



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 14
DELEGACION NORTE DEL D.F.**

TITULO DE LA TESIS:

**“NIVEL DE APTITUD CLINICA EN LOS MEDICOS FAMILIARES
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 35 DEL IMSS”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. MARIO ARVIZU FLORES

MEXICO D. F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TITULO DE LA TESIS:

**“NIVEL DE APTITUD CLINICA EN LOS MEDICOS FAMILIARES
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 35 DEL IMSS”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA: DR. MARIO ARVIZU FLORES.

AUTORIZACIONES:

Marta Patricia Dorado Gaspar

Dra. Marta Patricia Dorado Gaspar

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 14 IMSS**

Laura Olalde Montes de Oca

ASESOR METODOLOGICO DE LA TESIS

**COORDINADOR CLINICO EDUCACION E INVESTIGACION EN
SALUD U.M.F. No 14 IMSS**

Ruben Hernandez May

ASESOR DEL TEMA DE TESIS

JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO DE LA U.M.F. No 14 IMSS

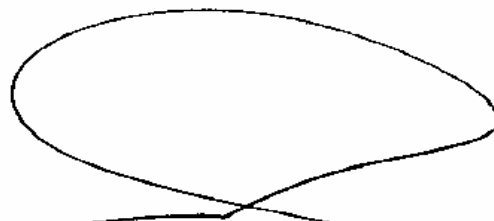
NIVEL DE APTITUD CLÍNICA EN LOS MÉDICOS FAMILIARES DE LA UMF 35
DEL IMSS

TABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

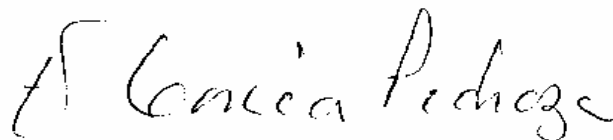
PRESENTA:

MARIO ARVIZU FLORES

AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

TITULO DE LA TESIS

NIVEL DE APTITUD CLINICA EN LOS MEDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 35 DEL I. M. S. S

INDICE

1) Título.....	Pág.	1.
2) Índice general.....	Pág.	2.
3) Marco teórico.....	Pág.	4.
a) Antecedentes históricos de la medicina familiar.....	Pág.	4.
b) Definición de médico familiar.....	Pág.	6.
c) Definición de medicina familiar.....	Pág.	6.
d) Perfil del médico familiar.....	Pág.	7.
e) ¿ Qué es la aptitud clínica ?.....	Pág.	8.
f) Evaluación de la aptitud clínica en el médico familiar.. ..	Pág.	9.
g) La certificación médica y la medicina familiar	Pág.	11.
4) Planteamiento del problema.....	Pág.	14.
5) Justificación.....	Pág.	15.
6) Objetivos.....	Pág.	16.
a) General.		
b) Específicos.		
7) Metodología.....	Pág.	17.
a) Tipo de estudio.....	Pág.	18.
b) Población, lugar y tiempo de estudio.....	Pág.	18.
c) Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	Pág.	18.
d) Criterios de inclusión, eliminación y exclusión.....	Pág.	19.
e) Variables a recolectar.....	Pág.	20.
f) Recursos humanos, físicos y financieros.....	Pág.	21.
g) Consideraciones éticas.....	Pág.	22.
8) Resultados.....	Pág.	23.
a) Descripción.		
b) Graficas.		
9) Discusión.....	Pág.	32.

10) Conclusiones.....	Pág.	35.
11) Referencias bibliograficas.....	Pág.	37.
12) Anexos.....	Pág.	39.

MARCO TEORICO

a) ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA MEDICINA FAMILIAR

El 31 de diciembre de 1949 por decreto presidencial se reformó la *Ley de Secretarías y departamentos de Estado*, creándose la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, donde se empezaría a gestar como práctica la seguridad Social. Se contemplaba en dicho proceso a los servicios médicos. Seis meses después, el 18 de junio de 1941, se firmó el acuerdo por el cual se conformo una comisión técnica encargada de elaborar un proyecto de ley sobre seguros sociales. La comisión estuvo formada por autoridades gubernamentales, representantes empresariales y líderes sindicales: los tres grupos se ocuparían de financiar lo que sería el Instituto Mexicano del Seguro Social. (1)

En el Diario Oficial del 10 de enero de 1943 se publicó la *Ley del Seguro Social*, firmada por el presidente de la República, Manuel Ávila Camacho.

La ley del señalaba que el IMSS era un organismo descentralizado, con personalidad jurídica propia, sostenido económicamente por el Estado, los Patrones y los empleados.(1)

Sus beneficiados eran básicamente los empleados salarios del sector privado y sus familiares; sus acciones se orientaba a otorgar servicios en caso de accidentes de trabajo enfermedades profesionales, enfermedades no profesionales, maternidad, invalidez, vejez, muerte y cesantía por edad avanzada. (1)Como podemos apreciar, en la filosofía mexicana de la medicina social, una idea central es la de la *atención integral* a la salud del grupo familiar, nudo fundamental del tejido social. (2)

En este sentido, es sólo natural que en el desarrollo en México de la Medicina Familiar corra casi paralelo a la existencia del Instituto Mexicano del Seguro Social. (2)

La medicina familiar fue creada a nivel mundial como una estrategia con el fin de resolver el problema de los insuficientes recursos con que se cuenta para la atención médica; se pretendía capacitar a un miembro de la familia que se responsabilizara del cuidado, la atención de la salud y los enfermos que hubiera en ella, esto se presentó durante los años sesenta.(3)

El Instituto Mexicano del Seguro Social determinó que la Medicina Familiar era una buena estrategia y decidió aplicarla en sus derechohabientes. Creó la atención por médico familiar, el cual se esperaba que fuera un médico que se dedicara integralmente a la atención de las familias que se le adscribían, con sueldo adecuado que le permitiera vivir dignamente, sin tener que buscar otros ingresos por fuera. La atención que se proporcionaba estaba dentro de la lógica anterior, el pensamiento de los médicos era lineal, se buscaba siempre la

causa-efecto, y la atención era totalmente organicista. (4)

Históricamente el concepto de Medicina Familiar en nuestro Instituto aparece Por la inquietud de un grupo de médicos tamaulipecos que llaman la atención

Institucional hacia la necesidad de reestructurar el sistema de la atención médica entonces operante, que en los primeros años de la Institución , en la que pudiéramos llamar su etapa de organización, no se prestaba a través de un médico determinado para la población definida y aún las vistas domiciliarias las que realizaban varios médicos indistintamente, con la consecuencia natural de que raramente se establecía una relación adecuada y continuada con el paciente, se carecía de un cabal conocimiento de sus antecedentes y se dificultaba severamente el seguimiento de sus tratamientos, historias clínicas y datos familiares.(4)

En 1954 se plantea inicialmente la posibilidad de que ensayando un programa diferente se asumiera el concepto de “un Médico de Familia “que trabajando en equipos médicos atendiera a grupos concretos de población asegurada.

En 1955, casi dos años después del planteamiento inicial se instituye el Sistema Médico Familiar, en el que el médico cuenta con población adscrita. (5)

Al inicio este sistema, Medicina Familiar era atendida en la institución por médicos generales a veces limitados en sus conocimientos y carentes de habilidad técnica para abordar la medicina desde un punto de vista familiar, y por médicos provenientes de especialidades tradicionales, con una alta calificación técnica en su rama, pero sin conocimientos específicos ni actitud para ejercer una medicina realmente familiar. (5)

En México la idea germinal de medicina familiar nace en nuestro instituto, en respuesta práctica a necesidades concretas de la Institución y sus derechohabientes, y se desarrolla con el objetivo primordial de superar los niveles de calidad eficiencia en la atención que prestaba nuestra entonces joven institución. (5)

La medicina familiar juega un papel de suma importancia en el reconocimiento precoz de las enfermedades, en su manejo integral, en la prevención de posibles complicaciones, y sobre todo, en el mantenimiento de la salud y la protección oportuna de los riesgos.(5) La medicina familiar en el Seguro Social es una respuesta al imperativo de atender íntegramente al ser, en cuanto al cuerpo humano y al cuerpo social, a través del núcleo colectivo original que es la familia.(5)Esta concepción de la medicina familiar se arraiga en el Instituto Mexicano del Seguro Social, al reconocer éste la necesidad de formar sus propios cuadros profesionales en medicina familiar. Por lo que en el año de 1971 el IMSS, creó el curso de Especialización, en donde el enfoque debería ser con la nueva

sistémico y dialéctico, que considerara íntegramente a los individuos con sus filosofía, ya no se requería de un pensamiento lineal sino de un pensamiento aspectos social, orgánico y psicológico. Se requería tomar a la familia como una célula de la sociedad, el enfoque estaba orientado a la teoría general de sistemas, donde la familia era un subsistema del microsistema social, y el individuo un subsistema del sistema familiar. A través de estos estudios de especialización se permite al médico general constituirse en un especialista de rango tan elevado y de igual distinción académica como la de cualquier otra especialidad médica. Para 1982 existían un total de 17 sedes en el IMSS. Y egresaban un promedio de 270 médicos por generación (6) Para el 28 de febrero de 1992 se formaron 10.316 especialistas y para el 28 de febrero de 1993 se contabilizaban 10,541 médicos especialistas en medicina familiar (7).

Como podemos apreciar con los antecedentes históricos de la medicina familiar sus principios y objetivos están bien definidos, sin embargo, surge la necesidad de definir, ¿Qué es un médico familiar? Y ¿ Qué es la medicina familiar?

b) DEFINICIÓN DE MEDICO FAMILIAR

Especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico. (8)

c) DEFINICIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

Es una especialidad médica y disciplina académica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia.(8). Así también, es una disciplina académica y especialidad médica que comprende una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes: (9)

Continuidad: se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos, sin importar edad, sexo, ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación. (9)

Acción anticipatoria; se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/ o el medio que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad. El enfoque de riesgo brinda la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades, en una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales. (9)

Estudio de la familia: permite el entendimiento del entorno biopsicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupos social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud, ya sea individual o familiar. (9)

Sin embargo, para que se cumplan adecuadamente estas actividades, el médico familiar debe de poseer un perfil profesional propio, que lo diferencie del resto de los especialistas.

d) PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR.

Hablar de un perfil profesional, es hablar de un modelo ideal del profesionista, que la institución formadora espera alcanzar en sus egresados (10). Por ello el médico familiar debe de contar con el siguiente modelo o perfil: (9)

- Actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud, integra las ciencias biológicas, sociales y de la conducta; su campo de acción se desarrolla sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades.(9)
- El ejercicio de sus acciones tiene como marco de referencia la atención médica primaria, la atención que otorga es integral y continua, lo cual se contrapone a la atención esporádica y fragmentada de otros especialistas, esta atención se lleva a cabo en el consultorio, en el hogar del paciente y en los propios servicios hospitalarios.(9)
- A lo largo de su practica reconoce la necesidad de compartir el estudio, análisis y tratamiento de los problemas de salud de su población con otros especialistas y trabajadores de la salud. Es el coordinador de los recursos disponibles en la comunidad, para la atención de los problemas de salud.(9)
- Es por excelencia un clínico genuinamente interesado en la salud de sus pacientes, cada contacto con ellos es para él una oportunidad para efectuar acciones preventivas de educación para la salud, sin que por ello se limite su capacidad para diagnosticar y tratar los padecimientos agudos y crónicos que con mayor frecuencia se presentan en su población.(9)
- Busca comprender el contexto en el que se presentan los problemas de salud de sus pacientes, al tiempo que concede importancia central a los aspectos subjetivos de la práctica médica, de tal forma que actitudes, valores, sentimientos y niveles de interrelación son permanentemente analizados y manejados por él. Esta actitud permite fortalece la relación médico-paciente evitando la despersonalización y la deshumanización de su práctica médica.(9)

- El médico familiar tiene el compromiso y responsabilidad con la persona y el núcleo familiar, más que con un cuerpo de conocimientos, un grupo de enfermedades o la práctica de una técnica especial. Enfrenta los problemas de salud de sus pacientes en estadios sintomáticos y asintomático y estudia las características y consecuencias de la enfermedad a lo largo de su historia natural, Por lo que con frecuencia deben atender signos y síntomas aislados, más que cuadros clínicos definidos, o bien enfrentarse a las complejidades derivadas del diagnóstico de múltiples padecimientos.(9)
- El médico familiar entiende la organización de su práctica profesional no sólo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo. Por ello, maneja el concepto epidemiológico de riesgo, mismo que aplica, de nueva cuenta, tanto en lo individual como en lo colectivo.(9)

Con lo anteriormente expuesto, podemos apreciar que el médico familiar debe de contar con conocimientos, características y habilidades específicas, propias que lo van a distinguir de todo el resto de los especialistas y todos estos atributos, son los que nos van a dar la aptitud clínica con la que debe de contar el médico familiar.

e) ¿QUÉ ES LA APTITUD CLINICA?

El concepto de aptitud clínica es aún impreciso, va desde algunos atributos que se exigen para la certificación de la competencia clínica de los candidatos al Consejo Americano de Medicina Interna de EUA, como son; las habilidades para la entrevista médica y la elaboración de las historias clínicas; la comunicación interpersonal, el examen físico y la solución de problemas clínicos., hasta los postulados filosóficos de Platón, que pensaba que la habilidad ” del que sabe combinar el conocimiento con el arte”, es una persona competente, o como creía Hipócrates, que era “ el arte del desprendimiento-la virtud del método “. También Puede corresponder al análisis de las tareas que realiza el médico lo que se sustenta en una base más práctica. O el consenso de expertos que utilizan el contenido de una disciplina; o a los estudios descriptivos que se basan en las actividades diarias de los médicos, que permiten la selección de 80 variables; a la calidad del manejo de los problemas de salud más frecuentes, a la proporción en que se realiza la consulta médica, la investigación y la educación, a la capacidad del razonamiento del clínico; a la opinión de los pacientes y consumidores o al resultado de estudios epidemiológicos y de la calidad de la atención.(11)

También, en el concepto de aptitud clínica se entrelaza e integra lo afectivo, lo psicomotor, lo cognitivo en una nueva síntesis, evitando la disociación y la dispersión a la hora de reflexionar sobre los aconteceres y de evaluar (12).

Por lo tanto resulta difícil hacer una definición precisa y clara de lo que es la aptitud clínica, ya que también todos los autores consultados tienen su propia

conceptualización, sin embargo, para nuestro propósito mencionaremos la definición que hace Castellanos (13) ya que nos parece ser la más completa y la más apegada a nuestro fin. Entonces tenemos que la aptitud clínica es considerada como la capacidad para afrontar y resolver problemas clínicos y que implica habilidades como la reflexión y la generación de criterio propio, integrando la teoría y la práctica y utilizando indicadores que se refieren a las capacidades de análisis, reflexión, síntesis y la clínica aplicada a situaciones clínicas reales.

f) EVALUACIÓN DE LA APTITUD CLINICA EN EL MEDICO FAMILIAR

El acelerado desarrollo tecnológico ha traído como consecuencia modificaciones importantes y diversificación en el ejercicio de la medicina. Para dar respuesta a las necesidades, expectativas y exigencias de la sociedad actual, se requiere de un médico que haya logrado un nivel de aptitud clínica adecuado, de tal manera que sea capaz de proporcionar una atención integral y al mismo tiempo mantener el aspecto humanitario a través de su relación con el paciente. Es por esto que la enseñanza clínica y su evaluación siguen siendo aspectos de gran relevancia en la formación del médico familiar(14).

Las relaciones sociales entre países desarrollados han generado en estos últimos el surgimiento de sociedades pasivas con tendencia a la inercia y la inmovilidad. Sumado a esto, el avance científico y tecnológico, exigente de una división del trabajo cada vez más especializada, ha contribuido a la formación de especialistas del tipo excluyente, centradas solo en el conocimiento propio de su área de trabajo. (15).

La educación es un fenómeno social que no puede ser comprendido si no se demuestra la forma como participan en su conformación aspectos económicos, jurídicos, políticos, culturales e ideológicos del mismo sistema social del cual es parte (15).

La evaluación es una expresión de los valores prevalecientes de la cultura y de la educación de la sociedad que las contiene, es un proceso que avanza por aproximaciones sucesivas hacia el conocimiento de cierta realidad educativa. (16)

En este acercamiento se pretende dejar de la pretensión de alcanzar el conocimiento totalizador, exhaustivo y acabado del aprendizaje. Interesa acercarse a indicios profundos y reveladores de los efectos de la educación médica. Busca manifestaciones propias del quehacer clínico donde se exprese el papel de la experiencia – años de práctica- para valorar el grado de refinamiento de la aptitud clínica del médico familiar.(16).

En sentido estricto también, ningún sistema de evaluación es suficiente para identificar manifestaciones de aprendizaje que ocurren como efecto de las tareas educativas, pero es indispensable reconocer que es precisamente a través de la evaluación y de los instrumentos elaborados para ello, como se hacen patentes

los alcances y limitaciones de la práctica educativa, para estar en posibilidades de propiciar la superación de dicha tarea. El papel que desempeña la evaluación en el proceso de formación de los profesionales de la salud-y de todos los profesionales- tiene implicaciones muy profundas, por ello, los instrumentos de evaluación deben ocupar un lugar privilegiado. (17)

La evaluación de la aptitud clínica como eje de análisis se debe a que su estudio revela el tipo de experiencia a la que ha estado expuesta el medico familiar, su indagación puede permitir clarificar las condiciones de su practica. (16).

Particularmente importa el criterio propio en la toma de decisiones en la atención del paciente, porque ahí se expresa el tipo de experiencia a la que ha estado expuesto, su indagación puede permitir clarificar los alcances del proceso educativo (18)

En la aptitud clínica interesa valorar la habilidad para tomar decisiones clínicas convenientes, incluye mirar a las alteraciones del estado del paciente producidas por el médico – iatrogenias-. (18). Esto es posible en el proceso de evaluación al sopesar los riesgos que potencialmente y efectivamente dañan al paciente en el proceso de atención, importa , además, estimar el balance entre beneficios y riesgos que ayuda a ponderar la cualidad de las decisiones, estudiar la magnitud de la iatropatogenía, entendida como el efecto desfavorable a la salud de los pacientes provocando por la institución médica, sea por la omisión o comisión de las decisiones relacionadas con el diagnostico o tratamiento, que trae como consecuencia los daños claros o potenciales a la salud del paciente.

La medicina familiar en particular debe de procurar que los médicos residentes y especialistas tengan cada vez mayor aptitud clínica en el manejo de las familias con problemas de salud, por lo que es necesario evaluar con que profundidad se adquiere esa aptitud (19)

La aptitud clínica del médico familiar se desarrolla primordialmente a través del proceso formativo del curso de la especialidad, en donde se resalta, por su importancia, la aptitud clínica en el manejo de la familia, que es la principal unidad de análisis del proceso salud-enfermedad de la medicina familiar, y la cual conjunta riesgos y características que brindan todo un perfil de salud de cada uno de sus integrantes. (19)

Se parte de la premisa de que el mejor sistema de evaluación es insuficiente para agotar la diversidad de las manifestaciones de la educación médica y de que un método de evaluación por si solo no alcanza a dar respuesta a las necesidades de información de las acciones educativas emprendidas. (16)

Esta situación hace difícil llevar a cabo la evaluación de la aptitud clínica utilizando solo un método, por lo que Neufeuld, propone la categorización de las

competencias clínicas.(11) EL evaluador de la competencia clínica, tendrá que adaptar a una situación dada los esquemas de categorización que ha continuación se mencionan ; (21)

1. Manejo de indicadores clínicos familiares: se refiere a la identificación de signos y síntomas que presenta uno o más integrantes de la familia y que se encuentran relacionados o son el reflejo de una alteración de la dinámica de una familia, expresándose en enfermedad. Este indicador alude a la capacidad del médico para integrar dichos factores, mediante la elaboración de hipótesis diagnósticas.(21)
2. Uso pertinente de recursos diagnósticos: alude al manejo de pruebas clínico-patológicas de laboratorio y gabinete, el uso de células de diagnóstico funcional de la familia y la guía para la elaboración de estudios integrales de la salud familiar.(21)
3. Uso de recursos terapéuticos, capacidad para jerarquizar el manejo integrador de la familia en las esferas biológicas, psicológicas y social del proceso salud enfermedad.(21)
4. Conformación social de la familia, capacidad para integrar un diagnóstico de la tipología, funciones sociales, roles formales e informales de la familia en estudio su importancia en la producción de salud o enfermedad.(21)
5. Factores psicológicos: capacidad de integrar un diagnóstico de la tipología, funciones sociales, roles formales e informales de la familia en estudio y su importancia en la producción de salud o enfermedad del grupo familiar.(21)

Ahora bien, para la evaluación se recomienda usar el instrumento adecuado, el cual deberá reunir criterios de; *credibilidad* (*mide lo que deseamos medir*). *Comprensión o validez del contenido* (¿ considera las cosas más importantes ?), *confiabilidad*(¿ mide el mismo contenido bajo diferentes situaciones ?) *factibilidad* (costo y facilidad de su aplicación). Sea cual sea el instrumento que se utilice para medir la competencia clínica, debemos de tomar en cuenta, que la evaluación de dicha competencia tendrá por objeto, salvaguardar la salud colectiva. (24).

g) LA CERTIFICACIÓN MÉDICA Y LA MEDICINA FAMILIAR

Resulta muy interesante observar como muchos países de todos los continentes del mundo han desarrollado acciones tendientes a garantizar la calidad de los servicios de salud proporcionados a la población, y que van desde el ámbito de la formación de médicos en las escuelas y facultades de medicina, la certificación o acreditación de unidades médicas y la certificación y recertificación de médicos generales y especialistas. (22)

A pesar de que la certificación es un estándar buscado desde hace mucho tiempo, llama la atención la gran diversidad de interpretaciones que se dan a este término en los diferentes países. Para algunos, la certificación es aquella que se obtiene al concluir los estudios de postgrado en una residencia médica y que corresponde a la aprobación de las evaluaciones correspondientes que permiten acreditar al médico para el ejercicio de la profesión; en otros países se les denomina certificados a los médicos que al concluir la residencia en un programa formal, no aprueban las evaluaciones correspondientes, y por ese motivo deben someterse a una evaluación extraordinaria, que les permita acreditar su competencia como especialistas ante la sociedad; en otros más se les denomina certificación a la acreditación de médicos generales como especialistas (Medicina Familiar), a través de la aprobación de algunos cursos, prácticas clínicas, etc y que son evaluadas por algún comité académico.(22)

En México, al igual que en Estados Unidos y Canadá, la certificación es entendida como aquella acreditación realizada por los pares (evaluación por especialistas de formación similar a la del sustentante; de reconocido prestigio académico, clínico y de investigación en el ámbito nacional; vasta experiencia en el quehacer cotidiano de la especialidad, que permite establecer los estándares mínimos que cualquier especialista del país debe poseer para ejercer la profesión, independientemente de la institución formadora en la que haya realizado la residencia y obtenido el diploma de especialista que le faculte ejercer como tal). (22)

Es decir, certificar a un médico especialista, implica dar por cierto que cuenta con los conocimientos necesarios y las habilidades indispensables dentro de su área de competencia (Medicina Familiar), Las cuales ha obtenido por medio de una preparación cuidadosa y amplia en el campo de su disciplina a través de un programa formal de especialización. Por tanto, el médico certificado es reconocido por haber demostrado ante sus pares y para beneficio de la sociedad, que esta capacitado y es competente para ejercer la especialidad y que es diferente a cualquier otro que no haya sido evaluado. (22)

El hecho de contar con un diploma que acredite a un individuo como especialista no garantiza que en realidad cuente con las competencias requeridas para ejercer la profesión, en cualquier entidad federativa del país, área geográfica o institución, dadas las diferencias sustanciales que se pueden dar en algunas de las unidades formadoras de médicos residentes.(22)

El consejo de certificación deberá tener como único objetivo la certificación y recertificación de especialistas; trabajar en estrecha coordinación con las universidades e instituciones de salud, en las que se forman y laboran los médicos familiares, de manera que los resultados de las evaluaciones realizadas permitan no sólo retroalimentar a las instituciones referidas en cuanto al nivel académico de los sustentantes, sino además identificar y diferenciar la calidad de las diferentes instituciones formadoras de una manera más objetiva. (22)

La responsabilidad del Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar considerar en las evaluaciones periódicas que lleva a cabo por concepto de recertificación, todas aquellas tareas que pueden acreditar la capacidad científica y técnica de los individuos y no solamente las relacionadas con la educación médica continua, tales como el quehacer docente, la calidad el trabajo asistencial, la investigación, la organización participación en grupos colegiados, la preparación de manuales y material de apoyo asistencial y docente, etc. La idea es constatar que la recertificación que se efectúa cada cinco años, realmente pueda acreditar que un individuo sigue siendo competente para el ejercicio de la especialidad (Medico Familiar), de manera que nunca podrá definirse la certificación como definitiva, siempre tendrá carácter temporal. (22)

En conclusión podemos decir, que el médico certificado es un profesionista que cuenta con los conocimientos y destrezas necesarias para ejercer una especialidad, ya que efectuó estudios de postgrado durante el tiempo que exige el plan de estudios de la institución universitaria y hospitalaria en donde realizo su entrenamiento garantizando con ello a las instituciones y a los usuarios, una atención actualizada, responsable y de calidad. Esta garantía se acrecienta cuando el médico se recertifica periódicamente, lo que significa que continua renovando sus conocimientos y destrezas, y sigue manteniendo su preparación acorde al progreso de la ciencia médica. (23)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUAL ES LA APTITUD CLINICA DEL MEDICO FAMILIAR PARA IDENTIFICAR LA SITUACION FAMILIAR DEL PACIENTE DE LA UMF 35?

JUSTIFICACIÓN

Al ser la familia la base de la sociedad y a la vez ser el objeto principal de estudio del Médico familiar, es necesario que éste tenga una aptitud clínica desarrollada en la identificación de la situación familiar en la que se encuentre el paciente que lo consulte. Esta detección de la situación familiar permitirá identificar al o los integrantes de esa familia que presenten alteración, y que genere disfunción en la dinámica familiar

Sin embargo se ha observado que esta aptitud con la cual fue formado el médico familiar no se ve reflejada en su actividad diaria, desconocemos las causas reales de esta conducta.

OBJETIVOS:

a) OBJETIVO GENERAL:

Medir el índice de Aptitud Clínica (AC) entre los médicos familiares de la UMF 35.

b) OBJETIVO ESPECIFICO:

Identificar las características personales y profesionales de los Médicos Familiares participantes.

METODOLOGÍA

Se les aplico al universo total de Médicos familiares especialistas de la UMF 35, y que cumplieron con los criterios de inclusión así como los que aceptaron participar en el estudio, fueron excluidos los médicos generales que tienen cédula de especialista en medicina familiar otorgada por la DGP, a los médicos seleccionados se les aplico una cédula de datos personales y profesionales, e instrumento validado por ronda de expertos, ya que actualmente a nivel nacional no existe un instrumento validado para medico familiar en el área de nuestro estudio, aplicándosele el coeficiente de consistencia interna de Kuder- Richarson a dicho instrumento el cual obtuvo 0.81. El instrumento diseñado consta de cuatro casos clínicos reales tomados de la consulta externa de medicina familiar, dividiéndolos en fragmentos seguidos por un tallo de preguntas las cuales permiten conocer y evaluar componentes de la estructura familiar, tipo de familia, ciclo vital, factores de riesgo psicosocial, vínculos familiares, crisis familiares, alteraciones en la comunicación.

Las respuestas son en función de tres opciones: falso verdadero y no sé. Así mismo a una respuesta correcta se le suma un punto (+1), a una respuesta incorrecta se le resta (-1), y a la respuesta no sé no se le suma ni se le resta puntos. La escala de calificación se fijo en 132 puntos con los siguientes grados de aptitud, por medio de una escala de Liker que va de muy bajo a muy alto. Este instrumento mide el desempeño global del médico.

1-26	aptitud clínica muy baja
27-52	aptitud clínica baja
53-79	aptitud clínica media
80-105	aptitud clínica alta
106-132	aptitud clínica muy alta

Las respuestas se obtuvieron de la suma de las respuestas correctas a las cuales se les resto las incorrectas, las respuestas no sé no tuvieron valor numérico.

Con el fin de estimar la confiabilidad del instrumento se les aplico a médicos familiares egresados de la especialidad (prueba piloto) de la UMF 14.

Cabe hacer mención, que las aplicaciones de estas cédulas e instrumento al personal participante se hicieron apegados a los lineamientos éticos establecidos. Así mismo, se analizo la información con estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central, tales como la moda, mediana y media aritmética, así también, la medida de dispersión como lo es la desviación estándar, los resultados de estas medidas se mencionaran en el capítulo correspondiente.(25) (26).

a) TIPO DE ESTUDIO

Transversal. observacional, prospectivo y abierto.

b) POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Se realizará en la unidad de Medicina Familiar No. 35, perteneciente a la delegación 2 NORESTE del IMSS, del Distrito Federal, y se aplicará a todos los médicos familiares, que laboren en la clínica referida, o bien, a todos aquellos que deseen participar en el presente estudio.

c) TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Debido al tipo de estudio que se va a realizar, no es factible estimar estadísticamente el tamaño de la muestra, ya que serán tomados en cuenta todos los médicos familiares de la UMF # 35 del IMSS, que cumplan los criterios de inclusión y que deseen participar en el estudio.

d) CRITERIOS DE INCLUSION:

Médicos Familiares con especialidad.
Adscritos a la U. M. F. # 35 del IMSS.
Ambos géneros.
Se encuentren laborando durante el estudio.
Ambos turnos.

d) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Médicos Generales con cédula de especialista en Medicina Familiar
que no deseen participar.

d) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Encuestas incompletas.

VARIABLES A RECOLECTAR

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
EDAD	AÑOS DESDE EL NACIMIENTO A LA ACTUALIDAD	EDAD EN AÑOS EN EL MOMENTO DE EL ESTUDIO	ESCALAR	AÑOS
GENERO	DIFERENCIA FÍSICA CONSTITUTIVA DEL HOMBRE Y LA MUJER	FENOTIPO EXTERNO	DICOTOMICA NOMINAL	MASCULINO FEMENINO
ESTADO CIVIL	CONDICION DE UN INDIVIDUO EN SU RELACION CON LA SOCIEDAD	SITUACIÓN CIVIL EN EL MOMENTO DEL ESTUDIO	ORDINAL	SOLTERO CASADO VIUDO UNION LIBRE
TIPO DE FAMILIA	UNION FORMADA POR EL PAPA , LA MAMA Y LOS HIJOS	TIPO DE FAMILIA EN EL MOMENTO DEL ESTUDIO (APLICACIÓN DE ENCUESTA)	ORDINAL	NUCLEAR EXTENSA COMPUESTA
AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN EL IMSS	TIEMPO LABORADO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN O HABITAD LABORAL	ANTIGÜEDAD LABORAL EN EL IMSS AL MOMENTO DEL ESTUDIO	ESCALAR	AÑOS
INSTITUCIÓN DEL SECTOR SALUD DONDE REALIZO SU ESPECIALIDAD	INSTITUCIÓN DE SALUD DONDE SE REALIZA LAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS A NIVEL POSGRADO	INSTITUCIÓN DE SALUD DE DONDE PROCEDA EL MEDICO DE HABER REALIZADO EL POSGRADO	ORDINAL	IMSS ISSSTE SSA PRIVADO
TIEMPO DE EGRESO DE LA ESPECIALIDAD	TIEMPO DE EGRESO DEL POSGRADO DE MEDICINA POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD	TIEMPO EN AÑOS DE EGRESO DEL POSGRADO DE MEDICINA	ESCALAR	AÑOS
PROCESO DE CERTIFICACION	DAR POR CIERTA UNA COSA O REAFIRMARLO Y ESPECIALMENTE LA PERSONA AUTORIZADA CON CARÁCTER OFICIAL	REALIZACIÓN DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN ANTE EL CONSEJO	DICOTOMICA NOMINAL	SI NO.
APTITUD CLINICA	APTITUD PARA ENFRENTAR APROPIADAMENTE LA SITUACION CLINICA	APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE APTITUD CLÍNICA, CASOS CLÍNICOS	ORDINAL	MUY BAJA BAJA MEDIA ALTA MUY ALTA

f) RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS:

Médicos Familiares.

Autor y asesores.

Fotocopias de las encuestas.

Lápices.

Sistema de cómputo.

Software SPSS. Versión 10.

g) FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS:

La investigación se apega y sustenta en las bases de La ley general de salud en materia de salud e investigación, con respaldo legal para su desarrollo en la Declaración de Helsinki modificada en Tokio y en Venecia.

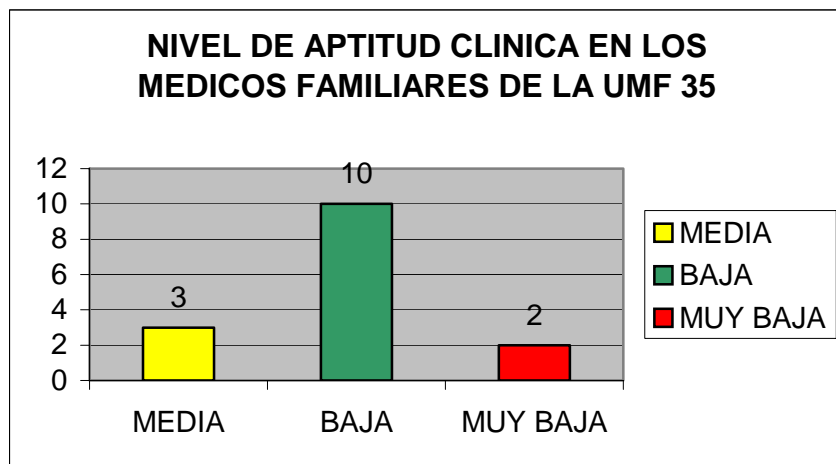
RESULTADOS

El coeficiente de consistencia interna del instrumento, se realizo mediante la prueba de Kuder – Richarson, la cual fue de 0.81.

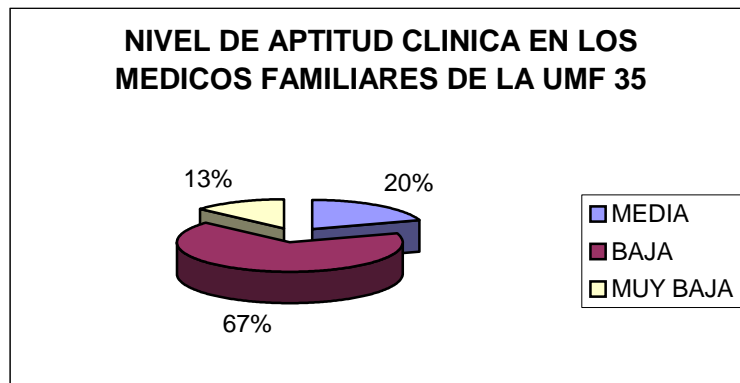
Con las medidas empleadas para realizar el análisis estadístico se obtuvo una media de 84, una mediana de 87, una moda de 87, y una desviación estándar de 7.1.

Los resultados obtenidos de manera general fueron los siguientes:

De los 15 médicos participantes en el estudio, 3 se incluyeron en el grupo de la competencia clínica media (20%), 10 en el grupo de la aptitud clínica baja (66.7%), y 2 en el grupo de la aptitud media muy baja (13.3 %). (Graficas 1 y 2).

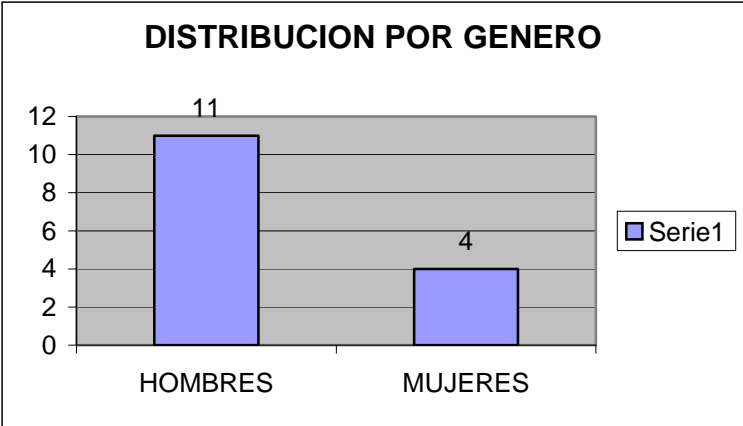


Grafica 1

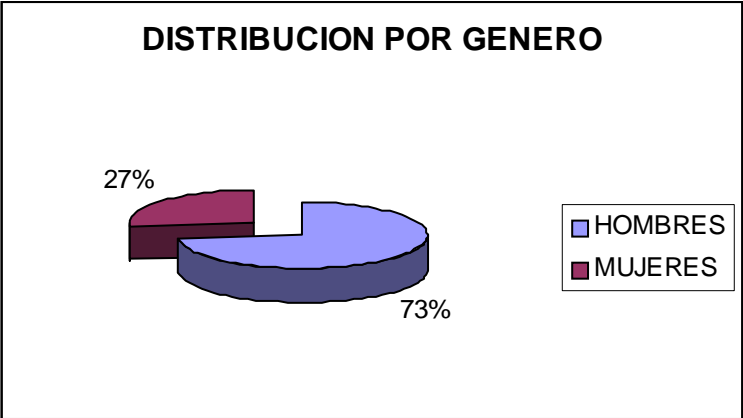


Grafica 2

Con respecto al género de los médicos participantes tenemos que: de los 15 médicos familiares 11 fueron hombres (73.3%) y 4 mujeres (26.7%). (Graficas 3 y 4).

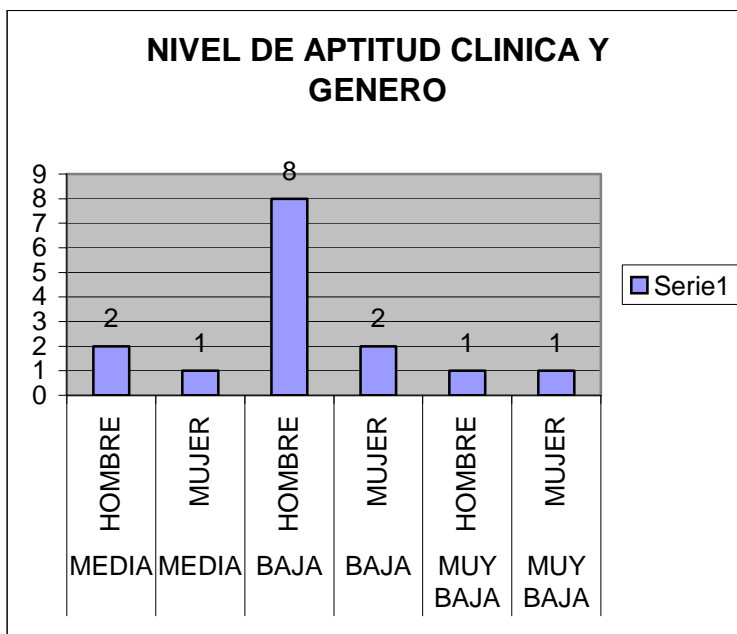


Grafica 3

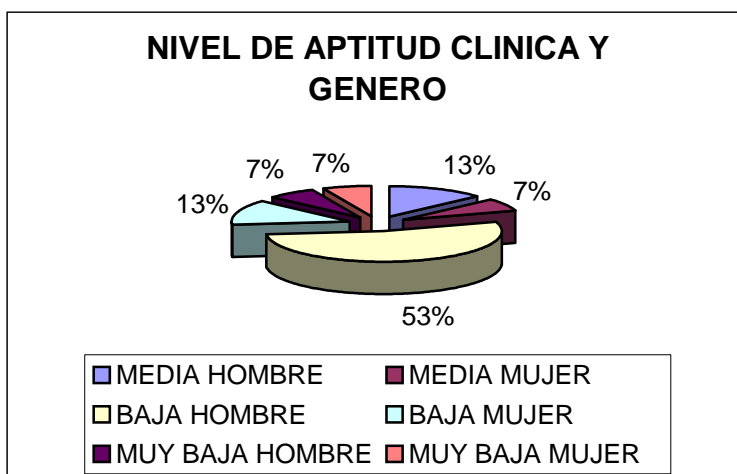


Grafica 4.

Al investigar el nivel de aptitud clínica y el género encontramos que: De los 15 médicos familiares participantes, 11 de ellos fueron del género masculino, de los cuales, 2 se incluyeron en el grupo de la aptitud clínica media (13.3%), 8 en el grupo de la aptitud clínica baja (53.3 %), y 1 en el grupo de la aptitud clínica muy baja (6.7 %). Y de las cuatro mujeres participantes 1 se incluyó en el grupo de la aptitud clínica media (6.7 %), 2 en el grupo de la aptitud clínica baja (13.3 %), y 1 en el grupo de la aptitud clínica muy baja (6.7 %). (Gráficas 5 y 6).

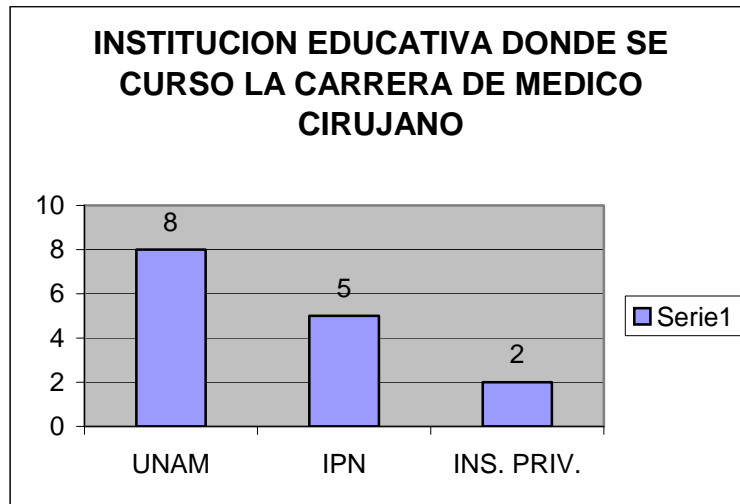


Grafica 5

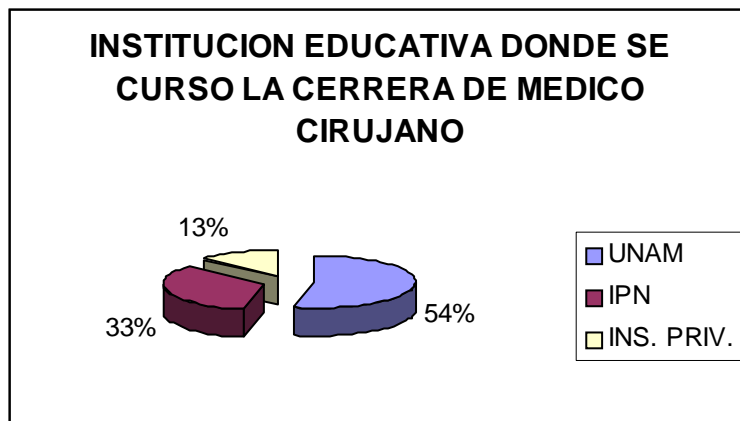


Grafica 6.

Otra variable que se investigo, fue el saber en cual institución educativa se realizo la carrera de Médico Cirujano. Así encontramos que de los 15 Médicos familiares participantes 8 la realizaron en la UNAM (53.5 %), 5 en el IPN (33.5 %), Y 2 en institución privada (13.3 %). (Grafica 7 Y 8).

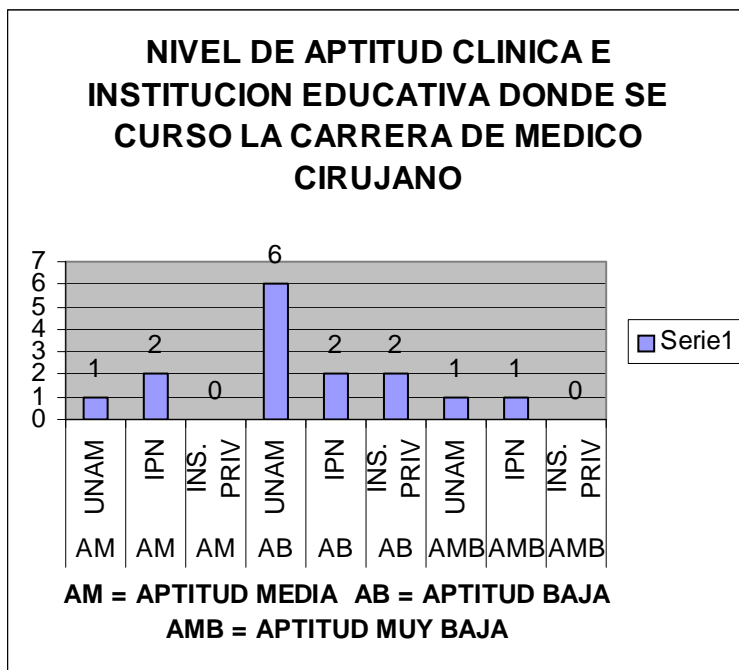


Grafica 7

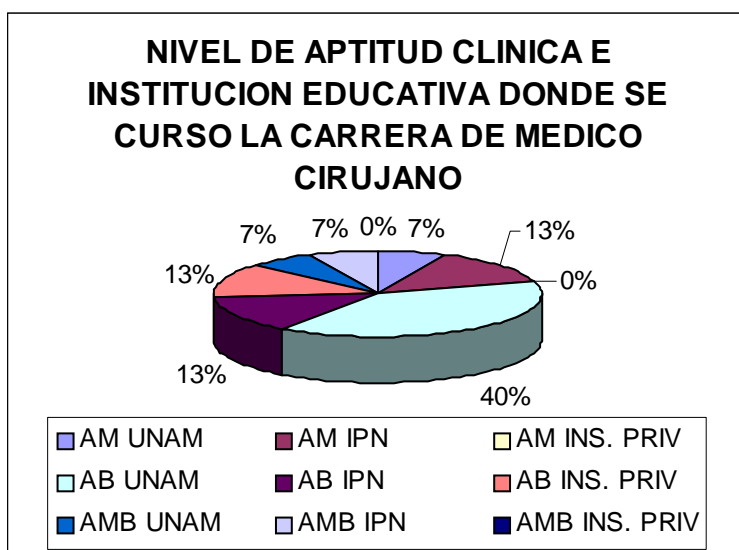


Grafica 8

De la relación entre el nivel de aptitud clínica y la institución donde se curso la carrera de Médico Cirujano, se encontró que de los 8 médicos que cursaron la carrera en la UNAM, 1 se incluyó en el grupo de la aptitud media (6.7%), 6 en el grupo de la aptitud clínica baja (40.0%), y 1 en el grupo de la aptitud clínica muy baja (6.75%). De los 5 médicos que se formaron en el IPN, 2 se incluyeron en el grupo de la aptitud clínica media (13.3%), 2 en el grupo de la aptitud clínica baja (13.35%), y 1 en el grupo de la aptitud clínica muy baja (6.7%). Y de los 2 médicos que su formación fue en instituciones privadas ambos se incluyeron en el grupo de la aptitud clínica media (13.3%). (Gráficas 9 y 10).

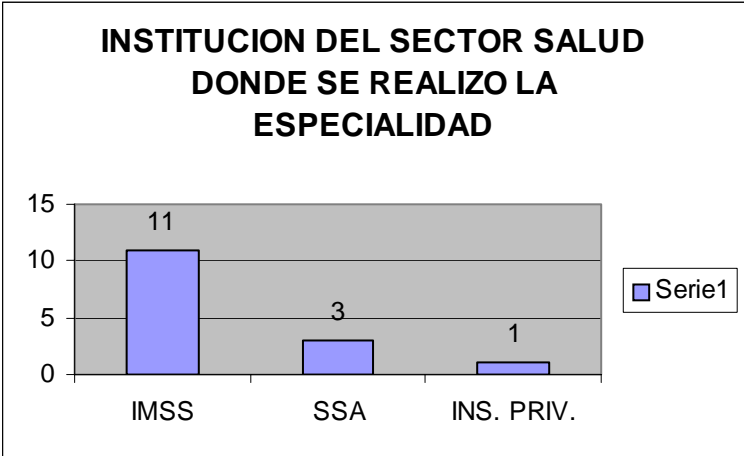


Gráfica 9

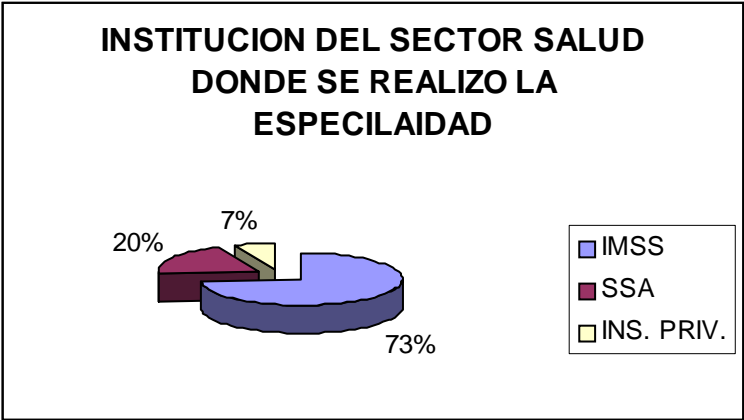


Gráfica 10

Creímos sería de importancia investigar la institución del sector salud donde se realizo la especialidad, y se obtuvieron los siguientes datos: De los 15 médicos participantes, 11 de ellos la realizaron en el IMSS (73%), 3 en la SSA (20%), Y 1 en institución privada (6.7%). (Graficas 11 y 12).

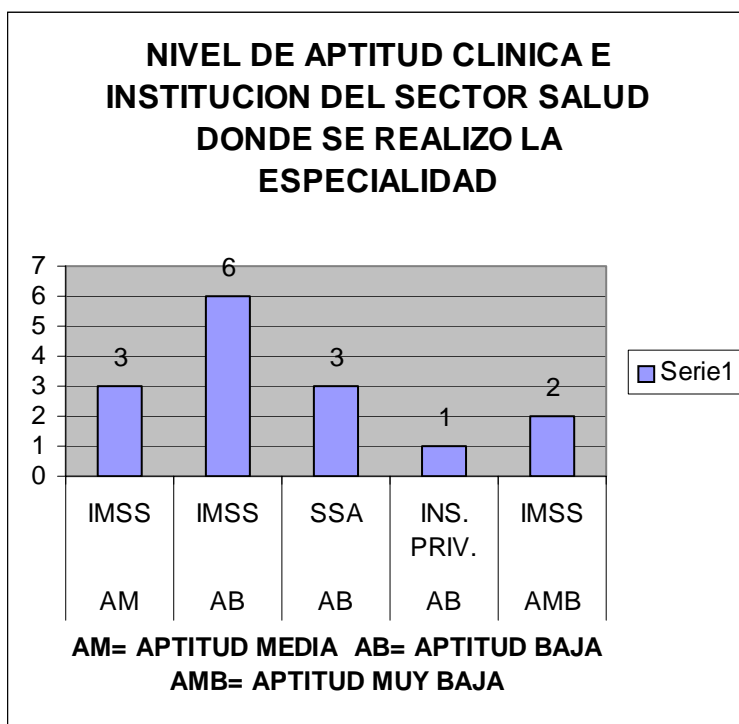


Graficas 11.

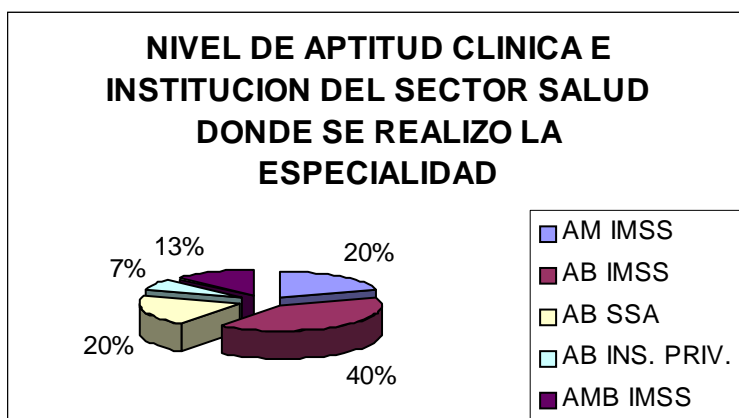


Grafica 12.

Al investigar la relación entre el nivel de aptitud clínica y la institución del sector salud donde se realizó la especialidad se encontraron los siguientes resultados; De los 11 médicos que realizaron su especialidad en el IMSS, 3 se agruparon en el rubro de la aptitud clínica media (20.0%), 6 en la aptitud clínica baja (40.0%), y 2 en el grupo de la aptitud clínica muy baja (13.3 %). De los 3 médicos que la realizaron en la SSA, todos quedaron incluidos en el grupo de la aptitud clínica media (20.0%), y el médico que curso la especialidad en institución privada se incluyo en el grupo de la aptitud clínica baja (13.3%). (Graficas 13 y 14).



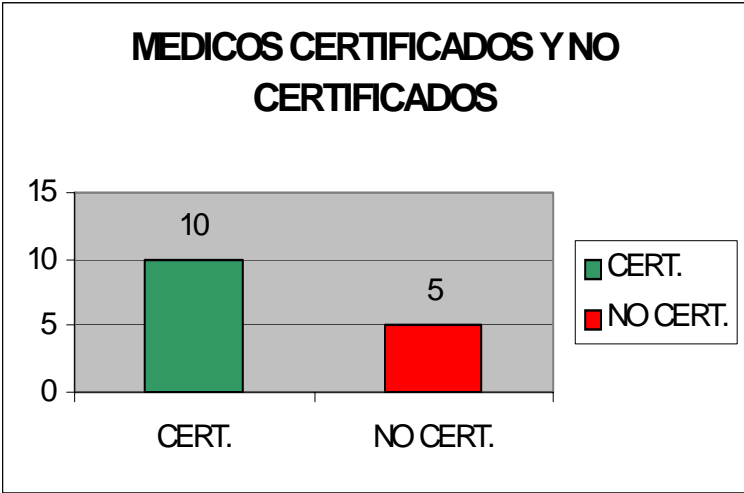
Grafica 13.



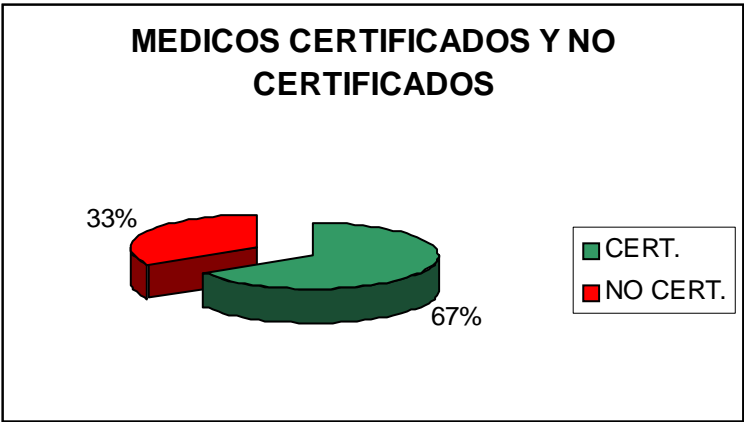
AM = APTITUD MEDIA. AB = APTITUD BAJA AMB = APTIUTUD MUY BAJA

Grafica 14.

Otra variable que se decidió investigar fue saber si todos los médicos familiares participantes, contaban la certificación correspondiente, y se encontraron los siguientes resultados: De los 15 médicos familiares participantes, 10 de ellos, si están certificados (66.7 %), y 5 no lo están (33.3 %). (Graficas 15 y 16).

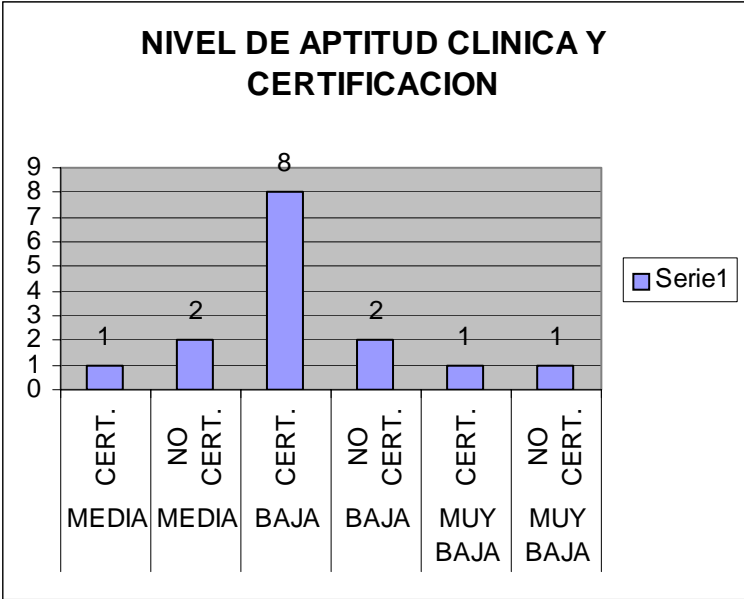


Grafica 15

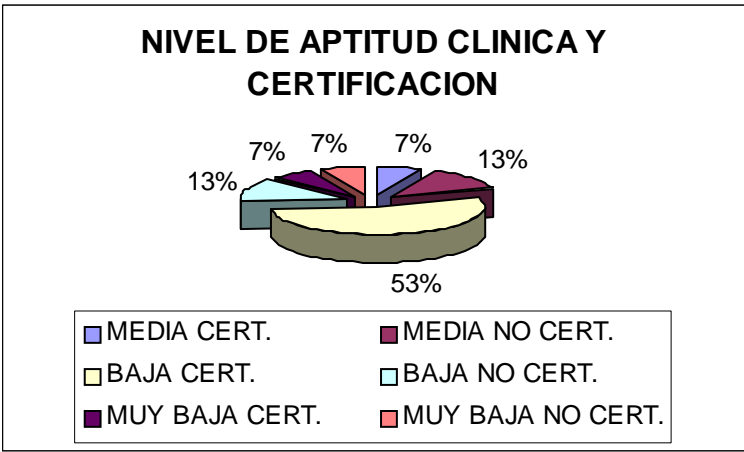


Grafica 16.

Al investigar el nivel de aptitud clínica, con respecto a la certificación, y no certificación de los médicos familiares participantes, nos encontramos con los siguientes datos: de los 10 médicos familiares que si están certificados, 1 se incluyo en el grupo de la aptitud clínica media (6.7%), 8 en el grupo de la aptitud clínica baja (53.3 %), y 1 en el grupo de la aptitud clínica muy baja (6.7%). Y de los médicos familiares no certificados, 2 se incluyeron en el grupo de la aptitud clínica media (13.3%), y 2 en el grupo de la aptitud clínica baja (13.3%), y 1 en el grupo de la aptitud clínica muy baja (6.7%). (Graficas 17 y 18).



Grafica 17



Grafica 18

DISCUSIÓN

Aunque el término de Aptitud Clínica, ya tiene varios años de haberse acuñado, empieza a ser utilizado en las diferentes disciplinas de la medicina, para evaluar las habilidades y conocimientos de los profesionales de la salud, la medicina familiar no podía estar exenta de estas evaluaciones. Aunque son pocos los estudios que se han llevado a cabo sobre el tema, algunos de ellos realizados en médicos familiares aún en formación (16)(19) y otros aplicados a médicos familiares ya en ejercicio(21)(24), todos ellos coinciden en un punto, que la aptitud clínica de los médicos familiares se sitúa en las escalas más inferiores que van desde la mediana hasta la muy baja aptitud clínica. Resultados que son semejantes a los encontrados en el presente estudio. Y consideramos que las probables causas de estos resultados son la mala preparación del médico familiar durante su formación como especialista, dicha preparación se va a ver influenciada por diversos factores como son espacios académicos inadecuados, falta de profesores preparados en la materia ya que la mayoría de las veces son improvisados sin contar con una preparación pedagógica adecuada, los planes de estudio que no se han actualizado, y siguen preparando al médico según los planes de estudio establecidos sin hacerlo realmente un profesional analítico y reflexivo de los conocimientos adquiridos.

Así encontramos que en el estudio realizado por Gutiérrez-Gutiérrez, para validar un instrumentó para evaluar la competencia clínica del médico familiar, los médicos participantes se ubicaron en las escalas de media y baja competencia clínica.(21).

En el estudio de García-Mangas, en el que se evalúa la aptitud clínica en residentes de medicina familiar, los médicos participantes se ubicaron en escalas que van desde la media hasta la muy baja aptitud clínica.(16).

En su estudio Chávez-Aguilar, evalúa la aptitud del residente en medicina familiar en el manejo de la familia, el encontró que la mayor parte de los médicos residentes participantes se ubicaron en la escala de baja aptitud clínica.(19)

Un estudio publicado recientemente en el cual se evaluó la aptitud clínica de 449 médicos de primer nivel de atención, tomando como variable principal de estudio la experiencia de los mismos, la mayoría de ellos (350) se ubicaron en la escala de incipiente (baja, para otros autores) aptitud clínica.(20).

De las variables investigadas en nuestro estudio aparte del género, de los médicos participantes, variable en la cual no hubo mucha diferencia en cuanto a los resultados encontrados ya que los médicos de ambos sexos se ubicaron en escalas inferiores de aptitud clínica, consideramos de mayor relevancia por los resultados mostrados y por el valor de la variable misma para el presente estudio, las que se refieren a la institución educativa donde se formó como médico cirujano el médico familiar y tenemos que de los 15 médicos participantes 8 fueron

egresados de la UNAM y de estos la mayor parte de los mismos se ubicaron en la escala de aptitud clínica baja, resultado que no vario mucho , a los resultados hallados en los médicos familiares que realizaron su formación en otras instituciones educativas, los cuales también se ubicaron en escalas inferiores, por lo que podríamos afirmar que el bajo nivel de preparación por el médico se da en todos los ámbitos educativos donde se forman a los futuros médicos familiares y que dicha preparación va a influir de manera significativa en su formación como especialista.

Consideramos que una probable causa de los resultados encontrados, sean los planes de estudio, los cuales no contemplan como una materia básica la medicina familiar por lo que no se sensibiliza al alumno con esta disciplina. Así tenemos que, en México, las facultades imparten cursos de postgrado y las escuelas de medicina solamente el nivel de licenciatura, la medicina familiar se incluye como disciplina en 64.5% de ellas; en el 35% no la incorporan. Y la medicina familiar se imparte en pregrado en el 25.8%, en posgrado en el 22.6% y en ambos niveles en 19.4%.(formación medica)

Con respecto a la institución del sector salud donde se realizo la formación como médico familiar, tenemos que la mayoría de los médicos participantes la realizaron en el IMSS (73%), y de estos el 40% se ubicaron en la escala de aptitud clínica baja, Los resultados encontrados con respecto a las otras instituciones donde se formo el médico familiar obtuvieron resultados similares a pesar del número de médicos participantes, dichos resultados nos dejan ver que también en la formación del médico familiar existen deficiencias, tal vez sea el motivo de esto, que dicha preparación no se haga de una manera reflexiva y los programas de estudio requieran de ser actualizados acorde a la época actual que se esta viviendo, ya que estamos viviendo una etapa de cambios y avances importantes y la educación no es la excepción, por lo que se debe hacer énfasis que las habilidades y destrezas adquiridas durante su formación como médico familiar, son las herramientas con las que va a contar en un futuro para atender de manera integral y reflexiva al individuo y a su familia.

La certificación como médico familiar nos exige y hace ser mejores médicos, sin embargo, de los 15 médicos familiares participantes solo 10 de ellos cuentan con dicha certificación, (67%). Y de este número 8 se ubicaron en la escala de aptitud clínica baja.(53%). En comparación con el grupo de los médicos no certificados, los resultados encontrados no varían de una manera significativa ya que ambos grupos se ubicaron en escalas inferiores de aptitud clínica, las cuales van desde la media hasta la muy baja aptitud clínica. Los resultados encontrados al medir esta variable nos obligan a estar de acuerdo con los autores Espinosa (23) Y Fernández (24) que en sus estudios realizados sobre la certificación medica en México, demuestran que el hecho de ser un médico certificado, no garantiza que en realidad se cuente con las competencias requeridas para ejercer la especialidad.

Por ultimo consideramos que el estudio realizado es de vital importancia y que cumplió con los objetivos que se plantearon al inicio, y que eran conocer el nivel de la aptitud clínica de los médicos familiares de la UMF 35 del IMSS. Así también consideramos que el instrumento que se elaboro, puede ser valido y confiable para ser utilizado en investigaciones posterior y que a pesar de su validez y confiabilidad, puede estar sujeto a ser rediseñado siempre y cuando se utilice con el fin para el cual fue diseñado.

Así también, creemos que este instrumento indaga efectivamente la aptitud clínica del médico familiar en la salud integral del grupo familiar, no en como lo hace comúnmente el médico familiar en su práctica, sino en cómo problematiza ésta, la recupera y la reflexiona, cuando es sometido a situaciones clínicas reales.

CONCLUSIÓN

Los resultados que arroja el presente estudio, nos habla del bajo nivel de aptitud clínica del médico familiar para el ejercicio de la especialidad, y aunque no se puede generalizar el resultado si son significativos para su población, y el hecho de haber incluido indicadores que tiene que ver con los aspectos biopsicosociales de los pacientes y su familia, nos hace reflexionar que el médico familiar sigue atendiendo a la misma, desde un enfoque biologista, olvidándose del objetivo primordial de atención a la salud de la familia que es el enfoque integral, y esto a su vez nos refleja que el médico familiar al no poner en práctica los conocimientos y habilidades aprendidas durante su formación como especialista, lo que conlleva a un estancamiento en el desarrollo de sus habilidades.

Por tanto, se hace indispensable retomar el camino y darle su importancia debida a la medicina familiar, iniciando desde las instituciones educativas donde se forman los futuros profesionales de la medicina, sensibilizándolos, propiciando acercamientos con la medicina familiar, para que en un futuro los médicos que se encuentran en formación la vean como una opción verdadera, al elegir una especialidad médica, y así mismo, que en las instituciones donde se desarrolla el médico familiar, se le de la importancia que requiere para que este cumpla con sus funciones y ponga en práctica lo aprendido durante su formación como especialista y sirva para tratar de una manera integral a la familia, la cual es y seguirá siendo su objetivo principal de atención.

Si decimos que una de las posibles causas de los resultados encontrados en el presente estudio es la mala preparación del médico familiar durante su formación como especialista, se hace de vital importancia volver los ojos hacia el programa académico de la especialidad y realizar un estricto análisis del mismo para identificar sus debilidades y fortalezas, y por lo tanto actuar en consecuencia haciendo un análisis reflexivo, el cual nos pueda facilitar la selección de contenidos y aportar los elementos necesarios para determinar que actividades clínicas son indispensables fortalecer durante el proceso educativo de los médicos familiares para poder desarrollar habilidades diagnóstico-terapéuticas propias de su especialidad.

Por lo que respecta al proceso de certificación del médico familiar, consideramos un cambio en la metodología empleada para lograr dicha certificación y así proponemos que dicho proceso se realice evaluando la aptitud del médico mediante situaciones clínicas problematizadas, casos clínicos reales, para examinar su criterio en el manejo del paciente y la familia, a fin de identificar elementos que permitan mejorar la educación médica, la actuación del médico familiar y la calidad de atención al primer nivel. Con las modificaciones anteriores se podría elevar su nivel de aptitud clínica y lograr también elevar su reconocimiento en el ámbito profesional y social.

Así también consideramos que es necesario, que se hagan más investigaciones

sobre el tema, incluyendo otras variables que sirvan para evaluar con mayor detalle el nivel de aptitud clínica del médico familiar, y sean analizadas a fondo, con el fin de valorar y determinar, como es que estas influyen en la adquisición de las habilidades y destrezas, que el médico familiar adquiere durante su formación como especialista, y a su vez encontrar la solución de como corregirlas con el fin de mejorar y elevar la calidad de los servicios que ofrece el medico familiar a la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Fajardo-Ortiz G. Los servicios médicos del instituto mexicano de seguro social (1940-1952). Rev. Mex. IMSS. 1998; 36(5); 372-375.
2. Almeida-Anchondo G. La medicina familiar. Rev. Med. IMSS; 1993; 31(1); 14-15.
3. Quiroz-Pérez J. La medicina familiar. Rev. Med. IMSS; 1993; 31(1); 76-78.
4. Modelo de atención a la salud. Rev. Med. IMSS; 1994; 32; Supl, 1; 12-15.
5. Zetina-Vélez B. Actuación del especialista en medicina familiar en la sociedad actual. Rev. Med. IMSS; 1995; 33 (3); 317-320.
6. Ortega-Rocha J. Trascendencia y perspectiva de la medicina familiar a veintidós años de establecida. Rev. Med; 1995; 61-65.
7. Modelo de atención a la salud. Rev. Med. IMSS. 1994; 32; Supl.1; 12-15.
8. Fernández-Ortega MA. Elementos esenciales de la medicina familiar. Archivos en medicina familiar.2005; 7 (1); 13-14.
9. Narro-Robles J; Medicina familiar, En: “ La salud en México, testimonios 1998”. Las especialidades médicas en México. Pasado, presente y futuro. 2(IV), México, Ed, Fondo de Cultura Económica; 1989; 239-252.
10. Irigoyen, Nuevos Fundamentos de la medicina familiar. México. Ed. Medicina Familiar Mexicana, 2000.
11. Prado-Vega R. Generalidades sobre la evaluación de competencias clínicas. Revista Mexicana de Pediatría; 2000; 57(6); 278-283.
12. Viniegra-Velásquez L. Educación y Evaluación. Rev. Med. IMSS. 2005; 43(2); 93-95.
13. Loria-Castellanos J. Aptitudes Clínicas de residentes de urgencias médicas en el manejo de patología traumática. Rev. Med. IMSS; 2005; 43(1); 17-24.
14. Larios-Mendoza H. Evaluación de la competencia clínica. Rev. Med. IMSS. 1998; 36(1); 77-82.
15. Chavarria-Islas R. Entorno laboral y aptitudes clínicas en residentes de urgencias médico-quirúrgicas. Rev. Med. IMSS. 2004; 42 (5); 371-378.

16. García-Mangas J. Evaluación de la aptitud clínica en residentes de medicina familiar .Rev. Med. IMSS; 2003; 41(6); 487-494.
17. Tun-Queb MC. Efectos del currículo por competencias en medicina familiar. Rev. Med. IMSS. 2005; 41 (1); 5-13.
18. García- Mangas J.A. La formación de médicos familiares y el desarrollo de la aptitud clínica. Rev. Med. IMSS. 2004; 42 84); 309-320.
19. Chavez- Aguilar V. Aptitud clínica en el manejo de la familia, en residentes de medicina familiar. Rev. Med. IMSS. 2002; 40 (6); 477-481.
20. García-Mangas J. Evaluación de la aptitud clínica en médicos del primer nivel de atención. Rev. Med. IMSS. 2005; 43 (6); 465-472.
21. Gutiérrez-Gutiérrez N. Validación de un instrumento para evaluar la competencia clínica del médico familiar. Rev. Med. IMSS; 1999; 37(3); 201-209.
22. Fernández-Ortega MA. La certificación y recertificación médica en México. Atención Familiar: 2004; Vol. 11 (6). Nov-Dic. 1-4.
23. Espinoza de los reyes-S. La evolución y estado actual de la certificación de los especialistas en México. Gaceta Médica de México. 1995; 131 (1). 72-81.
24. Fernández- Ortega MA. Los programas de medicina familiar en las facultades y escuelas de medicina en México. Rev. Fac. Med. UNAM. 2002.45 (1). 32-34.
25. Aburto C. Elementos de bioestadística. Ed. Fondo Educativo Interamericano. S .A. México. 1979.
26. Daniel W W . Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. Ed. Limusa. Grupo Noriega editores. México. 1ª. Edición. 1995.

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CURSODE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR TIPO
SEMIPRESENCIAL

EDAD. _____ AÑOS.

GENERO. H() M()

-ESTADO CIVIL S() C() U.L(). VIUDO(A) ().

SU FAMILIA ES: NUCLEAR() EXTENSA() COMPUESTA()

INSTITUCION EDUCATIVA DONDE CURSO LA CARRERA DE
MEDICO CIRUJANO:

U.N.A.M. () I.P.N. () U.A.M. () PRIVADA

AÑO DE TITULACION: _____.

ES USTED MEDICO FAMILIAR SI() NO()

INSTITUCION DEL SECTOR SALUD DONDE REALIZO LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

I. M. S. S. () I.S.S.S.T.E. () S.S.A () PRIVADO ()

AÑO DE ESPECIALIZACION _____.

AÑOS DE ANTIGUEDAD DENTRO DE I.M.S.S. _____.

TIENE USTED CEDULA COMO MEDICO FAMILIAR. SI() NO()

ESTA USTED CERTIFICADO COMO MEDICO FAMILIAR:

SI() NO().

AÑO DE CERTIFICACION _____.

ELIGIO LA MEDICINA FAMILIAR POR CONVICCION: SI() NO()

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

Nombre de la familia: H.G
Domicilio: Calle Silvestre López No. 34 Amecameca C.P 56900
Fecha de inicio del estudio: 08 de Septiembre de 2004.

Integrantes de la familia:

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Edo. civil
Fernando	38a.(finado)	Padre	Licenciatura	Químico Bacteriólogo	-----
Beatriz	45 a.	Madre	Licenciatura	Empleada	Viuda
Fernando	19 a.	Hijo 1	1º de preparatoria	Estudiante y empleado	Soltero
Luis	18 a.	Hijo 2	1º de Preparatoria	Estudiante y empleado	soltero
Balarama	13 a	Hijo 3	6º de primaria	Estudiante	Soltero
Catalina	75 a	Abuela	Primaria	nogar	Casada

2. ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

3.1 BIOLOGICOS

2.1.1 HEREDO-FAMILIARES:

Francisco (padre, esposo1):
Desconoce datos porque era hijo adoptivo

Fernando (padre , esposo 2):
Desconoce datos de su familia ya que ellos radican en E.U.A y no tenían comunicación con ellos.

Beatriz (madre):
Abuelo paterno, finado desconoce causa. Abuela paterna, finada desconoce causa. Abuelo materno, finado desconoce causa. Abuela materna, finada desconoce causa.
Padre vivo de 75 años, con antecedente de enfermedad degenerativa crónica desde hace tres años diagnosticado y tratado por facultativo. Madre viva de 75 años de edad a la cual le realizaron histerectomía por prolapso uterino hace dos meses sin complicaciones; astigmatismo desde hace 3 años con diagnóstico y tratamiento por facultativo.
Cuenta con cuatro hermanos, ocupando el tercer lugar por edad.
Hermana 1 viva, de 47 años de edad, con sobrepeso desde hace 6 años, sin tratamiento. Hermana 2 viva de 46 años de edad aparentemente sana. Hermana 3 viva de 37 años de edad aparentemente sana. Hermana 4 viva de 35 años aparentemente sana.

Fernando (primer hijo):
Producto de la gesta I, de parto eutócico, nació el 05 de Septiembre de 1984, peso al nacer de 2,800 gramos y talla de 50 cm, Apgar 7/5. al minuto y de 9/9 a los cinco minutos con buen desarrollo psicomotor, no se alimento al seno materno porque Beatriz tenía que trabajar, siendo alimentado los primeros 6 meses con leche de fórmula posteriormente con leche de vaca ; inmunizaciones completas según su cartilla de su infancia más esquema básico actual. Antecedentes alérgicos, quirúrgicos traumáticos y transfusionales negados. Padre muerto a los 31 años por hepatitis fulminante diagnosticado por facultativo. Madre viva de 45 años de edad con astigmatismo desde hace 7 años con diagnóstico y tratamiento. Abuelos maternos mencionados anteriormente. Abuelos paternos desconoce datos.

Luis (segundo hijo):
Producto de la gesta II, de parto eutócico, el 12 agosto de 1985, peso al nacer de 2,300 gramos, Apgar 3/5 al minuto y de 6/6 a los 5 minutos, por lo que permaneció hospitalizado durante 15 días. No es alimentado al seno materno porque Beatriz ingresa a trabajar es alimentado los primeros 6 meses con leche de fórmula, después con leche de vaca , cuadro de inmunizaciones completas según su cartilla de vacunación infantil más esquema básico actual. Antecedentes alérgicos, traumáticos, quirúrgicos y transfusionales negados. Padre muerto a los 31 años por hepatitis fulminante diagnosticado por facultativo. Madre de 45 años de edad con astigmatismo con diagnóstico y tratamiento. Abuelos maternos mencionados anteriormente. Abuelos paternos desconoce datos.

Balarama (tercer hijo):

Producto de la gesta III, de parto eutócico, nació el 01 de Agosto de 1990, peso al nacer de 3,200 gramos , Apgar 9/9, con buen desarrollo psicomotor, no se alimentó al seno materno porque Beatriz ingresa a trabajar es alimentado los primeros 6 meses con leche de fórmula, después con leche de vaca , cuadro de inmunizaciones completas según su esquema de vacunación infantil más el cuadro básico actual. Antecedentes alérgicos, traumáticos, quirúrgicos y transfusionales negados. Padre finado a los 38 años por Infarto Agudo al Miocardio, sin otra patología de importancia. Madre de 45 años de edad con astigmatismo de 7 años de evolución con diagnóstico y tratamiento . Abuelos maternos mencionados anteriormente. Abuelos paternos desconoce datos.

3.1.2 PATOLOGÍAS DE IMPORTANCIA:

Padre (Fernando): finado a los 31 años de edad por Infarto Agudo al Miocardio.

Madre (Beatriz): astigmatismo desde hace 7 años con diagnóstico y tratamiento por facultativo.

Fernando (hijo 1): aparentemente sano

Luis (Hijo 2): aparentemente sana.

Balarama (hija 3): aparentemente sano.

Catalina (abuela): Cataratas desde hace 3 años con diagnóstico y tratamiento por facultativo.

3.1.3 DEFUNCIONES:

En 1985 fallece Francisco por hepatitis fulminando quedando Beatriz embarazada de su segundo hijo, teniendo complicaciones con los familiares de Francisco ya que durante el entierro se enteró que él era hijo adoptado al presentarse su madre biológica la cual reclama parte de las pertenencias de su hijo, Beatriz se sintió muy deprimida lo cual se vio reflejado en el crecimiento intrauterino de su hijo, ya que nació con bajo peso pero sabía que tenía que salir adelante por sus hijos y con el apoyo emocional de sus padres lo logró.

En 1990 fallece Fernando su segundo esposo, por Infarto Agudo al Miocardio después de 15 días de haber nacido su hijo Balarama. nuevamente cae en depresión y es apoyada de igual manera.

4.- AMBITO SOCIAL

4.2.1 INGRESO FAMILIAR Y DISTRIBUCIÓN

El ingreso familiar de Beatriz, Fernando y Luis es de \$3,800 mensuales, lo cual está distribuido: \$2,500 para la alimentación, \$700 para el transporte, \$500 para otros gastos.

4.2.2 VIVIENDA

Habitán en casa propia, construida a base de adobe en las paredes, piso de cemento y duela, techo de lámina. La casa cuenta con todos los servicios básicos (energía eléctrica, agua potable y entubada, drenaje y alcantarillado), con buena ventilación e iluminación. Consta de cuatro recámaras, una sala, cocina y baño completo, habitada por cinco personas. Cuenta con flora extradomiciliaria. Fauna doméstica consistente en un perro que se encuentra en el patio y un hámster que se encuentra en la sala en una jaula. No cuenta con fauna nociva. Recolecta la basura en bolsas permaneciendo cerradas desechándolas cada tercer día. Realiza el aseo diario de su casa, higiene general de la misma cada fin de semana.

4.2.3. ALIMENTACIÓN

Realizan tres comidas al día desayuno a las 8:00, comida a las 4:00 y la cena a las 8:00 p.m por lo general.

Consumen carne de cerdo: 0/7, carne de res: 1/7, pollo: 3/7, verduras: 7/7, frutas: 7/7, leche 14 vasos, pan 7/7, agua 2 litros diarios, comida chatarra: 1/7, consume refresco 2/7, tortillas 14 diarias.

En general la alimentación es variada aparentemente adecuada en cantidad y calidad.

4.2.4. RECREACIÓN

Acuden cada semana a su iglesia mormona, realizando diversas actividades de integración de grupo por grupo de edad como coser, pintar, realiza manualidades con fieltro y migajón. Practican danza, baile, básquetbol en ocasiones cada tercer día.

4.2.5. ADICCIONES

Actualmente los integrantes de la familia no tienen adicciones a ningún tipo.

4.2.6. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

La familia H.G. cuenta con servicios médicos asistenciales por parte del IMSS, el cual habitualmente no utilizan a menos que se trata de una situación grave. Prefieren la atención médica privada con su médico particular.

4.2.7. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Participando en la comunidad a través de su iglesia mormona ya que a través de ella realizan actividades de integración de grupo por grupos de edad y a nivel comunitario, además de que también se reúnen en las sesiones de cómo actuar cuando existe alguna contingencia debida a que se encuentran en una zona de riesgo porque viven en las orillas del volcán Popocatepetl.

4.2.8. ÁMBITO LABORAL

Beatriz trabaja de empleada en la UMF no. 35 de lunes a viernes de 7:00 a 14:00 hr. Además es socorrista en la cruz roja de Amecameca de lunes a domingo de 17:00 a 22:00 hrs. aproximadamente.

Fernando trabaja de empleado en una tienda de ropa de lunes a sábado en las tardes. Luis trabaja de empleado en una carpintería.

4.3 ÁMBITO BIOLÓGICO

4.3.1 ENFERMEDADES AGUDAS Y CRÓNICAS ACTUALES

Beatriz: *trastornos depresivos*: sin diagnóstico y tratamiento, ya que ella considera que el fallecimiento de sus esposos no han repercutido en su vida sentimental y afectiva, considerando que se encuentra bien a pesar de los datos que presenta como nerviosismo, caracterizado por sonrisa fácil aún en situaciones que no lo ameritan, lo cual pudimos observar cuando se le pregunto sobre su situación emocional ante el fallecimiento de sus esposos, también se puede identificar al momento de estar hablando ya que comienza a hablar demasiado rápido.

Fernando: aparentemente sano

Luis: aparentemente sano

Balarama: aparentemente sano.

Catalina: Cataratas desde hace 3 años.

4.3.2 ACTIVIDADES MÉDICO-PREVENTIVAS REALIZADAS POR LA FAMILIA

Fernando, Luis y Balarama cuentan con cuadro de inmunización actualizado. Beatriz durante sus embarazos se aplicó la vacuna de toxoide tetánico con dosis completas, además asistió a sus consultas prenatales con su médico familiar y además en su primer embarazo acudió a las pláticas de lactancia materna.

Entre cada periodo intergenésico utilizó un método de planificación familiar temporal (el dispositivo) utilizando como método definitivo la OTB.

4.4 ÁMBITO PSICOLÓGICO

4.4.1 FUNCIONES FAMILIARES BÁSICAS

Socialización: se da adecuadamente, ya que cuentan con los valores, normas y costumbres de la familia; además los hijos acuden a la escuela, conviviendo de manera adecuada con los niños de su edad, así como con los vecinos.

Cuidado: en esta familia por la adecuada alimentación, suficiente en cantidad y calidad; el vestido, la seguridad física que le brindan a los hijos y el apoyo emocional en los casos en que por diversas circunstancias algún miembro atraviesa por un momento difícil es adecuada.

Afecto: se demuestra hacia los hijos y también Catalina hacia sus nietos e hija, además existe respeto entre todos los integrantes de la familia.

Reproducción: se ha dado, aunque no han sido de una forma planeada, en los dos primeros embarazos si deseada y aceptada por ambos.

Status y nivel económico: con respecto al status esta función se cumple, la familia interactúa adecuadamente con los vecinos y los consideran como una familia funcional. El nivel socioeconómico es medio, cumpliéndose las necesidades básicas de sustento y vestido.

4.5 ESTUDIO DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR

La estructura de la familia esta constituida por partes de interacción que establecen sus miembros para fines de estudio :

Jerarquía: se da por las normas y las reglas establecidas por Beatriz y Catalina, respetándose en su mayoría las decisiones de ellas.

Alianzas: existe un afecto mayor entre Fernando, Luis, Balarama con Catalina, ya que ella siempre ha sido la encargada de cuidar a sus nietos, por que Beatriz siempre ha trabajado.

Redes de apoyo: cuando Beatriz se caso tanto con Francisco, como Fernando recibió apoyo de sus padres. Cuando falleció Francisco y Fernando, Beatriz recibió apoyo emocional de parte de sus padres.

Comunicación: existe comunicación directa y congruente entre todos los miembros de la familia. Beatriz siempre aparenta ser la fuerte y no expresa sus sentimientos de frustración y tristeza ante los miembros de la familia.

Roles: Beatriz realiza el rol madre trabajadora cuida, da afecto a sus hijos y aporta económicamente.

Fernando, Luis y Balarama realizan el rol de hijos obedecen ordenes de su madre y abuela, acuden a la escuela. Fernando y Luis también aportan económicamente

Catalina realiza el rol de abuela tradicional dedicándose a las labores del hogar y al cuidado y educación de sus nietos, mientras su hija trabaja.

INSTRUCCIONES: Las siguientes enunciados están en base al caso clínico anterior, conteste los enunciados referentes al caso en función de "F" falso "V" verdadero y "NS" no sé.

La Familia descrita es compatible con:

- Una familia extensa
- Una familia semiintegrada
- Vínculos familiares difusos
- Patrones comunicacionales directos y claros

Son datos a favor de una familia extensa:

- La convivencia de Beatriz con la madre de ésta.
- La convivencia de la familia con los parientes de Francisco
- La convivencia de los familiares de Fernando con ella.

Son datos a favor de una familia en fase de dispersión.

- El que Fernando y Luis acudan a la escuela
- El que Fernando y Luis trabajen
- El que Catalina los apoye y viva con ellos
- El que Beatriz sea viuda por segunda ocasión

Son datos de riesgo psicosocial en la familia:

- La depresión de Beatriz
- El que Beatriz sea proveedora económica
- El que los hijos trabajen y estudien
- El que Beatriz no exprese sus sentimientos con su familia

Son datos de vínculos difusos en la familia:

- El que Beatriz desee expresar sus sentimientos y no lo haga
- El que Catalina ejerza también la autoridad en la familia
- El nivel de escolaridad de los integrantes de la familia
- El que los hijos no alienten a la madre a tener otra pareja

Son datos compatibles con una disfunción familiar:

- La patología ocular de Catalina
- La conducta de los hijos
- La Depresión de Beatriz
- La ausencia de la imagen paterna

Son datos de una crisis familiar:

- El llanto fácil de Beatriz
- La falta de la imagen paterna en la familia
- La falta de apoyo conyugal en Beatriz
- El ingreso económico de la familia

Son datos de comunicación disfuncional:

- El que Beatriz no exprese sus sentimientos
- El que Catalina solo se dedique a las labores del hogar
- El que Beatriz a dedicado poco tiempo a la crianza de los hijos

Caso Beatriz H. G.

Pregunta 1

V
V
F
F

Pregunta 2

V
F
F

Pregunta 3

V
F
F
F

Pregunta 4

V
F
F
F

Pregunta 5

V
V
F
F

Pregunta 6

F
F
V
V

Pregunta 7

F
F
V
F

Pregunta 8

V
F
V