacientes que podrían beneficiarse de un enfoque paliativo (9).

La última etapa del ciclo vital puede convertirse en una ventana de oportunidad como profesionales, un desafío clínico, ético y humano. Mirar al otro, persona/paciente, en las múltiples dimensiones en las que ocurre la enfermedad: biológica, psicológica, social, espiritual.

Resulta difícil aceptar aquello de "no hay más nada que hacer" si asumimos la responsabilidad de cuidar, superando la dicotomía entre curación y paliación. Integrando en forma oportuna la AP. Garantizando la continuidad asistencial, como los MF sabemos hacer, centrados en las personas, en su entorno afectivo próximo, tomando en cuenta tanto su trayectoria biológica como la biográfica.

Acompañar a una persona y su familia hacia el final de la vida no es una intervención menor. Es una competencia clínica y humana avanzada. Siempre hay algo por hacer, hasta el final y aun después de él.

Invertir tiempo en la escucha activa y ofrecer el silencio respetuoso, poner en juego la ética de la alteridad de Lévinas. Aquella sensibilidad a la que somos despertados gracias al rostro del Otro y que significa susceptibilidad frente al sufrimiento ajeno, no poder dejar de responder frente a su dolor (10).

Respetar la singularidad y autonomía de un otro que sufre y es el protagonista de la escena, sin perder de vista que la relación clínica es, ante todo, un encuentro humano.

En el centro de la medicina familiar está acompañar a personas y familias a lo largo de su ciclo vital. En un escenario de aumento progresivo de la cronicidad avanzada y la multimorbilidad, la atención paliativa no representa una nueva tarea para el médico de familia, sino una oportunidad para recuperar un sentido más profundo de la práctica: permanecer al lado de las personas cuando la enfermedad ya no puede curarse y, sin embargo, queda mucho por hacer; brindar cuidado y alivio es posible y necesario.

No todas las personas que van a morir requieren especialistas en cuidados paliativos, pero todas necesitan profesionales con competencias paliativas básicas que puedan conocerlo, respetar su autonomía, valorar su narrativa, desarrollar un proceso de planificación compartida de la atención, prescribir fármacos para el alivio del dolor u otros síntomas frecuentes, orientar a la familia para la organización del espacio de cuidado, acompañarlos en la toma de decisiones y protegerlo de los excesos de un sistema sanitario fragmentado que muchas veces agrega sufrimiento con medidas fútiles.

Retomando la pregunta inicial, quizás podemos replantear la cuestión e intentar responder al interrogante sobre qué sucede y cómo se transforma la relación cuando la curación no es posible y desde allí avanzar en cuáles son las mejores acciones para esta persona, en este momento de su vida.

La atención paliativa integrada a la medicina familiar representa una aproximación ética, clínica y humana frente al desafío creciente de la cronicidad avanzada y el envejecimiento poblacional.

Y quizás allí encontremos una respuesta a la pregunta inicial. En Medicina Familiar, la relación médico-paciente no tiene fecha de caducidad. Cuando no sea posible curar, aun y con mayor énfasis, se puede aliviar; si las intervenciones curativas se agotan, permanece el cuidado; en el momento que la enfermedad avanza, podemos sostener la presencia. Acompañar con dignidad, respeto y humanidad hasta el final de la vida (y en el duelo a quienes continúan después de la pérdida) es una de las expresiones más profundas de nuestra práctica profesional.

En ese territorio de vulnerabilidad compartida, donde el sufrimiento interpela y la incertidumbre se hace presente, la Medicina Familiar encuentra una de sus expresiones más genuinas.

Referencias

1. Starfield B, Horder J. Interpersonal continuity: old and new perspectives. Br J Gen Pract. 2007;57(540):527-529.
2. Asamblea Mundial de la Salud, 67. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida: informe de la Secretaría [Internet]. 2014. Disponible en: apps.who.int/iris/handle/10665/170558

3. Connor SR, Connor S, Claire W, Ma M, Jaramillo E. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. 2nd ed. [Internet]. 2020. Available at: https://www.thewhpca.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care

4. Bonilla P. Cuidados paliativos en Latinoamérica. Rev Nutr Clin Metab. 2021;4(2):4-13.

5. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Astaná: Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: Astaná (Kazajistán), 25 y 26 de octubre de 2018 [Internet]. 2018. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/328128

6. Tripodoro VA, Candelmi DE, Suárez D, Béjar AC, Montero Á, Bastos FV, et al. Informe sobre la situación de los cuidados paliativos en Argentina según los indicadores de la OMS. Pamplona: ATLANTES Global Observatory of Palliative Care; 2025.

7. Tripodoro VA. Proyecto NECPAL CCOMS ICO© para la identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidades de atención paliativa en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina [tesis doctoral]. Universidad de Vic. Universidad Central de Cataluña; 2016. p. 19-20.

8. Di Gennaro S, Fila J, Veloso V, Lasmarías C, Tripodoro VA. Escala autoeficacia percibida sobre planificación compartida de la atención (ACP-SEs) Argentina. Medicina (B Aires) [Internet]. 2024 Ago [citado 2026 Jun 21];84(4):619-628. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802024000600619&lng=es

9. Seow H, Bainbridge D, Winemaker S, Myers J, Kortes-Miller K, Kilbertus F, et al. Does facilitated palliative care education improve patient identification? A cluster randomized controlled trial of primary care providers in the CAPACITI training program. J Palliat Med. 2025 May 19.

10. Idareta Goldaracena F, Úriz Pemán MJ. Aportaciones de la ética de la alteridad de E. Lévinas y la ética del cuidado de C. Gilligan a la intervención en trabajo social. Altern. 2012 Nov 2. Disponible en: https://alternativasts.ua.es/article/view/4221

Agustina E. Piñero

Médica de Familia, Magíster en Cuidados Paliativos y Cronicidad Avanzada
Clínica Universitaria Reina Fabiola / Universidad Hospital Italiano.
Contacto: agustinapinero@curf.ucc.edu.ar

Autora para correspondencia: Agustina E. Piñero, agustinapinero@curf.ucc.edu.ar

Cómo citar: Piñero, A. En medicina familiar: ¿la relación médico-paciente tiene fecha de caducidad? Arch Med Fam Gen. 2026 Jul;23(3):1-4

Limitaciones epistémicas en el acompañamiento de la salud integral de personas LGBTQ+: percepciones desde consultorios de diversidad sexual

Epistemic barriers in LGBTQ+ health care: experiences from sexual diversity health centers

Autores/as: Calderón, Cami Amor[a], Rodriguez, María Carla[b], D'Onofrio, Lucila María[c], Conti, María Lucrecia[d], Prado, Natalia Jorgelina[e]

[a] *Médica especialista en Medicina Familiar y General. Doctoranda en Medicina en la Universidad Nacional de Cuyo. Dirección de Equidad de Género en Salud, Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires.*
[b] *Trabajadora social especialista en epidemiología. Dirección de Equidad de Género en Salud, Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires.*
[c] *Médica especialista en Medicina Familiar y General. Consultorio de Diversidad, Hospital A. Fleming, General San Martín, Provincia de Buenos Aires. Centro de Salud y Acción Comunitaria N°4, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.*
[d] *Médica especialista en Medicina Familiar y General y en estudios y políticas de género. UNPAZ-Medicina.*
[e] *Médica, Doctora en Medicina, Docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo. Investigadora Asistente IMBECU CONICET.*

Resumen

Introducción: La producción de conocimiento biomédico se estructura históricamente desde una lógica binaria y heterocisnormada, lo que restringe el abordaje integral de la salud de las personas con identidades sexogenéricas disidentes. Esta limitación es el resultado de un proceso epistémico. **Objetivo**: Analizar la percepción de profesionales de la medicina que integran consultorios de diversidad de la Provincia de Buenos Aires sobre las limitaciones del conocimiento biomédico disponible para la atención de las personas LGBTQ+, e indagar las estrategias que desarrollan para afrontarlas. Vincular los resultados con el concepto de injusticia epistémica de Miranda Fricker. **Metodología**: Se realizó un estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo, observacional y transversal, basado en entrevistas semiestructuradas a 11 profesionales especialistas en medicina general y familiar, endocrinología y ginecología de la Provincia de Buenos Aires. **Resultados**: Las personas entrevistadas identificaron una formación de grado y posgrado basada en un enfoque binario y biologicista del cuerpo y la salud, atravesado por una perspectiva cisheteronormada. Se reconocieron tres posiciones frente a las limitaciones: quienes las perciben, quienes las mencionan sin problematizarlas y quienes no las identifican. Las estrategias epistémicas más frecuentes fueron la búsqueda bibliográfica, los ateneos clínicos e interdisciplinarios y las interconsultas con especialistas. El conocimiento de la comunidad fue frecuentemente desvalorizado, aunque hay profesionales que lo incorporan mediante la escucha activa. **Conclusión**: Los resultados evidencian que el Modelo Médico Hegemónico reproduce injusticias epistémicas al jerarquizar saberes biomédicos sobre la subjetividad. Promover responsabilidad epistémica implica reconocer la validez de los conocimientos en primera persona y generar marcos conceptuales plurales que garanticen prácticas de salud inclusivas y justas para las diversidades sexogenéricas. **Palabras clave**: Epistemología; Personas LGBTQ; Disparidades en atención de salud.

Autora para correspondencia: Cami Amor Calderon, camiamorcalderon@gmail.com
Recibido: 20/01/2026 Aceptado: 03/05/2026.

Cómo citar: Calderón CA, Rodriguez MC, D'Onofrio LM, Conti ML, Prado NJ. Limitaciones epistémicas en el acompañamiento de la salud integral de personas LGBT+: percepciones desde consultorios de diversidad sexual. Arch Med Fam Gen. 2026;23(2)5-16.

Abstract

Introduction: The production of biomedical knowledge has historically been structured according to a binary and heteronormative logic, which restricts the comprehensive health care of dissident gender identities. This limitation is the result of an epistemic process. **Objective**: To analyze the perceptions of physicians who work in diversity health centers in the Province of Buenos Aires about the limitations of available biomedical knowledge to address the LGBTQ+'s care and to explore the strategies they develop to face these limitations. To relate these results with Miranda Fricker's concept of epistemic injustice. **Methodology**: A qualitative, exploratory, descriptive, observational, and cross-sectional study was carried out, based on semi-structured interviews with 11 medical specialists in general and family medicine, endocrinology, and gynecology from the Province of Buenos Aires. **Results**: Interviewees identified that both undergraduate and postgraduate training is based on a binary and biological approach to the body and health, pierced by a cisheteronormative perspective. Three positions regarding these limitations were recognized: those who perceive them, those who mention them with no problematization, and those who do not identify them. The most frequent epistemic strategies were literature review, clinical and interdisciplinary case conferences, and consultations with specialists. **Conclusion**: Results show that the hegemonic medical model reproduces epistemic injustices by prioritizing biomedical knowledge over subjectivity. Promoting epistemic responsibility involves recognizing the validity of first-person knowledge and generating pluralistic conceptual frameworks that guarantee inclusive and equitable healthcare practices for diverse gender and sexual identities. Community knowledge was frequently undervalued, although some professionals incorporated it through active listening. **Keywords**: Epistemology; LGBTQ Persons; Health care inequality.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se fundamenta en la premisa de que la producción de conocimiento científico biomédico se construye a través de una lógica binaria heterocisnormada, y que es a partir de este conocimiento que se realizan recomendaciones en salud (1). La población que asiste a los consultorios de diversidad se encuentra fuera de esta lógica, lo que afecta la calidad de atención. Consideramos que la limitada producción de evidencia científica orientada a colectivos de diversidades y disidencias se vincula con un proceso epistémico. Nos preguntamos si quienes forman parte de los equipos de salud reconocen estas limitaciones en su práctica.

La biomedicina moderna se consolidó como paradigma dominante para la comprensión de la salud y la enfermedad, a partir de los avances científicos de los siglos XIX y XX y bajo la influencia del positivismo, que privilegia el conocimiento empírico y medible, excluyendo la subjetividad (2).

Este modelo, centrado en la biología y la fisiología, desplazó explicaciones holísticas previas y se impuso como hegemónico, con un enfoque reduccionista que concibe la enfermedad como fenómeno biológico aislado del contexto social, que se caracteriza por la supremacía del llamado "Modelo Médico Hegemónico" (MMH) (3). Sin embargo, múltiples críticas han cuestionado su capacidad para abordar la complejidad de los procesos salud-enfermedad-atención. Corrientes como la salud colectiva y la medicina social proponen un paradigma histórico-social que incorpora factores económicos, culturales y políticos (4).

Desde el pensamiento feminista y postestructuralista, autores como Foucault (5) y Butler (6) problematizan el poder que ejerce el discurso biomédico sobre los cuerpos, al naturalizar identidades y excluir otras formas de vida inteligibles. Butler (7) introduce la distinción entre precariedad (vulnerabilidad

común a toda vida) y precaridad (vulnerabilidad desigual, inducida políticamente), y sostiene que la posibilidad de ser reconocido como vida está mediada por normas sociales reiteradas que configuran lo reconocible y lo inteligible. Raewyn Connell (8) agrega una dimensión relacional al género, subrayando cómo las estructuras de poder inciden en prácticas y políticas de salud. En este marco, la homogeneización biomédica silencia la diversidad corporal y cultural, limitando el reconocimiento real de ciertas vidas y experiencias. Reconocer a las disciplinas médicas como tecnologías de poder permite analizar cómo producen y validan saberes dentro de marcos cisheteronormados que excluyen otras existencias, aunque cada reiteración normativa contenga también la posibilidad de fuga y transformación.

Nos interesa, también, recuperar el aporte de Miranda Fricker (9), quien distingue el concepto de injusticia epistémica, en sus dos formas: la injusticia testimonial y la injusticia hermenéutica. La injusticia testimonial "se produce cuando los prejuicios llevan a un oyente a otorgar a las palabras de un hablante un grado de credibilidad disminuido". La injusticia hermenéutica "se produce en una fase anterior, cuando una brecha entre los recursos de interpretación colectiva sitúa a alguien en una desventaja en lo relativo a la comprensión de sus experiencias sociales".

Durante el trabajo de campo de esta investigación, se produjeron acontecimientos significativos que impactaron en las entrevistas realizadas. En particular, las declaraciones públicas de la máxima autoridad del Estado argentino, contrarias a la perspectiva de género y a la población **LGBTQ+**, marcaron un punto de inflexión al expresar posiciones que inciden en los derechos de las disidencias sexuales y de género. Al ser una figura pública con gran legitimidad epistémica, contribuye a la promoción de discursos de odio y la construcción de sentido colectivo contrario a la población **LGBTQ+**, que resulta peligrosa y atenta contra su integridad. Esto se vio reflejado en el posicionamiento propositivo de las primeras entrevistas en contraposición con el lugar defensivo y de preocupación de las últimas entrevistas. Así como también en el aumento de crímenes de odio contra población **LGBTQ+** en Argentina en un 62% del año 2024 al año 2025 (10).

Estas declaraciones se inscriben en un clima político más amplio, signado por el desmantelamiento de derechos conquistados (sanción del DNU 62/2025, desfinanciamiento de políticas públicas) (11). En este marco, sectores conservadores buscan instalar la idea de una supuesta "ideología de género" como amenaza, contraponiéndola a "lo natural/ biológico". Una distorsión deliberada de la teoría de género, que se presenta como una estrategia política de manipulación. Así se deslegitima un campo de saber y lucha, asociándolo a un adoctrinamiento "peligroso" (12).

Partimos de la hipótesis de que quienes trabajan en los consultorios de diversidad se encuentran con limitaciones de naturaleza epistémica al momento del abordaje de la salud integral de la población, que muchas veces se traduce en la falta de herramientas concretas para acompañar procesos de salud-enfermedad. Además, entendemos que, de forma no sistemática, estos equipos emplean diferentes estrategias para saldar dicha falta, y que las mismas están vinculadas a los recursos materiales y simbólicos disponibles en cada equipo y no a una política de salud consensuada y planificada. El objetivo de este trabajo es evaluar la percepción de profesionales de la medicina, que se desempeñan en consultorios de diversidad, sobre el conocimiento biomédico disponible para la atención de personas con identidades sexogenéricas disidentes, particularmente en lo referido a sus limitaciones y estrategias.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo de tipo observacional y transversal basado en entrevistas semiestructuradas individuales. Las

entrevistas, de aproximadamente una hora, se realizaron de forma virtual (Google Meet), fueron grabadas y transcritas de manera textual mediante la herramienta Pinpoint, y posteriormente revisadas y validadas por el equipo de investigación. Todas fueron realizadas por una misma persona con formación en medicina y en investigación cualitativa, y con experiencia en el acompañamiento de la salud de población **LGBTQ+**.

Se realizaron 11 entrevistas a profesionales de la medicina (medicina familiar y/o general, endocrinología, ginecología y pediatría) que integran equipos de atención integral para personas **LGBTQ+** de distintas regiones sanitarias de la Provincia de Buenos Aires (RSI, RSII, RSV, RSVI, RSVII, RSVIII, RSIX, RSX y RSXI). Las personas entrevistadas tenían entre 32 y 56 años; todas se reconocen como cisgénero y cuatro como heterosexuales. La cantidad de entrevistas se definió según el criterio de saturación teórica, entendido como el punto en que nuevos casos no aportan información novedosa para el desarrollo de las categorías analíticas.

La convocatoria se realizó mediante un formulario de Google distribuido por correo electrónico, detallando los objetivos del estudio e invitando a participar voluntariamente. Los correos institucionales fueron provistos por la Dirección de Equidad de Género en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Una vez identificadas las personas dispuestas a participar, se aplicó la técnica de bola de nieve, un muestreo no probabilístico que permitió ampliar la muestra mediante referencias de personas entrevistadas previamente.

El análisis se realizó mediante un enfoque temático con apoyo de ATLAS.ti, adoptando una estrategia mixta, inductiva y deductiva, que combinó la emergencia de categorías a partir de la lectura en profundidad de las transcripciones con dimensiones orientadas por el marco de la injusticia epistémica. Se efectuó una codificación abierta, seguida de la agrupación de códigos en categorías analíticas mediante un proceso iterativo, y se realizó triangulación entre investigadores a través de la revisión y discusión conjunta de las codificaciones.

Los grupos analíticos no fueron definidos a priori, sino que emergieron de un análisis inductivo basado en la codificación temática, que permitió identificar patrones recurrentes en las formas en que las personas entrevistadas construyen discursivamente la existencia (o no) de limitaciones en el conocimiento biomédico. Como eje de diferenciación se consideró la relación entre el plano explícito del discurso (reconocimiento declarado de limitaciones) y el plano implícito (su emergencia en la narrativa), lo que permitió distinguir tres posiciones analíticas. Estos grupos no constituyen tipologías rígidas, sino posicionamientos analíticos construidos a partir de regularidades discursivas del corpus.

Consideraciones éticas

Previo a la realización de las entrevistas, se compartió un consentimiento informado detallando los objetivos del estudio, solicitando autorización para grabar y transcribir la entrevista y explicando cuestiones asociadas a la confidencialidad, los riesgos y beneficios de la participación y la posibilidad de suspender la entrevista en cualquier momento. Además, al inicio de la entrevista, se reiteró verbalmente la información del consentimiento informado y se mencionó que no iba a perjudicar su actividad laboral; se reforzó la confidencialidad, aclarando que solo el equipo de investigación tendría acceso a la información. Para resguardar la identidad de las personas entrevistadas, se decidió no incorporar referencias geográficas ni de su ámbito de trabajo. El protocolo de investigación, junto con el consentimiento informado, fue evaluado y aprobado el 26 de abril de 2023 por el Comité de Ética Central de La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Resultados

En este apartado se presentan los resultados, organizados en dos partes: en primer lugar, se describe el proceso de conformación de los espacios de atención en salud para las disidencias y las trayectorias formativas de las personas entrevistadas; en segundo lugar, se analizan las limitaciones que identifican en su práctica cotidiana, así como las estrategias, tanto individuales como colectivas, que implementan para abordarlas. Por último, ponemos en discusión los resultados con el concepto de injusticia epistémica de la filósofa Miranda Fricker.

En relación con el origen de los consultorios de diversidad, se identifican tres modalidades de surgimiento: por iniciativa de trabajadores de la salud, por impulso/demandas de la población u organizaciones **LGBTQ+**, y a partir de decisiones institucionales. Las dos primeras formas comparten un rasgo central: la presencia activa de la población **LGBTQ+** en la conformación de estos espacios. En los relatos que indican que el consultorio surge por iniciativa del equipo de salud, sus integrantes se enfrentan a demandas concretas que no encuentran respuesta en los dispositivos existentes.

> *(...) "todo surgió por una usuaria que era una mujer trans que se acerca a pedir turno, y recibió un trato no acorde. Ella había hecho una queja y escrito en el Facebook del hospital [...] la jefa de la unidad de adolescencia me comenta esto y ahí surgió que empezamos a capacitar a la gente del hospital y crear el equipo. Surgió por algo que nos atravesó como institución" (E1 Ginecología).*

> *(...) "tengo una persona que consultó con un endocrino y le dijeron cualquier cosa, no sabe qué hacer, no sé qué decirle, ¿te la puedo mandar? así que me puse a estudiar y así fue sucediendo, empezó a caer gente y más gente. No había mucho más que hacer que aceptar la situación y empezar a darle más otro marco." (E3 Medicina Familiar y General).*

Esta forma de emergencia puede interpretarse como una estrategia frente a la ausencia de respuestas institucionales o formales, que conlleva una asunción subjetiva del rol profesional como parte de un compromiso ético-político con las poblaciones disidentes.

Las trayectorias formativas de grado de las personas que conforman la muestra se inscriben en un entramado diverso de saberes y prácticas que recorren distintas ramas de la medicina. Se advierte una presencia significativa de perfiles vinculados a la medicina general. Al mismo tiempo, se despliegan recorridos ligados a la endocrinología, tanto en su abordaje general como en su especificidad vinculada a las infancias y adolescencias. También se incorporan miradas provenientes de la ginecología, lo que permite identificar un conjunto heterogéneo de trayectorias que reflejan distintas formas de habitar la práctica médica.

En relación con los modos en que las personas entrevistadas adquirieron conocimientos vinculados a la salud LGBTQ+, se evidencia, por un lado, que la formación recibida durante el grado o la residencia se caracterizó, en la mayoría de los casos, por un enfoque binario y biologicista del cuerpo y la salud.

> *(...) "Siento que nuestra formación está tan binarizada que no hay cabida para nada que sea diferente. Ahí todo lo que sea diferente es expulsado automáticamente del sistema" (E2 Medicina Familiar y General)*

> *"(...) "No, nada, nada, nada. Siempre desde este enfoque, ¿no? Desde nada, gónada, el género al nacer, a ver, nos formamos, venimos del hermafroditismo y todos esos términos arcaicos..."(E0 Endocrinología)"*

Por otro lado, algunos relatos sostienen la ausencia de una "perspectiva de género" en los programas formativos, sin advertir que lo que estuvo presente fue precisamente una perspectiva de género hegemónica, cisheteronormada y naturalizada. De este modo, se tiende a asociar la existencia de una perspectiva de género únicamente con su versión crítica, invisibilizando que toda formación transmite posicionamientos de género, aun cuando no estén explicitados. La incorporación de saberes relacionados con la atención a poblaciones sexogenéricas disidentes aparece mayormente vinculada a instancias optativas de formación de posgrado.

En todos los casos, se mencionan como fuentes institucionales de referencia las capacitaciones estatales, seguidas por las propuestas aranceladas organizadas por sociedades científicas y congresos. Estas instancias son caracterizadas como espacios que, en general, priorizan un enfoque biomédico centrado en los procesos de hormonización y sus efectos, aunque en algunos casos se señala la inclusión de marcos legales y teóricos vinculados a la perspectiva de género. Por fuera de estas capacitaciones específicas, en las formaciones generales en salud, la temática LGBTQ+ aparece usualmente como un apartado aislado, y no como un contenido transversal e integrado.

Además, se pone en evidencia que las propias prácticas realizadas durante la asistencia cotidiana son un espacio de formación continua que se desarrolla en conjunto con profesionales de diferentes disciplinas y con la población usuaria del sistema de salud.

Finalmente, resulta fructífero destacar una distinción entre profesionales de endocrinología y de medicina general en relación al impacto que tuvieron las formaciones nombradas anteriormente. Profesionales de endocrinología relatan que su participación en estos espacios ha producido cambios significativos en sus prácticas, permitiéndoles repensar críticamente el enfoque hegemónico de su formación de grado y especialidad. Estas capacitaciones habilitaron un desplazamiento desde una mirada centrada en la patologización y la clasificación diagnóstica hacia un enfoque integral. Este pasaje no fue vivenciado como exento de tensiones, aparecen con fuerza las resistencias internas y el esfuerzo por desarticular marcos estructurantes como la centralidad del diagnóstico o la linealidad del motivo de consulta. En este sentido, su participación en espacios vinculados a la atención de poblaciones sexogenéricas disidentes se manifiesta como un punto de inflexión.

> *(...) "¿Cómo considero que impactó? Y los veo a los pacientes desde otro lugar, como desde un lugar más amplio, más complejo, no tan físico, sino más psicológico, más... no sé cómo decírtelo. A ver, más integral de alguna manera porque no solo es el tema físico..." (E10 Endocrinología)*

> *(...) "me llevó tiempo el tema del espacio de infancia, porque era cambiar totalmente la perspectiva, nuestra formación... no patologizar. Paciente, motivo de consulta, diagnóstico, cuesta muchísimo moverme de esa estructura tan tradicional, pero, bueno, por eso, repito, desafiante, pero para mí, ¿no?" (E0 Endocrinología).*

Por otra parte, quienes contaban con formación en medicina general definen estas instancias de capacitación desde otra perspectiva; reconocen su valor, pero las presentan también como herramientas de validación formal de saberes que ya habían construido en la práctica cotidiana y desde marcos teóricos integrales ligados a su especialidad. Afirman que las demandas asistenciales precedieron a las respuestas formativas. En ese sentido, las formaciones funcionan como avales de sus prácticas.

> *(...)"Yo fui sintiendo que nos fueron llegando tarde, pero en el sentido de que cuando llegaban las capacitaciones, nosotros ya habíamos tenido que*

resolverlo por nuestra cuenta. Entonces, está re bueno tenerlo, ¿no? Si alguien quiere hurgar en tu currículum a ver por qué estás haciendo esto, tenés como el aval formal y oficial, pero eran cosas que ya habíamos resuelto por otras vías, más autodidactas." (E3 Medicina Familiar y General).

(...) "Hay un tema con la especialidad nuestra, que a veces hay mucho recelo de otros profesionales, de otras especialidades. Y entonces siempre la capacitación es necesaria para decir: "Para, yo hago esto porque tengo esto, lo aprendí y lo sé hacer." (E9 Medicina Familiar y General)

Ante la pregunta concreta: "¿Existen limitaciones en el conocimiento biomédico al atender a personas con identidades sexogenéricas disidentes?". Las respuestas recogidas fueron organizadas en tres grupos analíticos de acuerdo al reconocimiento explícito o implícito de dichas limitaciones: el primer grupo se conforma por entrevistades que poseen una percepción de ausencia de obstáculos en el acompañamiento de la salud de las personas LGBTQ+ (no perciben limitaciones). El segundo grupo incluye a quienes, si bien no manifiestan barreras, en sus relatos surgen descripciones que dan cuenta de limitaciones en el conocimiento biomédico (no perciben limitaciones, pero las narran). Y, por último, el tercer grupo reconoce de forma explícita la existencia de limitaciones en el acompañamiento de la salud de la población LGBTQ+ (perciben limitaciones).

En el grupo que no percibe limitaciones a pesar de no reconocer obstáculos biomédicos en sus prácticas, algunas personas ubican la presencia de limitaciones en relación a la dificultad de garantizar el acceso a cirugías requeridas. Una de ellas, para sortear el obstáculo, se repliega sobre la biología (particularmente en la anatomía) en un giro complejo que disocia la corporalidad sexuada de la identidad de las personas.

...) "son prácticas a personas que son iguales a otras personas; lo que pasa es que la cuestión de género es más tema también social o, a ver, los cuerpos son cuerpos, entonces es como lo mismo. Hacer el pap es diferente porque es otra la percepción y el manejo de la genitalidad de esa persona, pero no deja de ser un cuello de un útero y el pene, un pene." (E9 Medicina Familiar y General).

Con respecto al grupo que no percibe limitaciones, pero las narra, encontramos dos dimensiones que se repiten y se entrelazan: por un lado, la incertidumbre alrededor de los efectos a largo plazo de los procesos de modificación corporal hormonal y, por otro, la ausencia de conocimiento que atribuyen a la escasa experiencia acumulada y a la trayectoria incipiente que la medicina tiene en estos procesos.

(...) "Me parece que tiene que ver con un poco de falta de experiencia porque es un tema que recién está, digamos, recién está arrancando en lo que es medicina, es un tema muy nuevo, es información en general" (E5 Endocrinología).

El análisis del tercer grupo revela la existencia de limitaciones biomédicas y las emparenta, también, al factor tiempo y experiencia como determinante de la no disponibilidad de información biomédica.

(...) "Me daba cuenta de que faltaba mucha información; se investiga tanto con un montón de otras cuestiones. Con esto, bueno, por lo menos desde mi desconocimiento te digo, siento que falta, falta data" (E4 Medicina Familiar y General).

(...) "Me parece que faltan un montón de recursos. Hacemos un montón con lo que hay." (E2 Medicina Familiar y General).

En los dos últimos grupos, las personas entrevistadas narran limitaciones relacionadas a la disponibilidad de conocimiento biomédico en temas específicos, los cuales suelen ser recortes de situaciones en poblaciones particulares. En cuanto a los temas en los que se ubicaron o describieron limitaciones en el conocimiento biomédico, se destacaron dudas sobre efectos relacionados a los procesos de modificación corporal hormonal, entre los que se mencionan: alteraciones dermatológicas como acné, alergias y alopecia; modificaciones en la anatomía patológica del cuello del útero (tamizaje de cáncer); interacción entre uso de drogas y hormonización, impacto sobre la función ovárica y testicular, así como sobre la fertilidad; efectos sobre la salud mental y en la sexualidad; implicancias en la densitometría ósea, cuidados en el período “postransición”; esquemas de hormonización en adolescencias; y cáncer hormonodependiente. Por otro lado, se indican complicaciones derivadas del uso de silicona líquida y la resolución quirúrgica sobre sus consecuencias.

El análisis de las entrevistas permite observar distintas estrategias empleadas para hacer frente a las limitaciones descritas con anterioridad, que incluyen tanto estrategias epistémicas como no epistémicas. Con estrategias epistémicas nos referimos a aquellas prácticas o herramientas que orientan la producción, validación y uso del conocimiento en los procesos de atención, investigación y formación en salud. Las estrategias no epistémicas comprenden aquellas acciones o decisiones que no se centran directamente en la producción de conocimiento, pero que inciden en las posibilidades de atención, acceso y resolución de problemas de salud. Frente a limitaciones no epistémicas, los equipos desarrollan estrategias centradas en la articulación interinstitucional e intersectorial como forma de sostener y potenciar sus prácticas. La construcción de redes de colaboración con áreas como género, desarrollo social, educación, cultura, hospitales, dispositivos de salud mental y adicciones, entre otros, se vuelve fundamental para garantizar respuestas frente a determinaciones sociales de salud. Esta articulación no solo posibilita el abordaje de problemáticas específicas —como el acceso a alimentos, intervenciones quirúrgicas, contención institucional o actividades de promoción de derechos—, sino que también habilita un trabajo territorial que trasciende el espacio del consultorio. Asimismo, estas redes institucionales operan como dispositivos de sostén profesional, permitiendo el intercambio de saberes situados, la circulación de experiencias entre equipos con diferentes niveles de desarrollo y la construcción colectiva de criterios de intervención en contextos de alta complejidad. De este modo, la práctica se sostiene no solo en marcos teóricos y normativos, sino también en la capacidad de generar alianzas estratégicas que den respuesta a las múltiples dimensiones que atraviesan la salud colectiva. Además, la producción de conocimiento a través de estudios de datos estadísticos de la población que concurre a los espacios es utilizada, en algunos casos, como estrategia para visibilizar la necesidad de mayor personal sanitario.

Como estrategias epistémicas frente a la falta de conocimientos biomédicos, se plantearon en mayor medida la búsqueda bibliográfica, consulta entre pares, los ateneos clínicos e interdisciplinarios, las interconsultas y derivaciones a otres profesionales de la medicina.

La estrategia epistemológica que emerge de las entrevistas revela una búsqueda bibliográfica “en espiral”, que combina evidencia formal y saberes colectivos para sortear la escasez de literatura específica. Ante una duda clínica o una pregunta de las propias personas atendidas, el primer paso es rastrear repositorios locales disponibles como filtro inicial y garante de seguridad legal, especialmente para indicaciones farmacológicas. Cuando allí no se halla respuesta, la pesquisa se expande a revisiones internacionales de actualización rápida (ej. recomendaciones perioperatorias sobre testosterona) y a artículos sueltos localizados mediante motores académicos, aún en otros idiomas, lo que exige capacidad crítica para juzgar su pertinencia en nuestro contexto. El

tercer anillo de la estrategia es recurrir a redes profesionales flexibles (WhatsApp, grupos regionales, mesas de diversidad, ateneos ad hoc), donde la experiencia práctica de colegas opera como "evidencia viva" que complementa huecos de la literatura y orienta la toma de decisiones en aspectos no farmacológicos. Finalmente, los hallazgos se socializan y se "oficializan" colectivamente para retroalimentar la base común y evitar búsquedas aisladas. Así, la producción de conocimiento se vuelve artesanal, colaborativa y situada: negocia entre la autoridad de lo escrito y la autoridad de la experiencia para sostener intervenciones seguras en un campo donde los estudios formales todavía son escasos.

(...) "me pasó de una mujer trans que no quiere usar pastillas, que no desea el gel porque la incomoda, y quiere parches de estradiol[...] Entonces es como, bueno, esperá, vamos a investigar y después te cuento a ver qué encuentro. Pero también con esa sinceridad. Una tiene los recursos para investigar, preguntar y preguntarse y leer, y después, bueno, ir más con, me encontré esto, a ver qué te parece que hagamos con todas estas opciones" (E2 Medicina Familiar y General).

(...) "empezando a buscar un poco más de información y apoyándome mucho en mi compañera del otro hospital, que un poco ella me devolvía que mucho laburo es artesanal, digamos, cuando se trata de la hormonización." (E4 Medicina Familiar y General).

(...) "la realidad es que nosotros la mayoría de las cosas que vamos aprendiendo las aprendemos acá. De hecho, siento que hacemos un montón de cosas que no están escritas en ningún lado, digamos, ¿no? Y las vamos construyendo acá en el diálogo entre el equipo, en el diálogo con la comunidad organizada, en el diálogo con la gente que se atiende." (E3 Medicina Familiar y General).

Por último, nos interesa destacar una categoría que se rastreó específicamente en función a la posibilidad de habilitar diálogos con la propuesta teórica de Fricker, se trata del lugar epistémico de la población LGBTQ+ y su vinculación con las estrategias frente a limitaciones epistémicas.

Algunas de las personas entrevistadas no reconocen la existencia de saberes en la población que acompaña. Asimismo, otros discursos dejan entrever una desestimación o desvalorización del conocimiento que trae consigo la población. En otras situaciones, la experiencia de la población sexogenérica disidente aparece como una otredad colectiva, el conocimiento permanece atribuido a esa alteridad y no es integrado al cúmulo de saberes profesionales. Finalmente, una parte de las personas entrevistadas reconocen en la población un conocimiento del cual, como profesionales de salud, carecen. Mediante una escucha activa, manifiestan incorporar estos conocimientos en sus prácticas y en su universo epistémico.

(...) "Mis pacientes son muy lectores de todo y no todos saben discernir que lo que están leyendo es correcto o no. Me han venido muchas chicas trans a decirme que desde que están recibiendo estrógeno o desde que leyeron eso, es como que sienten síntomas premenstruales. Como que les duele la panza como si le dolieran los ovarios, por ejemplo. Este y, bueno, nada, mitos." (E8 Endocrinología).

(...) Mucha cosa que no sabíamos cómo resolver nosotros. Y ahí está claro que es superimportante la comunidad que se arma entre los usuarios, ¿no? [...] "Che, no, ¿sabes qué? Tal cosa, es por acá, tienes que hacer esto o aquello. En todo caso, vemos si lo tenemos que validar o no, pero digo, eh, también aprendemos de la experiencia del usuario y la difundimos entre ellos mismos" (E7 Medicina Familiar y General).

(...) "De hecho, gracias a eso es que ahora tenemos esta guía de masculinización de tórax, que es una guía que armamos con el colectivo después de que ellos hayan atravesado las cirugías de masculinización [...] A veces lo que falta es la palabra para describir lo que les está pasando; esa es como la parte técnica que por ahí tiene uno, de poder ponerle palabras a algo, pero el conocimiento está en el colectivo." (E2 Medicina Familiar y General).

Discusión

Como destacamos anteriormente, Fricker advierte que existe un tipo de injusticia que es de naturaleza específicamente epistémica, que se expresa en dos dimensiones: la injusticia testimonial y la hermenéutica. La primera se produce ante situaciones donde los prejuicios que operan sobre determinada persona hacen que su palabra no sea válida y carezca de credibilidad. La segunda se genera cuando los recursos para interpretar las trayectorias vitales de algunas personas o colectivos son tan escasos que sitúan a las mismas en desventaja en lo relativo a la comprensión de sus propias experiencias (9).

Trabajamos en dos claves de análisis. Por un lado, examinamos el MMH y su vinculación con las formas de injusticia epistémica de tipo testimonial, en tanto estructura que las fomenta. Por otro lado, indagaremos en cómo la cisheteronorma opera como matriz que genera injusticia hermenéutica. Al finalizar, reflexionamos sobre algunas maneras de promover responsabilidad epistémica en el ámbito de la salud.

El MMH descrito por Eduardo Menéndez (13) es una herramienta teórica que intenta dar cuenta de los rasgos estructurales que organizan el campo de la salud. El autor señala como elementos centrales la asimetría en la relación profesional-persona usuaria del sistema de salud, el autoritarismo, la participación subordinada y pasiva de la persona usuaria y la exclusión de sus conocimientos (13).

Nos interesa destacar, en línea con el planteo de Fricker, que estos rasgos no se sostienen por voluntades individuales, sino que se inscriben en las estructuras del campo biomédico. Este modelo, además de caracterizarse por ser biologicista, ahistórico y mercantilista, se constituye como el primer escollo a saldar en términos de injusticia epistémica de tipo testimonial, ya que privilegia ciertos saberes desarrollados dentro del campo biomédico dominante en desmedro de otros provenientes de experiencias subalternizadas. Incluso al interior del propio campo de la medicina existe una jerarquización epistémica que legitima algunas disciplinas sobre otras.

Este tipo de injusticia puede también manifestarse a partir de mecanismos más sutiles de exclusión epistémica, como la escucha selectiva. En algunos fragmentos se observa la disposición, por parte de profesionales, de otorgar legitimidad a las voces de las personas disidentes en aspectos que exceden al campo biomédico, como recomendaciones en el uso de binders y redes comunitarias y de acceso al sistema de salud o educación. En estas ocasiones se sitúa a las personas como epistémicamente válidas. Esa apertura no se extiende al campo estrictamente biomédico. En otros fragmentos, como aquel que menciona la aparición de "síntomas premenstruales" ante el uso de estrógenos por parte de mujeres trans, se observa que estas experiencias no siempre encuentran un espacio de elaboración colectiva, sino que tienden a ser interpretadas desde marcos biomédicos que las clasifican como "mitos" más que como formas de saber. En este sentido, los relatos adquieren mayor legitimidad en la medida en que no tensionen los límites de los marcos biomédicos.

Dentro del MMH operante, se observa una doble determinación entre la condición de "paciente", que ubica a las personas en una posición de menor credibilidad, y la sexogeneridad disidente, que intensifica esa asimetría (13).

En relación a la segunda forma de injusticia epistémica, la injusticia hermenéutica, según señala Fricker, se produce cuando existe ausencia de marcos conceptuales compartidos que imposibilitan comprender las experiencias de ciertos grupos sociales, lo que conduce a que la perspectiva de la persona que consulta sea omitida del proceso del cuidado y de atención en salud, sus experiencias quedan fuera de lo decible. Entendemos que la escasez de investigaciones y la limitada producción de conocimiento biomédico sobre la salud de las disidencias sexogenéricas está directamente vinculada con la cisheteronorma como matriz estructurante. Siguiendo la premisa de Fricker, de ser un tipo de injusticia no mediada por la voluntad, destacamos que la mayoría de las personas entrevistadas no ubican esta situación de manera explícita. De hecho, en muchos casos ni siquiera se ubicó que exista una falta de recursos vinculados al conocimiento biomédico o un vacío en su producción.

Algunas frases recolectadas en las entrevistas, como “un pene es un pene”, pretenden enunciar verdades objetivas sustentadas en marcos conceptuales hegemónicos que reducen al cuerpo a su anatomía, reduccionismo biológico estructural del MMH. De esta forma se excluyen de lo legítimamente comprensible otras formas de significar las corporalidades, inscribiendo un régimen epistémico que monopoliza las posibles interpretaciones.

Del mismo modo, aparece de manera recurrente en los relatos la idea de que el acompañamiento de la medicina a la población disidente es reciente y que resultado de esta escasa experiencia, no existe un cúmulo de conocimientos biomédicos sistematizados. De este modo, queda poco visibilizado que esta población ha transitado históricamente sus trayectorias de salud por fuera de marcos institucionales legitimados, lo que a su vez dificulta el reconocimiento de los saberes con los que cuenta la población.

Radi et. al. (15), trabajan el concepto de injusticia epistémica aplicada al campo de la salud y describen la existencia de dos fuentes de conocimiento, la de la ciencia y los datos empíricos, que la denominan tercera persona, y la de la primera persona, que refiere a la experiencia y testimonios biográficos de la población. Describen cómo estos conocimientos se encuentran jerarquizados y binarizados; el primero pertenece exclusivamente a profesionales de salud y el segundo a personas usuarias del sistema de salud, sin un punto común de encuentro entre ambos. Esto se refleja en las formas de producción de conocimiento de la biomedicina, como la medicina basada en la evidencia, que ignora las trayectorias vitales individuales y excluye a ciertos grupos poblacionales, como las disidencias sexogenéricas.

Por último, Fricker (9), invita a pensar en la virtud de la justicia epistémica incorporando el concepto de “oyente virtuosa”, como aquella persona que posee conciencia reflexiva, es decir, cuestiona los preconceptos y prejuicios internalizados que pueden estar posicionando a la persona hablante en una situación de desventaja y, a su vez, desarrolla acciones compensatorias y promueve la construcción colectiva de nuevas significaciones. Esto se evidencia en algunas de las entrevistas en donde profesionales, mediante estrategias colectivas de construcción de saber y recuperando el saber en primera persona, intentan romper con esta estructura de producción de conocimiento, como se muestra en la cita donde se menciona la construcción conjunta de la “guía de masculinización de tórax”. Este ejemplo demuestra cómo se puede actuar con responsabilidad epistémica a fin de modificar los marcos interpretativos, rompiendo, a su vez, con las estructuras institucionales que favorecen patrones de credibilidad que resisten la contraevidencia.

Conclusión

Este estudio permitió identificar que las limitaciones del conocimiento biomédico en la atención de personas con identidades sexogenéricas disidentes no son meramente técnicas, sino que se inscriben en dimensiones epistémicas, organizacionales y formativas.

Asimismo, se visibilizan las estrategias que los equipos de salud despliegan para sostener la práctica cotidiana frente a estas limitaciones, articulando saberes formales, experiencias situadas y trabajo en red.

El análisis desde el marco de la injusticia epistémica propuesto por Miranda Fricker permite comprender cómo se producen y reproducen desigualdades en el acceso, reconocimiento y legitimación de saberes en el campo de la salud. En este sentido, el desafío radica en avanzar hacia políticas públicas que no solo reconozcan estas experiencias, sino que promuevan una redistribución epistémica y habiliten la construcción de marcos conceptuales plurales, trascendiendo las respuestas basadas exclusivamente en iniciativas individuales.

Declaración de conflictos de interés: declaramos no presentar conflictos de interés.

Referencias

1. Pérez M. Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. In: Balaña S, Finielli A, Giuliano C, Paz A, Ramírez C. Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización. Buenos Aires: Tinta Limón; 2019.
2. Comte A. Cours de philosophie positive. París: Bachelier; 1848.
3. Menéndez E.L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. en: Spinelli H, editor. Salud colectiva. Buenos Aires; 2004.
4. Pagnamento LV. Salud y enfermedad en perspectiva histórica. Barcelona: Ediciones del Serbal; 2016.
5. Foucault M. La voluntad de saber: historia de la sexualidad I. Buenos Aires: Siglo XXI; 1976.
6. Butler J. Gender trouble: feminism and the subversion of identity. New York: Routledge; 1990.
7. Butler J. Marcos de guerra: las vidas lloradas. México: Paidós; 2010.
8. Connell R. Género, salud y teoría: conceptualizando el tema en perspectiva mundial y local. Nómadas (Col). 2013;(39):63–77.
9. Fricker M. Injusticia epistémica. Barcelona: Herder; 2017.
10. Observatorio Nacional de Crímenes de Odio LGBT+. Informe 2025: Crímenes de odio motivados por discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género [Internet]. Buenos Aires: FALGBT / Defensoría del Pueblo de la CABA / Defensoría del Pueblo de la Nación; 2025 [consultado marzo 2026]. Disponible en: https://argay.ar/crimenes2025
11. Boletín Oficial de la República Argentina [internet] Decreto 62/2025 Poder Ejecutivo. Publicado el 6/2/2025. [Consultado en julio 2025] Disponible en: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/5846621/20250206?suplemento=1
12. Campos A. El huevo de la serpiente. Incubación y ascenso de los extremismos de derecha. Buenos Aires: Letra Viva; 2024. p. 22.
13. Menéndez E. Modelo médico hegemónico y atención primaria. En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. 1988 p. 451–64.
14. Fricker M. Conceptos de injusticia epistémica en evolución. Las torres de Lucca. Revista Internacional de Filosofía Política. 2021; 10(19) [97-103]
15. Radi B, Pérez M. Injusticia epistémica en el ámbito de la salud: perspectivas desde la epistemología social. Avatares filosóficos. Vol 5. 2018 [117-130].

Percepción de insulinoterapia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en consulta de medicina familiar de un hospital en México

Perception of insulin therapy in patients with type 2 diabetes mellitus attending the family medicine consultation at a hospital in Mexico

Autores/as: Maricruz J. Montelongo-Rodriguez[a], Hector Riquelme-Heras[b], Francisco Javier Espitia Romero[c], Susana Hernandez-Garcia[d], Raul Gutierrez-Herrera[e], Chelsy Garces-Peña[f]

[a] *Médico Familiar, Profesora del Departamento de Medicina Familiar, Htal. Universitario "Dr. José E. González", Universidad Autónoma de Nuevo León, México.*
[b] *Médico Familiar, Profesor del Departamento de Medicina Familiar, Htal. Universitario "Dr. José E. González", Universidad Autónoma de Nuevo León, México.*
[c] *Residente de Medicina Familiar, Departamento de Medicina Familiar, Hospital Universitario "Dr. José E. González", Universidad Autónoma de Nuevo León, México.*
[d] *Médico Familiar, Departamento. de Medicina Familiar, Htal. Universitario "Dr. José E. González", Universidad Autónoma de Nuevo León, México.*
[e] *Geriatra/Médico Familiar, Profesor del Departamento de Medicina Familiar, Htal. Universitario "Dr. José E. González", Universidad Autónoma de Nuevo León, México.*
[f] *Estudiante de pregrado de Medicina Familiar, Departamento de Medicina Familiar. Htal. Universitario "Dr. José E. González", Universidad Autónoma de Nuevo León, México.*

Resumen

La diabetes mellitus tipo 2 es un problema de salud pública global. Se ha visto que la satisfacción tiene influencia sobre el apego al tratamiento. Nuestro objetivo fue evaluar la percepción y satisfacción de la insulinoterapia en pacientes del Departamento de Medicina Familiar, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Se aplicaron las escalas ITAS y DTSQ a 100 pacientes con DM2. Los pacientes con insulinoterapia presentaron mayor satisfacción (DTSQ P=0.025), mayor puntaje en satisfacción positiva (P=0.002), menor puntaje en satisfacción negativa (P<0.001) y puntaje total ITAS (P<0.001). Se encontró correlación negativa entre DTSQ y percepción negativa ITAS (r=-0.411) y total (r=-0.352), y correlación positiva con percepción positiva (r=0.257). En conclusión, en nuestra experiencia, los pacientes con insulinoterapia tienen mayor satisfacción y mejor percepción, comparado con el manejo oral. **Palabras clave**: Diabetes mellitus tipo 2, satisfacción, percepción, insulina, ITAS, DTSQ.

Autora para correspondencia: Maricruz J. Montelongo-Rodriguez, maricruz.montelongord@uanl.edu.mx
Recibido: 08/07/2025 Aceptado: 09/03/2026.

Cómo citar: Montelongo-Rodriguez MJ, Riquelme-Heras H, Espitia Romero FJ, Hernandez-Garcia S, Gutierrez-Herrera R, Garces-Peña C. Perception of insulin therapy in patients with type 2 diabetes mellitus attending the family medicine consultation at a hospital in Mexico. Arch Med Fam Gen. 2026;23(2):17-22.

Abstract

Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a significant global health challenge, with an increasing prevalence projected to affect 783 million people by 2045. In Mexico, addressing diabetes is a national priority, particularly in regions like Nuevo León. Insulin therapy, a critical component in managing advanced T2DM, is often met with patient resistance due to misconceptions and fear. This study evaluated the perceptions and satisfaction of insulin therapy among 100 T2DM patients attending family medicine consultations at “Dr. José E. González” University Hospital. Using the Insulin Treatment Appraisal Scale (ITAS) and the Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ), we assessed patients' attitudes and satisfaction levels. Statistical analyses, including Pearson's correlation and t-tests, were performed using SPSS. The study population had a median age of 57 years, with 54% men and 46% women. Insulin therapy patients had a median diabetes duration of 15 years, significantly longer than those on oral agents. Insulin therapy patients reported higher satisfaction scores (DTSQ: 31 vs. 28.2; P=0.025) and more positive perceptions (ITAS: 52.1 vs. 59.4; P<0.001). A negative correlation was observed between ITAS negative perception scores and DTSQ satisfaction (r=-0.411). Patients undergoing insulin therapy exhibit greater satisfaction and a more positive perception of their treatment compared to those on oral pharmacological management, highlighting the need for targeted educational interventions to mitigate resistance and improve diabetes management. **Key words:** Diabetes; Satisfaction; Perception; Insulin.

Introducción

Según la OMS, diabetes describe desórdenes metabólicos caracterizados por hiperglicemia en ausencia de tratamiento. En 2022, 830 millones de personas vivían con diabetes, 14% de adultos (1). El 11.1% de la población adulta mundial (20-79 años) vive con diabetes (2). En las Américas, 112 millones de adultos viven con diabetes, cifra triplicada desde 1990 (3).

Para el abordaje de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la metformina es recomendada como agente inicial (4). Entre los grupos farmacológicos se encuentran SGLT2, GLP1, DPP4, tiazolidinedionas, sulfonilureas e insulina (5,6). La introducción temprana de insulina debe considerarse si existe curso catabólico, síntomas de hiperglicemia, o si HbA1c >10% o glucosa ⩾300 mg/dL (4). En pacientes con DM2 que han iniciado con insulinoterapia, se ha encontrado resistencia psicológica a la insulina (7), con baja voluntad para usarla cuando es prescrita en 33% de los pacientes (8), y el inicio de insulinoterapia se retrasa por múltiples factores, principalmente las actitudes y creencias de los pacientes hacia la diabetes y el tratamiento (9,10).

Muchos pacientes consideran a la insulina como un fracaso personal o como un castigo merecido por fallar en el manejo de su enfermedad, y tienen miedo a las inyecciones diarias (11). También, los pacientes creen que la prescripción de insulina puede hacer más rígido su estilo de vida y que pueda empeorar el curso de la enfermedad y producir complicaciones más severas (11).

Existen medidas que aumentan satisfacción: reducir complejidad, menos efectos adversos, apoyo social (12). La educación es importante para mejorar la adherencia (13), aumentando el empoderamiento del paciente y la mejor satisfacción (14). La satisfacción influye sobre el apego al tratamiento, con repercusión en el control glucémico (15).

Material y métodos

El estudio se llevó a cabo en la consulta de Medicina Familiar, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", UANL, del 1 de julio al 30 de noviembre de 2020. Se aplicaron 2 escalas Likert a 100 pacientes con DM2.

La escala ITAS (Insulin Treatment Appraisal Scale) es un instrumento de 20 ítems diseñado para evaluar la percepción de pacientes con DM2 hacia la insulinoterapia (16) (anexo 1). Evalúa dos dimensiones: percepción positiva (ítems 1-4, 8, 13, 18, 20) y percepción negativa (ítems 5-7, 9-12, 14-17, 19). Cada ítem se califica en escala Likert 1-5 puntos. Puntajes más bajos indican mejor percepción. Ha demostrado alta consistencia interna (alfa de Cronbach=0.85) con validaciones recientes en población hispana (17) y revisión sistemática de propiedades psicométricas (18).

El DTSQ (Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire) es un instrumento validado que mide satisfacción con el tratamiento (19) (Anexo 2). Consta de 8 ítems: 6 miden satisfacción general (ítems 1,4-8) y 2 evalúan frecuencia de hiper/hipoglucemia (ítems 2-3, interpretados separadamente). Cada ítem se califica 0-6 puntos. Puntaje total de satisfacción: 0-36 puntos (mayor puntaje=mayor satisfacción). Validado en español con alfa de Cronbach 0.90, con estudios recientes confirmando su utilidad (20,21,22).

Definiciones operacionales:

- Satisfacción con el tratamiento (DTSQ total): Puntaje 0-36; a mayor puntaje, mayor satisfacción.
- Percepción positiva de insulina (ITAS positiva): Actitudes favorables hacia la insulinoterapia.
- Percepción negativa de insulina (ITAS negativa): Preocupaciones y resistencia psicológica.
- Puntaje total ITAS (20-100): Puntajes más bajos=mejor percepción global.

Los datos fueron capturados en SPSS versión 25. Se utilizó prueba de Kolmogorov-Smirnov, t de Student para comparar variables numéricas y coeficiente de correlación de Pearson. P < 0.05 considerado estadísticamente significativo.

Resultados

Se encuestaron 100 pacientes con DM2, mediana de edad 57 (50-63) años; 54% hombres, 46% mujeres. Mediana de años de evolución: 10.5 (4-16.7) años. En pacientes con insulinoterapia, mediana de meses de tratamiento 48 (12-102). Los pacientes con insulinoterapia tuvieron mayor tiempo de evolución (15 vs. 5 años, P<0.001).

Comorbilidades principales: hipertensión arterial (65%), obesidad (18%), dislipidemias (12%). Sin diferencias significativas entre tratamientos.

Los pacientes con insulinoterapia presentaron mayores puntajes en escala DTSQ (31 vs. 28.2, P=0.025), mayor puntaje en satisfacción positiva (16 vs. 14.3, P=0.002), menor puntaje de satisfacción negativa (36.1 vs. 45.1, P<0.001) y puntaje total ITAS (52.1 vs. 59.4, P<0.001).

Se encontró correlación negativa moderada entre DTSQ y percepción negativa ITAS (r=-0.411) y total (r=-0.352), y moderado positivo de percepción positiva (r=0.257). El puntaje total DTSQ se correlacionó fuertemente con percepción negativa.

Discusión

La participación del paciente con DM2 en el abordaje de su enfermedad es importante debido al curso crónico. Se ha observado que la satisfacción aumenta después del inicio de insulina (23), concordando con nuestros hallazgos. Este hallazgo es relevante debido a la renuencia existente por iniciar insulina. La satisfacción con insulinas rápidas ha demostrado mayor satisfacción, ligada con mayor calidad de vida (24).
Es importante señalar que el panorama terapéutico de la DM2 ha evolucionado significativamente en la última década. Actualmente, se dispone de nuevos grupos farmacológicos como inhibidores de SGLT2 y agonistas de GLP-1, que han demostrado beneficios cardiovasculares y renales adicionales al control glucémico (4,25). Sin embargo, la insulina continúa siendo una

terapia fundamental para lograr objetivos glucémicos, especialmente en pacientes con mayor tiempo de evolución y deterioro progresivo de función de células beta. En nuestro estudio, los pacientes con insulinoterapia tenían significativamente más años de evolución (15 vs. 5 años, P<0.001), reflejando la historia natural de la enfermedad. A pesar de no evaluar adherencia, está estudiado que influye sobre la percepción. Pacientes con buena adherencia se asociaron con mejores indicadores de percepción positiva (26).

Similar a nuestro trabajo, Leyva Jiménez et al. encontraron que pacientes con insulinoterapia tienen mejor percepción que con antidiabéticos orales (16).

Limitaciones del estudio

Este estudio presenta varias limitaciones. Primero, se realizó en un único centro hospitalario universitario, limitando la generalización a otros contextos. Segundo, el diseño transversal no permite evaluar cambios en satisfacción y percepción a lo largo del tiempo. Tercero, los pacientes con insulinoterapia tenían mayor tiempo de evolución, posible factor de confusión. Cuarto, no se evaluó adherencia ni desenlaces clínicos como HbA1c. Finalmente, no se registró el tipo específico de insulina utilizada, lo que podría influir en la satisfacción reportada.

Conclusión

En nuestra experiencia, los pacientes estudiados con diabetes mellitus tipo 2 que reciben insulinoterapia en el Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" mostraron mayor satisfacción con su tratamiento y mejor percepción de la terapia, comparado con aquellos manejados con fármacos orales.

Estos hallazgos sugieren que, contrario a los mitos y temores frecuentemente asociados con la insulinoterapia, los pacientes que utilizan insulina pueden alcanzar niveles adecuados de satisfacción terapéutica.

Se requieren estudios multicéntricos con muestras más amplias para confirmar estos resultados en diferentes contextos clínicos y poblaciones.

La educación terapéutica estructurada y el acompañamiento durante la transición a insulinoterapia pueden ser factores clave para mejorar la aceptación y satisfacción con este tratamiento.

Declaración de conflictos de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses económicos ni relaciones personales que pudieran haber influido en el trabajo presentado en este artículo.

Referencias

1. World Health Organization. Diabetes. Fact sheet. 14 November 2024. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ diabetes

2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 11th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2025. Disponible en: https://idf.org/es/about-diabetes/diabetes-facts-figures/

3. Organización Panamericana de la Salud. Diabetes. 2024. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/diabetes

4. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Introduction and Methodology: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care. 2024 Jan 1;47(Supplement_1):S1-S4. DOI: 10.2337/dc24-SINT

5. Weinberg Sibony R, Segev O, Dor S, Raz I. Drug therapies for diabetes. Int J Mol Sci. 2023;24(24):17147. DOI: 10.3390/ijms242417147

6. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Manejo práctico del paciente con DM2 en Atención Primaria. Guía Clínica 2024. Disponible en: https://semergen.es/files/docs/biblioteca/guias/2024/guiasClinicasDiabetes2024.pdf

7. Polonsky W. Psychological insulin resistance: the patient perspective. Diabetes Educ. 2007;33 Suppl 7(7s):241S-244S. DOI: 10.1177/0145721707305701

8. Larkin ME, Capasso VA, Chen C-L, Mahoney EK, Hazard B, Cagliero E, et al. Measuring psychological insulin resistance: barriers to insulin use. Diabetes Educ. 2008;34(3):511-7. DOI: 10.1177/0145721708317869

9. Hunt LM, Valenzuela MA, Pugh JA. NIDDM patients' fears and hopes about insulin therapy. The basis of patient reluctance. Diabetes Care. 1997;20(3):292-8. DOI: 10.2337/diacare.20.3.292

10. Zambanini A, Newson RB, Maisey M, Feher MD. Injection related anxiety in insulin- treated diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 1999;46(3):239-46. DOI: 10.1016/s0168- 8227(99)00099-6

11. Davis SN, Renda S, Chen CC, Chang MP, Hsieh MH, Huang CY, et al. Evaluation of perception of insulin therapy among Chinese patients with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Metab. 2006;32(4):389-94. DOI: 10.1177/014572170603204s0113

12. García-Pérez L-E, Alvarez M, Dilla T, Gil-Guillén V, Orozco-Beltrán D. Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes. Diabetes Ther. 2013;4(2):175-94. DOI: 10.1007/s13300-013-0034-y

13. Durán-Varela BR, Rivera-Chavira B, Franco-Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Salud Publica Mex. 2001;43(3):233-6. DOI: 10.1590/s0036-36342001000300009

14. Berard L, Cameron B, Woo V, Stewart J. Replacing insulin glargine with neutral protamine Hagedorn (NPH) insulin in a subpopulation of study subjects in the Action to Control Cardiovascular Risk in diabetes (ACCORD): Effects on blood glucose levels, hypoglycemia and patient satisfaction. Can J Diabetes. 2015;39(4):296-301. DOI: 10.1016/j.jcjd.2014.12.008

15. Wilson M, Moore MP, Lunt H. Treatment satisfaction after commencement of insulin in Type 2 diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2004;66(3):263-7. DOI: 10.1016/j.diabres.2004.04.010

16. Leyva Jiménez R, Hernández Zambrano G, Ibarra Maldonado S, Ibarra Ramírez CT. Perception of insulin therapy in uncontrolled patients with type 2 diabetes mellitus. Aten Primaria. 2016;48(8):543-9. DOI: 10.1016/j.aprim.2015.11.005

17. Hernández-García F, Achiong Estupiñán F, González Blanco M, et al. Validation and application of the Insulin Treatment Appraisal Scale in Cuban patients with type 2 diabetes mellitus. Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed). 2022 Dec;69(10):791-801. DOI: 10.1016/j.endien.2021.11.036

18. Elsayed AA, Rasheed S, Ali MS, Khan AH. Tests employed in the psychometric validation of the Insulin Treatment Appraisal Scale (ITAS) in T2DM patients; a systematic review of the literature. J Patient Rep Outcomes. 2024 Oct 25;8(1):124. DOI: 10.1186/s41687-024-00792-y

19. Gomis R, Herrera-Pombo JL, Calderón A, Rubio-Terrés C, Sarasa P. Validación del cuestionario "Diabetes treatment satisfaction questionnaire" (DTSQ) en la población española. Pharmacoecon Span Res Artic. 2006;3(1):7-18. DOI: 10.1007/bf03320906

20. Polonsky WH, Larkin ME, Heeg B, Lambretchts L, Wang X, Heitmann Mørch L. Improved treatment satisfaction with once-weekly insulin icodec compared with once-daily basal insulin in individuals with type 2 diabetes: An analysis of patient-reported outcomes and participant interviews in the ONWARDS clinical trial programme. Diabetes Res Clin Pract. 2024 Nov;217:111885. DOI: 10.1016/j.diabres.2024.111885

21. Ahmed S, Manzoor I, Ahmed M, Rehman FU. Determinants of treatment satisfaction among patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2023;13(9):e074731. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-074731

22. Bradley C, Speight J. Patient perceptions of diabetes and diabetes therapy: assessing quality of life. Diabetes Metab Res Rev. 2002;18 Suppl 3:S64-69. DOI: 10.1002/dmrr.279

23. Antuña R, Mangas MA, Gentil A, Mezquita P, Prada JL, Losada F. Satisfacción con el tratamiento con insulina aspart premezclada al 30/70% en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Av Diabetol. 2008;24(1):56-9.

24. Fornos-Pérez JA, Ferrer JC, García-Rodríguez P, Huarte-Royo J, Molinero Crespo A, Mera-Gallego R, et al. La diabetes en España desde la perspectiva de la farmacia comunitaria: conocimiento, cumplimiento y satisfacción con el tratamiento. Farm Comunitarios. 2016;8(2):5-15. DOI: 10.5672/fc.2173-9218.(2016/vol8).002.02

25. Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. Eur Heart J. 2023 Oct 14;44(39):4043-4140. DOI: 10.1093/eurheartj/ehad192

26. Ramos Rangel Yamila, Morejón Suárez Roilán, Gonzáles Brito Monica. Percepción de los pacientes diabéticos tipo 2 acerca de la calidad y satisfacción con la atención médica en consulta. Rev Cubana Med Gen Integr. 2018;34(2):1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000200004&lng=es

Eficacia de los tratamientos no estrogénicos para síntomas climatéricos en mujeres con diagnóstico o sospecha de cáncer de mama

Effectiveness of non-estrogenic treatments for climacteric symptoms in women with a diagnosis or suspicion of breast cancer.

Autores/as: Martínez Peter, María Luz[a]; Badr, Pablo[b]

[a] *Médica, Universidad Nacional del Sur.*
[b] *Médico, Mg. en Salud Colectiva, Centro de Estudios en Salud Colectiva del Sur, Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur.*

Resumen

El tratamiento farmacológico durante el climaterio es indicado solo ante la presencia de síntomas vasomotores. Estos sofocos representan una pérdida de la calidad de vida, por lo que se recurre a la terapia hormonal con estrógenos, con eficacia y aceptabilidad demostrada. Ante una paciente con contraindicaciones a este tratamiento por sospecha de cáncer de mama, surge la necesidad de recurrir a terapias no hormonales, como son los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (venlafaxina), y la gabapentina.

Se planteó la pregunta: ¿En mujeres con sospecha de cáncer de mama, cual es la eficacia de la gabapentina, en contraposición con venlafaxina, como tratamiento para sofocos en climaterio? La búsqueda sistemática realizada en PubMed, SciELO, y ScienceDirect arrojó 43 estudios relacionados a la pregunta. La mejor evidencia obtenida fue un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado y cruzado (Bordeleau et al., 2010) que comparó venlafaxina y gabapentina en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama con sofocos. Los resultados arrojaron que ambos fármacos redujeron los síntomas en un 66% promedio, sin diferencias significativas en eficacia, por lo que se tratan de alternativas terapéuticas eficaces y seguras para mujeres con sospecha o diagnóstico de cáncer de mama. No obstante, se encontró una marcada preferencia por la venlafaxina (68% de las participantes) debido a la menor presencia de efectos adversos. Ante el caso clínico que motivó la búsqueda bibliográfica, se decidió el uso de venlafaxina para mejorar su calidad de vida. **Palabras clave**: Climaterio, Venlafaxina, Neoplasias de la mama.

Abstract

Pharmacological treatment during climacteric and menopause is indicated only in the presence of vasomotor symptoms. These hot flashes represent a loss of quality of life, so estrogen hormone therapy is used. While this approach has demonstrated efficacy and high acceptance among users, its use is contraindicated in women with a diagnosis or suspicion of breast neoplasms. This gives the

Autora para correspondencia: María Luz Martínez Peter, maria.luz.martinez2001@gmail.com
Recibido: 06/02/2026 Aceptado: 19/06/2026.

Cómo citar: Martínez Peter ML, Badr P. Eficacia de los tratamientos no estrogénicos para síntomas climatéricos en mujeres con diagnóstico o sospecha de cáncer de mama. Arch Med Fam Gen. 2026;23(2):23-29.

the need to resort to non-hormonal therapies, such as serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (venlafaxine) and gabapentin.

The proposed question was: In women with suspected breast cancer, what is the efficacy of gabapentin, compared to venlafaxine, as a treatment for hot flashes during climacteric? An advanced search strategy was performed in PubMed, SciELO, and ScienceDirect. The selected study was a multicenter, randomized, crossover clinical trial (Bordeleau et al., 2010) that compared venlafaxine and gabapentin in breast cancer survivors with hot flashes. The results showed that both drugs reduced symptoms by an average of 66%, with no significant difference in efficacy. Therefore, they are effective and safe therapeutic alternatives for women with suspected or diagnosed breast cancer. However, a marked preference for venlafaxine (68% of participants) was found due to the lower incidence of adverse effects. Consequently, this drug was chosen as the first-line treatment to improve the quality of life of patients for whom hormonal therapy is contraindicated. **Keywords**: Climacteric, Venlafaxine, Breast Neoplasms.

Introducción

Escenario clínico

Una mujer de 41 años consulta en un centro de atención primaria de la salud por síntomas climatéricos, predominantemente sofocos frecuentes e intensos, que afectan su calidad de vida. Como antecedente inmediato, presenta una mamografía clasificada como BIRADS 4 y se encuentra en espera de evaluación ginecológica para biopsia y estadificación. No refiere historia de patología de salud mental. Frente a este contexto, la terapia hormonal está contraindicada. Los fitoestrógenos, si bien representan una alternativa, cuentan con evidencia limitada y heterogénea para este perfil de paciente. El médico a cargo sugiere el uso de antidepresivos y estimula a investigar la eficacia de este tipo de fármacos en síntomas vasomotores en mujeres con cáncer de mama diagnosticado o bajo estudio.

Tratamientos no estrogénicos para síntomas climatéricos

El abordaje farmacológico durante el climaterio está indicado solo ante la presencia de sofocos, informalmente llamados calores. El tratamiento hormonal con estrógenos ha demostrado tener gran nivel de evidencia, y en los últimos años se revalidó su seguridad, aplicación y composición. En cuanto a los fitoestrógenos, la evidencia disponible es limitada y heterogénea, y no demuestra resultados efectivos en todas las usuarias, por lo que su recomendación es de nivel bajo a moderado. Debido a que ambas terapias actúan mayormente en receptores estrogénicos del tejido mamario, no hay evidencia suficiente que indique su uso seguro en mujeres con diagnóstico o sospecha de cáncer de mama. En la actualidad se reconocen a los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (principalmente la venlafaxina) y análogos del neurotransmisor inhibidor GABA (especialmente la gabapentina) como alternativas no estrogénicas en el abordaje de los sofocos. (1) (2) (3) A partir del caso clínico presentado, se formuló una pregunta clínica orientada a comparar la eficacia de venlafaxina y gabapentina para la reducción de sofocos en mujeres con contraindicación de terapia hormonal. Se presenta un proceso de búsqueda de evidencia, y el análisis crítico del ensayo clínico que mejor responde a la pregunta clínica formulada.

Pregunta clínica

En mujeres con diagnóstico o sospecha de cáncer de mama, ¿cuál es la eficacia de la gabapentina, comparada con venlafaxina, en el tratamiento de sofocos durante el climaterio?

P: Mujeres con diagnóstico o sospecha de cáncer de mama
I: Gabapentina
C: Venlafaxina
O: Tratamiento de sofocos durante el climaterio

Estrategia de búsqueda

En octubre del año 2025 se realizó una búsqueda avanzada en las plataformas de Pubmed, Scielo, Sciencedirect, utilizando operadores booleanos y los siguientes MESH: gabapentin, venlafaxine, pharmacological treatment, breast cancer, suspected breast cancer, hot flashes, menopause, climacteric. A su vez, se aplicaron filtros por años de publicación, que van desde 2010-2025, restringiéndose a artículos publicados en idioma español e inglés. La estrategia identificó 43 registros iniciales. Tras la lectura de títulos y resúmenes, se seleccionaron 10 artículos para evaluación en texto completo (Tabla 1). De estos, un ensayo clínico aleatorizado y cruzado fue considerado el más pertinente para responder directamente a la pregunta clínica.

Análisis crítico de la evidencia

Resumen de la evidencia: Se seleccionó el artículo: Multicenter, randomized, cross-over clinical trial of venlafaxine versus gabapentin for the management of hot flashes in breast cancer survivors. Se trata de un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, cruzado y abierto, cuyo objetivo es comparar la eficacia y la preferencia de las pacientes entre venlafaxina y gabapentina para el tratamiento de sofocos en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.

Autores: Bordeleau L, Pritchard KI, Loprinzi CL, et al. Publicado en Journal of Clinical Oncology, 2010.

Características de la población: Se incluyeron 66 mujeres independientemente del estado menopáusico, siendo la mayoría posmeno-páusicas, con al menos 14 sofocos semanales durante el mes previo al estudio. Fueron consideradas elegibles las mujeres con antecedentes de cáncer de mama invasivo, carcinoma ductal in situ o carcinoma lobulillar in situ, sin evidencia de metástasis.

Criterios de exclusión: Se excluyeron las pacientes con quimioterapia en las 8 semanas previas o planificada durante el estudio, así como aquellas con uso de antidepresivos durante el año previo; uso de gabapentina o antagonistas de los canales de calcio en las dos semanas anteriores; uso de cualquier otra sustancia para el tratamiento de los sofocos; aclaramiento de creatinina anormal; o embarazo y lactancia.

Intervención: Venlafaxina (37,5 mg/día por 7 días y luego 75 mg/día por 21 días) versus gabapentina (300 mg/día, aumentando progresivamente hasta 300 mg tres veces al día). (Tabla 2).

Duración de intervención: 4 semanas por fármaco, con un intervalo libre de tratamiento (wash out) entre ambos.

Seguimiento: 14 semanas totales.

Resultados principales

Ambos fármacos redujeron significativamente los sofocos, con una reducción promedio del 66% desde el inicio respecto al puntaje basal ($p<0,001$), sin diferencias estadísticamente significativas entre tratamientos (razón venlafaxina/gabapentina: 0,96; $p>0,61$). Al final del primer período de tratamiento, la puntuación media de sofocos fue 5,7 ± 4,6 para venlafaxina y 6,5 ± 8,3 para gabapentina. El 68% de las pacientes prefirió venlafaxina (38/56; $p=0,01$), principalmente por menor incidencia de mareos y aumento del apetito, más frecuentes con gabapentina. No se registraron efectos adversos graves.

Análisis de validez interna: La asignación del fármaco inicial fue de forma aleatorizada mediante el uso de sobres sellados y numerados. Se utilizaron bloques con tamaños aleatorios de 2 y 4 para asegurar el equilibrio entre los grupos. Los pacientes completaron un diario prospectivo contabilizando y caracterizando los sofocos como “leves,

Tabla 1: Resultados de la búsqueda bibliográfica sistemática.

Fuente	Cita bibliográfica	Observaciones
Pubmed	Dorjgochoo T, Gu K, Zheng Y, Kallianpur A, Chen Z, Zheng W, Lu W, Shu XO. Soy intake in association with menopausal symptoms during the first 6 and 36 months after breast cancer diagnosis. Breast Cancer Res Treat. 2010 Aug 12;130(3):879-889. doi: 10.1007/s10549-010-1096-4. PMID: 20703939; PMCID: PMC3092014. (4)	Rechazado por abarcar principalmente isoflavonas.
Pubmed	1 Bordeleau L, Pritchard KI, Loprinzi CL, Ennis M, Jugovic O, Warr D, Haq R, Goodwin PJ. Multicenter, randomized, cross-over clinical trial of venlafaxine versus gabapentin for the management of hot flashes in breast cancer survivors. J Clin Oncol. 2010 Dec 10;28(35):5147-52. doi: 10.1200/JCO.2010.29.9230. Epub 2010 Nov 8. PMID: 21060031. (5)	**Artículo seleccionado. Responde la pregunta correctamente y permite tomar decisiones clínicas.**
Scielo	Flores-Ramos M, Aguilera-Pérez JR. Uso de antidepresivos para el tratamiento de los síntomas climatéricos. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2011 Apr-Jun;62(2):108-117. (6)	Rechazado por ser una revisión de la bibliografía disponible, y no ser un estudio primario.
Pubmed	Hübner J, Münstedt K, Mücke R, Micke O. How are interactions taken into account in studies on conventional and complementary therapies for breast cancer patients with menopausal complaints? Geburtshilfe Frauenheilkd. 2012 Oct;72(10):933–939. doi:10.1055/s-0032-1327854. (7)	Rechazado por tratarse de una revisión de literatura. No es un estudio primario.
Pubmed	Johnson ED, Carroll DG. Venlafaxine and desvenlafaxine in the management of menopausal hot flashes. Pharm Pract (Granada). 2011 Sep 14;9(3):117-121. doi: 10.4321/s1886-36552011000300003. PMID: 24367464; PMCID: PMC3870169. (8)	Rechazado por no comparar los dos fármacos de interés, responde la pregunta parcialmente.
Pubmed	Mao JJ, Xie SX, DeMichele A, Farrar JT, Bowman MA, Bruner D. Electroacupuncture versus gabapentin for hot flashes among breast cancer survivors: a randomized placebo-controlled trial. J Clin Oncol. 2015 Aug 24;33(31):3615-3620. doi: 10.1200/JCO.2015.60.9412. PMID: 26304905; PMCID: PMC4622101. (9)	Rechazado por no comparar los fármacos de interés.
Sciencedirect	Lammerink EAG, de Bock GH, Schröder CP, Mourits MJE. The management of menopausal symptoms in breast cancer survivors: A case-based approach. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012 Nov 1;164(2):109-116 (10)	Rechazado por ser un reporte de 2 casos. Un N pequeño.
Sciencedirect	Loprinzi CL, Michalak JC, Quella SK, et al. Gabapentin for hot flashes in 420 women with breast cancer. Lancet. 2002 Sep 28;360(9338):936-941. (11)	Rechazado al no comparar gabapentina versus alternativas farmacológicas.
Scielo	Pilnik S, Gelin M, De Nardo B, Belardo MA. Tratamiento de los síntomas vasomotores en pacientes con cáncer de mama: Revisión narrativa. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018 Ene-Mar;64(1):22-35. (12)	Rechazado por tratarse de una revisión narrativa, con aportes de criterio del autor.
Pubmed	Servayge J, Verduyn AC, Page A, Lagaert L, Tjalma WAA. Clinical guidelines for managing menopausal symptoms in women with (a history of) breast cancer. Facts Views Vis Obgyn. 2023 Dec 13;15(4):297–308. doi:10.52054/FVVO.15.4.102. (13)	Rechazado por consistir en una revisión de la literatura.

Tabla 2: Fármacos comparados.

Fármaco	Dosis	Periodo	Posibles efectos adversos
Venlafaxina	Dosis inicial: 37,5 mg/día	7 días	Náuseas, pérdida de apetito, estreñimiento, reducción de cambios negativos de humor.
	Dosis posterior: 75 mg/día	21 días	
Gabapentina	300 mg/día, aumentando progresivamente a 300 mg tres veces al día	28 días	Mareos, aumento de apetito

moderados, graves y muy graves" durante dos semanas.

Posterior al período basal, los pacientes iniciaron el tratamiento farmacológico. Al final de cada etapa, las pacientes registraban los síntomas de climaterio y los efectos adversos farmacológicos en una escala del 0 al 10, y la calidad de vida mediante el cuestionario MOS SF-36. Dentro de las mujeres que comenzaron venlafaxina, siete suspendieron el tratamiento por efectos adversos. Mientras que, al comenzar con gabapentina, 12 suspendieron el tratamiento por efectos adversos y cinco por ineficacia percibida. Estas pérdidas de seguimiento, más frecuentes en el grupo de gabapentina, constituyen una limitación que podría afectar la validez interna del estudio.

Cabe señalar que la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en la eficacia entre ambos fármacos no implica equivalencia terapéutica demostrada; dado el tamaño muestral reducido (n=66), el estudio podría no haber tenido la potencia suficiente para detectar diferencias clínicamente relevantes entre ambos tratamientos.

El diseño fue abierto, es decir, ninguna de las partes estaba enmascarada. Esto otorga cierto sesgo de conocimiento del tratamiento que podría afectar reportes subjetivos como la preferencia de las pacientes o la percepción de efectos adversos. No obstante, el diseño cruzado (*cross-over),* permite reducir el sesgo interindividual. El potencial efecto de arrastre (*carry-over*), inherente a los diseños cruzados, fue abordado mediante un período de lavado de 2 a 4 semanas entre ambas intervenciones. A su vez, el seguimiento fue realizado de forma rigurosa diariamente y de forma transparente por 14 semanas. Dicho período resulta suficiente para evaluar la mejoría de los síntomas vasomotores, que se perciben con exactitud a partir de 2 semanas de utilización de los fármacos. En conjunto, el estudio presenta un nivel de validez interna moderada a alta, gracias al diseño aleatorizado, la comparabilidad de los grupos y el control cruzado.

Análisis de validez externa: Dentro de la muestra seleccionada se aceptaron mujeres que corresponden al perfil del caso clínico presentado. Siendo comparables en términos de restricciones terapéuticas y objetivos de manejo, a pesar de incluir mujeres ya tratadas para el cáncer. No obstante, al tratarse de una muestra pequeña de 66 pacientes, limita extrapolaciones a poblaciones más grandes o heterogéneas.

Al contrastar dos intervenciones poco invasivas, con fármacos de fácil acceso en el primer nivel de atención y costo-efectivos, el contexto de atención es comparable con el contexto del caso disparador. Asimismo, se trata de una intervención disponible, sin necesidad de equipamiento o capacitación, accesible y aceptable para la práctica médica, con potencial de sostenibilidad a largo plazo. Los resultados del estudio son clínicamente relevantes y aplicables a la toma de decisiones, ya que ofrecen una respuesta

segura y efectiva a los síntomas vasomotores en personas con terapia hormonal contraindicada, y permiten optar por un fármaco de primera línea (venlafaxina) con una alternativa igualmente eficaz disponible. La preferencia que muestra el grupo por la venlafaxina es considerable a la hora de tomar decisiones, pero no absoluta, ya que los efectos adversos son usuario dependientes.

Por otra parte, el artículo original advierte sobre la interacción entre los ISRS/IRSN y el tamoxifeno, señalando que ciertos fármacos de este grupo pueden inhibir la enzima CYP2D6, responsable de convertir el tamoxifeno en su metabolito activo. En este contexto, la venlafaxina presenta menor impacto sobre dicha vía metabólica, lo que la posiciona como la opción más segura, coincidiendo con la preferencia expresada por las pacientes.

Conclusión final e implicaciones para la práctica médica

Si bien el trabajo analizado data del año 2010, la búsqueda sistemática realizada demuestra que es la evidencia más robusta disponible para recomendar tratamientos no estrogénicos ante síntomas climatéricos en mujeres con cáncer de mama. Esto se refleja en las recomendaciones de guías de práctica clínica más actuales (14), siendo la venlafaxina una recomendación vigente. Mediante este artículo se comprobó la eficacia de ambos fármacos para reducir los sofocos. No obstante, sobrevivientes de cáncer de mama prefieren la venlafaxina a la gabapentina para el tratamiento de los sofocos, debido a los menores efectos adversos, tales como mareos y aumento de apetito. A su vez, este fármaco demuestra seguridad ante la interacción farmacológica con tratamientos hormonales como el tamoxifeno.

Se reconocen las limitaciones del estudio original, en cuanto al tamaño muestral, tipo de diseño abierto y posibles sesgos. Por lo tanto, la recomendación para la práctica médica radica en la elección de venlafaxina como de primera línea, y la gabapentina como su alternativa segura. Aconsejando individualizar la elección farmacológica según el perfil de efectos adversos y los antecedentes de salud mental de cada paciente, factores que pueden condicionar tanto la tolerabilidad como la dosis requerida. Asimismo, se sugiere la reevaluación clínica a las 4 semanas del inicio del tratamiento, con atención a los efectos adversos de forma individualizada.

Este abordaje permite al médico de familia mejorar la calidad de vida sin interferir con el proceso diagnóstico ni terapéutico del posible cáncer mamario. Estos resultados son relevantes y aplicables a la paciente presentada. En referencia al caso clínico inicial, si bien el artículo incluyó mujeres con antecedente de cáncer de mama y no con sospecha, los resultados son extrapolables a la paciente, ya que las restricciones terapéuticas y los mecanismos fisiopatológicos son equivalentes. Dentro del mismo contexto, la venlafaxina facilita el manejo de los síntomas en atención primaria de manera accesible y costo-efectiva.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses para la publicación de esta actualización breve. Asimismo, declaran no recibir financiación.

Referencias

1. Belardo A, Domingo L; Comité de Residentes y Becarios y Comité de Investigación en Educación Médica. Guía para el manejo de los síntomas menopáusicos en mujeres con cáncer de mama. Buenos Aires: Hospital Italiano de Buenos Aires; 2009. Disponible en: https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/7479_88-96-belardo.pdf

2. FASGO. Consenso FASGO: Estado actual del tratamiento en climaterio. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia; 2016. Disponible en: https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Ginecologia_TRATAMIENTO_EN_CLIMATERIO.pdf

3. SOGIBA. Consenso de climaterio: rol actual de la terapia hormonal de la menopausia (THM) y estrategias de prevención en la medicina del climaterio. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires; 2018. Disponible en: https://www.sogiba.org.ar/images/Consenso_THM_2018.pdf

4. Dorjgochoo T, Gu K, Zheng Y, Kallianpur A, Chen Z, Zheng W, Lu W, Shu XO. Soy intake in association with menopausal symptoms during the first 6 and 36 months after breast cancer diagnosis. Breast Cancer Res Treat. 2010 Aug 12;130(3):879-889. doi: 10.1007/s10549-010-1096-4. PMID: 20703939; PMCID: PMC3092014. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3092014/

5. Bordeleau L, Pritchard KI, Loprinzi CL, Ennis M, Jugovic O, Warr D, Haq R, Goodwin PJ. Multicenter, randomized, cross-over clinical trial of venlafaxine versus gabapentin for the management of hot flashes in breast cancer survivors. J Clin Oncol. 2010 Dec 10;28(35):5147-52. doi: 10.1200/JCO.2010.29.9230. Epub 2010 Nov 8. PMID: 21060031. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21060031/

6. Flores-Ramos M, Aguilera-Pérez JR. Uso de antidepresivos para el tratamiento de los síntomas climatéricos. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2011 Apr-Jun;62(2):108-117. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342011000200008

7. Hübner J, Münstedt K, Mücke R, Micke O. How are interactions taken into account in studies on conventional and complementary therapies for breast cancer patients with menopausal complaints? Geburtshilfe Frauenheilkd. 2012 Oct;72(10):933–939. doi:10.1055/s-0032-1327854. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5396550/

8. Johnson ED, Carroll DG. Venlafaxine and desvenlafaxine in the management of menopausal hot flashes. Pharm Pract (Granada). 2011 Sep 14;9(3):117-121. doi: 10.4321/s1886-36552011000300003. PMID: 24367464; PMCID: PMC3870169. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3870169/

9. Mao JJ, Xie SX, DeMichele A, Farrar JT, Bowman MA, Bruner D. Electroacupuncture versus gabapentin for hot flashes among breast cancer survivors: a randomized placebo-controlled trial. J Clin Oncol. 2015 Aug 24;33(31):3615-3620. doi: 10.1200/JCO.2015.60.9412. PMID: 26304905; PMCID: PMC4622101. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4622101/

10. Lammerink EAG, de Bock GH, Schröder CP, Mourits MJE. The management of menopausal symptoms in breast cancer survivors: A case-based approach. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012 Nov 1;164(2):109-116. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378512212002435

11. Loprinzi CL, Michalak JC, Quella SK, et al. Gabapentin for hot flashes in 420 women with breast cancer. Lancet. 2002 Sep 28;360(9338):936-941. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605672157

12. Pilnik S, Gelin M, De Nardo B, Belardo MA. Tratamiento de los síntomas vasomotores en pacientes con cáncer de mama: Revisión narrativa. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018 Ene-Mar;64(1):22-35. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000100010

13. Servayge J, Verduyn AC, Page A, Lagaert L, Tjalma WAA. Clinical guidelines for managing menopausal symptoms in women with (a history of) breast cancer. Facts Views Vis Obgyn. 2023 Dec 13;15(4):297–308. doi:10.52054/FVVO.15.4.102 Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10832648/

14. G. Boutet, B. Raccah-Tebeka, V. Bernard, C. Hocké, G. Plu-Bureau. Alternativas al tratamiento hormonal de la menopausia. EMC - Ginecología-Obstetricia. 2025;38-A-30. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X2449930X?ref=cra_js_challenge&fr=RR-1

Prevalencia de dismenorrea y factores asociados en adolescentes que consultan al servicio de adolescencia de un hospital general de agudos

Prevalence of dysmenorrhea and associated factors in adolescents attending the adolescent health service of a general acute care hospital

Autores/as: Fátima Cecilia Amado[a], María Paula Gómez[b], Viviana Cramer[c]

[a] *Médica generalista y/o de familia, Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich" de CABA.*
[b] *Médica tocoginecóloga, Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich" de CABA.*
[c] *Médica tocoginecóloga, Jefa de Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich" de CABA.*

Resumen

La dismenorrea primaria es el síntoma más frecuente asociado a la menstruación en la adolescencia y una de las principales causas de ausentismo escolar y laboral. Los objetivos del estudio fueron estimar la prevalencia de dismenorrea, analizar los factores asociados y describir el uso de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Estudio transversal analítico, en adolescentes postmenárquicas de 10 a 20 años, mediante un cuestionario estructurado. Se incluyeron 330 participantes. La prevalencia de dismenorrea fue del 76,7% (IC95 71,7%-81,1%); el 81,8% (IC95 76,4%-86,2%) reportó síntomas moderados y severos. El 58,9% (IC95 52,5%-65%) presentó síntomas asociados, principalmente cefalea y cansancio. El 58,1% (IC95 51,7%-64,2%) se ausentó de sus actividades cotidianas debido al dolor y el 19,8% (IC95 15,2%-25,4%) requirió analgésicos para asistir. La automedicación fue reportada por el 77,5% (IC95 71,8%-82,4%), mientras que el 70,8% (IC95 64,7%-76,2%) utilizó tratamientos no farmacológicos. El antecedente materno de dismenorrea estuvo presente en el 60,6% (IC95 55,1%-65,9%) de los casos y se identificó como factor asociado (OR 2,35, IC95% 1,18 - 4,68). No se observaron diferencias significativas según edad, edad de menarca, duración de la menstruación, uso de anticonceptivos ni antecedente de embarazo. Estos hallazgos resaltan la importancia de indagar, durante la atención de adolescentes que menstrúan, la presencia de dismenorrea con el fin de indicar tratamientos adecuados, favorecer un manejo efectivo de los síntomas y reducir el ausentismo en las actividades diarias. **Palabras clave**: Dismenorrea, Adolescente, Menstruación.

Abstract

Primary dysmenorrhea is the most common menstrual symptom during adolescence and one of the leading causes of school and work absenteeism. The objectives of this study were to estimate the prevalence of dysmenorrhea, analyze associated factors, and describe the use of pharmacological and non-pharmacological treatments. A cross-sectional analytical study was conducted among

Autora para correspondencia: Maricruz J. Montelongo-Rodriguez, amadofatima5@gmail.com
Recibido: 02/10/2025 Aceptado: 19/06/2026.

Cómo citar: Montelongo-Rodriguez MJ, Riquelme-Heras H, Espitia Romero FJ, Hernandez-Garcia S, Gutierrez-Herrera R, Garces-Peña C. Perception of insulin therapy in patients with type 2 diabetes mellitus attending the family medicine consultation at a hospital in Mexico. Arch Med Fam Gen. 2026;23(2):30-37.

postmenarcheal adolescents aged 10 to 20 years using a structured questionnaire. A total of 330 participants were included. The prevalence of dysmenorrhea was 76.7% (95% CI: 71.7%–81.1%), and 81.8% (95% CI: 76.4%–86.2%) reported moderate or severe symptoms. Associated symptoms were reported by 58.9% (95% CI: 52.5%–65.0%), with headache and fatigue being the most frequent. Dysmenorrhea interfered with daily activities in 58.1% (95% CI: 51.7%–64.2%) of participants because of pain, while 19.8% (95% CI: 15.2%–25.4%) required analgesics to continue their usual activities. Self-medication was reported by 77.5% (95% CI: 71.8%–82.4%), and 70.8% (95% CI: 64.7%–76.2%) used non-pharmacological treatments. A maternal history of dysmenorrhea was reported in 60.6% (95% CI: 55.1%–65.9%) of cases and was significantly associated with the presence of dysmenorrhea (OR 2.35, 95% CI: 1.18–4.68). No significant associations were observed with age, age at menarche, menstrual duration, contraceptive use, or history of pregnancy. These findings highlight the importance of routinely assessing dysmenorrhea during the clinical care of menstruating adolescents in order to provide appropriate treatment, promote effective symptom management, and reduce absenteeism from daily activities. **Keywords**: Dysmenorrhea, Adolescent, Menstruation.

Introducción

La dismenorrea es el dolor abdominal de tipo cólico que se presenta durante la menstruación. Se localiza principalmente en la pelvis, pudiendo irradiar hacia la región lumbar o cara anterior de ambos muslos. También puede asociarse con otros síntomas como hipotensión, vómitos, cefaleas, diarrea y sudoración (1). Se clasifica en primaria o secundaria. La dismenorrea primaria es aquella en la que no hay patología pélvica. Suele iniciar entre 6-12 meses posterior a la menarca y se asocia con la presencia de ciclos ovulatorios. Es el tipo más frecuente durante la adolescencia (2). En cambio, la secundaria es aquella en la que el dolor se atribuye a una causa pélvica (endometriosis, adherencias pelvianas, enfermedad pélvica inflamatoria, malformaciones obstructivas congénitas, tumores de ovario, entre otras) (1). Se trata del síntoma más comúnmente reportado durante la menstruación y representa una de las causas frecuentes de ausentismo escolar y/o laboral (3). Es más frecuente en mujeres de 17-24 años, con un rango entre el 67% al 90% (4). De este grupo, entre un tercio a la mitad presenta síntomas moderados o severos (3). A pesar de esto, la mayoría de las adolescentes o adultas jóvenes no realizan una consulta médica y suelen realizar tratamientos subóptimos (5,6).

Según De Sanctis y cols., el 21% al 96% de mujeres utilizaron la automedicación como forma de mitigar el dolor, tanto con intervenciones farmacológicas como no farmacológicas. El 90% de las adolescentes utilizaron medicación de venta libre (ibuprofeno, paracetamol, midol -paracetamol/ cafeína/pirilamina- y naproxeno) y solo el 21%, tratamientos prescritos. La mitad de las adolescentes reportaron que utilizaron dosis subóptimas de la medicación, por dudas respecto a la misma (6). La mayoría refirieron haber utilizado tratamientos no farmacológicos como hierbas medicinales, medicina tradicional china, bebidas calientes, deporte, masajes, calor local, descanso y distracción del dolor (6, 7).

En artículos previos podemos encontrar como factores de riesgo asociados con dismenorrea: menstruaciones prolongadas, tabaquismo, antecedente familiar, menarca temprana (4,8). El uso de métodos anticonceptivos hormonales y el antecedente de embarazo se asociaron con una disminución de la prevalencia de dismenorrea en diferentes estudios, funcionando como factor protector (4). La bibliografía publicada es principalmente sobre mujeres adultas, tanto las de origen local como internacionales. Respecto a dismenorrea primaria en adolescentes, no contamos con información local.

Objetivos

- Estimar la prevalencia de dismenorrea en adolescentes que menstrúan, consultantes del servicio de adolescencia de un hospital general de agudos.
- Analizar los factores asociados a la presencia de dismenorrea.
- Describir el uso de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para la dismenorrea.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal analítico entre junio de 2024 y agosto de 2025 en el Servicio de Adolescencia de un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ubicado en el barrio de La Boca. Dicho servicio brinda atención clínica y ginecológica a adolescentes de 10 a 20 años provenientes tanto de CABA como de la zona sur del Área Metropolitana de Buenos Aires. Los motivos de consulta más frecuentes corresponden a controles de salud y controles ginecológicos. Se incluyeron adolescentes de 10 a 20 años que hubieran presentado la menarca y consultaron al servicio durante el período de estudio. Se excluyeron aquellas con discapacidad cognitiva moderada o severa, antecedente de cirugía abdominopélvica, embarazo en curso, malformaciones úterocervicales o que rechazaron participar.

El tamaño muestral se estimó mediante el cálculo de un intervalo de confianza para una proporción. El cálculo se realizó sobre la base de una población aproximada de 1000 consultas anuales, una prevalencia esperada de dismenorrea grave del 15–20%, según datos publicados previamente, y un nivel de confianza del 95%. De este modo, se estimó la necesidad de incluir 43 adolescentes con dismenorrea grave, lo que requería encuestar aproximadamente a 215 adolescentes con dismenorrea.
Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incorporando a las participantes de forma consecutiva. El reclutamiento se mantuvo durante todo el período previsto para la recolección de datos, por lo que el número final de participantes superó el tamaño muestral mínimo estimado.

Se elaboró una encuesta anónima y autoadministrada de preguntas cerradas, diseñada a partir de los factores asociados con dismenorrea descritos en la bibliografía (4,6-9). Previamente a su implementación, se realizó una prueba piloto en 10 adolescentes de entre 11 y 18 años, sin identificarse dificultades en la comprensión de las preguntas. La encuesta fue entregada por las investigadoras principales antes del inicio de la consulta médica (clínica o ginecológica) y respondida en formato papel. La participación fue individual y, con el fin de garantizar la confidencialidad de las respuestas, se dispuso que las adolescentes completaran la encuesta a solas en el consultorio. Antes de completar la encuesta, todas las participantes otorgaron su consentimiento informado por escrito.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Institucional (PRIISAABA N.° 12833) antes del inicio de la recolección de datos. Los cuestionarios fueron revisados al momento de su recepción y no se registraron encuestas incompletas.

Las variables analizadas se agruparon en dos categorías. Las variables asociadas a la presencia de dismenorrea incluyeron edad, edad de menarca, duración de la menstruación, uso de métodos anticonceptivos, tabaquismo, antecedente de embarazo y antecedente materno de dismenorrea. Las variables descriptivas de la dismenorrea incluyeron presencia de dolor menstrual en los últimos seis meses, frecuencia, intensidad (evaluada mediante escala analógica visual del dolor de 1 a 10), síntomas asociados, ausentismo de actividades cotidianas, automedicación y utilización de tratamientos no farmacológicos. Las variables continuas se describieron mediante medidas de tendencia central y dispersión, mientras que las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas, porcentajes e intervalos de confianza del 95% (IC95%). Para el análisis de asociación entre variables categóricas, se

utilizaron la prueba de chi cuadrado y el cálculo de odds ratios (OR). Para la comparación de variables continuas se empleó la prueba t de Student. Los análisis se realizaron con el programa SPSS versión 27.

Resultados

Características basales de la población

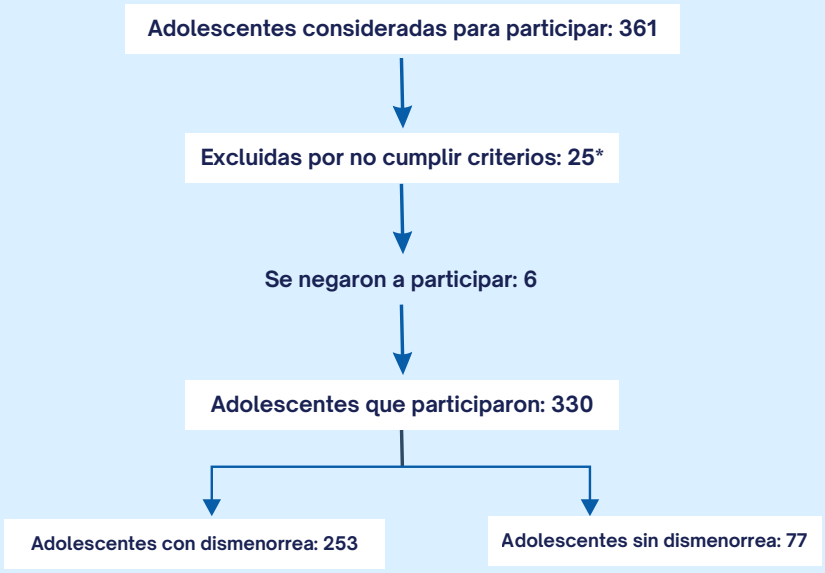
Se realizaron 330 encuestas (Figura 1). La media de edad de las participantes fue de 16,1 ± 2,4 años (rango: 10-20), mientras que la media de edad de menarca fue de 11,5 ± 1,3 años (rango: 8-16). La prevalencia de dismenorrea durante los últimos seis meses fue del 76,7% (IC95%: 71,7%-81,1%). El 11,2% (IC95%: 8,1%-15,2%) de las adolescentes presentó una duración del sangrado menstrual superior a 7 días. El 5,2% (IC95%: 3,2%-8,3%) de las participantes refirió antecedente de embarazo y el 6,1% (IC95%: 3,9%-9,4%) informó consumo de tabaco. El antecedente materno de dismenorrea fue positivo en el 60,6% (IC95%: 55,1%-65,9%), negativo en el 14,5% (IC95%: 11%-18,9%) y desconocido en el 24,8% (IC95%: 20,3%-29,9%) de los casos (Tabla 1). Respecto al uso de métodos anticonceptivos, el 48,8% (IC95%: 43,3%-54,3%) de las adolescentes no utilizaba ninguno. Entre las usuarias, los métodos elegidos fueron los siguientes: anticonceptivos orales (22,1%), implante subdérmico (20,3%), anticonceptivos inyectables mensuales (6,7%), acetato de medroxiprogesterona de depósito (1,5%) y dispositivo intrauterino de cobre (0,6%).

Factores asociados a la presencia de dismenorrea

Al analizar la asociación entre la edad de menarca y la presencia de dismenorrea, no se observaron diferencias significativas entre quienes presentaron menarca entre los 8 a 11 años y aquellas con menarca a los 12 años o más (p=0,36, OR 1,30) (Tabla 1).

Tampoco se encontraron diferencias según grupo etario (10-14 años versus 15-20 años; p=0,17; OR 1,52; Tabla 1). No se observaron diferencias significativas en la prevalencia de dismenorrea entre usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos (p=1; OR 1,03; Tabla 1). Los únicos factores asociados significativamente con la presencia de dismenorrea fueron el antecedente materno de dismenorrea

Figura 1. Diagrama de flujo de adolescentes participantes.



*20 adolescentes premenárquicas, 5 adolescentes con discapacidad cognitiva moderada/severa

(OR 2,35; IC95%: 1,18-4,68; p=0,01) y el consumo de tabaco (p=0,006) (Tabla 1). En este último caso, no fue posible estimar un OR mediante el método convencional debido a que todas las adolescentes fumadoras presentaron dismenorrea.

Características clínicas de la dismenorrea

Entre las adolescentes con dismenorrea, (n=253), el 32,8% (IC95%: 27,1%-39%) presentó dismenorrea grave, el 49% (IC95%: 42,7%-55,5%) dismenorrea moderada y el 18,2% (IC95%: 13,8%-23,6%) dismenorrea leve. El 61,7% refirió dolor en algunas menstruaciones, mientras que el 38,3% lo presentó en todas. Asimismo, el 58,9% (IC95%: 52,5%-65%) informó síntomas asociados. Los más frecuentes fueron cefalea (73,2%), cansancio (69,1%), diarrea (24,8%), náuseas (24,8%) y vómitos (12,1%). Un 10% de las participantes reportó otros síntomas, entre

Tabla 1. Análisis comparativo entre grupos con presencia y ausencia de dismenorrea

		Dismenorrea			
		No	Sí	*p*	Odds Ratio
Grupos edad	10 - 14 años	24 (29,3 %)	58 (70,7%)	0,17	1,52 (0,87 - 2,68)
	15 - 20 años	53 (21,4 %)	198 (78,6%)		
Grupos menarca	12 - 16 años	41 (25,8 %)	118 (74,2 %)	0,36	1,30 (0,78 - 2,17)
	8 - 11 años	36 (21,1%)	135 (78,9%)		
Duración menstruación	hasta 7 días	68 (23,2)	225 (76,8%)	0,84	0,94 (0,42 - 2,09)
	> 7 días	9 (24,3%)	28 (75,7%)		
MAC	No	38 (23,6%)	123 (76,4%)	1	1,03 (0,62 - 1,71)
	Sí	39 (23,1%)	130 (76,9%)		
Embarazo	No	73 (23,3%)	240 (76,7%)	1	0,99 (0,31 - 3,12)
	Si	4 (23,5%)	13 (76,5%)		
Antecedente materno	Si	163 (81,1%)	38 (18,9%)	0,011	2,35 (1,18 - 4,68)
	No	31 (64,5%)	17 (35,4%)		
Tabaquismo	No	77 (24,8%)	233 (75,2%)	0,0061	No estimable2
	Si	0	20 (100%)		

1 p estadísticamente significativa

2 No fue posible estimar el OR mediante el método convencional debido a la presencia de una celda con frecuencia cero (todas las adolescentes fumadoras presentaron dismenorrea).

ellos falta de apetito, fiebre, mareos, acné, cambios de humor, estreñimiento y lumbalgia.

Impacto funcional

La dismenorrea generó interferencia en las actividades habituales en una proporción considerable de adolescentes. El 58,1% (IC95%: 51,7%-64,2%) se ausentó de sus actividades debido al dolor. Un 19,8% (IC95%: 15,2%-25,4%) no presentó ausentismo, pero requirió medicación para continuar con sus actividades, mientras que el 22,1% (IC95%: 17,2%-27,8%) no faltó a sus actividades ni necesitó tratamiento farmacológico.

Conductas terapéuticas

El 77,5% (IC95%: 71,8%-82,4%) de las adolescentes con dismenorrea utilizó algún tratamiento farmacológico. Los medicamentos más empleados fueron ibuprofeno (84,7%), paracetamol (31,6%) e hioscina (3,6%). Asimismo, el 70,8% (IC95%: 64,7%-76,2%) recurrió a medidas no farmacológicas, entre las que se destacaron el descanso (55,3%), la aplicación de calor local (55,3%), el consumo de infusiones o té de hierbas (44,7%), estrategias de distracción (31,3%), masajes (31,8%) y actividad física (9,5%).

Análisis según severidad de la dismenorrea

Las adolescentes con dismenorrea fueron clasificadas en dos grupos: dismenorrea grave y dismenorrea no grave (leve o moderada). Al comparar los factores asociados previamente analizados, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (Tabla 2). Sin embargo, las adolescentes con dismenorrea grave presentaron con mayor frecuencia dolor en todas las menstruaciones (p: <0,001; OR 5,05 IC95% 2,88 - 8,99; Tabla 2), mayor ausentismo de las actividades habituales (p: <0,001; OR 0,17 IC95% 0,09 - 0,33; Tabla 2) y una prevalencia más elevada de automedicación (p: 0,04; OR 0,47 IC95% 0,23 - 0,95; Tabla 2).

Discusión

La prevalencia de dismenorrea en esta población fue del 76,7%, valor similar al descrito en estudios realizados en adolescentes y superior al reportado en algunas series de mujeres adultas (3,10). Entre las variables analizadas, el antecedente materno de dismenorrea mostró una asociación significativa con la presencia de dismenorrea en las adolescentes (OR 2,35; IC95% 1,18 - 4,68; Tabla 1), hallazgo concordante con lo informado previamente en la bibliografía (8). En cambio, no se observaron asociaciones significativas con la edad, la edad de menarca ni el uso de métodos anticonceptivos.

Respecto al tabaquismo, se observó una asociación estadísticamente significativa con la presencia de dismenorrea (p: 0,006; Tabla 1). Sin embargo, este hallazgo debe interpretarse con cautela debido al reducido número de adolescentes que refirieron consumo de tabaco y a que todas las fumadoras de la muestra presentaron dismenorrea, lo que impidió estimar un OR mediante el método convencional. En consecuencia, no es posible realizar inferencias estadísticas sólidas ni extraer conclusiones firmes sobre la magnitud de esta asociación. Este resultado difiere de estudios previos que describen al tabaquismo como una variable asociada a una mayor prevalencia de dismenorrea (7). Además, la baja frecuencia de fumadoras y la posible influencia de factores de confusión limitan la interpretación de los resultados observados.

En esta población, más de dos tercios de las adolescentes con dismenorrea presentaron formas moderadas o graves, proporción superior a la reportada en estudios previos (3,10). Esta diferencia podría relacionarse con las características de la población estudiada, integrada exclusivamente por adolescentes.

Diversos autores han señalado que la adolescencia constituye un período de importantes cambios físicos, emocionales y

Tabla 2. Análisis comparativo en grupos con dismenorrea grave y no grave1.

		Dismenorrea			
		Grave	No Grave1	*p*	Odds Ratio
Grupos por edad	10 - 14 años	20 (45,5%)	24 (54,5%)	0,16	1,63 (0,82-3,24)
	15 - 20 años	50 (33,8%)	98 (66,2%)		
Grupos por edad de menarca	12 - 16 años	40 (33,9%)	78 (66,1%)	0,79	1,1 (0,65 - 1,86)
	8 - 11 años	43 (31,9%)	92 (68,1%)		
Duración menstruación	hasta 7 días	72 (32%)	153 (68%)	0,52	0,72 (0,32 - 1,63)
	> 7 días	11 (39,3%)	17 (60,7%)		
Método anticonceptivo	No	41 (33,3%)	82 (66,7%)	0,89	1,05 (0,62 - 1,77)
	Si	42 (32,3%)	88 (67,7%)		
Embarazo	No	80 (33,3%)	160 (66,7%)	0,56	1,67 (0,45 - 6,22)
	Si	3 (23,1%)	10 (76,9%)		
Antecedente materno de dismenorrea	Si	46 (36,8%)	79 (63,2%)	0,9	0,95 (0,36 - 2,45)
	No	8 (38,1%)	13 (61,9%)		
Tabaquismo	No	76 (32,6%)	157 (67,4%)	0,81	0,90 (0,34 - 2,34)
	Si	7 (35%)	13 (65%)		
Frecuencia de dismenorrea	Con todas las menstruaciones	53 (54,6)	44 (45,4%)	<0,0012	5,05 (2,88 - 8,89)
	Con algunas menstruaciones	30 (19,2%)	126 (80,8%)		
Síntomas asociados	No	26 (32,5%)	54 (67,5%)	0,33	0,74 (0,4 - 1,36)
	Si	44 (39,3%)	68 (60,7%)		
Ausentismo	No	14 (13,2%)	92 (86,8%)	<0,0012	0,17 (0,09 - 0,33)
	Si	69 (46,9%)	78 (53,1%)		
Automedicación	No	12 (21,1%)	45 (78,9%)	0,042	0,47 (0,23 - 0,95)
	Si	71 (36,2%)	125 (63,8%)		

Tratamiento no farmacológico	No	22 (29,7)	52 (70,3%)	0,56	0,82 (0,45 - 1,47)
	Si	61 (34,1%)	118 (65,9%)		

1 Casos de dismenorrea moderada y leve.
2 p estadísticamente significativa

sociales, en el que la experiencia de la menarca puede estar acompañada por escasa información previa y percepciones negativas relacionadas con el sangrado menstrual y el dolor (2,11). Estas características podrían influir en la vivencia y el reporte de los síntomas menstruales.

Vlachou y colaboradores describieron como síntomas asociados más frecuentes la tensión mamaria (24%), la cefalea (13%), los síntomas gastrointestinales (10%) y los mareos (10%) (13). En el presente estudio se observaron síntomas asociados similares, tanto en su presentación clínica como en su frecuencia. Esta coincidencia podría vincularse con mecanismos fisiopatológicos compartidos, principalmente relacionados con la liberación de prostaglandinas durante la menstruación (5). En concordancia con la bibliografía consultada (3), la dismenorrea tuvo un impacto significativo sobre las actividades habituales de las adolescentes. El 79% de las participantes refirió ausentismo o necesidad de utilizar medicación para mantener sus actividades escolares, recreativas o laborales. Este hallazgo resulta relevante dado que la afectación reiterada de las actividades cotidianas puede repercutir negativamente en el desempeño académico, la participación social y la práctica deportiva (15). Asimismo, se ha señalado que otros factores vinculados a la menstruación, como las dificultades en el acceso a productos de gestión menstrual o a instalaciones sanitarias adecuadas, también pueden contribuir al ausentismo (14). La mayoría de las adolescentes refirió haber utilizado algún tratamiento para aliviar la dismenorrea sin indicación médica: el 77,5% empleó fármacos y el 70,8% recurrió a medidas no farmacológicas. Estos hallazgos sugieren que el manejo del dolor menstrual suele realizarse fuera del ámbito sanitario formal y que, con frecuencia, las adolescentes combinan distintas estrategias terapéuticas para lograr alivio sintomático. Esta situación podría reflejar tanto una elevada carga de síntomas como una limitada consulta específica por dolor menstrual en los servicios de salud.

Limitaciones

Entre las limitaciones del presente estudio, debe considerarse que su diseño transversal no permite establecer relaciones causales entre las variables analizadas y la presencia de dismenorrea, sino únicamente identificar asociaciones. Asimismo, el tamaño muestral podría haber limitado la capacidad para detectar diferencias en algunos subgrupos y la precisión de determinadas estimaciones.

Si bien el tamaño muestral resultó adecuado para estimar la prevalencia de dismenorrea, estudios con muestras de mayor tamaño permitirían realizar análisis más precisos en subgrupos específicos y explorar con mayor profundidad variables potencialmente asociadas. Por otra parte, el estudio se realizó en un hospital de tercer nivel de atención que cuenta con un servicio especializado en adolescencia y atención ginecológica. Esta característica podría haber introducido un sesgo de selección, dado que algunas adolescentes podrían haber consultado específicamente por síntomas relacionados con la menstruación, lo que potencialmente incrementaría la frecuencia observada de dismenorrea y la intensidad de los síntomas reportados. Tampoco puede descartarse la presencia de sesgo de memoria, inherente a

Conclusión

La dismenorrea primaria fue frecuente en esta población de adolescentes posmenárquicas, con una prevalencia del 76,7%. En la mayoría de los casos se presentó con intensidad moderada a severa, acompañada de síntomas asociados y con un impacto significativo sobre las actividades cotidianas. Asimismo, se observó una elevada utilización de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, frecuentemente sin indicación médica. El antecedente materno de dismenorrea mostró una asociación significativa con la presencia de dolor menstrual en las adolescentes estudiadas. En contraste, no se observaron asociaciones significativas entre la presencia de dismenorrea y las demás variables analizadas. Estos hallazgos sugieren que en la atención primaria de salud es relevante indagar sobre antecedentes familiares, intensidad del dolor, impacto funcional y conductas de manejo de la dismenorrea, con el fin de mejorar la educación, seguimiento y apoyo en el manejo seguro y adecuado del dolor menstrual en adolescentes.

Consideraciones éticas

Este trabajo no presenta conflictos de intereses por parte de las autoras.

Referencias

1. Domínguez EA. Dismenorrea: el dolor más conocido en ginecología infantojuvenil. Rev Soc Argent Ginecol Infanto Juvenil. 2022;29(2):5-15.
2. Rodriguez Jimenez MJ, Hernández de la Calle I. Trastornos menstruales de la adolescencia. Adolescere. 2014;2(3):7-17.
3. Burnett M, Lemyre M. No. 345-Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. J Obstet Gynaecol Can. 2017;39(7):585-595.
4. Ju H, Jones M, Mishra G. The Prevalence and Risk Factors of Dysmenorrhea. Epidemiol Rev. 2014;36:104-13.
5. Harel Z. Dysmenorrhea in Adolescents and Young Adults: Etiology and Management. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2006;19:363-71.
6. De Sanctis V, Soliman A, Daar S, Di Maio S, Elalaily R, Fiscina B, et al. Prevalence, attitude and practice of self-medication among adolescents and the paradigm of dysmenorrhea self-care management in different countries. Acta Biomed. 2020;91(1):182-92.
7. De Sanctis V, Soliman A, Elsedfy H, Soliman N, Elalaily R, El Kholy M. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: a review in different countries. Acta Biomed. 2016;87(3):233-46.
8. Sandoval Paredes J, Madrid Jaramilli A, Sandoval Paz C, Nuñez P. Factores que condicionan la dismenorrea en adolescentes, según estrato socioeconómico. Rev Peru Ginecol Obstet. 2012;59(2):95-100.
9. Zannoni L, Giorgi M, Spagnolo E, Montanari G, Villa G, Seracchioli R. Dysmenorrhea, Absenteeism from School, and Symptoms Suspicious for Endometriosis in Adolescents. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2014;27(5):1-8.
10. Yáñez N, Bautista-Roa SJ, Ruiz-Sternberg JE, Ruiz-Sternberg ÁM. Prevalencia y factores asociados a dismenorrea en estudiantes de ciencias de la salud. Rev Cienc Salud. 2010;8(3):37-48.
11. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatr. 2015;86(6):436-43.
12. Rohatsch M. ¿Estás venida? Experiencias y representaciones sobre menstruación entre niñas de 12 a 15 años. Avatares Comun Cult. 2013;6:1-22.
13. Vlachou E, Owens D, Lavdaniti M, Kalemikerakis J, Evagelou E, Margari N, et al. Prevalence, Wellbeing, and Symptoms of Dysmenorrhea among University Nursing Students in Greece. Diseases. 2019;7(1):5.
14. Carriazo MI, Loboguerrero M, Villavieja AL. La lucha contra la pobreza menstrual: un vistazo a América Latina [Internet]. Centro de Estudios Estratégicos de Relaciones Internacionales; 2023 [citado 2025 Sep 20]. 21 p. Disponible en: https://www.ceeriglobal.org/wp-content/uploads/2023/03/La-lucha-contra-la-pobreza-menstrual_Informe.pdf
15. Sachedina A, Todd N. Dysmenorrhea, endometriosis and chronic pelvic painin adolescents. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2020;12(Suppl 1):7-17.

Entrevista
Patricio Cacace*

Editoriales en Revistas Científicas



* Docente Adsc. Medicina Familiar (UBA). Ex-Presidente FAMFyG
MD, Médico (UBA). Especialista en Medicina Familiar y General (FAMFyG)
Fellow Medicina Familiar (Baylor College of Medicine)
MSc, Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLa)
PhD, Doctor en Ciencias de la Salud (UHIBA)

MFGR. En el mundo de las publicaciones científicas, las editoriales ocupan un lugar particular. Suelen ser textos breves, normalmente escritos por el propio equipo editorial o invitados especiales (a demanda). Se caracterizan por abordar temas relevantes para la comunidad científica de lectores. Tienen el poder de orientar o marcar posturas, provocar discusión, y, en ocasiones, encender el debate; cumpliendo un rol de reflexión y posicionamiento.

¿Cuál es su verdadero valor en el ecosistema editorial de una revista científica? ¿Qué papel juegan en disciplinas como la Medicina Familiar y Comunitaria, donde el contexto, la ética y la mirada integral son tan importantes como la evidencia? Para explorar estas preguntas, hoy conversamos con el Dr. Cacace, médico de familia, docente, investigador y expresidente de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG). Su experiencia en la práctica clínica, la formación académica y la gestión editorial lo convierten en una voz clave para pensar el presente y el futuro de las editoriales científicas en nuestro campo.

De antemano, gracias por su valiosa colaboración. Para comenzar: desde tu perspectiva, ¿qué rol han jugado —y deberían jugar— las editoriales dentro de las revistas científicas en atención primaria de la salud?

PC. Muchas gracias por la invitación y a todo el equipo por esta convocatoria, que fue enviada con suficiente anticipación y oportunamente recordada hace algunas semanas. La idea era compartir con ustedes algunas reflexiones sobre la escritura de editoriales en revistas científicas.

Autora para correspondencia: María Florencia Grande Ratti, maria.grande@hospitalitaliano.org.ar
Recibido: 09/11/2025 Aceptado: xx/xx/202x.

Cómo citar: Cacace P. Entrevista a Patricio Cacace. Arch Med Fam Gen. 2026 Jul;23(3):38-43.

En mi caso en particular, integro el comité editorial de la Revista Archivos de Medicina Familiar y General desde hace varios años. Históricamente, en cada número intentamos publicar una nota editorial, que suelen abordar una temática relevante, ya sea en la agenda pública, médica o de los equipos de salud, con el objetivo de expresar una opinión. Pero no se trata de una opinión dogmática o cerrada; buscamos abrir el debate, generar diálogo y dar lugar a múltiples perspectivas.

En el equipo editorial convivimos múltiples personas provenientes de diferentes instituciones y provincias de Argentina, por ende, este punto nos ha llevado a situaciones complejas. Un ejemplo claro fue durante la pandemia por COVID-19, cuando escribir una editorial implicaba tomar postura frente a políticas sanitarias en un contexto de alta sensibilidad [1]. En este contexto en particular y cuando la editorial no es firmada por una sola persona, sino por el equipo editorial en su conjunto, la necesidad de consenso se vuelve central. Hubo que debatir, consensuar, atenuar ciertos párrafos y buscar un equilibrio para que el texto representara al grupo, sin silenciar la diversidad de opiniones.

Si bien en medios de comunicación solemos hablar de “línea editorial”, en una revista científica nuestro enfoque ha sido siempre distinto: entendemos la editorial como una invitación al diálogo, una oportunidad para volver a poner ciertos temas sobre la mesa, especialmente aquellos que afectan a la atención primaria desde distintas perspectivas. Personalmente, he escrito algunas editoriales en los últimos años para Archivos. Están disponibles en línea, en acceso abierto, y pueden encontrarse fácilmente [2,3]. Pero me gustaría compartir una experiencia particular que ocurrió a fines de 2024, con el fallecimiento del Dr. Julio Ceitlin [4], quien impulsó la medicina familiar de manera visionaria en los países latinoamericanos, lo que perdurará como un legado invaluable para el desarrollo de la especialidad. Entre los pilares que fomentó, se encuentran la prevención, la atención integral y el fortalecimiento de la relación médico-paciente, siempre promoviendo que la medicina fuera “más humana”.

Ante esta noticia, envié un correo personal a colegas y referentes de la medicina familiar en distintos países. Uno de ellos, el Dr. Amando Martín Zurro —una figura histórica de la medicina familiar en España y director de la Revista Atención Primaria, de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)— se contactó conmigo. En ese intercambio, me preguntó por qué creía que los autores argentinos enviaban pocos trabajos a su revista, y a raíz de esa conversación, me propuso escribir una editorial para dar cuenta de la situación de la medicina familiar y general en América Latina.

MFGR. Realmente, recibir una invitación para escribir una editorial en una revista como esa, referente no solo en España sino en toda Iberoamérica, es sin duda un honor y un reconocimiento al trabajo sostenido en el campo de la medicina familiar. ¡Felicitaciones!

En todo proceso de escritura y publicación —y más aún cuando se trata de una revista internacional— suelen surgir desafíos, aprendizajes y momentos críticos (por la revisión de pares). Me imagino un camino no tan sencillo de transitar. ¿Qué desafíos enfrentaste en ese proceso? ¿Y qué aprendizajes para compartir te llevás de esa experiencia?

PC. Sin dudas. Escribir en esa revista fue un reto que implica una gran responsabilidad, pero también una oportunidad única de visibilizar la realidad latinoamericana y tender puentes entre contextos que, aunque distintos, comparten desafíos comunes en la atención primaria.

Inicialmente, se puso en contacto conmigo el equipo editorial, y lo que me sorprendió gratamente fue el alto nivel de profesionalismo y rigurosidad del proceso editorial. Aunque se trata de una revista española, toda la plataforma de trabajo, formularios, normativas y procedimientos estaban en inglés. Incluso los consentimientos y contratos de cesión de derechos. Me pidieron registrarme, firmar electrónicamente varios documentos, y seguir

pautas muy precisas (ej. una extensión máxima de cuatro folios, estructura clara, número limitado de referencias, etc.).

Para mí fue impactante, no sólo por el contraste con nuestras prácticas locales, sino también por la seriedad del proceso. En esa editorial, tomé como inspiración el poema “El mundo es un mar de fueguitos” de Eduardo Galeano [5], que escuché nuevamente en esos días y me pareció oportuno para el mensaje que quería transmitir. Una vez publicada la editorial [6], el equipo me pidió que la difundiera activamente en mis redes sociales y entre los espacios en los que participo. A raíz de esa difusión, se contactaron conmigo colegas de la semFYC para intercambiar impresiones y agradecer el contenido, situación que me resultó muy gratificante.

Como detalle final, fue una experiencia profesional desafiante, especialmente en lo que implica ajustar el lenguaje, el tono y el contenido a los estándares de una publicación internacional. En lo personal, me obligó a trabajar con cierto grado de corrección política, algo que, admito, no siempre me resulta fácil, pero que fue necesario para transmitir un mensaje que representara de manera honesta y respetuosa la compleja realidad de la medicina familiar en América Latina.

MFGR. Como detalle no menor, destaco que esta fue una editorial por invitación, es decir, no fue una propuesta espontánea enviada a la revista, sino una colaboración solicitada por el propio equipo editorial. Esto es importante porque muchas revistas científicas no aceptan editoriales espontáneas, sino que las encargan directamente a expertos temáticos o colaboradores cercanos.

Sabemos que en el campo de la medicina familiar hay diversas sociedades científicas, tanto en Europa como en Latinoamérica, a veces con miradas complementarias y otras veces contrapuestas. ¿Cómo abordaste este aspecto en la editorial?

PC. Es un punto clave. En España, por ejemplo, conviven la semFYC y la SEMG (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia), como en Argentina tenemos a la FAMFyG y la Federación Argentina de Medicina General (FAMG). Y si bien puede haber diferencias ideológicas o estratégicas, el objetivo de fondo es común: fortalecer la atención primaria, revalorizar el primer nivel de atención, defender el rol de los equipos de salud y promover una medicina centrada en las personas.

En la editorial intenté reflejar justamente eso: la coexistencia de múltiples miradas dentro de un mismo campo, algo que también se repite en el resto del continente. En América Latina, hay sociedades que tienen un perfil más académico, otras más gremial, algunas con una impronta más política. Todo eso genera tensiones, que a veces enriquecen y otras veces dificultan la articulación.

MFGR. En términos más prácticos, ¿cómo fue el proceso de escritura? ¿Por dónde empezaste la redacción científica? ¿Cómo encaraste la hoja en blanco?

PC. Muy buena pregunta. La verdad, fue un proceso con varias capas. Yo leo habitualmente algunas revistas, como Canadian Family Physician, American Family Physician y también Atención Primaria, así que tenía algunas referencias de estilo. Pero empezar desde cero igual cuesta.

Casualmente, en ese momento estaba leyendo un libro de Eduardo Galeano, y me reencontré con su poema sobre el "mar de fueguitos", que me pareció una metáfora perfecta para hablar de las múltiples perspectivas, las subjetividades, los pequeños fuegos que cada profesional aporta desde su contexto. A partir de ahí, tracé dos o tres líneas temáticas que quería abordar: la diversidad de modelos, el rol de las sociedades científicas, las tensiones entre lo político y lo académico.

Y, claro, después viene el anclaje con las normas: extensión máxima, estilo, número de referencias… todo muy estructurado. Eso

también te obliga a sintetizar y a priorizar muy bien qué querés decir y cómo.

MFGR. Mencionaste también que el proceso editorial fue muy riguroso. ¿Qué te llamó la atención en ese aspecto?

PC. Fue un proceso muy profesional y ordenado, y eso también te ubica: no se trata solo de escribir bien, sino de cumplir con estándares internacionales. La experiencia fue muy enriquecedora, no solo por el contenido, sino por todo lo que implicó en términos de aprendizaje editorial.

MFGR. Finalmente, ¿qué balance haces de la experiencia y qué mensaje te gustaría dejar para quienes están empezando a escribir en otros formatos que no son los clásicos artículos originales?

PC. Creo que es importante visibilizar que hay otras formas de participar del ámbito académico, más allá del artículo original. Las editoriales, las cartas al editor, las notas de opinión, las secciones de controversia son espacios válidos, formativos y necesarios.
Y sobre todo para quienes están cursando maestrías o doctorados, este tipo de publicaciones intermedias pueden ser muy valiosas.

Quizás, se suele subestimar la potencia de una editorial, pero puede abrir discusiones, instalar temas y posicionar voces. En mi caso, fue una experiencia que me dejó mucho. Me sentí parte de una conversación más amplia, regional, y eso es algo que ojalá podamos seguir sosteniendo desde nuestras propias revistas también.

MFGR. ¡Muy interesante! Una parte del proceso de escribir tiene que ver también con las herramientas que uno tiene —o no tiene— a mano. ¿Usaste alguna tecnología o inteligencia artificial durante la escritura? ¿Cuál es tu opinión o postura con respecto a ese tópico?

PC. La verdad es que sí, aunque en forma muy puntual. Yo vivo con mi familia en un lugar bastante aislado en la Patagonia, sin un equipo de trabajo presencial o un grupo de colegas con los que compartir ideas o conversar a diario. No tengo esa clásica charla de pasillo, de café o almuerzo compartido, que muchas veces sirve como networking o validación informal de ideas.

Entonces, lo que hice fue usar ChatGPT como una herramienta de exploración. Le pedí, por ejemplo: “Desde el punto de vista de un investigador en medicina familiar, ¿cuáles son los temas más abordados recientemente en revistas científicas de habla hispana del continente americano?”.

Eso me ayudó a revisar si había algo importante que me estuviera perdiendo, si los temas que tenía en mente seguían vigentes o no. Pero no lo usé ni para redactar ni para parafrasear. Lo vi más como un “radar” de contexto editorial, como disparador. Me ayudó a organizar ideas en ese primer momento, cuando uno aún está frente a la hoja en blanco.

MFGR. Buenísimo. Hablamos de diversidad de enfoques en las sociedades científicas. ¿Cómo ves hoy el rol de estas instituciones en cuanto a su función académica?

PC. Es una pregunta clave. Para mí, el eje académico y científico debería ser el pilar de toda sociedad científica. Eso no quita que haya que sentarse en mesas de discusión política o sanitaria. Pero una cosa es dialogar como parte de un colectivo experto, y otra muy distinta es que una sociedad científica se convierta en un sindicato o en una herramienta partidaria. Lo que intenté plantear en la editorial fue que esas diferencias existen, y no hay que negarlas. Lo importante es que no nos dividan al punto de debilitarnos. En vez de apagar el fuego del otro, sumar su luz.

MFGR. Nos dejaste reflexionando sobre el proceso editorial, ¿cómo se seleccionan los temas y los autores/invitados para una editorial?

PC. Depende mucho de la revista. En la mayoría de los casos, creo que se escriben desde los integrantes del propio equipo editorial en función de temas de actualidad o de cambios internos [7].

También ocurre que un autor (autoconvocado) envía un texto sin formato de editorial, pero al leerlo, el equipo editorial lo reconoce como un aporte de opinión y lo invita a adaptarlo como tal. Es más raro, pero esto también ocurre.

MFGR. Desde mi perspectiva, considero que se los sigue subestimando frente al artículo original. ¿Cuál es tu opinión? ¿Te parece que este tipo de textos tienen un impacto real?

PC. Comparto con que muchas veces se subestiman, pero tienen un impacto muy concreto. Recuerdo un ejemplo dentro de nuestra propia federación: un colega escribió una carta al editor cuestionando el logo institucional, que mostraba una imagen tradicional de familia (mamá, papá, nene, nena) [8]. Su planteo fue que no representaba la diversidad familiar actual. Esa carta derivó en un cambio real: hoy la FAMFyG tiene otro logo, con una mirada más inclusiva.

Eso muestra que las editoriales, cartas y notas de opinión también hacen política —en el buen sentido— y pueden generar cambios significativos. Son textos con voz, con visión, y que muchas veces encienden debates que otros formatos no logran activar.

MFGR. Maravilloso. Para cerrar esta conversación tan rica, ¿qué mensaje le dejarías a quienes están interesados en escribir editoriales o cartas al editor, pero no saben bien cómo empezar o sienten que es un espacio lejano?

PC. Primero, leer mucho. Leer editoriales de otras revistas, fijarse en los estilos, en cómo se estructuran las ideas. Y después, animarse a escribir, aunque sea un borrador. Buscar pares, aunque sea por vías virtuales, para intercambiar ideas.

Y también, acercarse a sociedades científicas, participar de espacios de intercambio, congresos, equipos editoriales. Estar en red hace toda la diferencia. Es muy difícil construir una voz si uno escribe solo, sin comunidad, sin referencia.

Lo más importante es tener algo que decir. El resto —la estructura, las normas, la forma— se puede aprender. Pero lo que no se puede forzar es el deseo de aportar una mirada propia, desde el lugar que cada uno habita.

MFGR. Quiero agradecerte por compartir tu tiempo y tu experiencia. En lo personal, creo que eso es lo más potente de una editorial: no busca cerrar un tema, sino abrirlo. No es necesario tener todas las respuestas, pero sí una mirada honesta, informada y comprometida con el debate. Lo importante es tener algo que decir y buscar el canal adecuado para hacerlo. Hay más puertas abiertas de lo que imaginamos.

Referencias

1. Cacace PJ. Atención Primaria y pandemia por COVID19 en Argentina: de la invisibilidad a la necesidad de protagonismo. Archivos de Medicina Familiar y General. 2020 Apr 25;17(1). Available from: https://www.revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/154
2. Cacace PJ. La Inteligencia Artificial en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud. Archivos de Medicina Familiar y General 2024 Mar 3;21(1). Available from: https://www.revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/273
3. Cacace PJ. 20 años de vida y los nuevos desafíos. Archivos de Medicina Familiar y General 2021 Jul 31;18(2). Available from: https://www.revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/194
4. Cacace PJ. In Memoriam Julio Ceitlin [Internet]. AEQUUS: Medicina Familiar y APS; 19 de julio de 2024 [citado el 23 de julio de 2026]. Disponible en: https://fundacionaequus.wordpress.com/2024/07/19/in-memoriam-julio-ceitlin/
5. Galeano E. El libro de los abrazos: imágenes y palabras. Siglo XXI; 1990. 280 p. Available from: https://books.google.com/books/about/El_libro_de_los_abrazos.html?hl=&id=xT4JuBoPoYoC
6. Cacace PJ. [Family medicine in Latin America: A sea of little fires]. Aten Primaria 2025 Mar;57(3):103219. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103219

7. Kopitowski K. Editorial. Archivos de Medicina Familiar y General 2025 Jul 28;22(2). Available from: https://www.revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/343
8. Franco JVA. Es hora de cambiar el logo de las sociedades de medicina familiar. Archivos de Medicina Familiar y General 2021 Jul 31;18(2). Available from: https://www.revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/190

Entrevistadora

Ma. Florencia Grande Ratti

Jefa del Área de Investigación en Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica.
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.
MD, Médica (IUHIBA), Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
MSc, Magíster en Investigación Clínica (IUHIBA).
PhD, Doctorado en Ciencias de la Salud (IUHIBA).
Project Management Professional (PMI®).



La presente entrevista formó parte del "Espacio Académico del Área de Investigación en Medicina Interna" (del 06-10-2025), Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano.

Participación en el IX Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar y Comunitaria

Por Cecilia Astegiano.
Médica de familia, Presidenta de la FAMFyG

El IX Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar y Comunitaria, celebrado entre el 22 y 25 de julio en Asunción bajo el interesante lema: “Oñondivepa” (“Caminar juntos” en guaraní) ha marcado un hito más en la consolidación de la especialidad en la región. Con eje en la articulación comunitaria y territorial, la reunión se estructuró en torno a una premisa clara: responder a los desafíos contemporáneos de la salud global sin perder de vista la esencia humanista y la equidad.

En línea con los temas fundamentales, se reafirmó la Atención Primaria de la Salud (APS) como el eje vertebrador para garantizar el derecho universal a la salud, combatiendo las inequidades estructurales y fortaleciendo el abordaje territorial. Se enfatizó en el modelo centrado en la persona en el abordaje de diferentes problemas de salud, entendiendo que el cuidado no está circunscrito al consultorio, sino que se construye en el entramado sociofamiliar. También se sostuvo el reconocimiento de la salud planetaria y el compromiso de los equipos de salud en promover entornos sostenibles. Se propusieron debates sobre la incorporación ética y estratégica de la telemedicina y las herramientas digitales en APS, sin distorsionar la relación médico-paciente ni profundizar la brecha digital. Y se dedicó espacio a la salud mental de los equipos de salud y la necesidad de entornos de trabajo seguros y dignos.

La delegación de Argentina participó con conferencias vinculadas a los diferentes ejes y la presentación de trabajos científicos originales, aportando a las discusiones actuales.

En torno a la construcción de liderazgo, las Dras. Viviana Martinez Bianchi, Pilar Astier Peña (presidenta actual y electa de WONCA) y la Dra. Dora Bernal (presidenta de la CIMF) coordinaron las discusiones estratégicas sobre cómo construir y fortalecer el liderazgo en la Medicina Familiar. Identificando barreras como la fragmentación de los sistemas, la sobrecarga asistencial y una menor visibilidad política, se propusieron estrategias como posicionar a la Medicina Familiar en el diseño de políticas públicas y la toma de decisiones dentro de los ministerios; el trabajo en red que trasciende fronteras con la fuerza colectiva del espacio iberoamericano para compartir evidencias, proyectos de investigación y posicionamientos frente a organismos internacionales; y, por último, no menos importante, la mentoría y formación de jóvenes médicos y médicas en liderazgo y gestión.

En síntesis, el encuentro en Asunción reafirmó que el futuro de la medicina familiar pasa por un liderazgo participativo, con sensibilidad social. Con el espíritu de Oñondivepa, el mensaje es claro: transformar la práctica cotidiana en un acto de justicia social, caminando junto a las comunidades, fortaleciendo las redes profesionales en toda Iberoamérica.

El próximo encuentro será la Cumbre CIF en Alcalá de Henares, abril de 2027, que permitirá dar continuidad al trabajo conjunto desarrollado en el ámbito iberoamericano y avanzar en propuestas compartidas para transformar la Atención Primaria y responder a las necesidades de las personas y las comunidades.

Argentina tiene un amplio recorrido y desarrollo de la Medicina Familiar con grandes aportes a la región. Con propuestas de formación basadas en competencias, virando a las actividades profesionales a confiar y la certificación de nuestra especialidad con un software propio de la especialidad. Un eje central ha sido la práctica clínica centrada en la persona, con eje en la prevención cuaternaria, con revisión constante de la evidencia. Hace más de 10 años que nuestras reuniones científicas están libres de humo de la industria. Una fuerte participación en la gestión de ministerios y secretarías, variable de acuerdo a los tiempos sociales, que han orientado políticas de fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud y de la Medicina Familiar como especialidad. Como presidenta, los invito a fortalecer nuestras asociaciones locales. Hagamos de estos espacios nuestro punto de encuentro para seguir construyendo juntos la Medicina Familiar y Comunitaria que queremos.



Integrante del equipo editorial de la Revista Archivos de Medicina Familiar obtiene la Beca Internacional WONCA Young Family Doctors' Ncd Fellowship 2026



El equipo editorial de la revista Archivos de Medicina Familiar reconoce y celebra el logro de la Dra. Angie Marcela Echavarría Cadena, integrante del equipo editorial de la revista Archivos de Medicina Familiar y General, quien fue seleccionada como beneficiaria de la beca WONCA Young Family Doctors' NCD Fellowship 2026, un programa internacional dirigido a médicos jóvenes interesados en fortalecer la prevención, el tratamiento y la atención integral de las enfermedades no transmisibles desde la medicina familiar y la atención primaria de la salud.

WONCA, la Organización Mundial de Médicos de Familia, reúne a asociaciones y profesionales de medicina familiar de distintas regiones del mundo. A través de esta beca promueve la formación, el liderazgo y la implementación de iniciativas destinadas a mejorar la calidad de los servicios de salud, especialmente frente a enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares y otras condiciones crónicas que representan una importante carga para los sistemas sanitarios.

El programa tiene una duración aproximada de diez meses e incluye talleres internacionales, actividades académicas, espacios de intercambio entre profesionales y reuniones periódicas de mentoría. Cada participante cuenta con el acompañamiento de un experto con experiencia en implementación y mejora de la calidad, quien orienta el diseño, desarrollo y evaluación de una propuesta aplicada en su propio contexto de trabajo.

Como parte de la beca, Angie Echavarría desarrollará un proyecto de mejora de la calidad orientado a fortalecer los procesos de atención en salud. Esta experiencia le permitirá adquirir herramientas para identificar problemas, diseñar intervenciones, evaluar resultados y promover cambios sostenibles que puedan beneficiar tanto a los equipos de salud como a los pacientes.

La obtención de esta beca constituye un reconocimiento a su compromiso académico y profesional, así como a su interés por integrar la práctica clínica, la investigación, la salud pública y la mejora de los procesos asistenciales. Para el equipo editorial de la revista Archivos de Medicina Familiar, este logro representa un motivo de orgullo y reafirma el valor de contar con integrantes comprometidos con el desarrollo de la medicina familiar y con la transformación de los servicios de salud.

Su participación en este programa internacional también le permitirá fortalecer sus competencias en liderazgo, implementación y trabajo colaborativo, además de intercambiar experiencias con profesionales de diferentes países y regiones. Este tipo de espacios contribuye a ampliar las perspectivas sobre los desafíos actuales de la atención primaria y a generar propuestas adaptadas a las necesidades de cada comunidad.