

## REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 1515-3460

Buenos Aires

Gandini JB, Nievas CM. Características demográficas y patológicas del entorno social de alumnos universitarios de Chamental, La Rioja. Realidad patológica y asistencial. *Rev Arg Med* 2017;5(3):154-158

Recibido: 24 de enero de 2017

Aceptado: 7 de abril de 2017

<sup>1</sup> Médica. Magíster en Administración en Salud. Maestranda en Salud Pública. Docente Titular de la Universidad Nacional de La Rioja.

<sup>2</sup> Doctor en Medicina y Cirugía. Profesor Titular de la Universidad Nacional de Córdoba.

Colegio Médico de Los Llanos, Chamental, La Rioja. Departamento de Salud de Chamental, La Rioja. Cátedra de Medicina II, U. H. M. I. Nº 1. Hospital Nacional de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

## AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Claudia Mariela Nievas. Rondeau 506, Nueva Córdoba, Córdoba Capital, provincia de Córdoba. Tel.: 03826-422012.

Correo electrónico:  
marielanievas04@hotmail.com

José Bernardo Gandini.

Tel.: 0351-4227989. Correo electrónico:  
dr Gandini@yahoo.com.ar

# CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y PATOLÓGICAS DEL ENTORNO SOCIAL DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS DE CHAMICAL, LA RIOJA. REALIDAD PATOLÓGICA Y ASISTENCIAL

## DEMOGRAPHIC AND PATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE SOCIAL ENVIRONMENT OF UNIVERSITY STUDENTS OF CHAMICAL, LA RIOJA. PATHOLOGICAL AND HEALTHCARE REALITY

José Bernardo Gandini,<sup>1</sup> Claudia Mariela Nievas<sup>2</sup>

## RESUMEN

**Objetivos.** La enseñanza de las áreas de salud tiende a una “educación basada en resultados o en competencias” para mejorar el desempeño del futuro profesional; la motivación de los educandos probablemente aumente si llegan a conocer en profundidad los problemas de salud que sufren las personas de su entorno social. Con el objeto de cuantificar lo que acontece sobre las características demográficas en su entorno social próximo, se desarrolló esta investigación durante el año 2014. **Material y métodos.** Diseño observacional, de corte transversal, analítico. La recolección de datos se llevó a cabo a través de una encuesta estructurada mediante entrevistas realizadas por alumnos que cursan la carrera Licenciatura en Enfermería de Chamental a las personas de su entorno social próximo, en el seno de la comunidad. El análisis estadístico se realizó con  $\chi^2$ , Test t. Se utilizaron los programas SPSS17,0 y Primer. **Resultados.** Se encuestó a 575 personas. Fuma en la actualidad el 25,1% (19,4% de las mujeres y 31,0% de los varones). No fuma el 74,9%. El promedio de años de tabaquismo fue 8,7 puntos  $\pm$  8,8 desviación estándar (DE), una mediana de 5,0 y un rango de 39 años (7,9  $\pm$  7,5 DE en mujeres y 9,3  $\pm$  9,8 en los hombres  $p = 0,0001$ ). El 58,9% no bebe y el 40,1% sí ingiere bebidas alcohólicas. El 16,8% ha dejado de beber; el abandono de la bebida es significativamente mayor ( $p = 0,0001$ ) en los varones, 19,4%, que en las mujeres, 10,3%. El peso promedio fue 74,0  $\pm$  16,8 DE, mediana: 73,0, distribución no gaussiana, rango: 113,500 kg (6,5-120,0). El peso promedio de las mujeres, 68,5  $\pm$  15,6 (diferencia media: 66,5, intervalo de confianza (IC): 95%, 66,7-70,3), es significativamente menor que el de los varones, 79,9  $\pm$  16,0 DE (diferencia media: 79,9, IC: 95%, 78,0-81,8),  $p = 0,0001$ . El índice de masa corporal (IMC) promedio es 26,7 kg/m<sup>2</sup>  $\pm$  5,00, que al igual que la mediana, 26,1, se halla en la categoría de sobrepeso. Sólo el 2,8% de los obesos se reconocen como tales, el 65,3% se consideran sanos y 31,9% reconocen que tienen otras enfermedades pero no esta. El 55,3% no realiza actividad física y tiene vida sedentaria, sólo el 29,0% realiza actividad física regular más de una vez por semana y el 15,8% restante entre quincenal y mensual. Las mujeres tienen significativamente,  $p = 0,0001$ , mayor sedentarismo que los varones, 60,0% y 50,6%, y menor actividad física semanal regular, 25,7% y 32,1%, respectivamente. El 36,1% se automedica. Las mujeres se automedican significativamente,  $p = 0,0001$ , más que los varones, 37,7% y 34,3%, respectivamente; los fármacos más utilizados fueron antiinflamatorios no esteroides (AINE): 38,8%, analgésicos: 23,6%, antiespasmódicos: 11,8%, ácido acetilsalicílico (AAS): 8,2%, antibióticos (ATB): 6,5%, antiácidos: 2,0%, descongestivos 2,0%, antimigrañosos: 0,8%, otros: 6,8%. El 75,3% se considera sano y el 24,7% tiene enfermedades diagnosticadas; los hombres, 76,1%, se consideran significativamente,  $p = 0,0001$ , más sanos que las mujeres, 74,5%. Dentro de las enfermedades de mayor prevalencia, se hallan hipertensión arterial (HTA): 23,0%, diabetes mellitus: 17,0%, artrosis: 11,5%, hipotiroidismo: 7,5%, alergia: 3,5%, gastritis: 3,5%, artritis: 1,5%, asma: 1,5%, otras: 31,0%. El 46,8% tiene un médico de cabecera, las mujeres más que los hombres, 52,6% y 40,7%,  $p = 0,37$ ; en el 59,4% este es un clínico y en el 40,6% es un especialista, el 36,9% pertenece al sexo femenino. **Conclusiones.** Los varones fuman

más y durante más años. Los varones beben significativamente más y han dejado de beber más. Los varones padecen significativamente más sobrepeso y obesidad que las mujeres. Un quinto de los obesos podría tener síndrome metabólico. El nivel de sedentarismo es elevado y significativamente mayor en las mujeres. Existe un elevado nivel de automedicación, significativamente mayor en las mujeres con uso predominante de AINE y analgésicos. Las patologías responden a la prevalencia esperable. Las mujeres poseen significativamente más un médico de cabecera y en una elevada proporción se trata de un especialista.

**PALABRAS CLAVE.** Salud pública, factores de riesgo, salud poblacional, realidad asistencial.

### **ABSTRACT**

**Objective.** *Teaching in health areas (in the field of health) is aimed at providing "education based on results or abilities" in order to improve the performance of the future professional. Motivation of students is likely to increase if they get to know the health problems faced by the people who belong to their social environment in depth. In order to quantify demographic characteristics in their close social environment, we conducted this research during the year 2014. **Material and methods.** Observational, cross-sectional, analytical design. Data was collected through a structured survey, which consisted of interviews carried out, within the community, by students who were taking the Degree Course in Nursing in Chamental with people from their close social environment. A statistical analysis was performed with the chi-square test, and the t-test. Programs SPSS17.0 and Primer were used. **Results.** Five hundred and seventy-five people were surveyed. Twenty-five point one per cent (25.1%) smoke (19.4% of women and 31.0% of men). Seventy-four point nine per cent (74.9%) do not smoke. The average years of smoking was 8.7 points + 8.8 standard deviation (SD), a median of 5.0, and a range of 39 years (7.9 + 7.5 SD in women, and 9.3 + 9.8 in men,  $p = 0.0001$ ). Fifty-eight point nine per cent (58.9%) don't drink, and 40.1% drink alcoholic beverages. Sixteen point eight per cent (16.8%) gave up drinking. Giving up drinking was significantly higher ( $p = 0.0001$ ) in men (19.4%), than in women (10.3%). The mean weight was  $74.0 \pm 16.8$  SD, median: 73.0, non-Gaussian distribution, range: 113.50 kg (6.5-120.0). The mean weight of women,  $68.5 \pm 15.6$  (mean difference: 66.5, 95% confidence interval (CI): 66.7-70.3) is significantly lower than that of males,  $79.9 \pm 16.0$  SD (mean difference: 79.9, 95% CI: 78.0-81.8),  $p = 0.0001$ . The average body mass index (BMI) is  $26.7 \text{ kg/m}^2 + 5.00$ , which, like the median, 26.1, falls into the overweight category. Only 2.8% of the obese recognize themselves as such; 65.3% consider themselves healthy, and 31.9% recognize that they have other diseases but not this one. Fifty-five point three per cent (55.3%) do not engage in physical activity and have a sedentary lifestyle; only 29.0% engage in regular physical activity more than once a week, and the remaining 15.8% between biweekly and monthly. Women are significantly,  $p = 0.0001$ , more sedentary than men, 60.0% and 50.6%, and engage in less regular weekly physical activity, 25.7% and 32.1%, respectively. Thirty-six point one per cent (36.1%) self-medicate. Women self-medicate significantly,  $p = 0.0001$ , more than men, 37.7% and 34.3%, respectively. The most commonly used drugs were non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs): 38.8%, analgesics: 23.6%, antispasmodic drugs: 11.8%, acetylsalicylic acid (ASA): 8.2%, antibiotics (ATB): 6.5%, antacids: 2.0%, decongestants 2.0%, migraine drugs: 0.8%, others: 6.8%. Seventy-five point three per cent (75.3%) consider themselves healthy, and 24.7% have been diagnosed with a disease; men, 76.1%, consider themselves significantly,  $p = 0.0001$ , healthier than women, 74.5%. Among the most prevalent diseases, we find hypertension (HBP): 23.0%, diabetes mellitus: 17.0%, osteoarthritis: 11.5%; hypothyroidism: 7.5%; allergy: 3.5%; gastritis: 3.5%, arthritis: 1.5%, asthma: 1.5%, others: 31.0%. Forty-six point eight per cent (46.8%) have a family doctor, women more than men, 52.6% and 40.7%,  $p = 0.37$ ; in 59.4% it's a general practitioner, and in 40.6% it's a specialist, 36.9% are female. **Conclusions.** Men smoke more heavily and for more years. Men drink significantly more, and gave up drinking more considerably. Men are significantly more overweight and obese than women. One-fifth of the obese might have the metabolic syndrome. The level of sedentary lifestyle is elevated and significantly higher in women. There is a high level of self-medication, which is significantly higher in women, with a predominant use of NSAIDs and analgesics. Diseases correspond to the expected prevalence. It's significantly more common for women to have a family doctor, and to a high degree, they are a specialist.*

**KEY WORDS.** Public health, risk factors, population health, healthcare reality.

## Introducción

La relación de los alumnos con las personas es una necesidad insoslayable para el aprendizaje de habilidades y destrezas necesarias para el ejercicio profesional. Es posible que la realidad que ellos pueden percibir en el complejo proceso salud-enfermedad no sea igual a la verdadera; por eso, si se ignora la realidad a la hora del ejercicio profesional pueden aparecer conflictos, que podrían ser evitables o al menos disminuidos (1,7,8). De las quejas que se reciben de los pacientes del "entorno social" sobre los actos del equipo de salud, se pueden recoger claramente los ejes por los que deben transitar las líneas de enseñanza futura, ya que muestran las barreras a revertir para un desempeño eficaz. Desde que apareció la publicación del informe del General Medical Council británico de 1993 (2), diversos autores han defendido el interés de que los estudiantes tengan la oportunidad de conocer la realidad asistencial en fases precoces de su formación (3,4). Las razones que justifican tal opinión son diversas, y se basan generalmente en la necesidad de que los futuros médicos conozcan los ámbitos donde se realiza la actividad clínica, los complejos procesos de la relación médico-paciente, las técnicas de comunicación y los condicionantes sociales que modelan la enfermedad, entre otros (5). Así, una conferencia reciente de consenso ha sugerido que la experiencia temprana podría orientar los planes de estudio de medicina hacia el contexto social real de la práctica médica, lo que ayudaría a facilitar la transición al ambiente clínico, aumentar la motivación de los estudiantes y mejorar su interacción con los pacientes. Los resultados del presente estudio muestran que los estudiantes de medicina y áreas de la salud logran la experiencia del contacto temprano con el entorno social al que pertenecen. Este contacto temprano con la realidad asistencial social es un elemento esencial para la comprensión de la actividad del enfermero (6,9-16). La presente investigación se llevó a cabo con el objeto de enseñar mediante una propuesta centrada en el alumno, a través de su rol activo en el descubrimiento de la realidad a modificar y en cumplimiento del rol de la enseñanza universitaria en la sociedad (17-27).

**Material y métodos:** diseño observacional transversal, analítico sobre el personal de un hospital público, en Chamental, La Rioja. Criterios de inclusión: personal que desarrolla una labor activa con pacientes. Criterios de exclusión: personal que se encuentra bajo tratamiento psicoterapéutico. La recolección de datos se realizará mediante encuesta de autoreporte de Maslach Burnout Inventory (MBI) (9), Scoring GAD-7 Anxiety Severity y Cuestionario sobre Salud del paciente (PHQ-11). Los datos fueron recogidos dentro de la institución, a través de la repuesta directa y por escrito en fichas impresas.

**Resultados:** el tamaño de la muestra, 575 personas, es considerable a los efectos de evaluar las condiciones de-

mográficas y los aspectos inherentes a la atención médica desde la óptica del propio juicio de los pacientes/usuarios. El 51,0% eran mujeres, con una media etaria de  $35,6 \pm 17,1$  DE, mediana: 33,0, distribución no gaussiana, rango: 92 años (1-91). La media de las mujeres,  $33,7 \pm 16,3$ , es significativamente menor que la de los varones,  $37,6 \pm 17,7$ ,  $p = 0,0001$ . El 91,8% habita en la ciudad de Chamental. El 40,5% son familiares, cosanguíneos o políticos, de los alumnos y el 59,5% son vecinos o amigos. Si bien en la descripción figura el género masculino, se refiere a ambos géneros. Según el estado civil, el 45,1% de los encuestados son solteros, el 21,9% son casados, el 21,6% viven en pareja, el 7,1% son separados o divorciados y el 4,2% son viudos. En el orden laboral, el 99,0% pertenece a las siguientes categorías ocupacionales en sentido decreciente: empleados (ámbito público o privado): 30,9%, estudiantes: 23,1%, realiza quehaceres domésticos: 9,2%, jubilados: 6,9%, desocupados: 3,6%, docentes: 3,1%, albañiles: 2,4%, policías: 1,9%, servicio doméstico: 1,5%, otras ocupaciones: 17,0%. No fuma el 74,9%, fuma en la actualidad el 25,1% (19,4% de las mujeres y 31,0% de los varones); en Argentina casi el 40,0% es adicto a la nicotina. Las diferencias según el sexo,  $p = 0,0001$ : fumaron, pero no lo hacen en la actualidad, el 24,3% (el 19,1% de las mujeres y el 30,5% de los hombres). Según el sexo,  $p = 0,0001$ , el promedio de años de tabaquismo fue  $8,7 \pm 8,8$  DE, una mediana de 5,0 y un rango de 39 años ( $7,9 \pm 7,5$  DE en mujeres y  $9,3 \pm 9,8$  en los hombres,  $p = 0,0001$ ).

**TABLA 1. TABAQUISMO ACTUAL, COMPARACIÓN POR EDAD**

Edades	Fuma
<b>POBLACIÓN GENERAL</b>	<b>25,10%</b>
10-19 = 18,8% (108)	9,20%
20-29 = 21,4% (123)	26,80%
30-50 = 38,1% (219)	29,20%
51-64 = 13,7% (79)	0,316%
≥65 = 6,1% (35)	0,285%

La diferencia entre los grupos etarios es estadísticamente significativa ( $p=0,0001$ ).

El 58,9% no bebe y el 40,1% sí ingiere bebidas alcohólicas (81,0% de jóvenes de clase media y media alta, el 44,0% manifestó en un estudio haber consumido alcohol en los últimos 30 días.); bebe el 28,0% de las mujeres y el 54,9% de los hombres, según el sexo,  $p = 0,0001$ ; el 8,4% considera que lo hace en exceso (2,5% de las mujeres y 11,6% de los hombres, según el sexo,  $p = 0,0001$ ). El 16,8% ha dejado de beber; el abandono de la bebida es significativamente mayor,  $p = 0,0001$ , en los varones, 19,4%, que en las mujeres, 10,3%; el abandono de la bebida ocurrió entre 2001 y 2014.

**TABLA 2. BEBEDORES EN EXCESO, COMPARACIÓN POR EDAD**

Edades	Bebe en exceso
<b>POBLACIÓN GENERAL</b>	<b>8,40%</b>
10-19 = 18,8% (108)	2,70%
20-29 = 21,4% (123)	4,00%
30-50 = 38,1% (219)	3,10%
51-64 = 13,7% (79)	5,00%
≥65 = 6,1% (35)	0%

La diferencia entre los grupos etarios no es significativa ( $p=0,60$ ).

El peso promedio fue  $74,0 \pm 16,8$  DE, mediana: 73,0, distribución no gaussiana, rango: 113,500 kg (6,5-120,0). El peso promedio de las mujeres,  $68,5 \pm 15,6$  (diferencia media: 66,5, IC del 95%, 66,7-70,3), es significativamente menor que el de los varones,  $79,9 \pm 16,0$  DE (diferencia media: 79,9, IC del 95%, 78,0-81,8),  $p = 0,0001$ .

La estatura promedio fue  $1,65 \pm 0,12$  DE, mediana: 1,67 y rango: 1,45 (0,50-1,95). La estatura de las mujeres es significativamente menor que la de los varones,  $p = 0,0001$ . El índice de masa corporal (IMC) promedio es  $26,7 \text{ kg/m}^2 \pm 5,00$ , que al igual que la mediana, 26,1, se halla en la categoría de sobrepeso. El 1,8% presenta delgadez, el 35,3% tiene peso normal, el 38,8% tiene sobrepeso y el 24,1% presenta obesidad. El IMC promedio de las mujeres,  $26,1 \pm 5,5$ , es significativamente menor que el de los varones,  $27,4 \pm 4,2$ ,  $p = 0,0001$ , aunque ambos se hallan en la categoría de sobrepeso. Los varones tienen significativamente,  $p = 0,0001$ , mayor sobrepeso y obesidad (44,9% y 25,7%, respectivamente) que las mujeres (33,2% y 22,6%, respectivamente). Sólo el 2,8% de los obesos se reconocen como tales, el 65,3% se consideran sanos y el 31,9% reconocen que tienen otras enfermedades pero no esta. Se reconocen como tales significativamente más las mujeres,  $p = 0,0001$ . Es lógico esperar que las personas no reconozcan o nieguen su obesidad o sobrepeso. El 19,4% de los obesos podría considerarse dentro del síndrome metabólico. La insulinoresistencia en Córdoba semejante a series internacionales, 29,9%; en Deán Funes, 38,8%; en Oncativo, 20,8% (28).

**TABLA 3. ÍNDICE DE MASA CORPORAL, COMPARACIÓN POR EDAD**

Edades	Delgadez	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
<b>POBLACIÓN GENERAL</b>	<b>1,80%</b>	<b>35,30%</b>	<b>38,80%</b>	<b>24,10%</b>
10-19 = 18,8% (108)	5,50%	61,10%	24%	6,40%
20-29 = 21,4% (123)	1,60%	37,30%	43%	17%
30-50 = 38,1% (219)	0,90%	26,90%	41%	28,30%
51-64 = 13,7% (79)	0%	18,90%	39,20%	37,90%
≥ 65 = 6,1% (35)	0%	17,10%	42,80%	40%

La diferencia entre los grupos etarios es estadísticamente significativa ( $p = 0,0001$ ).

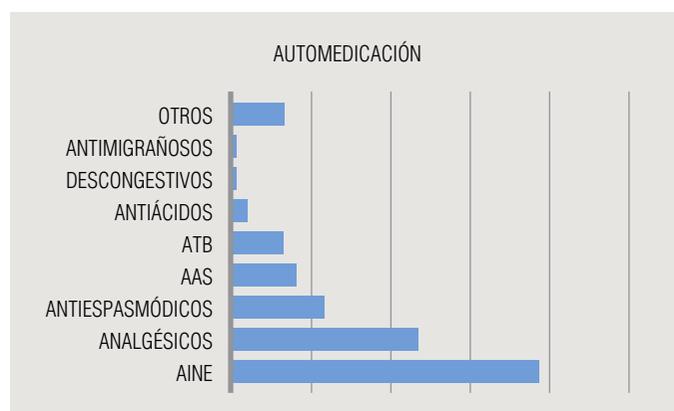
El 55,3% no realiza actividad física y tiene vida sedentaria, sólo el 29,0% realiza actividad física regular más de una vez por semana y el 15,8% restante entre quincenal y mensual. Las mujeres tienen significativamente,  $p = 0,0001$ , mayor sedentarismo que los varones, 60,0% y 50,6%, y menor actividad física semanal regular, 25,7% y 32,1%, respectivamente.

**TABLA 4. ACTIVIDAD FÍSICA, COMPARACIÓN POR EDAD**

Edades	No realiza ninguna actividad física	Realiza actividad física semanal
<b>POBLACIÓN GENERAL</b>	<b>53,30%</b>	<b>29%</b>
10-19 = 18,8% (108)	40,70%	42,50%
20-29 = 21,4% (123)	48,70%	28,40%
30-50 = 38,1% (219)	50,20%	28,70%
51-64 = 13,7% (79)	63,30%	15,10%
≥65 = 6,1% (35)	88,50%	5,70%

La diferencia entre los grupos etarios es estadísticamente significativa ( $p = 0,001$ ).

El 36,1% se automedica. Las mujeres se automedican significativamente,  $p = 0,0001$ , más que los varones, 37,7% y 34,3%, respectivamente; los fármacos más utilizados fueron AINE: 38,8%, analgésicos: 23,6%, antiespasmódicos: 11,8%, AAS: 8,2%, ATB: 6,5%, antiácidos: 2,0%, descongestivos 2,0%, antimigrañosos: 0,8%, otros: 6,8%. Esto merece varias reflexiones. Que el 36,1% de esta población se automedique no es un tema menor, ya que conlleva varios problemas, por ejemplo que los fármacos utilizados no sean tenidos en cuenta a la hora del diagnóstico, por lo que pueden pasar inadvertidas las etiologías provenientes de sus eventos adversos. Culturalmente es muy riesgosa la proporción en que se utilizan AINE y analgésicos. Respecto de los ATB es muy probable el uso indebido ante problemas virales y la contribución a la resistencia bacteriana. Es posible que esta conducta de automedicarse haya crecido paralelamente a la aparición de nuevos medios de comunicación.



**Figura 1.** Distribución de los fármacos entre quienes se automedican.

El 75,3% de los encuestados se consideran sanos y el 24,7% tienen enfermedades diagnosticadas; el 76,1% de los hombres se considera significativamente ( $p = 0,0001$ ) más sano que las mujeres (74,5%). Dentro de las enfermedades de mayor prevalencia, se hallan HTA: 23,0%, diabetes mellitus: 17,0%, artrosis: 11,5%, hipotiroidismo: 7,5%, alergia: 3,5%, gastritis: 3,5%, artritis: 1,5%, asma: 1,5%, otras: 31,0%. Este orden de frecuencia debería ser tenido en cuenta a la hora de planificar acciones docentes, para contemplar las necesidades de formación en el desarrollo de competencias para un buen desempeño ante tales problemas en la consulta médica.

El 46,8% tiene un médico de cabecera, las mujeres más que los hombres, 52,6% y 40,7%,  $p = 0,37$ ; en el 59,4% este es un clínico y en el 40,6% es un especialista, el 36,9% pertenece al sexo femenino. La elevada proporción en que el médico de cabecera es un especialista posbásico puede explicar la falta de enfoque integral en las consultas y la segmentación respecto del manejo de las contradicciones que puede manifestar el paciente.

## Discusión y conclusiones

- Las mujeres son más jóvenes que los varones, la mayoría de Chamental; menos del 50% son familiares de los entrevistadores.
- Fuman y han fumado significativamente más y durante más años los hombres que las mujeres. Beben significativamente más y en exceso los hombres, y también ellos han dejado de beber más que las mujeres.
- Los hombres sufren significativamente más sobrepeso y obesidad que las mujeres. Existe un alto nivel de negación respecto de este tema por parte de los pacientes y de los estudiantes que los entrevistaron. Un quinto de los obesos podría tener síndrome metabólico. El nivel de sedentarismo es elevado y significativamente mayor en las mujeres.
- Existe un elevado nivel de automedicación, significativamente mayor en las mujeres con un uso predominante de AINE y analgésicos. Las patologías responden a la prevalencia esperable. Son significativamente más las mujeres que tienen médico de cabecera y en una elevada proporción se trata de un especialista. [RAM](#)

## Referencias bibliográficas

1. Dornan T, Osler, Flexner, Apprenticeship, and "the new medical education". *J Royal Soc Med* 2005;98:91-5
2. General Medical Council. *Tomorrow's doctors: recommendations on undergraduate medical education*. London: General Medical Council, 1993
3. Högskoleverket (Agencia Nacional para la Educación Superior). *Läkarutbildningen i Sverige - Hur Bra Är Den?* (Rapport 1997; 27R). Stockholm: Högskoleverket, 1997
4. Rozman C. Reflexiones sobre la universidad en el ámbito biomédico. Lección Pi i Sunyer, 2005, Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. *Educ Med* 2005;8:183-90
5. Haffling AC, Hakansson A, Hagander B. Early patient contact in primary care: a new challenge. *Med Educ* 2001;35:901-8
6. Dornan T, Bundy C. What can experience add to early medical education? Consensus survey. *BMJ* 2004;329:834-7
7. Wojtczak A. Educación médica basada en resultados. I. Principios básicos y ventajas. *Educ Med* 2008;11:43-4
8. Harden RM. Outcome-based education: the future is today. *Med Teach* 2007;29:625-9
9. Schwarz MR, Wojtczak A, Stern D. The outcomes of global minimum essential requirements (GMER) pilot implementation in China. *Med Teach* 2007;29:699-705
10. Xiao H, Xian L, Yu X, Wang J. Medical curriculum reform in Sun Yat-sen University: implications from the results of GMER evaluation in China. *Med Teach* 2007;29:706-10
11. Ellaway R, Evans P, McKillop J, et al. Cross-referencing the Scottish doctor and tomorrow's doctors learning outcome frameworks. *Med Teach* 2007;29:630-5
12. Hoat LN, Yen NB, Wright P. Participatory identification of learning objectives in eight medical schools in Vietnam. *Med Teach* 2007;29:683-90
13. Elizondo-Montemayor L, Cid-García A, Pérez-Rodríguez BA, et al. Outcome-based national profile of Mexico's medical graduates. *Med Teach* 2007;29:691-8
14. Davis MH, Amin Z, Grande JP, et al. Case studies in outcome-based education. *Med Teach* 2007;29: 717-22
15. Cumming A, Ross M, Steering Group and Task Force of the MEDINE Thematic Network. The Tuning Project for Medicine-learning outcomes for undergraduate medical education in Europe. *Med Teach* 2007;29:636-41
16. Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Med Teach* 2007;29:642-7
17. Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Med Teach* 2007; 29: 648-54.
18. Harden RM. Outcome-based education -the ostrich, the peacock and the beaver. *Med Teach* 2007;29:666-71
19. Mayer R. Comunicación no verbal en el consultorio. *IntraMed* 2013
20. Puhl RM, Gold JA, Luedicke J, DePierre JA. Efecto del peso del médico sobre las actitudes del paciente. *JA International Journal of Obesity* 2013;1-7
21. Tajer C. Metáforas para pensar la medicina. *Rev Argent Cardiol* 2012;80:496-504
22. Tajer C. El médico lenguaraz: convocatoria a un registro multicéntrico. *Revista SAC* 2012
23. Casino G. Creer para leer (o viceversa). Sobre los ingredientes de la credibilidad en la información médica. Escepticismo. *IntraMed* 2012
24. Vidal y Benito MC. *La empatía en la consulta* Buenos Aires: Polemos, 2012
25. Conversaciones con Mario Bunge. *IntraMed* 2012
26. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. ¿Estamos preparados para un mundo de comorbilidades? *Lancet / IntraMed* 2012
27. Herr NR, Williams JW, Benjamin S, McDuffie J. Does This Patient Have Generalized Anxiety or Panic Disorder? *JAMA* 2014;312(1):78-84
- Luquez H, De Loreda L, Madoery RJ y col. Síndrome metabólico: prevalencia en dos comunidades de Córdoba, Argentina, de acuerdo a definiciones ATP-III y OMS. *Fed Arg Cardiol* 2005;34:80-95