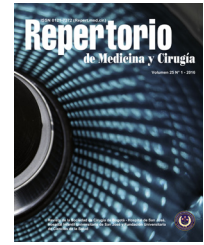




# Repertorio de Medicina y Cirugía

[www.elsevier.es/repertorio](http://www.elsevier.es/repertorio)



## Artículo de investigación

# Autopercepción de salud y de red de apoyo y funcionalidad familiar, de los estudiantes que inician posgrados de medicina



Silvia Lorena Mora<sup>a,\*</sup> y Carlos Andrés Moreno<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Medicina. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá D.C., Colombia

<sup>b</sup> Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá D.C., Colombia

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 16 de junio de 2015

Aceptado el 9 de octubre de 2015

On-line el 30 de marzo de 2016

### Palabras clave:

Percepción

Estado de salud

Posgrado en medicina

Funcionalidad familiar

## R E S U M E N

La política de *universidad saludable* busca mejorar los entornos y la calidad de vida de los estudiantes. Numerosos estudios muestran falencias referentes a los estilos de vida y autocuidado en salud de la población universitaria.

**Objetivo:** Describir el autorreporte del estado de salud y de la red de apoyo y funcionalidad familiar de una cohorte de estudiantes que inician especialidades médico-quirúrgicas en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud de Bogotá D.C.

**Metodología:** Estudio de corte transversal durante el periodo de inducción a residencia; participaron los estudiantes que ingresaron en el primer semestre de especialidades médicas, quienes diligenciaron un cuestionario de 35 preguntas: 25 sobre percepción de salud y antecedentes y 12 sobre red de apoyo y funcionalidad familiar.

**Resultados:** De 89 estudiantes 86 (96,6%) respondieron la encuesta. Edad promedio 29,8 años (DE: 4,2); 68,6% solteros; 24,4% casados, 20,9% vivían solos y 39,5% se trasladaron a Bogotá para cursar sus estudios de posgrado. El 96,5% percibía su salud como buena a excelente; el 32,6% tenía exceso de peso y el 41,9% era sedentario. El 30,6% no cumplía con el esquema de vacunación contra la hepatitis B y el 49% contra la varicela. El 33,7% reportó tener familias con algún grado de disfunción.

**Conclusión:** La mayoría de residentes percibió su salud como buena a excelente. Los problemas de salud más frecuentes fueron el exceso de peso, el sedentarismo y el incumplimiento de esquema de inmunizaciones. La red de apoyo y la funcionalidad familiar es deficiente en una tercera parte de los estudiantes. Esta información debe ser tenida en cuenta para generar planes de intervención individual y colectiva en el marco de la estrategia de universidad saludable.

© 2016 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [smora@fucsalud.edu.co](mailto:smora@fucsalud.edu.co) (S.L. Mora).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reper.2016.02.005>

0121-7372/© 2016 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Self-rated health status and family support and functioning of students starting post-graduate courses in medicine

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Perception  
Health status  
Medical post-graduate studies  
Family functioning

The healthy universities policy seeks to improve the environments and quality of life of students. Most of the students who are part of the university population perceive deficiencies regarding their lifestyle and self-rated health care.

**Objective:** To describe the self-rated health status and family support and functioning of a cohort of students starting medical/surgical residency at the Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá.

**Methodology:** A cross-sectional study was conducted during the induction period of the residency. Students admitted to the first semester of medical residency were invited to participate. They completed a 35-question questionnaire; 25 items were on their perception of health status and past history, and 12 were on their family support and functioning.

**Results:** Out of 89 students, 86 (96.6%) responded to the questionnaire. The mean age was 29.8 years (SD: 4.2); 68.6% were single; 24.4% were married; 20.9% lived alone, and 39.5% had moved to Bogotá to attend postgraduate school. Good or excellent health status was rated by 96.5%; 32.6% were overweight and 41.9% were sedentary; 30.6% did not fulfil the vaccination requirements for hepatitis B, and 49% for Varicella, respectively; 33.7% reported some degree of dysfunction in their families.

**Conclusion:** Most of the residents rated their health status as good or excellent. The most common health problems were overweight, sedentary behaviours, and lack of vaccination. One third of the students perceived family support and functioning as deficient. Individual and collective intervention plans must be developed within the Healthy Universities Strategy framework, based on this information.

© 2016 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

La residencia es un desafío en la carrera médica. Dejar de ser un estudiante sin responsabilidad clínica a ser un residente con evidentes responsabilidades médico-legales es un momento crítico en la vida del estudiante de posgrado; a menudo va ligado a otros eventos de estrés descritos en la escala de reajuste social de Holmes y Rahe, como alejarse de amigos y familia, cambios en la situación económica, laboral y en los patrones alimentarios, lo que podría llevar a consecuencias negativas para la salud, el aprendizaje y la atención del paciente<sup>1,2</sup>.

Estudios en población universitaria reportan su vulnerabilidad, dada la exposición a diversos factores y conductas de riesgo, tales como el consumo de sustancias psicoactivas, infecciones de transmisión sexual, embarazo, depresión, trastornos de la conducta alimentaria y desarrollo temprano de enfermedades crónicas, entre otros<sup>3</sup>. En cuanto a la prevención y mitigación de los riesgos a los que están expuestos los universitarios se ha evidenciado que el papel de la familia, y en especial el de los padres, tiene un alto impacto en los comportamientos y resultados en la salud a largo plazo<sup>4-6</sup>. En este contexto iniciativas en el ámbito local e internacional, como la de *universidad saludable* o *universidades promotoras de la salud*, buscan que estas instituciones educativas favorezcan entornos y hábitos saludables para sus estudiantes y trabajadores<sup>7</sup>. Es necesario contar con una línea de base de las condiciones de

salud de la comunidad universitaria con el fin de planear intervenciones de tipo individual y colectivo para prevenir o mitigar los factores de riesgo a los que los estudiantes se exponen.

El objetivo de este estudio es evaluar la autopercepción de salud de los estudiantes del primer semestre de posgrado de medicina que ingresan en la FUCS, así como la red de apoyo y la funcionalidad familiar de esta población.

## Métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal. Se invitó a participar a todos los estudiantes matriculados en programas de posgrado de medicina de la FUCS durante el periodo de inducción a la residencia. La encuesta era anónima y la participación voluntaria. Se entregó un cuestionario para el autorreporte. La primera parte incluía 23 preguntas sobre antecedentes personales (patológicos, familiares, alérgicos, inmunológicos y evaluación del nivel de actividad física) y la segunda parte abordó 12 preguntas relacionadas con la red de apoyo y funcionalidad familiar. Cuatro preguntas eran abiertas, y las otras 31 fueron cerradas (con respuesta única o múltiple, según la naturaleza de la pregunta).

En función de los datos de peso y talla se determinó el índice de masa corporal (IMC) peso (kg)/talla<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>), usando la clasificación de la Organización Mundial de la Salud<sup>8</sup>, así: < 18,5 es bajo peso; 18,5-24,99 es peso normal; 25-29,99 corresponde a sobrepeso; 30-34,99: es obesidad grado I; 35-39,99 es

obesidad grado II;  $IMC \geq 40$  indica obesidad grado III. Los antecedentes personales fueron enfocados a la documentación de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, neoplasias). Se indagó por el cumplimiento del esquema de vacunación para la edad y grupo de riesgo, específicamente sobre carné de vacunación y antecedente de inmunización contra vacunación de la hepatitis B, el tétanos, la influenza y la varicela.

Para medir el nivel de actividad física nos basamos en el cuestionario IPAQ versión abreviada, autoadministrado y validado para uso en personas de 15 a 69 años, que indaga sobre la intensidad de la actividad física en los últimos 7 días a través de 4 preguntas: la primera para intensidad fuerte, la segunda para intensidad moderada, la tercera para intensidad leve y la cuarta para estimar el tiempo sentado en los últimos 7 días<sup>9</sup>.

Con el fin de evaluar la red de apoyo familiar, se solicitó información acerca del estado civil, el estrato socioeconómico, el núcleo familiar y el traslado a Bogotá para iniciar estudios. Se utilizó la escala de APGAR familiar, que se encuentra validada para su uso en atención primaria y consta de 5 preguntas para evaluar la funcionalidad familiar. La puntuación de 18 a 20 puntos define una familia funcional; 14 a 17 una disfunción leve; 10 a 13 moderada; y una puntuación por debajo de 9 define una disfunción severa<sup>10</sup>. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la facultad de medicina de la FUCS.

### Análisis estadístico

Mediante análisis descriptivo de los datos se resumen las variables continuas con medidas de tendencia central y dispersión. Las variables categóricas se reportan con frecuencias absolutas y relativas. Se realizó el análisis descriptivo según la distribución por sexo. Se utilizó el programa Stata 13<sup>®</sup>.

### Resultados

Fueron invitados a participar 89 residentes, de los cuales 88 firmaron consentimiento informado, de ellos 86 diligenciaron la encuesta (96,6%) y 2 entregaron la encuesta en blanco.

La edad promedio fue 29,8 años (DE: 4,2). La proporción de hombres fue 52,9%. La mayor parte de los residentes pertenecían a especialidades clínicas (62,3%). El 31,4% consideró que su salud era excelente, el 43% muy buena, el 22,1% buena y el 3,5% regular. De los 3 estudiantes con percepción regular de su estado de salud uno tenía hipotiroidismo, otro hipercolesterolemia y el último no refirió antecedente patológico.

El IMC promedio fue de 24,2 kg/m<sup>2</sup> (DE: 3,46 kg/m<sup>2</sup>). El 56,5% de los hombres fue clasificado con sobrepeso y obesidad, mientras que solo el 5% de las mujeres tenía sobrepeso, y ninguna tenía obesidad (tabla 1). Entre los hombres que tenían obesidad (n: 6) todos deseaban perder peso; entre los hombres que tenían sobrepeso (n: 20) el 80% deseaba perder peso. Las 2 mujeres que tenían sobrepeso reportaron el deseo de perder peso. Tres mujeres tenían bajo peso por IMC, y una de ellas manifestó que quería ganar peso.

El 13% de los residentes (n: 11) reportó antecedente personal de gastritis o úlcera gástrica (todos los casos eran mujeres) y el 11,8% (n: 10) tenía antecedente de asma; el 3,5% (n: 3) reportó antecedente de hipertensión arterial, el

3,5% (n: 3) hipercolesterolemia y el 1,2% (n: 1) diabetes. Un participante reportó antecedente de cáncer y su autopercepción del estado de salud fue muy buena. El 10,5% de los encuestados manifestó consumo de medicación diaria. El 95,4% tenía carné de vacunación, el 69,4% reportó esquema completo contra la hepatitis B, el 84,9% refuerzo contra tétanos, el 33,7% tenía vacuna contra la influenza y el 51% contra la varicela. El 36% no realizó actividad física en la última semana y el 29% permanecía sentado más de 20 h a la semana. El 4,7% tenía antecedente familiar de cáncer de colon y el 3,5% de cáncer de mama (tabla 2).

En cuanto al cuestionario de función y red apoyo familiar, el 68,6% reportó estar soltero, el 24,4% estar casado y el 23,3% tenía hijos. El 22,1% vivía con su pareja y el 20,9% vivía solo. El 39,5% de los estudiantes tuvo que trasladarse a Bogotá desde su lugar de origen para iniciar sus estudios de especialización. De 10 residentes casados que tuvieron que trasladarse la mitad no vivía con su pareja. El 33,7% de los estudiantes tenía familia con algún grado de disfunción (tabla 3).

### Discusión

El presente estudio fue diseñado con el propósito de conocer las condiciones de salud, apoyo y funcionalidad familiar de los residentes que inician especializaciones médicas en la FUCS.

Una vez superado el proceso de admisión a posgrados, enfocado usualmente en evaluación de conocimientos en medicina general y los específicos para la especialidad, reconocimientos académicos (publicaciones, participaciones en investigación, ponencias en eventos académicos) y las pruebas de personalidad; es necesario considerar aspectos relacionados con el bienestar del estudiante como nuevo miembro de la comunidad académica; en este sentido, es pertinente hacer un abordaje integral e indagar por las condiciones de salud física y emocional que pudieran generar dificultades para cursar su especialización; además, la universidad debe planear diferentes estrategias para construir un entorno saludable a partir del conocimiento del perfil de los estudiantes<sup>11</sup>. El hospital universitario debe orientarse en esta misma dirección, toda vez que los convenios docencia-servicio deben acogerse a lo reglamentado en términos de bienestar y calidad de vida para estudiantes y residentes<sup>12</sup>. Nuestro estudio revela que el 96,5% de los estudiantes en el momento del ingreso a la residencia médica perciben su estado de salud como excelente, muy bueno y bueno, y solo un 3,5% como regular; en este sentido será necesario generar espacios para una valoración médica integral al ingreso del estudiante, que provea información adicional de las condiciones de salud del estudiante no identificadas mediante la encuesta y conducente a identificar problemas de salud no declarados. De otra parte, será necesario evaluar tanto la autopercepción de salud como la condición real de salud producto de la valoración médica y psicológica cuando sea necesario.

Dentro de los problemas identificados se encontró el sobrepeso y obesidad en el 32,6%; esta cifra es alta para un grupo poblacional con edad promedio cercana a los 30 años, si se considera el impacto del exceso de peso en otros factores de riesgo cardiometabólico. Si bien nosotros no realizamos

**Tabla 1 – Características basales estudiantes posgrados Medicina (n = 86)**

	Hombres n = 46		Mujeres n = 40		Total n = 86	
<i>Edad, años, promedio (DE)</i>	30,4	(4,5)	29,2	(3,8)	29,8	(4,2)
Mínimo-máximo	25	47	22	(42)	22	(47)
<i>Especialidad, n (%)</i>						
Médicas	30	(66,7)	23	(57,5)	53	(62,4)
Quirúrgicas	15	(33,3)	17	(42,5)	32	(37,6)
<i>Estado de salud, n (%)</i>						
Excelente	19	(41,3)	8	(32,5)	27	(31,4)
Muy buena	18	(39,1)	19	(47,5)	37	(43,0)
Buena	6	(13,0)	13	(20,0)	19	(22,1)
Regular	3	(6,5)	0	(0,0)	3	(3,5)
Mala	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
<i>Conformidad con el peso, (%)</i>						
Están conformes	16	(34,8)	20	(50,0)	36	(41,9)
Quieren perder	26	(56,5)	19	(47,5)	45	(52,3)
Quieren ganar	4	(8,7)	1	(2,5)	5	(5,8)
<i>IMC, promedio (DE)</i>	26,3	(3,0)	21,9	(2,15)	24,29	(3,46)
Mínimo-máximo	21,3	35,4	18,1	27,3	18,06	35,4
<i>Categorías IMC, n (%)</i>						
Bajo peso	-	-	3	(7,5)	3	(3,5)
Peso normal	20	(43,5)	35	(87,5)	55	(63,9)
Sobrepeso	20	(43,5)	2	(5,0)	22	(25,6)
Obesidad G I	5	(10,9)	-	-	5	(5,8)
Obesidad G II	1	(2,1)	-	-	1	(1,2)

mediciones bioquímicas en los estudiantes, se podría inferir la coexistencia de otras alteraciones cardiometabólicas, como el aumento en los niveles de lípidos y glucemia como consecuencia del exceso de grasa corporal<sup>13-15</sup>. Una de las prioridades dentro de la planeación de actividades del programa de universidad saludable debe ser promover la alimentación sana y asequible, tanto en cafeterías universitarias como con estrategias para la adopción del estilo de vida orientadas a la reducción del consumo de bebidas azucaradas y grasas saturadas, y al incremento del consumo de frutas y vegetales<sup>16-19</sup>. Previamente ya se había identificado el problema de sobrepeso y obesidad en residentes y docentes de la facultad de medicina FUCS en un estudio realizado en 2010<sup>20</sup>, pero no habíamos evaluado las condiciones en el momento del ingreso a la residencia.

En relación con la actividad física el porcentaje de sedentarismo fue de 41,9%, lo que evidencia la necesidad de fortalecer los programas dedicados al fomento de la actividad física en la comunidad estudiantil. Esta cifra es alta si consideramos el contexto de los profesionales de salud, que se asume que tienen suficiente información sobre los beneficios de la actividad física, y se esperaría de ellos que fueran modelo de estilos de vida saludables para sus pacientes. Al parecer durante la residencia médica podría incrementarse la cifra de sedentarismo; el estudio realizado por Orduz et al. en 2010 reportó en nuestra institución cifras del 80,2% entre residentes y docentes de posgrado de la facultad de medicina<sup>20</sup>. En este sentido, la política de universidad saludable debe generar programas no solo para fomentar la actividad física en la comunidad académica, sino para monitorizar las cifras de sedentarismo y proponer indicadores objetivos que permitan evaluar el impacto de las intervenciones. «Cuando analizamos

los resultados para el país encontramos que la encuesta nacional de situación nutricional en Colombia 2010 reportó que uno de cada 2 colombianos no cumplen con las recomendaciones de actividad física (tiempo libre más transporte)<sup>21</sup>; no parecería entonces que los resultados en el interior de las facultades de medicina sean diferentes de lo que vemos a nivel nacional. Esta problemática ha sido identificada en otros ámbitos universitarios de facultades de medicina. Un estudio realizado en población de residentes de un hospital nacional en Perú documentó sedentarismo en el 74%<sup>22</sup>. El encontrar una menor prevalencia de sedentarismo al ingreso en la residencia podría explicarse de una parte por utilizar diferentes herramientas para la definición de sedentarismo, o por ser un grupo poblacional más joven, y probablemente más activo, pero no podemos descartar la posibilidad de subregistro, aun cuando el cuestionario haya sido anónimo.

Otro aspecto que reviste interés es el relacionado con el perfil de inmunizaciones de los residentes. En virtud de los riesgos biológicos para el contagio y transmisión de enfermedades inmunoprevenibles en los residentes, estudiantes de medicina y demás personal de salud, es esencial priorizar los programas de prevención y control de las infecciones en esta población<sup>23,24</sup>. Nuestros resultados indican que apenas 2/3 de los estudiantes inician la residencia con esquema de inmunizaciones vigente, a pesar de que es uno de los requisitos reglamentados a través del Consejo Superior<sup>25</sup> para acceder al programa de posgrados de la FUCS. Diferentes estudios han demostrado que estudiantes de pre y posgrado de medicina no cumplen con el esquema de vacunación<sup>26,27</sup>, hecho inadmisiblemente para una población en riesgo biológico elevado, por lo cual deberían revisarse los requisitos para la matrícula de estudiantes, entre ellos una evaluación médica de identificación

**Tabla 2 – Antecedentes personales y familiares de estudiantes de primer semestre posgrado**

	Hombres (n: 46)		Mujeres (n: 40)		Total (n: 86)	
<i>Antecedente personal de cualquier enfermedad, n (%)</i>						
Asma	4	(8,9)	6	(15,0)	10	(11,8)
Depresión o ansiedad	1	(2,2)	2	(5,0)	3	(3,5)
Hipertensión arterial	2	(4,4)	1	(2,5)	3	(3,5)
Colesterol alto	1	(2,2)	2	(5,0)	3	(3,5)
Diabetes	1	(2,2)	-	-	1	(1,2)
Sobrepeso/obesidad	8	(17,8)	2	(5,0)	10	(11,8)
Angina/problemas del corazón	1	(2,2)	1	(5,0)	2	(2,4)
Cáncer	-	-	1	(2,5)	1	(1,2)
Gastritis o úlcera gástrica	-	-	11	(27,5)	11	(13,0)
Arritmia cardiaca	-	-	1	(2,5)	1	(1,2)
Hipoglucemia	-	-	1	(2,5)	1	(1,2)
Hipotiroidismo	1	(2,2)	-	-	1	(1,2)
Migraña	-	-	2	(5,0)	2	(2,4)
Rinitis alérgica	1	(2,2)	1	(2,5)	2	(2,4)
Síndrome de intestino irritable	1	(2,2)	1	(2,5)	2	(2,4)
Hidronefrosis	1	(2,2)	-	-	1	(1,2)
<i>Defectos refractivos, n (%)</i>						
Uso corrección por defecto visual	26	(89,7)	19	(100,0)	45/48	(93,7)
<i>Consumo de medicamentos, n (%)</i>						
Antihipertensivos	2	(4,4)	1	(2,5)	3	(3,5)
Antidiabéticos	-	-	1	(2,5)	1	(1,2)
Antidepresivos	-	-	1	(2,5)	1	(1,2)
Levotiroxina	1	(2,2)	-	-	1	(1,2)
Propranolol	-	-	1	(2,5)	1	(1,2)
<i>Anticonceptivos orales, n (%)</i>						
	-	-	2	(5,0)	2	(2,3)
<i>Alérgicos<sup>a</sup>, n (%)</i>						
Penicilinas	-	-	1	(2,5)	1	(1,2)
Sulfas	-	-	-	-	-	-
Antiinflamatorios no esteroideos	2	(4,4)	1	(2,5)	3	(3,5)
Látex	-	-	1	(2,5)	1	(1,2)
Otros <sup>b</sup>	2	(4,4)	5	(12,5)	7	(8,4)
<i>Vacunación, n (%)</i>						
Posee carné de vacunas	43	(93,5)	39	(97,5)	82	(95,4)
Vacunación contra la hepatitis B, esquema completo	33	(73,3)	26	(65,0)	59	(69,4)
Refuerzo contra tétanos	37	(80,4)	36	(90,0)	73	(84,9)
Vacunación contra influenza	17	(37,0)	12	(30,0)	29	(33,7)
Vacunación contra varicela <sup>c</sup>	11	(42,3)	13	(61,9)	24	(51,0)
<i>Valoración odontológica último año, n (%)</i>						
	35	(76,0)	35	(87,5)	70	(81,4)
<i>Actividad física, n (%)</i>						
Vigorosa	5	(10,9)	1	(2,5)	6	(7,0)
Moderada	7	(15,2)	8	(20,0)	15	(17,4)
Leve	17	(36,9)	12	(30,0)	29	(33,7)
Ninguna	17	(37,0)	19	(47,5)	36	(41,9)
<i>Tiempo sentado a la semana, n (%)</i>						
Menos de 10 h	18	(39,1)	14	(35,0)	32	(37,2)
10 a 20 h	14	(30,4)	11	(27,5)	25	(29,1)
Más de 20 h	14	(30,5)	15	(37,5)	29	(33,7)
<i>Antecedente familiar cáncer, n (%)</i>						
Gástrico	2	(4,4)	-	-	2	(2,3)
Colon	2	(4,4)	2	(5,0)	4	(4,7)
Piel	-	-	1	(2,5)	1	(1,2)
Próstata	-	-	2	(5,0)	2	(2,3)
Mama	2	(4,4)	1	(2,5)	3	(3,5)

<sup>a</sup> Datos reportados por 83 estudiantes.<sup>b</sup> Incluye alergias al polen, polvo, mascotas, frío, esparadrapo de tela, imidazoles.<sup>c</sup> Vacunación en caso que no haya tenido la enfermedad.



**Tabla 3 – Redes de apoyo y funcionalidad familiar de estudiantes de posgrado de medicina, primer semestre**

Estado civil, n (%)	Hombres (n = 46)		Mujeres (n = 46)		Total (n = 86)	
Soltero(a)	26	(56,5)	33	(82,5)	59	(68,6)
Casado(a)	16	(34,8)	5	(12,5)	21	(24,4)
Unión libre	4	(8,7)	-	-	4	(4,7)
Separado(a)/divorciado(a)	-	-	2	(5,0)	2	(2,3)
Tiene hijos, n (%)	15	(32,6)	5	(12,5)	20	(23,3)
Con quién (es) convive, n (%)						
Padres o hermanos	10	(21,7)	17	(42,5)	27	(31,4)
Pareja, con o sin hijos	15	(32,6)	4	(10,0)	19	(22,1)
Otros familiares	6	(13,1)	5	(12,5)	11	(12,8)
Amigos	8	(17,4)	2	(5,0)	10	(11,6)
Solo (a)	7	(15,2)	11	(27,5)	18	(20,9)
Padres o hermanos y pareja con o sin hijos	-	-	1	(2,5)	1	(1,2)
Traslado a Bogotá para iniciar estudios, n (%)	21	(45,7)	13	(32,5)	34	(39,5)
Estrato socioeconómico, n (%)						
Estrato 2	2	(4,4)	1	(2,5)	3	(3,5)
Estrato 3	9	(19,6)	10	(25,0)	19	(22,1)
Estrato 4	29	(63,0)	22	(55,0)	51	(59,3)
Estrato 5	5	(10,9)	5	(12,5)	10	(11,6)
Estrato 6	1	(2,1)	2	(5,0)	3	(3,5)
Sostenimiento económico, n (%)						
Personalmente	19	(41,3)	15	(37,5)	34	(39,5)
Padres	21	(45,6)	21	(52,5)	42	(48,8)
Hermanos	2	(4,4)	-	-	2	(2,3)
Otros familiares	4	(8,7)	1	(2,5)	4	(5,8)
Personalmente y otros familiares	0	(0,0)	1	(2,5)	1	(1,2)
Padres y hermanos	0	(0,0)	1	(2,5)	1	(1,2)
Padres y otros familiares	0	(0,0)	1	(2,5)	1	(1,2)
Evento estresante últimos 6 meses, n (%)	13	(28,2)	8	(20,0)	21	(24,4)
APGAR familiar, n (%)						
Familia funcional	28	(60,9)	29	(72,5)	57	(66,3)
Disfunción familiar leve	8	(17,4)	10	(25,0)	18	(20,9)
Disfunción familiar moderada	8	(17,4)	1	(2,5)	9	(10,5)
Disfunción familiar severa	2	(4,3)	-	-	2	(2,3)

de riesgo donde se detecten incumplimientos del esquema de vacunación y se fomente actualizarlo.

En lo referente al apoyo y funcionalidad familiar, nuestro estudio indica que un tercio de los estudiantes tenían familias con algún grado de disfunción, 2/5 partes provenían de fuera de Bogotá y 1/5 parte viven solos. Ya que la especialización implica muchas veces alejarse de amigos y familia, se hace entonces necesario indagar por el entorno familiar, emocional y personal del residente, puesto que tal situación podría impactar negativamente en su rendimiento académico y su estabilidad individual y familiar, lo que podría convertirse en factores que aumentan el riesgo de deserción universitaria<sup>2,11,28</sup>. Ante estas problemáticas, crear un servicio de salud universitario basado en el modelo de medicina familiar buscaría, en todos los estudiantes de la FUCS, la detección temprana de factores de riesgo y enfermedades establecidas mediante un enfoque bio-psico-social, para promover el autocuidado y una cultura de la prevención y el manejo oportuno de las alteraciones de la salud<sup>29</sup>. Este es el informe de la línea de base que orientará planes de intervención en el marco de la política de universidad saludable para los estudiantes de posgrado. El impacto de dichas intervenciones será objeto de investigaciones futuras, producto del seguimiento de esta y otras cohortes de estudiantes que ingresen en la FUCS.

## Conclusiones

La mayoría de residentes percibieron su salud como buena a excelente. Los problemas de salud más frecuentes fueron el exceso de peso, el sedentarismo y el incumplimiento de esquema de inmunizaciones. La red de apoyo y funcionalidad familiar son deficientes en una tercera parte de los estudiantes. Esta información debe ser tenida en cuenta para generar planes de intervención individual y colectiva en el marco de la estrategia de universidad saludable.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz C. Crisis normativas y no normativas en la familia. En: Estrada J, editor. *Fundamentos en salud familiar*. Colombia: ACOFAME; 2008. p. 126-80.

2. Tysen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: An updated review of prospective studies. *Harv Rev Psychiatry*. 2002;10:154-65.
3. Rubinstein A, Terrasa S. Evaluación y problemas comunes de la adolescencia. En: Rubinstein A, Terrasa S, editors. *Medicina familiar y práctica ambulatoria* Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006. p. 599-613.
4. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, et al. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA*. 1997;278:823-32.
5. Dittus PJ, Jaccard J. Adolescents' perceptions of maternal disapproval of sex: Relationship to sexual outcomes. *J Adolesc Health*. 2000;26:268-78.
6. DiClemente RJ, Wingood GM, Crosby R, Sionean C, Cobb BK, Harrington K, et al. Parental monitoring: Association with adolescents' Risk behaviors. *Pediatrics*. 2001;107:1363-8.
7. Universidades e instituciones de educación superior (IES) promotoras de salud guía para su fortalecimiento y evaluación. [Documento en Internet] Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social [consultado 15 Nov 2015]. Disponible en: [http://www.javeriana.edu.co/documents/245769/3052262/guia\\_redcups\\_publicacion.2012.pdf/9c059e7b-e75c-4bbd-9950-ed1112f45c6c](http://www.javeriana.edu.co/documents/245769/3052262/guia_redcups_publicacion.2012.pdf/9c059e7b-e75c-4bbd-9950-ed1112f45c6c)
8. Yupanqui H. Evaluación y clasificación de la obesidad. [Documento en Internet] 2010. Colombia: Asociación Colombiana de Endocrinología [consultado 15 Nov 2015]. Disponible en: [http://www.endocrino.org.co/files/Evaluacion\\_y\\_Clasificacion\\_de\\_la\\_Obesidad.pdf](http://www.endocrino.org.co/files/Evaluacion_y_Clasificacion_de_la_Obesidad.pdf)
9. San Diego Prevention Research Center. Cuestionario internacional de actividad física. Versión corta formato auto administrado-últimos 7 días para uso con jóvenes y adultos de mediana edad (15-69 años) [Documento en Internet]. United States: San Diego Prevention Research Center; 2002 [consultado 15 Nov 2015]. Disponible en: [http://www.sdprc.net/wp-content/uploads/2012/06/IPAQ\\_Span\\_Short\\_SA.doc](http://www.sdprc.net/wp-content/uploads/2012/06/IPAQ_Span_Short_SA.doc)
10. Suarez M, Alcalá M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med La Paz*. 2014;20:53-7.
11. Richardson-López V. Y a nuestros residentes ¿quién los cuida? *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2006;63:155-7.
12. Decreto 2376 de 2010 por medio del cual se regula la relación docencia-servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud. *Diario oficial* 47.757 (Jul. 1, 2010).
13. Wilson P, D'Agostino R, Sullivan L, Parise H, Kannel W. Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk. The Framingham experience. *Arch Intern Med*. 2002;162:1867-72.
14. Bell JA, Kivimaki M, Hamer M. Metabolically healthy obesity and risk of incident type 2 diabetes: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Obes Rev*. 2014;15:504-15.
15. Fan J, Song Y, Chen Y, Hui R, Zhang W. Combine deffect of obesity and cardio-metabolicab normality on the risk of cardiovascular disease: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Int J Cardiol*. 2013;168:4761-8.
16. Hu FB. Resolved: there is sufficient scientific evidence that decreasing sugar-sweetened beverage consumption will reduce the prevalence of obesity and obesity-related diseases. *Obes Rev*. 2013;14:606-19.
17. Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Després JP, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*. 2010;33:2477-83.
18. World Health Organization. Dietary intake of fruit and vegetables and risk of diabetes mellitus and cardiovascular diseases. [Documento en Internet] Suiza: World Health Organization; 2005 [consultado 10 Nov 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/f&v\\_cvd\\_diabetes.pdf?ua=1](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/f&v_cvd_diabetes.pdf?ua=1)
19. Vargas M, Becerra F, Prieto E. Evaluación de la ingesta dietética en estudiantes universitarios. Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2010;12:116-25.
20. Orduz J, Chacón N, Rozo G, Beltrán D, Ospina J. Prevalencia de factores de riesgo cardiometabólicos en docentes y estudiantes de posgrado de la FUCS segundo semestre 2010. *Repert Med Cir*. 2012;21:172-8.
21. Ministerio de Protección Social. Encuesta nacional de situación nutricional en Colombia-ENSIN [libro electrónico]. Colombia: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; 2010 [consultado 15 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/ENSIN1/ENSIN2010/LibroENSIN2010.pdf>
22. Cuba J, Ramírez T, Olivares B, Bernu I, Estrada E. Estilo de vida y su relación con el exceso de peso, en los médicos residentes de un hospital nacional. *An Fac Med*. 2011;72:205-10.
23. Centro de control y prevención de enfermedades. Inmunización del personal de salud: recomendaciones del comité asesor sobre prácticas de inmunizaciones (ACIP) y del comité asesor sobre prácticas para el control de infecciones hospitalarias. United States: Centro de Control y Prevención de Enfermedades; 1997. Reporte n.º: RR-18.
24. Ministerio de Salud de Argentina. Vacunación del personal de salud [documento en Internet]. Argentina: Ministerio de Salud de Argentina [consultado 10 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/inmunizaciones/normas-vacunacion-personal-salud.pdf>
25. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Reglamento estudiantil postgrado [documento en Internet] Colombia: 2011 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud [consultado 10 Nov 2015]. Disponible en: [http://www.fucsalud.edu.co/images/PDF/documentos-importantes/REGLAMENTO\\_POSGRADOS.pdf](http://www.fucsalud.edu.co/images/PDF/documentos-importantes/REGLAMENTO_POSGRADOS.pdf)
26. Alba S, Barrera C, Castilla AL, Ramírez JD, Romero MA, Saldarriaga LM, et al. Estado de inmunizaciones en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales del 1 a 10 semestre. Año 2005-2006. *Arch Med*. 2006;14:31-41.
27. Serrano C, Jiménez L, Fernández-Pacheco B, Valle MLI, O'Connor S, Caso C. Seroprevalencia y conocimiento de vacunación en nuevos residentes. *Med Segur Trab*. 2009;55:101-10.
28. Martínez-Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Rev Fac Med UNAM*. 2005;48:191-7.
29. Arias L. Principios de medicina y salud familiar. En: Estrada J, editor. *Fundamentos en salud familiar*. Colombia: ACOFAME; 2008. p. 17-76.