



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**“COMPETENCIA CLÍNICA EN EL ÁREA DE FAMILIA
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

PRESENTA:

DRA. GEORGINA ZAMORA VALTIERRA

**ASESOR DE INVESTIGACIÓN:
DR. JUAN GARCÍA MORENO**

2010 – 2012 MEXICO, DISTRITO FEDERAL

JULIO 2012



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 3 SUR
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"
MÉXICO, D.F
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

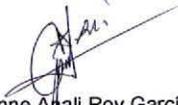
AUTORIZACIÓN DE TESIS

"COMPETENCIA CLÍNICA EN EL ÁREA DE FAMILIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN".



Dr. Juan García Moreno

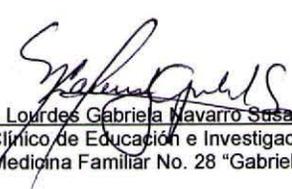
Director de Tesis



Dra. Ivonne Anali Roy García

Responsable de Investigación

Profesor Titular de la Especialización de Medicina Familiar UMF 28



Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera"

DEDICATORIA

A Hernán, mi amor, gracias por acompañarme en todo momento y ser tan amoroso conmigo.

A mi mamá, que te preocupas por mí como nadie.

A mi papá, por darme las herramientas para caminar por mí misma.

A Lissette e Israel, que me inspiran a estudiar más y más.

Al Dr. Juan García Moreno, mi asesor, por apoyarme en forma incondicional. Este esfuerzo también es de usted.

AGRADECIMIENTOS

A los expertos que revisaron mi instrumento de medición, gracias por su tiempo y dedicación.

En orden alfabético:

Dr. Apolinar Membrillo

Dr. Armando Gregor

Dra. Erika Murillo

Dra. Ivonne Roy

Dra. Leticia Hernández

INDICE

1. RESUMEN.....	5
2. ANTECEDENTES	6
3. MARCO TEÓRICO.....	7
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
5. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	15
6. JUSTIFICACIÓN.....	16
7. OBJETIVOS.....	18
8. HIPOTESIS.....	19
9. METODOLOGÍA	
a. TIPO DE ESTUDIO.....	21
b. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	21
c. CRITERIOS.....	21
d. VARIABLES DE ESTUDIO.....	22
e. DISEÑO DE ESTUDIO.....	26
10. DISEÑO ESTADÍSTICO.....	27
11. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
12. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
13. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.....	32
14. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO.....	33
15. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	34
16. ÉTICA.....	35
17. RESULTADOS.....	37
18. DISCUSIÓN.....	54
19. CONCLUSIONES.....	57
20. BIBLIOGRAFÍA	58
21. ANEXOS	61

RESUMEN

Objetivos. Medir la competencia clínica en el área de familia (CCAF), en los médicos familiares que laboran en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 28. Comparar el nivel de CCAF según la formación médica, -con y sin la especialidad de Medicina Familiar-. Determinar si existe relación entre la experiencia clínica y la CCAF.

Material y métodos. Estudio observacional, prospectivo, transversal, comparativo. La CCAF se estimó a través de un instrumento, diseñado con casos clínicos reales, validado mediante 3 rondas de expertos y piloteado; cuyo coeficiente de confiabilidad de 0.9 se determinó mediante fórmula 21 de Kuder-Richarson. Los intervalos de la escala de evaluación se determinaron previo cálculo de las respuestas esperadas por azar a través de la fórmula de Pérez y Viniegra. La comparación de la competencia según la formación médica, se analizó mediante U de Mann Whitney, y la asociación entre la competencia clínica en el área de familia y la experiencia clínica, se determinó con el coeficiente phi (r_0) y X_2 .

Resultados. El 19 % de los participantes tuvo respuestas compatibles con el azar; 61% con mala competencia clínica y en el 20% ésta fue regular. Ningún participante logró ponderación mayor. Es decir que el 100% de los médicos carece de buena CCAF. La comparación entre Médicos Familiares con especialidad y Médicos sin ella, mostró que los primeros –dentro de los rangos descritos-, tienen mejor CCAF, con una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.0197$) a un nivel alfa de 0.05 La relación entre tiempo de experiencia y desarrollo de la CCAF, mostró que son variables independientes, -no hay relación-; y que dicha aseveración es cierta tanto para el grupo que incluyó al total de los participantes, como a aquel que involucró solamente a los médicos con especialidad.

Conclusiones. La mayor parte de los médicos familiares de la UMF 28 tiene mala CCAF y solo una tercera parte de ellos, regular. Dicha competencia en una quinta parte de ellos es equiparable a personal no médico. Cuando la competencia clínica tiene menor nivel de exigencia -regular como máximo-, los médicos especialistas tienen mejor desempeño. El tiempo de experiencia a través de los años de práctica no influye en el desarrollo de la competencia clínica.

Palabras clave. Competencia clínica, medicina familiar, primer nivel de atención

ANTECEDENTES

Origen De La Medicina Familiar En México

El advenimiento de la Medicina Familiar en México ocurrió como consecuencia del proceso de desarrollo industrial del país y por influencia de otros países, particularmente los Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y el Reino Unido. Después de creada la Ley sobre la Seguridad Social de los Trabajadores Mexicanos en el año 1943, se iniciaron los servicios médicos institucionales el 6 de enero de 1944⁽¹⁾ y en el primer nivel de atención participaban médicos generales o bien médicos especialistas -sin existir aún la especialidad en medicina familiar-. En 1969, la Medicina Familiar había sido reconocida como la vigésima especialidad en los Estados Unidos de América y en noviembre del año siguiente ya existían 50 escuelas y facultades de medicina con programas de medicina familiar previos a la licenciatura. La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó en el año de 1969 un seminario sobre ciencias sociales y la enseñanza de la medicina en la República Federal Alemana, ahí se concluyó que para entender la salud y la enfermedad se precisaba conocer los aspectos psicológicos, sociales, culturales y del comportamiento humano, ya que éstos determinan una considerable proporción de enfermedades.

Otro aspecto de interés es el concepto de Atención Primaria a la Salud, el cual fue acuñado en 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata ⁽²⁾, como el cuidado esencial de la salud basado en métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, con tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias de la comunidad, a través de su participación total y a un costo al que la comunidad y el país puedan acceder.

Bajo este contexto, surgió en México la Medicina Familiar en el año de 1971 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuyo reconocimiento por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México, fue en 1974, definida como “La forma en que se ejerce la medicina dentro de un sistema de Atención a la Salud de la Población y que constituye el primero de tres niveles de su organización”. Asimismo, se estableció que el especialista en Medicina Familiar es aquel profesional responsable de otorgar atención médica integral y continua al individuo y su familia. Posee alta capacidad clínica, docente, administrativa y de investigación ⁽³⁾. No obstante, en estudios previos que evaluaron la competencia clínica en el manejo de familia, la elaboración de genogramas y de diagnóstico de acuerdo con su clasificación, los resultados han mostrado un promedio bajo ⁽⁴⁾.

MARCO TEÓRICO

A partir de las aportaciones de la Teoría General de Sistemas de Von Bertalanffy en 1968, la familia ha sido entendida como una unidad sistémica y ha sido estudiada bajo este enfoque. Los trabajos iniciales surgieron en Terapia Familiar, y dentro de los autores destacados que hicieron aportaciones al estudio de la familia bajo esta visión se encuentran Minuchin, Haley, Ackerman, Satir y Bateson. Posteriormente, el enfoque sistémico evolucionó contrastando sus resultados con la experiencia clínica y con la investigación empírica de laboratorio, al tiempo que incorporó elementos de otras teorías psicológicas, como el Constructivismo, la Gestalt, el Psicoanálisis, el modelo Cognitivo- Comportamental, la teoría de Aprendizaje Social o la Psicología del Desarrollo, dejando de manifiesto la flexibilidad y la capacidad integradora de este enfoque ⁽⁵⁾. Estos aspectos complementarios se abordan en la especialidad de medicina familiar con el propósito de que los médicos estén en posibilidad de hacer diagnósticos oportunos para limitar daños incluyendo en esto la derivación a servicios de alta especialidad en el área de familia, o bien a otras especialidades e incluso a otras disciplinas de la salud o de la conducta. Por tanto para este trabajo la perspectiva, que fue el sustento teórico, fue el enfoque sistémico.

Siguiendo a Andolfi, se consideran tres aspectos de la teoría de sistemas que aplicados a la familia nos permiten entenderla como un sistema y facilita el abordaje familiar ⁽⁶⁾:

1. La familia es un sistema en constante transformación. Es decir que la familia cambia a lo largo del tiempo y tiene que adaptarse a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo, esto es, del ciclo evolutivo, por los que atraviesa.

2. La familia es un sistema activo que se autogobierna. La familia mediante el aprendizaje, gracias a las negociaciones entre sus miembros y a las reglas, consigue conocer lo que les está permitido y prohibido, facilitando la respuesta a las cambiantes demandas personales y sociales.

3. La familia es un sistema abierto en interacción con otros sistemas. La familia tiene una estrecha conexión con su entorno, esto significa que las relaciones intrafamiliares solo se pueden entender, si se evalúan dentro del contexto de las relaciones sociales que las condicionan.

En este modelo los factores que intervienen son: los acontecimientos vitales estresantes, la situación de la dinámica familiar, el apoyo social y los recursos que promueve el propio paciente. En el modelo interaccionan todos estos factores.

El advenimiento de la Medicina Familiar como transformación de la Medicina General trajo consigo la necesidad de mejorar y de incentivar el estudio de la familia dentro del contexto médico, pero el médico general no estaba preparado para afrontar con facilidad el reto de ofrecer un cuidado médico integrado al núcleo familiar, ya que había sido formado de manera fragmentada y bajo un modelo mayormente biomédico (biológico lesional) ⁽⁷⁾ como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1 Diferencias entre Medicina Familiar y Medicina General.

Medicina Familiar	Medicina General
Centrada en la familia y la comunidad	Centrada en el individuo enfermo
Elemento clave es la continuidad y totalidad de la atención	La clave es un cuidado médico primario indiferenciado
La dimensión psicosocial es preponderante	La dimensión biológica es la tradicional
Los aspectos de promoción y prevención son fundamentales	El aspecto curativo farmacológico es fundamental
Rico material de publicaciones en revistas y libros	Poco material bibliográfico propio

El refinamiento del abordaje de la familia desde la aparición como especialidad en México, se puede apreciar en las Áreas de Conocimiento establecidas en el Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM), que en México, actualmente rige los programas académicos de los cursos de especialización en medicina, y son el horizonte a seguir en la práctica o desempeño de los médicos que laboran en el primer nivel de atención ⁽⁸⁾:

- Origen y evolución de la familia
- Conceptos de familia
- La familia como institución social
- Tipología Familiar
- Funciones de la familia
- Ciclo evolutivo Individual, pareja y familiar
- Genograma
- Estudio de salud Familiar
- Relación médico-paciente-familia I
- Teoría general de grupos
- Teoría general de sistemas

- La familia como sistema
- Teoría general de la comunicación
- Toma de decisiones ante eventos familiares críticos
- Dinámica familiar
- Roles
- Liderazgo
- Crisis familiares
- Entrevista clínica
- Relación medico paciente

Competencia Clínica En Medicina Familiar

Evaluar la competencia de los médicos ha sido un aspecto de interés múltiple entre los profesionales de la salud; destacando en México las investigaciones en el IMSS particularmente desarrolladas por Viniegra ⁽⁹⁾ en donde inicialmente enfatiza la trascendencia de superar lo aparente y superficial de los acontecimientos del desempeño médico, para indagar atributos más reveladores y que no son necesariamente asequibles a la observación directa. De esta manera definió la competencia clínica como una estrategia de investigación estructurada con base en la “problematización” de situaciones clínicas derivadas de casos reales, de tal manera que el respondiente ponga en tela de juicio su propio criterio para tomar decisiones. Publicó la metodología para elaborar instrumentos de medición ⁽¹⁰⁾ de la **competencia**, concepto que posteriormente cambió por el de **aptitud** con el propósito de diferenciar su propuesta teórica de la perspectiva educativa de **competencias profesionales**, estrategia emergida en 1964 por el ingeniero francés Bertrand Schwartz, y que actualmente es el enfoque predominante de los planes de estudio en las instituciones de educación superior de diferentes países, entre ellos México ⁽¹¹⁾; la cual está vinculada a la teoría cognocitivist.

La diferencia fundamental entre ambas teorías estriba en la perspectiva epistemológica, es decir, el concepto de conocimiento en donde Viniegra diferencia el conocimiento autónomo del heterónimo. Al respecto, al primero lo identifica como el elaborado por las personas una vez que cuestionan la información, la analizan y ejercen sobre ella la crítica como herramienta metodológica, para así hacer propuestas de explicación o lectura del mundo. Al conocimiento heterónimo lo identifica como la información no cuestionada que una persona es capaz de repetir aludiendo a su capacidad memorística. Por tanto argumenta que la aptitud es consecuencia de un trabajo reflexivo (cuestionar lo que se hace y porque se hace) a partir del ejercicio tanto de la crítica como de la autocrítica.

En la perspectiva de competencias también se alude a la crítica como herramienta metodológica, y el conocimiento es considerado producto de un trabajo mental de asimilación que se traduce en esquemas que se van conformando para interpretar los procesos o eventos de la realidad. Perspectiva que es apoyada por diferentes disciplinas que conforman la citada teoría cognocitivistista. Dicha teoría la representan J. Piaget, David P. Ausubel, Vigotsky, entre otros, y establece que las personas construyen sus conocimientos en etapas, mediante una reestructuración de esquemas mentales, diría Piaget. Se pasa por las etapas de asimilación, adaptación y acomodación, llegando a un estado de equilibrio, anteponiendo un estado de desequilibrio, donde el conocimiento nuevo por aprender a un nivel mayor debe ser altamente significativo y se debe mostrar una actitud positiva ante el nuevo conocimiento; construido a partir de situaciones reales, es decir se debe basar en hechos reales para que resulte significativo, particularmente por la resolución de problemas como característica fundamental del trabajo cerebral ⁽¹²⁾. En este trabajo está considerada la competencia con base en estas últimas consideraciones. Ya que dicha perspectiva dentro de sus principios sociológicos menciona una visión humanista y una organización educativa laboral como parte de un sistema social abierto en continuo intercambio de información. Así mismo porque dos de sus principios psicopedagógicos son el logro de las competencias ligadas a la autogestión, la automotivación, la autoadministración y la autoevaluación ⁽¹¹⁾.

Así, la competencia es el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones que se pueden enfrentar en el ejercicio de la práctica profesional ⁽¹³⁾. La fortaleza de esta definición radica en el hecho de que relaciona a la competencia con la aplicación de los conocimientos, habilidades y razonamiento clínico en el ejercicio práctico real del profesional. Es decir, que la competencia clínica siempre debe ser medida en el contexto de problemas clínicos relevantes y específicos, y no en forma aislada. Desde este punto de vista, la competencia es la declaración de la relación existente entre una habilidad (en el profesional), una tarea (en el mundo), y la ecología del sistema de salud y el contexto clínico en el cual esta tarea ocurre ⁽¹⁴⁾.

Desde este punto de vista, la competencia es un concepto que pone énfasis en la multidimensionalidad ⁽¹⁵⁾. Como todo concepto, el acceso a su realidad es sólo parcial a través de diferentes formas de medición que reflejan aspectos parciales de su complejidad: conocimientos, habilidades psicomotoras, actitudes, razonamiento clínico, habilidades para la comunicación, habilidades para el trabajo interdisciplinario, etc. Es evidente que aún midiendo todos estos aspectos no se podrá acceder al concepto completo que es la competencia clínica, o sea, y

parafraseando a la medicina familiar, la competencia clínica no es la mera suma de todas estas parcialidades sino que es un todo complejo y sistematizado. Teniendo en cuenta estas limitaciones, el modelo del conocimiento de Miller puede ser útil para establecer cuál es el estado actual de la evaluación de la competencia clínica.

El educador George Miller (1990) definió un modelo para la evaluación de la competencia profesional como una pirámide de cuatro niveles ⁽¹³⁾. En los dos niveles de la base se sitúan los conocimientos (saber) y cómo aplicarlos a casos concretos (saber cómo). En el nivel inmediatamente superior (mostrar cómo), se ubica a la competencia cuando es medida en ambientes "in vitro" (simulados) y donde el profesional debe demostrar todo lo que es capaz de hacer. En la cima se halla el desempeño (hace) o lo que el profesional realmente hace en la práctica real independientemente de lo que demuestre que es capaz de hacer (competencia), como se ejemplifica en la figura 1.

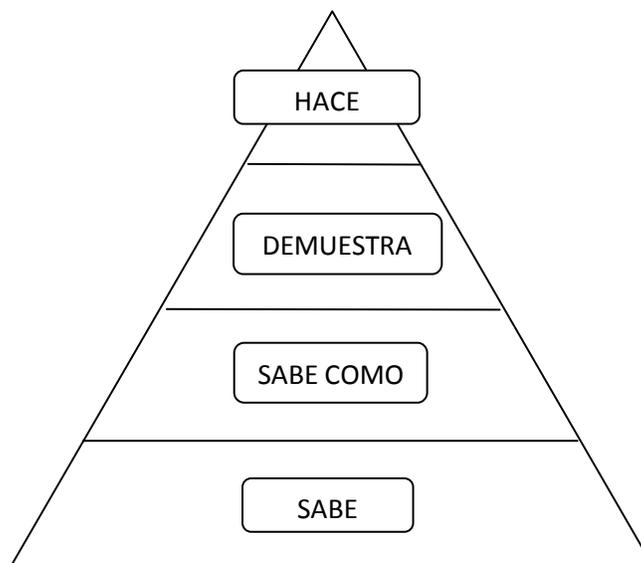


Figura 1 La pirámide de Miller G.

El análisis anterior fundamenta que la medicina familiar es una especialidad que no profundiza en el conocimiento de un área limitada, sino que toma partes de todas las disciplinas de las cuales deriva, para aplicarlas de forma única y global al individuo, la familia y la comunidad ⁽¹⁶⁾. Es una especialidad que comparte con otras disciplinas clínicas muchas áreas, incorporando ese conocimiento compartido y utilizándolo de forma específica para realizar el tratamiento primario.

En el área de familia, las competencias específicas del Médico familiar son consideradas las siguientes ^(8, 17, 18):

- Resolver problemas indiferenciados dentro del contexto de una relación continua con los individuos y las familias.
- Resolver problemas indiferenciados dentro del contexto de una relación continua con los individuos y las familias.
- Utilizar la forma eficaz el conocimiento de las relaciones interpersonales en el tratamiento de los pacientes.
- Manejar adecuadamente la relación médico-paciente.
- Manejar y utilizar los recursos de la comunidad y el sistema de los servicios de salud en beneficio de los pacientes.
- Elaborar estudios de salud familiar, considerando historia clínica familiar, diagnóstico individual y familiar en las áreas biológicas, psicológicas y sociales.
- Realizar entrevistas individuales y familiares utilizando técnicas específicas que contribuyan a la elaboración del estudio de salud familiar.
- Seleccionar los instrumentos más adecuados para la evaluación psicosocial de la familia de acuerdo a los diversos modelos aplicados para la elaboración del estudio de salud familiar.
- Elaborar diagnósticos integrales del proceso salud enfermedad tanto a nivel individual como familiar.
- Orientación familiar en concordancia con las características del diagnóstico de salud familiar, aplicando las técnicas específicas.
- Reconocer la necesidad de terapia familiar y canalizar al paciente y la familia de manera adecuada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el primer nivel de atención del IMSS la responsabilidad de otorgar atención médica de calidad a los problemas y situaciones que enfrentan las familias, está depositada en médicos con diferente perfil de formación, destacando: el Médico General sin ninguna otra instancia de capacitación, el Médico No Familiar que tiene cualquier otra especialidad y el Médico Familiar egresado de la residencia correspondiente. Dentro de dichas responsabilidades se puede apreciar que la formación no es necesariamente compatible con las competencias que demanda el manejo de los problemas familiares. No obstante, la experiencia puede jugar un papel relevante ante la posibilidad de que un médico que actúe con una sólida base de profesionalismo ⁽¹⁹⁾ (altruismo, responsabilidad, excelencia médica, compromiso, honor, integridad y respeto) puede desarrollar competencias acordes a la calidad de los problemas que enfrenta en la realidad.

En la experiencia de la investigadora el abordaje y manejo de la familia por parte de los médicos sujetos de investigación, es frecuentemente alejado de los preceptos o contenidos teóricos para el adecuado control o resolución de los problemas por los que las familias consultan. Lo anterior, frecuentemente justificado por los actores con base a la demanda de atención o cargas de trabajo, al tiempo disponible para cada consulta, a la infraestructura no específica para manejo de grupos o en general a los recursos existentes para el ejercicio de su práctica, lo cual propicia la inquietud de poder estimar si dichas justificaciones son reales o si la situación descrita se deba a desconocimiento y desarrollo de las competencias que se requieren para el desempeño adecuado de un médico en el primer nivel de atención, independientemente de su formación.

No hay estudios que evalúen si la competencia clínica en el área de familia está en relación con los años de práctica de la medicina, pudiera esperarse que un médico familiar a lo largo del tiempo obtenga mayor experiencia en el ámbito clínico, conocimientos más vastos, una visión más amplia y por lo tanto un mejor abordaje en el área de familia, o visto desde otra perspectiva, que un médico recién egresado por el hecho de manejar información reciente pudiera hacer una mejor intervención, por lo que surge como un cuestionamiento novedoso en esta investigación.

Dado que en el proceso salud-enfermedad intervienen cada uno de los miembros de la familia o bien los accesos a las redes de apoyo social, es necesario investigar si el médico familiar tiene la competencia de identificar los factores que influyen en el proceso referido. Por ello es importante la intervención del médico

familiar para hacer un análisis de la funcionalidad de la familia a través de los valores, creencias, conocimientos, juicios y criterios que determinan la salud del individuo y del colectivo de sus integrantes. Cuando existen factores que alteran la armonía familiar, como los económicos, enfermedad, farmacodependencia, etc. no sólo afectan al miembro que la sufre sino que repercuten en todo el conjunto familiar. La salud de los individuos se encuentra influenciada por la vida familiar. Una alteración en la salud, reduce la productividad, el desarrollo intelectual y la participación social. La habilidad para definir los elementos que permiten el estudio de la familia, debe desarrollarse desde la etapa de formación del médico familiar.

Existe cierto escepticismo manifestado entre los médicos familiares respecto al abordaje *familiar*, vinculado a una deficitaria atención domiciliaria y a una complejidad creciente del sistema familiar ⁽²⁰⁾, influyendo también la ausencia de programas de educación continua, con métodos de actualización científica de eficacia probada en nuestra especialidad. Vale también destacar el tiempo que se consume con actividades que lejos de ser académicas son más de carácter sindicalista y político ⁽²¹⁾.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es la competencia clínica en el área de familia en el primer nivel de atención?

¿Hay diferencia en la competencia clínica en el área de familia según la formación del profesional médico, es decir entre Médicos Familiares con especialidad y Médicos Familiares sin esta especialidad?

¿Hay relación entre la competencia clínica en el área de familia en la medicina de primer nivel de atención y el tiempo de experiencia clínica?

JUSTIFICACIÓN

La profesión médica ha de responder a los requerimientos presentes y futuros de la sociedad, ello requiere inevitablemente fortalecer la figura del Médico Familiar, por lo tanto el Médico Familiar requiere dominar tanto la competencia clínica para el manejo de las enfermedades como para tratar a los enfermos y sus familias de manera integral ⁽²²⁾.

Tomando en cuenta este último punto, los Médicos Familiares deben de tener una competencia clínica en el manejo de las familias con problemas de salud en su práctica diaria, tomando como referencia que la medicina familiar es la especialidad que se fundamenta en principios como continuidad, acción anticipatoria e integralidad de la intervención, por lo que es necesario evaluar el nivel de esa competencia ⁽²³⁾.

Fue conveniente hacer el presente estudio porque puede permitir un diagnóstico a partir del cual se podrían generar eventos de educación continua específicos para mejorar la calidad de la atención a la población amparada por el IMSS. Sería relevante porque mejoraría la actualización de los médicos de una sede de formación de especialistas en Medicina Familiar, que visto a largo plazo redundaría en que el IMSS tuviera una sede de excelencia en Medicina Familiar, para resolver problemas generados al interior de los psicodinamismos de una familia y coadyuvar a la aspiración institucional que resumimos en la tabla 2.

Tabla 2 Horizontes de la Medicina Familiar.

Lo que existe	A lo que se aspira
Fragmentar a la persona e incluso al padecer.	Atender a la persona.
Perspectiva biológico lesional. Consultorio como trinchera.	Considerar al contexto. Interactuar en el espacio del paciente.
Aislarse de la institución.	Ser la institución.
Justificarse con la productividad.	Reflexión como camino.
Asumir la omnipotencia.	Respetar la condición humana.

Debido a que la competencia clínica puede ser evaluada en todos y/o en cada uno de sus 4 niveles de la Pirámide de Miller, los fines de este estudio se enfocaron a medir el primero y segundo niveles de esta Pirámide en el área de familia.

Este estudio podrá ser objeto para futuras investigaciones con el propósito de mejorar el nivel de competencia clínica de los Médicos Familiares, encontrado en los resultados de esta investigación.

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer la competencia clínica¹ en el área de familia que tienen los Médicos Familiares adscritos a la consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) número 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social en julio del año 2012.

Objetivos Específicos

Comparar la competencia clínica en el área de familia según la formación del profesional médico, es decir entre Médicos Familiares con especialidad y Médicos Familiares sin especialidad.

Medir la competencia clínica en el área de familia con base en el tiempo de experiencia clínica en Medicina Familiar: menor de 10 años de práctica clínica y mayor de 10 años de práctica clínica.

¹ Tomando en cuenta el primer y segundo nivel de la Pirámide de Miller (página 10).

HIPOTESIS

Hipótesis De Nulidad

- I. En la mayor parte de los médicos adscritos a la consulta de Medicina Familiar de la UMF 28, la competencia en el área de la familia no es buena.
- II. No hay diferencia significativa en la competencia clínica en el área de familia entre los médicos que tienen la especialidad de Medicina Familiar y los que no la tienen.
- III. No existe diferencia significativa en la competencia clínica en el área de familia entre los médicos con mayor y menor tiempo de experiencia clínica.

Hipótesis Alternativas o De trabajo

- I. La mayor proporción de los médicos adscritos a la consulta de Medicina Familiar de la UMF 28, tiene ponderación buena o excelente, en la competencia en el área de familia.
- II. La competencia en el área de la familia, es diferente entre los Médicos Familiares que tienen la especialidad y los que no la tienen.
- III. El tiempo de experiencia clínica en Medicina Familiar, influye en la competencia clínica para el manejo de la familia.

Hipótesis Estadísticas

1. $H_1 : X_1 > X_2$

$H_0 : X_1 < X_2$

Donde H_1 , es la hipótesis de trabajo, H_0 es la hipótesis de nulidad, X_1 es la proporción de médicos con ponderación igual o mayor a buena, de su competencia clínica en el manejo de familia; y X_2 la proporción de médicos con ponderación inferior a buena.

2. $H_2 : X_1 \neq X_2$

$H_0 : X_1 = X_2$

Donde H2 es la hipótesis de trabajo, X1 es la competencia clínica en el área de familia de los médicos con la especialidad de Medicina Familiar y X2 los médicos sin dicha especialidad.

$$3. H3 : X1 > X2$$

$$H0 : X1 = X2$$

Donde H3 es la hipótesis de trabajo, X1 los médicos con dato de igual o mayor a diez años de práctica médica, y X2 los médicos con dato menor a diez años de práctica médica.

METODOLOGÍA

Tipo De Estudio:

Observacional. Porque el investigador no realizó ninguna intervención o experimento.

Prolectivo. Porque la información que se capturó para analizarlo se realizó a partir de la aplicación del instrumento de evaluación.

Transversal. Porque fue solo una medición (solo se realizó una evaluación del fenómeno).

Comparativo. Se analizaron dos grupos de médicos según su formación médica.

Población Y Lugar:

Médicos adscritos a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar número 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Tiempo:

En el mes de julio del año 2012.

Criterios De Inclusión.

Médicos de base o de contratación temporal con adscripción a la consulta externa, ya sea turno matutino o vespertino, de la Unidad de medicina familiar 28 Gabriel Mancera del IMSS que aceptaron participar en este estudio y que firmaron el consentimiento informado.

Criterios De Exclusión.

Médicos con función administrativa, o adscritos a otro servicio que no sea la consulta externa, o que estaban cubriendo la ausencia del médico adscrito al consultorio.

Criterios De Eliminación.

Médicos que no contestaron al menos el 90% del instrumento de evaluación. Médicos que no se encontraron el día de aplicación del instrumento, ya sea por vacaciones, incapacidad o cualquier otra causa. Médicos que no aceptaron participar en este estudio.

Variables De Estudio

1. Competencia clínica en el área de familia.

Definición conceptual. Es el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión del Médico Familiar cuando aborda el área de familia, en todas las situaciones que demanden su intervención. Competencia que es a la vez una cualidad susceptible de perfeccionamiento ^(7,16).

Definición operacional. Calificación obtenida acorde al índice de competencia clínica (primero y segundo nivel de la Pirámide de Miller) en el área de familia a través del instrumento de medición elaborado ex profeso para este trabajo. Se clasifica de acuerdo a la tabla 3.

Tabla 3 Operacionalización de la variable competencia clínica en el área de familia.

CONCEPTO	DIMENSIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO	ESCALA	INDICADOR	ÍNDICE
Competencia clínica	Estructura familiar	Tipología	Clasificación de la familia respecto a su entorno histórico, social, económico y cultural.	Cuantitativa	Intervalo	F vs V Acierto=1 Error= aciertos – 1 No sé= 0 1. -100 – 16 2. 17 – 37 3. 38 – 58 4. 59 – 79 5. 80 - 100	Calificación obtenida al sumar los valores alcanzados en los ítems del instrumento de medición. Categorías: Según el número de ítems menos las respuestas estimadas por azar. 1. Azar 2. Mala 3. Regular 4. Buena 5. Excelente
		Ciclo evolutivo	Etapas dinámicas que ocurren en la pareja y la familia y que establecen una organización específica.		Intervalo		
		Funciones	Tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia.		Intervalo		
	Dinámica familiar	Roles	Conductas repetitivas que implica la existencia de actividades recíprocas en otros miembros de la familia.		Intervalo		
		Liderazgo	Cualquier intento expresado de influir e impactar la conducta de los otros miembros de la familia.		Intervalo		
		Crisis	Situación crucial que conduce a un estado de alteración en la familia y requiere una respuesta adaptativa.		Intervalo		
		Límites	Cercanía-distancia entre subsistemas dentro de la familia.		Intervalo		
		Jerarquías	Niveles de autoridad dentro de la familia.		Intervalo		
		Coaliciones	Unión de 2 miembros contra un tercero dentro de la familia.		Intervalo		
		Pautas de comportamiento sintomático	Expresión orgánica de lo que ocurre en la familia, cuyo sustento puede ser orgánico-lesional o no.		Intervalo		
	Estudio de salud familiar	Comunicación	Compartir, poner en común un hecho.		Intervalo		
		Genograma	Representación gráfica de las principales características e interrelaciones de una familia.		Intervalo		
	Toma de decisiones	Instrumentos	Herramientas previamente validadas y aceptadas para evaluar la dinámica familiar.		Intervalo		
		Ante eventos adversos	Intervención en crisis familiares.		Intervalo		
		Pronóstico	Hipótesis de la evolución del estado de salud familiar.		Intervalo		
Tratamiento		Establecer medidas procedimentales correctas.		Intervalo			

2. Formación médica.

Definición conceptual. Proceso escolarizado mediante el cual los médicos obtienen un grado académico que les permite obtener la cédula profesional correspondiente. En el presente estudio se consideraron los siguientes:

- Médico General. Quien ha concluido los estudios correspondientes a la licenciatura en medicina y obtenido el título profesional de Médico Cirujano.
- Médico especialista. Quien posterior a la licenciatura en medicina, ha concluido los estudios correspondientes a una especialidad médica, que cuenta con reconocimiento oficial de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y obtuvo los diplomas institucional, universitario correspondientes. O bien, a quien se le extendió la cédula profesional de especialista, porque demostró haber hecho los estudios de ésta en el extranjero.
- Médico especialista en Medicina Familiar: Además de cumplir con las características anteriores, es el profesional responsable de otorgar atención médica integral y continua al individuo y su familia. Posee alta capacidad, clínica, docente, administrativa y de investigación ⁽²⁴⁾.

Definición operacional. Médico Familiar. Médico que independientemente de su formación académica, está adscrito a la consulta externa de Medicina Familiar. Pero que, dada su escolaridad, en su relación contractual se le denomina:

GRUPO 1: Médicos Familiares con especialidad:

- Médico Familiar con especialidad en Medicina Familiar. Que realiza atención médico-quirúrgica en unidades de adscripción y a domicilio, participa en actividades de fomento a la salud examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento a la población derechohabiente que se le encomiende de acuerdo con las labores señaladas en las normas o instructivos aprobados para esta categoría. Funciones técnico administrativas inherentes al tipo de actividades que tiene encomendadas (expedición de incapacidades, prescripción de medicamentos, etc.)⁽²⁴⁾.
- Médico Familiar, que además de Medicina Familiar tiene otra especialidad (médico con dos o más especialidades).

GRUPO 2: Médicos Familiares sin especialidad:

- Médico General. Que atiende, interroga, explora y diagnostica en su unidad de adscripción y a domicilio a pacientes para la atención médico-quirúrgica, instituye tratamiento médico y manejo preventivo a la población. Elabora historiales clínicos a los pacientes que se le encomienden de acuerdo con las

normas, instructivos y procedimientos que el Instituto determine, realiza funciones técnico-administrativas inherentes al puesto, desarrolla actividades de docencia y asiste a cursos de superación profesional que el Instituto establezca.

- Médico Familiar, que no cursó la especialidad en Medicina Familiar, pero que por su historia laboral institucional le fue otorgado este título.
- Médico Familiar, con estudios en una especialidad diferente a la Medicina Familiar adscrito a la consulta de Medicina Familiar.

3. Tiempo de experiencia clínica.

Definición conceptual. Son los años de práctica médica profesional.

Definición operacional.

- Mayor experiencia clínica: Un periodo igual o mayor a diez años de ejercicio o práctica médica en Medicina Familiar.
- Menor experiencia clínica: Un periodo menor a diez años de ejercicio o práctica médica en Medicina Familiar.

Variables Independientes:

La formación académica. Dado que a partir de ella se analizará el nivel de competencia clínica en el área de familia, de los médicos participantes. Al respecto se tienen al menos dos grupos: Médicos familiares con especialidad en y Médicos Familiares sin ella.

Tiempo de experiencia. Dado que es posible que a mayor experiencia mayor refinamiento y competencia para manejar el área de familia. No obstante, también es posible que los médicos con menor tiempo de egresados tengan conocimientos y en general mayor competencia que quienes egresaron primero y no se han actualizado o no la ponen en práctica.

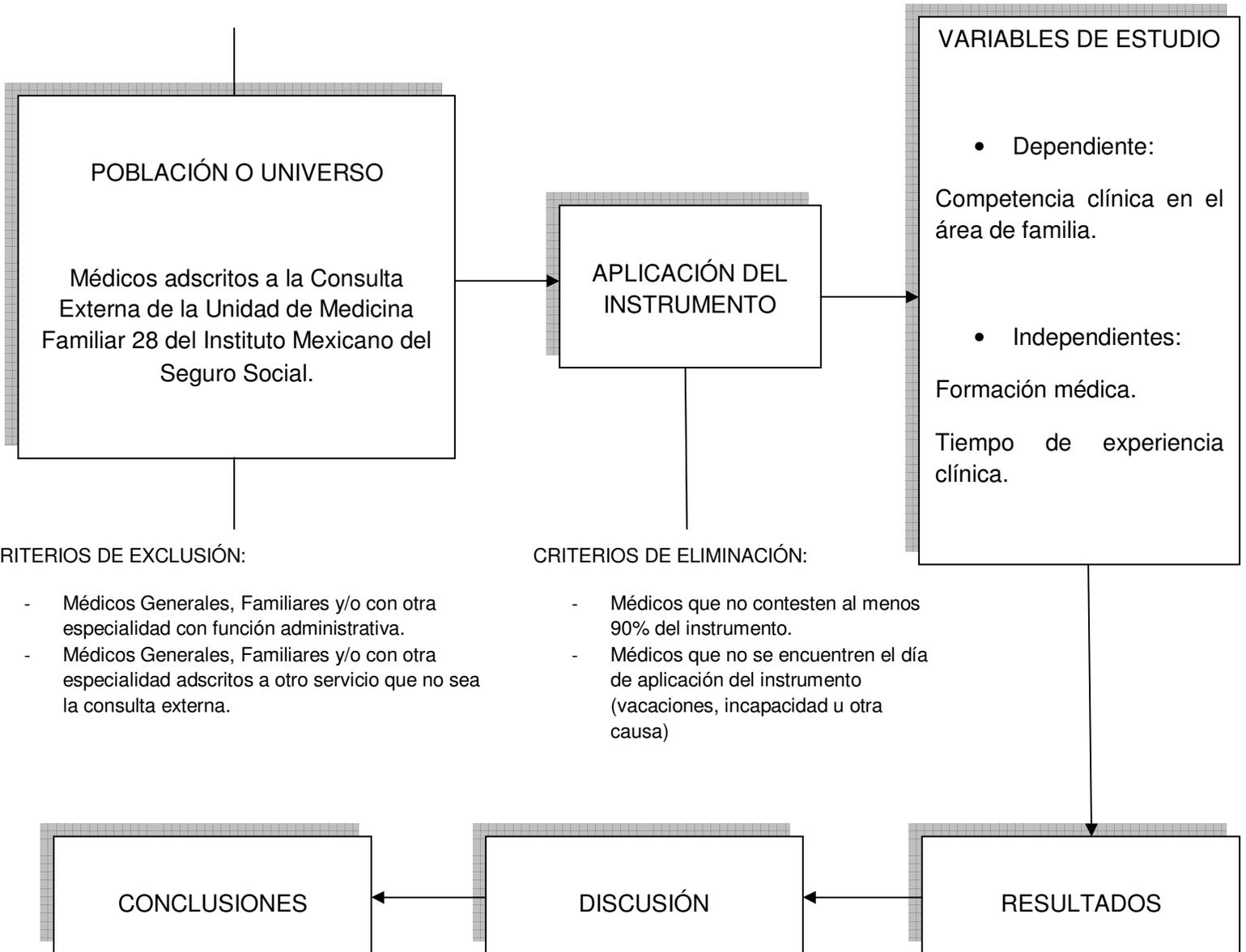
Variable Dependiente:

Competencia clínica en el área de familia. Dado que será medida como el efecto de dos variables que se ponderarán por separado; es decir la formación académica y tiempo de experiencia clínica.

Diseño De Estudio:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Médicos Generales, Familiares y/o con otra especialidad con adscripción a la consulta externa de la UMF28.
- Turno matutino o vespertino.
- Médicos que acepten participar en el estudio.
- Médicos que firmen el consentimiento informado.



DISEÑO ESTADÍSTICO

Para las variables:

a) Formación médica

b) Competencia clínica.

Ambas de tipo cualitativo pero con escala de medición nominal y ordinal respectivamente, se utilizó la estadística de tipo descriptiva, a fin de organizar y mostrar los datos mediante, una tabla de distribución de frecuencias, razones, proporciones y uso de media como medida de tendencia central.

Para la variable años de práctica, tipo cuantitativa con escala de medición de razón, se utilizó también estadística descriptiva a cuyos resultados se podrán agregar las medidas de tendencia central, Media y desviación estándar.

Asimismo, se utilizó la estadística analítica comparativa al comparar los grupos.

En un primer momento: El grupo Médicos Familiares sin especialidad y otro de Médicos Familiares con especialidad, y en un segundo momento a) Médicos con menor práctica igual o menor de 10 años y b) Médicos con mayor práctica (10 años o más); en los cuales, considerando que la variable dependiente es de tipo nominal con escala ordinal, en dos grupos independientes, se aplicó la prueba U de Mann Whitney. La asociación entre la competencia clínica en el área de familia y la experiencia clínica, se determinó con el coeficiente phi (r_o) y X_2 .

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Debido a que no existe un estándar de oro, se diseñó un instrumento para evaluar la competencia clínica que evalúan el primero y segundo nivel de la pirámide de Miller en el área de familia (ver anexo 1). El instrumento consta de 5 casos clínicos reales. Cada caso tiene una serie de enunciados del tema de esta investigación, con un total de 100 reactivos, con respuestas de verdadero, falso o no sé. Los temas fueron seleccionados a partir de los contenidos del PUEM que rige la especialidad de Medicina Familiar en el área de familia. La estructura del instrumento se describe en la tabla 4, en donde se aprecia que el mayor porcentaje de reactivos corresponde al estudio de la dinámica familiar por ser un área característica en la formación de especialistas en esta disciplina, seguida del número de reactivos sobre estructura familiar ya que bajo la asesoría de los expertos ambas áreas conforman un sólido sustrato para la posibilidad de hacer diagnósticos relacionados con la familia. Los porcentajes relacionados al estudio de la salud familiar y a la toma de decisiones están representados con menor magnitud porque en el ámbito de la realidad o práctica de la Medicina Familiar ocupan un menor tiempo; es decir, que solo a determinados pacientes se les realiza por considerar que la demanda de atención médica en el ámbito clínico ocupa el mayor interés tanto del médico como del paciente.

Tabla 4 Estructura del instrumento para el abordaje del área de familia.

ESTRUCTURA FAMILIAR	Número de reactivos	DINÁMICA FAMILIAR	Número de reactivos	ESTUDIO DE SALUD FAMILIAR	Número de reactivos	TOMA DE DECISIONES	TOTAL
Tipología	13	Roles	13	Genograma	8	Ante	8
Ciclo evolutivo	9	Liderazgo	3	Instrumentos	4	eventos familiares	3
Funciones	11	Crisis	12			adversos	1
		Límites	3			Tratamiento	
		Jerarquías	4			Pronóstico	
		Coaliciones	2				
		Pautas de comportamiento sintomático	1				
		Comunicación	5				
TOTAL DE REACTIVOS	33		43		12		100

El instrumento fue validado mediante la técnica: Ronda de expertos. Habiéndose realizado 3 rondas con cinco médicos, con especialidad en Medicina Familiar y experiencia en docencia e investigación.

Los enunciados seleccionados fueron aquellos en donde coincidieron 3 o más de los expertos. Como se mencionó antes, contiene respuestas de opción múltiple del tipo Verdadero, Falso y No sé, en donde la calificación obtenida es igual a los aciertos menos errores, las respuestas "no sé" no contabilizan. Cincuenta enunciados o reactivos tienen respuesta Verdadero y los otros cincuenta tienen respuesta Falso, distribuidos aleatoriamente entre las áreas abordadas.

La escala de medición de la competencia, fue diseñada estimando las respuestas por azar con base a la fórmula propuesta por el Pérez y Viniegra ⁽¹⁰⁾, a partir de lo cual se determinó la competencia clínica como: excelente, buena, regular, mala y por azar (ver tabla 5).

Tabla 5 Ponderación de la competencia clínica en el área de familia.

<u>COMPETENCIA CLÍNICA</u>	<u>PONDERACIÓN</u>
Excelente	80 - 100
Buena	59 – 79
Regular	38 – 58
Mala	17 – 37
Por azar	-100 - 16

El instrumento primeramente se aplicó a población piloto al 10% de la población estimada y con base en ello se realizaron los ajustes procedentes.

Finalmente el Coeficiente de Confiabilidad se estimó a través de la fórmula 21 de Kuder-Richardson cuyo valor obtenido fue de 0.99.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar número 28 “Gabriel Mancera” ubicada en Gabriel Mancera número 800. Colonia Del Valle. Delegación Benito Juárez. México, Distrito Federal.

Para realizar este estudio, con previa autorización por las autoridades, se tomó en cuenta a los médicos adscritos a la consulta externa de medicina familiar la cual cuenta con 33 consultorios en dos jornadas laborales: turnos matutino y vespertino a quienes se les realizará la aplicación del instrumento de medición.

El censo de médicos de la UMF 28 noviembre 2011 que maneja la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud de dicha UMF dicta que el turno matutino está compuesto por 34 médicos, 29 de ellos están en consultorio (hay tres consultorios sin médico y un consultorio está dedicado a la jefatura de departamento clínico), 3 son jefes de departamento clínico, 1 con categoría de director y 1 con puesto de coordinador de educación e investigación en salud. El turno vespertino se compone de 31 médicos, 28 de ellos están en consultorio (hay 4 consultorios sin médico y 1 consultorio está dedicado a la jefatura de departamento clínico) y 3 médicos son jefes de departamento clínico.

La investigadora funcionó como encuestadora. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la aplicación del instrumento de medición (anexo 1), al universo de médicos adscritos a la consulta externa de ambos turnos laborales y que cumplieron con los requisitos de inclusión de este estudio, previo consentimiento de participación voluntaria y manteniendo la confidencialidad de los datos.

El instrumento fue llenado por el médico participante, ya que es de autoaplicación.

Se analizó la información obtenida a través de los resultados, de tal manera que permitió realizar conclusiones en base a los objetivos planteados.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

El instrumento de evaluación se aplicó de forma individual a los médicos participantes. No se influyó en la contestación del instrumento. Si el médico participante tuvo alguna duda acerca del instrumento se le dio asesoría sin incidir en la respuesta.

Los instrumentos que se llenaron de forma incompleta (menos del 90%) quedaron eliminados de este estudio.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO, FACTIBILIDAD

Recursos Humanos.

- ❖ La investigadora. Misma que recolectó los datos.

Recursos Físicos.

- ❖ Unidad de Medicina Familiar numero 28 Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- ❖ Consultorios de la consulta externa, turno matutino y vespertino.

Recursos Materiales.

- ❖ Instrumento de medición
- ❖ Mesas
- ❖ Bolígrafos
- ❖ Fotocopias
- ❖ Computadora

Financiamiento.

- ❖ El financiamiento será cubierto por la investigadora, autora de la tesis.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla 6 Cronograma de actividades.

	Nov 201 0	Dic 201 0	Ene 201 1	Feb 201 1	Mar 201 1	Abr 201 1	May 201 1	Jun 201 1	Jul 201 1	Ago 201 1	Sep 201 1
- Selección del tema	0	0									
- Marco teórico			0	0	0						
- Cronograma de actividades					0	0					
- Planteamiento del problema					0	0					
- Justificación						0	0				
- Objetivos							0	0			
- Hipótesis								0			
- Diseño metodológico								0			
- Realizar instrumento									0	0	0

Continuación de tabla 6.

	Oct 201 1	Nov 201 1	Dic 201 2	Ene 201 2	Feb 201 2	Mar 201 2	Abr 201 2	May 201 2	Jun 201 2	Jul 201 2	Ago 201 2	Sep 201 2
- Validación de instrumento	0	0										
- Diseño estadístico			0									
- Recursos			0									
- Consideraciones éticas			0									
- Registro de Protocolo en SIRELCIS			0									
- Ejecución del proyecto				0	0	0						
- Descripción de resultados							0	0				
- Análisis de los resultados									0	0		
- Discusión de resultados									0	0		
- Integración e informe final										0	0	0

ÉTICA

Aspectos Éticos.

El presente protocolo de investigación no desobedece:

a) A las recomendaciones contenidas en la **Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial**, enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, Octubre 2000, que guía a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos.

Donde la Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables ⁽²⁵⁾.

b) La **Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial**, vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente” y el **Código Internacional de Ética Médica** afirma que: “El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente” ⁽²⁶⁾.

c) **El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en México.**

Este proyecto de investigación cumple con las normas establecidas en el reglamento de la Ley General de Salud, México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1987. De acuerdo con el reglamento, esta investigación se clasifica como de riesgo 1 (investigación sin riesgo) según lo dictado en el Título segundo Capítulo 1, Artículo 17: “investigación sin riesgo son aquellos en los que no se realiza alguna intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas revisión de expedientes clínicos y otros” ⁽²⁷⁾.

Se solicitó la autorización para la participación voluntaria de cada uno de los médicos participantes y se firmó la carta de consentimiento en caso de aceptar ser parte de este estudio de investigación.

Riesgos y Medidas De Seguridad Para Cada Uno De Los Participantes Del Estudio.

El estudio es observacional por lo que no implicó riesgos para los participantes.

Medidas De Seguridad Para La Investigadora.

Se inició la investigación una vez autorizado el protocolo por el comité de enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar no. 28 Gabriel Mancera.

Consentimiento Informado

Ver anexo 2.

RESULTADOS

Con respecto a la caracterización de la población la edad de los 54 médicos participantes en el estudio (tabla 7), la media encontrada fue es de 44 años, la mediana de 43 y la moda es de 32. El rango de 33 (28 a 61 años), con una desviación estándar de 11.08.

Tabla 7 Distribución de la edad de los médicos participantes.

Participante	Edad	Participante	Edad
1	32	28	56
2	61	29	39
3	58	30	32
4	48	31	35
5	35	32	35
6	58	33	32
7	52	34	29
8	57	35	32
9	28	36	49
10	30	37	54
11	54	38	50
12	35	39	32
13	35	40	40
14	57	41	32
15	58	42	32
16	47	43	60
17	31	44	53
18	33	45	58
19	45	46	33
20	29	47	59
21	31	48	48
22	60	49	36
23	53	50	55
24	51	51	43
25	31	52	38
26	55	53	52
27	39	54	33

Acerca de la variable tiempo de experiencia clínica, operativizada en años de práctica médica, cabe destacar que la media se encontró en 12, con un comportamiento bimodal de 3 y 5 años, y una mediana de 19. Las medidas de dispersión de esta variable fueron un rango de 32.5 y la desviación estándar de 9.88. Tabla 8.

Tabla 8 Distribución de los años de práctica médica de los médicos participantes.

Participante No.	Años de Práctica Médica	Participante No.	Años de Práctica Médica
1	3	28	30
2	20	29	15
3	22	30	1
4	21	31	10
5	5	32	7
6	25	33	1
7	25	34	0.7
8	15	35	3
9	0.5	36	20
10	0.4	37	19
11	26	38	26
12	2	39	1
13	0.6	40	0.6
14	27	41	1.6
15	17	42	3
16	20	43	32
17	2	44	20
18	9	45	25
19	14	46	5
20	3	47	26
21	3	48	23
22	23	49	6
23	17	50	17
24	19	51	12
25	1	52	8
26	13	53	20
27	1	54	5

Acorde a la conformación de los grupos según formación médica y tiempo de experiencia clínica, los resultados se muestran en la tabla 9.

Tabla 9 Tiempo de experiencia en los dos grupos de estudio.

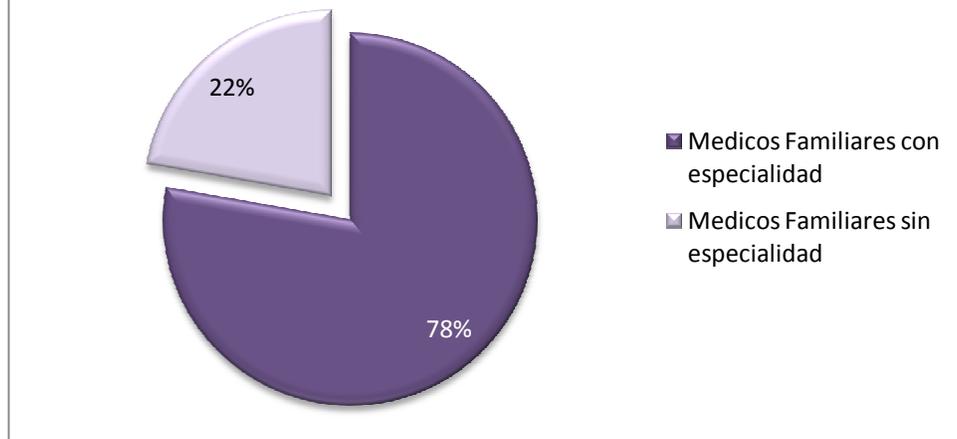
Tiempo de experiencia	Médicos Familiares Con especialidad	Médicos Familiares Sin Especialidad
Menor de 10 años	23	2
Igual o mayor de 10 años	22	7
Total	45	9

Con la variable formación médica, se integraron dos grupos, los médicos familiares con especialidad de Medicina Familiar, conformado con 83% del total de los participantes, y que incluyó a Médicos familiares con especialidad y Médicos Familiares que además de Medicina Familiar, hicieron otra especialidad; y los Médicos Familiares sin especialidad que fueron el 17% del total. En estos últimos, fueron incluidos los Médicos Generales y los Médicos Familiares que obtuvieron su cédula profesional por Historial Laboral, sin haber cursado la especialidad. No se encontraron Médicos con especialidad diferente a la de Medicina Familiar, es decir, Médicos No Familiares. Tabla 10 y figura 2.

Tabla 10 Distribución de la formación médica de los participantes.

Nº	MF Con Especialidad		MF Sin Especialidad		Nº	MF Con Especialidad		MF Sin Especialidad	
	MF	MF más otra especialidad	MG	MF por Historial Laboral		MF	MF más otra especialidad	MG	MF por Historial Laboral
1	1				28	1			
2	1				29			1	
3				1	30	1			
4	1				31			1	
5	1				32	1			
6	1				33	1			
7			1		34	1			
8			1		35	1			
9	1				36	1			
10	1				37	1			
11	1				38	1			
12	1				39	1			
13	1				40	1			
14	1				41	1			
15	1				42	1			
16	1				43			1	
17	1				44		1		
18			1		45	1			
19	1				46	1			
20			1		47				1
21	1				48	1			
22		1			49	1			
23	1				50	1			
24	1				51	1			
25	1				52	1			
26		1			53	1			
27	1				54	1			

Figura 2 Formación médica.



Con los datos obtenidos de la variable competencia clínica en el área de familia, se puede observar que el 100% de los médicos adscritos a la consulta externa de la UMF 28, se ubicó por debajo del intervalo de buena competencia clínica, en el área de familia; de ellos el 20% (11) obtuvo puntuaciones de regular competencia, el 61% (33) alcanzó puntajes equivalentes a la mala competencia y el 19% (10) tuvo respuestas compatibles con el azar (tabla 11).

Tabla 11 Distribución de frecuencias según ponderación obtenida en el área de familia de la población de estudio.

INTERVALOS	FAS	FRS	FAA	FRA
-100 - 16	10	19	10	19
17 - 37	33	61	43	80
38 - 58	11	20	54	100
59 - 79	0	0	54	100
80 - 100	0	0	54	100
TOTAL	54	100		

FAS=Frecuencia absoluta simple, FRS= Frecuencia relativa simple, FAA= Frecuencia absoluta acumulada, FRA= Frecuencia relativa acumulada.

Con las ponderaciones anteriores se obtuvieron las siguientes medidas de tendencia central (MTC) de la competencia clínica en el área de familia, en la población de estudio. Tabla 12:

Tabla 12 MTC de la competencia clínica en el área de familia.

Media	27
Mediana	25
Moda	22

Las medidas de dispersión de la competencia clínica en el área de familia fueron las que se muestran en la tabla 13:

Tabla 13 Medidas de dispersión de la competencia clínica en el área de familia.

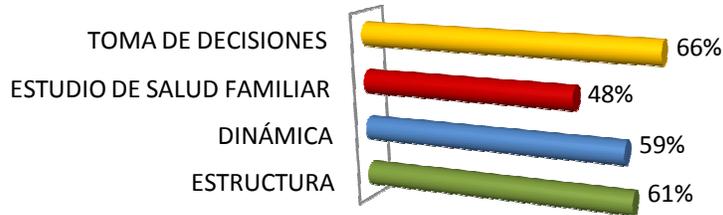
Rango	55
Desviación estándar	86.68

Acercas de los contenidos relacionados con el área de familia de mayor dominio por parte de los participantes, las ponderaciones encontradas con los apartados del instrumento de medición, se pueden observar en la tabla 14 y figura 3.

Tabla 14 Ponderación por áreas de la competencia clínica en el área de familia.

Estructura	61%
Dinámica	59%
Estudio de Salud Familiar	48%
Toma de decisiones	66%

Figura 3 Ponderación de la competencia clínica en el área de familia en el universo de trabajo



Para mayor especificidad se pueden observar los resultados de la tabla 15 en donde se concentran las ponderaciones obtenidas por tema.

Tabla 15 Ponderación por sub áreas de la competencia clínica en el área de familia en el total de la población.

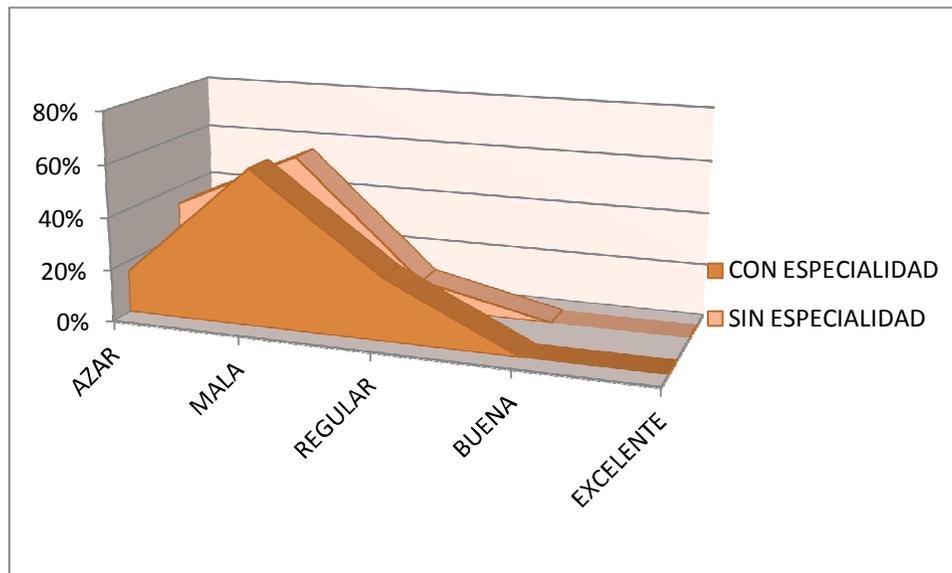
ESTRUCTURA FAMILIAR	Ponderación	DINÁMICA FAMILIAR	Ponderación	ESTUDIO DE SALUD FAMILIAR	Ponderación	TOMA DE DECISIONES	TOTAL
Tipología	60%	Roles	66%	Genograma	50%	Ante eventos familiares adversos	77%
Ciclo evolutivo	63%	Liderazgo	33%	Instrumentos	45%	Tratamiento Pronóstico	50%
Funciones	61%	Crisis	42%				50%
		Límites	83%				
		Jerarquías	68%				
		Coaliciones	50%				
		Pautas de comportamiento o sintomático	70%				
		Comunicación	64%				
PONDERACIÓN TOTAL	61%		59%		48%	66%	100%

Al comparar los porcentajes obtenidos según las ponderaciones alcanzadas en la competencia clínica en el área de familia de acuerdo a la formación médica, tenemos los resultados mostrados en la tabla 16 y figura 4.

Tabla 16 Ponderación de la competencia clínica en el área de familia en Médicos Familiares con especialidad y Médicos Familiares sin especialidad.

	MF con especialidad	MF sin especialidad
Azar	16%	33%
Mala	60%	56%
Regular	24%	11%
Buena		
Excelente		
TOTAL	100%	100%

Figura 4 Ponderación de la competencia clínica en el área de familia en Médicos Familiares con especialidad y Médicos Familiares sin especialidad.



La ponderación de la competencia clínica por sub áreas en Médicos Familiares Con Especialidad y en Médicos Familiares Sin Especialidad se visualiza en las tablas 17 y 18.

Tabla 17 Ponderación por sub áreas de la competencia clínica en el área de familia en los Médicos Familiares Con Especialidad.

ESTRUCTURA FAMILIAR	Ponderación	DINÁMICA FAMILIAR	Ponderación	ESTUDIO DE SALUD FAMILIAR	Ponderación	TOMA DE DECISIONES	TOTAL
Tipología	62%	Roles	68%	Genograma	53%	Ante eventos familiares adversos	80%
Ciclo evolutivo	66%	Liderazgo	60%	Instrumentos	43%	Tratamiento Pronóstico	47%
Funciones	62%	Crisis	43%				50%
		Límites	87%				
		Jerarquías	68%				
		Coaliciones	60%				
		Pautas de comportamiento o sintomático	70%				
		Comunicación	66%				
PONDERACIÓN TOTAL	63%		61%		49%		100%

Tabla 18 Ponderación por sub áreas de la competencia clínica en el área de familia en los Médicos Familiares Sin Especialidad.

ESTRUCTURA A FAMILIAR	Ponderación	DINÁMICA FAMILIAR	Ponderación	ESTUDIO DE SALUD FAMILIAR	Ponderación	TOMA DE DECISIONES	TOTAL
Tipología	48%	Roles	57%	Genograma	36%	Ante eventos familiares adversos	74%
Ciclo evolutivo	52%	Liderazgo	40%	Instrumentos	33%	Tratamiento Pronóstico	70%
Funciones	57%	Crisis	33%				43%
		Límites	73%				
		Jerarquías	75%				
		Coaliciones	20%				
		Pautas de comportamiento o sintomático	80%				
		Comunicación	60%				
PONDERACIÓN TOTAL	52%		51%		35%		100%

Las medidas de tendencia central y de dispersión con respecto a la ponderación de la competencia clínica en el área de familia en los Médicos Familiares con especialidad y los Médicos Familiares sin especialidad se muestran en la tabla 19.

Tabla 19 Comparación de la competencia clínica en el área de familia en los grupos de estudio.

	n	Mediana	Desviación estándar	U Mann-Whitney
Médicos Familiares Con Especialidad	45	26	10.8	<i>P</i> = 0.0197
Médicos Familiares Sin Especialidad	9	19	15.8	

Para calificar si hay diferencia real o por azar de la competencia clínica en el área de familia entre Médicos Familiares con especialidad y Médicos Familiares sin especialidad se utilizó la prueba de **U Mann-Whitney**.

$$U_1 = n_1 n_2 + \frac{n_1 (n_1 + 1)}{2} - \Sigma R_1$$

$$U_2 = n_1 n_2 + \frac{n_2 (n_2 + 1)}{2} - \Sigma R_2$$

Donde:

U_1 y U_2 = valores estadísticos de U Mann-Whitney.

n_1 = tamaño de la muestra del grupo 1.

n_2 = tamaño de la muestra del grupo 2.

R_1 = sumatoria de los rangos del grupo 1.

R_2 = sumatoria de los rangos del grupo 2.

A continuación se describen los pasos para llegar al resultado de éste cálculo:

Primeramente la población se dividió en dos grupos: Médicos Familiares con especialidad (n_1) y Médicos Familiares sin especialidad (n_2). Tablas 20 y 21.

Tablas 20 y 21 Ponderaciones de la competencia clínica alcanzadas por los Médicos participantes.

6	22	24	30	40
10	22	24	30	41
13	22	25	30	42
14	22	25	34	44
14	22	26	35	44
15	23	28	35	45
16	23	29	35	46
20	23	29	36	48
20	24	30	38	51

-1
4
14
18
19
23
26
27
54

Posteriormente se ordenaron los empates y se calculó el tamaño de estos, que corresponde a la cifra entre paréntesis del siguiente cuadro:

Tabla 21. Rangos y empates de la población para el cálculo de R1 y R2 de la prueba de U Mann-Whitney.

-1 (1)	22 (19)	26 (29.5)	36 (43)
4 (2)	22 (19)	26 (29.5)	38 (44)
6 (3)	22 (19)	27 (31)	40 (45)
10 (4)	22 (19)	28 (32)	41 (46)
13 (5)	22 (19)	29 (33.5)	42 (47)
14 (7)	23 (21.5)	29 (33.5)	44 (48.5)
14 (7)	23 (21.5)	30 (36.5)	44(48.5)
14 (7)	23 (21.5)	30 (36.5)	45 (50)
15 (9)	23 (21.5)	30 (36.5)	46 (51)
16 (10)	24 (25)	30 (36.5)	48 (52)
18 (11)	24 (25)	34 (39)	51 (53)
19 (12)	24 (25)	35 (41)	54 (54)
20 (13.5)	25 (27.5)	35 (41)	
20 (13.5)	25 (27.5)	35 (41)	

Con estos datos, se despejó la fórmula para el cálculo de U:

$$U_1 = 45 \times 9 + \frac{45(45+1)}{2} - 1326 = 114$$

$$U_2 = 45 \times 9 + \frac{9(9+1)}{2} - 169 = 281$$

Se procedió al cálculo de la sumatoria de los empates con la siguiente fórmula:

$$L_i = \frac{\sum L_j^3 - L_j}{12}$$

Donde:

L_i = sumatoria de las ligas o empates.

$$L_i = \frac{(3^3-3)+(2^3-2)+(5^3-5)+(4^3-4)+(3^3-3)+(2^3-2)+(2^3-2)+(2^3-2)+(4^3-4)+(3^3-3)+(2^3-2)}{12} = 28.5$$

Para calcular la desviación estándar de U:

$$\sigma_U = \sqrt{\left(\frac{n_1 n_2}{N(N-1)}\right) \left(\frac{N^3 - N}{12} - \sum L_i\right)}$$

Donde:

s_U = desviación estándar de U.

n_1 y n_2 = tamaño de la muestra de los grupos 1 y 2.

N = tamaño total de la muestra (la suma de n_1 y n_2).

L_i = sumatoria de las ligas o empates.

$$\sigma_U = \sqrt{\left(\frac{45 \times 9}{54(54-1)}\right) \left(\frac{54^3 - 54}{12} - 28.5\right)} = \sqrt{0.141 \times 13089} = 42.9$$

Finalmente se determinó el valor de Z:

$$Z = \frac{U - \bar{U}}{\sigma_U}$$

Donde:

Z= Valor estadístico de la curva normal.

U= Cualquier valor de U calculado (ya sea U_1 o U_2)

\bar{U} = Valor promedio de U

σ_U = Desviación estándar de U

$$Z = \frac{114 - 202.5}{42.9} = -2.06$$

Para obtener la probabilidad del valor Z de -2.06, se consultó la tabla de valores de áreas bajo la curva normal, en donde el valor encontrado fue 0.0197, que corresponde a la probabilidad del valor de U con respecto al promedio. Esto quiere decir que es menor que el nivel de significancia.

Acorde al nivel de significación: para todo valor de probabilidad igual o menor que 0.05 se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Por tanto con nuestros valores aceptamos la hipótesis alterna que nos permite decir que con las ponderaciones obtenidas los Médicos familiares con especialidad son diferentes de los Médicos que no la tienen, en el abordaje o manejo de la familia.

Por otro lado, con respecto a la competencia clínica en el área de familia en relación al tiempo de experiencia en los Médicos familiares Con Especialidad y los Médicos Familiares Sin Especialidad se describe en la tabla 23 y 24.

Tabla 23 Ponderación de la competencia clínica en el área de familia en Médicos Familiares Con Especialidad de acuerdo al tiempo de experiencia médica.

	Menor de 10 años de experiencia	Mayor a 10 años de experiencia
Azar	(2) 9%	(4) 18%
Mala	(14) 61%	(17) 77%
Regular	(7) 30%	(1) 5%
Buena		
Excelente		
TOTAL	(23) 100%	(22) 100%

Tabla 24 Ponderación de la competencia clínica en el área de familia en Médicos Familiares Sin Especialidad de acuerdo al tiempo de experiencia médica.

	Menor de 10 años de experiencia	Mayor a 10 años de experiencia
Azar		(3) 43%
Mala	(2)100%	(3) 43%
Regular		(1) 14%
Buena		
Excelente		
TOTAL	(2) 100%	(7) 100%

Para estimar la relación entre las variables tiempo de experiencia (mayor o menor tiempo a través de los años de práctica) y competencia clínica, fueron llevadas ambas variables, a una escala de medición nominal, y se utilizó el coeficiente **phi (r₀)**, con la fórmula:

$$r_0 = \frac{(ad-bc)}{\sqrt{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}}$$

En el tiempo de experiencia, -mayor o menor- el punto de corte fueron 10 años. Para mayor experiencia, que fuera e igual o mayor a ese dato y para menor experiencia que fuera menor a él. La competencia clínica, fue catalogada por las ponderaciones que la catalogaron como mala y regular. En mala, se incluyeron además las respuestas por azar. De esta manera, los datos se organizaron para analizar a la población total y también al grupo de Médicos Familiares con especialidad; integrándose los datos en las tablas 25 y 26 correspondientemente:

Tabla 24 Relación entre tiempo de experiencia y competencia clínica el total de la población

	Tiempo de experiencia		
	< 10 años	≥ 10 años	
Mala competencia	a	b	a+b
Regular competencia	c	d	c+d
	a+c	b+d	N

	Tiempo de experiencia		
	< 10 años	≥ 10 años	
Mala competencia	18	27	45
Regular competencia	7	2	9
	25	29	54

Tabla 26 Tiempo de experiencia y competencia clínica en MF con especialidad.

	Tiempo de experiencia		
	< 10 años	≥ 10 años	
Mala competencia	16	21	37
Regular competencia	7	1	8
	23	22	45

Debido a que el coeficiente r_0 está distribuido como X^2 , ésta se calculó con 1 grado de libertad, con la fórmula ⁽²⁸⁾.

$$X^2 = \frac{n (ad-bc)}{(a+b) (c+d) (a+c) (b+d)}$$

Los valores obtenidos para la población total fueron:

$$r_0 = 0.20321$$

$$X^2_c = 0.014571 \text{ y } X^2_t = 3.84$$

El valor del coeficiente **phi** (r_0), fue muy cercano a cero, lo cual sugirió no haber asociación entre las variables estudiadas, pudiéndose considerar variables independientes. Su ratificación fue mediante prueba de hipótesis con X^2 , con la norma de decisión siguiente:

Si el valor de $X^2_c \geq X^2_t$ se rechaza H_0 y se acepta H_a .

Como X^2_c fue menor, es decir = 0.0145; cuando X^2_t a nivel de significancia de 0.05 = 3.84; se acepta H_0 , que establece que las proporciones encontradas entre la competencia clínica, respecto a los años de experiencia, no tienen una diferencia estadísticamente significativa.

Cuando este mismo ejercicio se realizó con las médicos familiares con especialidad; los valores encontrados fueron:

$$r_0 = 0.338501$$

$$X^2 = 0.0393587 \text{ y } X^2_t = 3.84$$

El valor del coeficiente **phi** (r_0), nuevamente fue cercano a cero, por lo que también se consideró que ambas variables resultaron independientes.

De igual manera, la norma de decisión establecida fue:

Si el valor de $X^2_c \geq X^2_t$ se rechaza H_0 y se acepta H_a

Como X^2_c también fue menor a la X^2_t a nivel de significancia de 0.05; se aceptó la H_0 , estableciendo que las proporciones encontradas entre la competencia clínica, respecto a los años de experiencia, en médicos que realizaron la especialidad, no tienen una diferencia estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN

De la población de médicos adscritos a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar número 28 que consta de 65 médicos, 54 se incluyeron en este estudio de manera voluntaria y firmando el consentimiento informado, 8 médicos fueron excluidos por estar en cargos administrativos y 3 médicos se negaron a participar en el estudio no obstante que se les explicó que no habría ninguna repercusión laboral; argumentaron situaciones personales, por lo que fueron eliminados.

De los 54 médicos que fue el universo de trabajo nos enfrentamos a una población heterogénea con respecto a la edad (rango 33) con una moda de 32 años, y a la experiencia clínica en años, con una media de 12 y rango de 32.5 años.

Para esta investigación consideramos relevante hacer la diferenciación del concepto Médico Familiar dado que en la historia institucional dicha categoría ha tenido las circunstancias que a continuación se describen:

Médicos Familiares con especialidad: incluidas las modalidades semipresencial y residencia habitual, además de los médicos que tienen alguna otra especialidad. De los 45 médicos incluidos en este grupo, 3 tuvieron una segunda especialidad: Genética Médica, Epidemiología y Urgencias.

Médicos Familiares sin especialidad: (se decidió ponerle este nombre a este grupo debido a que los contratos de los trabajadores y en el censo de médicos aparecen como Médicos Familiares a pesar de la diferente formación médica que hay entre algunos de ellos) formado por los Médicos Generales, Médicos familiares a los cuales se les otorgó la cédula profesional de esta especialidad sin haberla cursado, como bien sabemos hubo una época en la que el IMSS realizó este trámite a Médicos Generales que tuvieran un cierto número de años de historia laboral dentro de la Institución, por falta de Médicos Familiares con especialidad y por último a Médicos no familiares, es decir, con otra especialidad diferente a la de Medicina Familiar. Este grupo fue minoritario, solo lo formaron nueve médicos, 7 Médicos Generales y 2 por historial labora, no hubo ningún médico no familiar.

Lo anterior nos ayudó a poder investigar la variable formación médica así como indagar de manera más específica si la experiencia clínica traducida en años de práctica resulta una circunstancia que favorece el desarrollo o demerita la competencia en el manejo de familia.

La competencia clínica en el área de familia en el universo de trabajo, se encontró en niveles por debajo de lo “bueno”, esto es sumamente desalentador ya que estamos hablando de que el 100% de los médicos en la consulta externa de una UMF del IMSS, no saben abordar con eficiencia esta área de la medicina y esto repercute en el proceso salud enfermedad de los pacientes y sus familias, en el apego al tratamiento y en la prevención de enfermedades crónico degenerativas que tienen un alto costo desde a nivel de calidad de vida hasta económico. Y tomando en cuenta investigaciones previas, como la de Cabrera-Piraval-Rodríguez- Pérez en Guadalajara, la de Dorado- Gaspar, Loria- Castellanos en residentes de Medicina Familiar de tercer año y Chávez-Aguilar, Aguilar-Mejía también en residentes, nos hablan de un equivalente a la mala competencia en el área de familia a nivel de diferentes áreas del país. Futuras investigaciones nos pueden orientar a las múltiples causas que originan este serio problema y cómo podemos solucionarlo. No obstante la experiencia de los asesores de este trabajo motivan a reflexionar si los contenidos del plan de estudios de la especialidad han sido lo suficientemente discutidos a fin de abordar de manera más homogénea la formación médica o si existe la posibilidad de que las diferentes sedes orienten los intereses de la formación aspectos de mayor interés local.

Así mismo si las condiciones de la práctica en el primer nivel de atención son favorecedoras del desarrollo de competencias como la que midió este proyecto, o si la demanda de consulta y los recursos para desarrollar la agudeza clínica y la experiencia en las diferentes áreas de la Medicina Familiar resulta en un momento dado de mayor peso y se convierta en una limitante del progreso de la especialidad.

Es necesario enfatizar además, que los resultados de este estudio que entre otras cosas conlleva los esfuerzos de la investigadora para lograr la validez interna de su diseño, tuvo que enfrentar dos circunstancias características en la sede. La primera de ellas se caracteriza por la poca atención o interés de algunos médicos familiares para participar en investigaciones de esta naturaleza ya que probablemente por ser sede formadora, frecuentemente son solicitados como sujetos de estudio o de colaboración; circunstancia que de alguna manera afecta el proceso de aplicación del instrumento y de valoración de sus resultados.

La segunda circunstancia es el hecho de no contar o haber tenido oficialmente un tiempo y espacio ex profeso para aplicar el instrumento ya que como previamente se comentó, la atención médica es prioritaria y la demanda de atención importante. Así, hubo la necesidad de tener flexibilidad para poder requisitar el instrumento en cuanto al tiempo que los participantes demandaron, habiendo sido múltiples las situaciones que dieron heterogeneidad al proceso de aplicación del

citado instrumento. Con ello resulta de particular interés entonces valorar la interpretación de los resultados obtenidos.

No obstante las limitantes descritas, consideramos que el presente trabajo logró la validez interna así como la validez de población dado que solo 3 de los 54 médicos en total que constituyeron la población accesible se negaron a participar.

A pesar de que los grupos de acuerdo a la formación médica difirieron el tamaño, esto no fue un impedimento para compararlos con respecto a la competencia clínica en el área de familia gracias a que utilizamos la prueba de U Mann-Whitney para dos muestras independientes.

Resulta contundente el hecho de que en nuestra hipótesis acerca del porcentaje de médicos que esperábamos tuviese buena competencia clínica, tuvimos que rechazarla dado que los máximos alcances de dicha competencia se ubicaron en el nivel de regular, con lo cual hicimos las estimaciones correspondientes.

Apoyados en el análisis estadístico de tipo analítico, y a un nivel alfa de 0.05 podemos aseverar que a pesar de haber obtenido bajas ponderaciones en la competencia, y ubicados en el objetivo número dos, la competencia clínica en el área de la familia, es diferente entre los Médicos Familiares con especialidad y los que no la tienen. Esta diferencia entre ambos grupos se puede traducir en una mejor comprensión y análisis de la información al momento de la consulta médica en el primer nivel de atención, o bien la posibilidad de hacer una mejor síntesis de la misma, dado que como se puede observar en los resultados los aspectos que tuvieron mayor consistencia en respuestas acertadas o positivas fue la toma de decisiones y los tópicos motivo de estudio en el abordaje de la dinámica familiar, que dicho en otras instancias donde los médicos familiares confluyen, para muchos de ellos dichos contenidos propician una mayor identidad con su especialidad porque es solo en ella donde se abordan.

Si bien existe diferencia entre los médicos familiares con y sin la especialidad cuando se compara el nivel de competencia clínica en el manejo o área de familia, dicha diferencia se pierde cuando se analiza la influencia del tiempo en el ejercicio de la práctica médica, tanto a nivel de la población estudiada, como cuando se estudia dicha influencia exclusivamente con médicos especialistas. Lo cual seguramente se debe a que en general, los médicos no ponen en práctica los conocimientos respectivos al manejo de familia, o que la práctica que realizan no es suficiente para desarrollar habilidades que marquen una diferencia entre los profesionales con mayor o menor tiempo de experiencia.

CONCLUSIONES

Hablando del objetivo uno encontramos que la competencia clínica en el área de familia en los médicos adscritos a la UMF 28 del IMSS en el año 2012 es esta por debajo de una buena competencia clínica.

Existe una diferencia real o estadísticamente significativa entre MF con especialidad de Medicina familiar en comparación con médicos sin la especialidad, cuando se estima el nivel de conocimientos y habilidades para el área de familia.

Aun cuando la competencia no fue buena u óptima, se requiere mejorar este tipo de investigaciones, abatiendo las limitantes comentadas a fin de que los resultados puedan ser analizados e interpretados bajo condiciones más sólidas en la aplicación de los instrumentos que midan las fortalezas médicas.

Parece ser que los contenidos del plan de estudios en la formación de los médicos familiares requiere mejorar los ámbitos en donde los residentes puedan desarrollar en la realidad, habilidades que les permitan lograr la competencia en el manejo de familia, dado que actualmente son los aspectos biológico-lesionales los que acaparan el tiempo y atención de los médicos.

El ejercicio de la Medicina Familiar particularmente en el área de familia tiene menor probabilidad de desarrollo porque solo se cuenta con los consultorios para poder en un momento dado realizar entrevistas familiares, cuando este proceso demanda al menos espacios distintos en donde las familias y los médicos puedan conversar con una atmosfera más apropiada y cordial.

Es necesario contar con un programa específico de actualización en el primer nivel de atención orientado al desarrollo de competencias propias de la Medicina Familiar para poder enriquecer el ámbito laboral y docente; sin ser una opción secundaria sino parte de una estrategia institucional donde realmente se valore el manejo de las familias de manera prioritaria para mejorar el proceso salud enfermedad favoreciendo un enfoque eminentemente preventivo, pues estudios previos de las competencias médicas en el primer nivel de atención ha demostrado que las habilidades más relacionadas con la Medicina Familiar son por ejemplo la detección de factores de riesgo y el manejo de los mismos.

A la luz de los resultados, el tiempo o años de práctica médica en la consulta de Medicina Familiar de la UMF 28, no es un factor que influya en el desarrollo de la competencia clínica en el manejo de familia, sin haber diferencia entre quienes se desempeñan como médico familiar, habiendo realizado o no la especialidad de Medicina Familiar.

BIBLIOGRAFIA

1. Quiroz PJ, Irigoyen CA. Una visión histórica sobre la medicina familiar en México. *Med Fam & At Prim* 2008; 2 (1): 49-54.
2. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Septiembre 1978. Geneva: WHO; 1978.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa académico del curso de especialización en medicina familiar. IMSS 2004.
4. Toledo GA, Fernández OM, Trejo MJ et al. Evaluación de la competencia clínica en el posgrado de medicina familiar mediante el examen clínico objetivo estructurado. *Aten Primaria* 2002; 30 (7): 435- 441.
5. Espinal I, Gimeno A, González F. El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. Consultado el 27 de junio de 2012. Disponible en: <http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>
6. De la Revilla L, Bailón E, Moreno A et al. Un nuevo enfoque de la enseñanza de la atención familiar en el programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. *Medicina de familia* 2001; 2: 64-74.
7. García- Magas JA, Viniegra VL, Arellano LJ, García MJ. Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2005; 43(6): 465-472.
8. Plan Único de Especializaciones Médicas. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado e Investigación. Subdivisión de Especializaciones Médicas, 2009: 1-84.
9. Viniegra L. Evaluación de la competencia clínica: ¿describir o reconstruir? *Revista de investigación clínica*, 2000; 52 (2): 109-110.
10. Gutiérrez GN, Aguilar ME, Viniegra VL. Validación de un instrumento para evaluar la competencia clínica del médico familiar. *Rev Med IMSS* 1999; 37 (3): 201-210.

11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía técnica para elaborar programas educativos por competencias para profesionales del área de salud. IMSS México 1999. P: 80.
12. Víctor Enrique Corona Monroy. Psicopedagogía.com Consultado el 28 de junio de 2012. Disponible en <http://www.psicopedagogia.com/definicion/cognoscitivismo>
13. Duarte E. La evaluación de la competencia profesional (certificación): de lo abstracto a lo contextual. Evidencia en la práctica ambulatoria 2007; 8 (2): 34-36.
14. Peinado HJ. Competencias médicas. Educación médica 2005; 8 (2): 53-56.
15. Ramírez PD, González BM, Zarco RJ et al. Competencia clínica de los médicos de familia en 14 comunidades autónomas españolas. Educación médica 2006; 9 (4B): 234- 244.
16. Chávez AV, Aguilar ME. Aptitud clínica en el manejo de la familia, en residentes de medicina familiar. Rev Med IMSS 2002; 40 (6): 477-481.
17. Novas DJ, Gallego MB, Durán CM. Caracterización del médico de familia. Rev Cubana Med Gen Integr 2005; 21 (5): 1-7.
18. Montero J, Rojas MP, Castel J et al. Competencias médicas requeridas para el buen desempeño en centros de salud familiares en Chile. Rev Med Chile 2009; 137: 1561-1568.
19. Lynne MK. Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching. Proc Bayl Univ Med Cent 2007; 20: 13-16.
20. Ros ME. Las competencias profesionales adquiridas en medicina familiar y comunitaria. Una mirada desde tutores y residentes. Educación médica 2004; 7 (4): 125-131.
21. González BP, Ramírez VI, Bustos SR, Moreto G. La formación de médicos familiares en Latinoamérica. Timidez académica y liderazgo errático. Arch Med 2005; 7 (1): 1-3.
22. Dorado GM, Loría CJ, Guerrero MM. Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de medicina familiar. Arch Med Fam 2006; 8 (3): 169-174.

23. Cabrera PC, Rodríguez PI, González PG, et al. Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar en unidades de medicina familiar de Guadalajara, México. *Salud Mental* 2006; 29 (4): 40-46.
24. Contrato Colectivo De Trabajo. Instituto Mexicano del Seguro Social, Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. México. 2007-2009. P 117-118.
25. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. <http://www.bioetica.uchile.cl/doc/Helsinki.htm>
26. Declaración de Ginebra. <http://www.colegiomedico.cl/Default.aspx?tabid=243>
27. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
28. Mendoza Núñez VM, Sánchez Rodríguez MA. Análisis y Difusión de resultados científicos. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, 2001.

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS GENERALES

1. EDAD EN AÑOS: _____
2. SEXO: _____
3. ESTADO CIVIL: _____
4. ¿QUÉ/CUÁLES ESPECIALIDAD(ES) MÉDICA(S) TIENE? _____
5. ¿CUÁL ES LA UMF EN LA QUE LABORA ? _____
6. ¿CUÁNTOS AÑOS LLEVA EJERCIENDO SU ESPECIALIDAD(ES)? _____
7. ¿LABORA EN ALGÚN OTRO CONSULTORIO FUERA DEL IMSS? _____
8. ¿CUENTA CON CERTIFICACIÓN VIGENTE ACTUALMENTE? _____

INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIA CLÍNICA EN EL MANEJO DE FAMILIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de casos clínicos. Cada caso se acompaña de una serie de enunciados. Lea detenidamente cada caso y valore cada enunciado de acuerdo a las siguientes opciones:

V. Verdadero, si considera que el enunciado corresponde a lo que explícitamente se afirma o se niega en el caso familiar, o bien si según su criterio el enunciado es una deducción o una conclusión acertada que puede derivarse de lo que está descrito en el caso familiar.

F. Falso, si considera que el enunciado no corresponde a lo que explícitamente se afirma o se niega en el caso familiar, o bien si según su criterio el enunciado es una deducción o una conclusión errónea que puede derivarse porque no puede derivarse de lo que está escrito en el caso familiar.

N. No sé, si no puede decidir si el enunciado es verdadero o falso.

Anote sus respuestas (V, F o NS) en la columna correspondiente seguida de cada enunciado.

Tome en cuenta que cada respuesta correcta le sumará un punto, cada respuesta incorrecta le restará un punto. Si no está totalmente seguro, puede optar por la respuesta NS que no suma ni resta puntos. La respuesta en blanco le resta un punto.

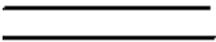
CASO 1

Marisol de 17 años de edad estudiante de preparatoria acude a consulta por primera vez por probable embarazo. Habitan en su casa: Juan, su padre de 49 años, contador, Amalia, su madre, de 43 años, ama de casa, Carlos su hermano de 18 años, estudiante de preparatoria y Brenda su hermana de 13 años, estudiante de secundaria. Refiere que su novio Arturo no le ha hablado después de enterarse del probable embarazo. Marisol no sabe si quiere tener al bebé, argumenta que tiene miedo de que su padre la corra de la casa. A Marisol no la dejan salir con amigos ni ir a fiestas, refiere que antes se escapaba de su casa para estar con Arturo, han sido novios por 2 meses y él le prometía que siempre iban a estar juntos.

		V	F	NS
Es compatible que esta familia se encuentre en fase de:				
1.	Independencia			
2.	Nido vacío			
El embarazo de Marisol es un dato a favor que la familia está atravesando por una crisis de:				
3.	Desarrollo			
4.	Paranormativa			
Esta familia presenta datos a favor de ser:				
5.	Tradicional			
6.	Subdesarrollada			
Hay indicios de límites:				
7.	Claros			
8.	Rígidos			
La intervención a Marisol por el médico sería:				
9.	Orientación sobre métodos de PF y riesgos de ETS			
10.	Orientación sobre el ejercicio responsable de su sexualidad			
11.	Informar a sus padres del probable embarazo			
12.	Informar a los padres de Arturo del probable embarazo			
Es compatible que el ejercicio de autoridad en esta familia es:				
13.	Masculina no compartida			
14.	Femenina			
Es compatible entre Marisol y Arturo un enamoramiento:				
15.	Por emoción			
16.	Con gran necesidad de estar juntos y analizar poco			
Hay indicios que Marisol se encuentra actualmente:				
17.	En fase de negación			
18.	En fase de reorganización			
En esta familia Juan es:				
19.	esposo proveedor			
20.	Esposo compañero			

CASO 2

Graciano de 60 años de edad, con diagnóstico de DM2 desde hace 15 años, jubilado, acude a consulta mensual para seguimiento de su enfermedad con su esposa Laura de 59 años; ama de casa. Habitan en casa propia. Sus tres hijos, Moisés, Graciano (hijo) y Mayra los visitan una vez al mes y los ayudan económicamente. Durante el interrogatorio Laura le comenta al médico “siempre es lo mismo con Graciano, nunca quiere ponerse la insulina, ya no sé qué hacer doctor, dígame usted”. Graciano no interviene. Laura prepara comida para diabético, pero en muchas ocasiones ha encontrado envolturas de chocolate escondidas en el buró de Graciano. Sus hijos cada vez que lo visitan le dicen a Graciano que le haga caso a Laura.

		V	F	NS
Es compatible que esta familia se encuentre en fase de:				
21.	Retiro y muerte			
22.	Muerte de la relación de pareja			
Existen indicios de:				
23.	Una coalición en esta familia			
24.	Una relación complementaria entre Graciano y Laura			
El comportamiento de Graciano es un dato a favor de:				
25.	Un rol de dependencia			
26.	Un liderazgo democrático ante sus hijos			
Hay indicios de que Graciano sea:				
27.	El emergente			
28.	El chivo emisario			
Es compatible decir que:				
29.	El afecto en esta familia NO está empobrecido			
30.	El subsistema conyugal de esta familia sea semi- integrado			
Es compatible con esta familia:				
31.	El liderazgo Laissez Faire			
32.	El liderazgo democrático			
En el genograma de esta familia usted señala las relaciones de esta forma:				
33.	Entre Laura y Graciano padre 			
34.	Entre Mayra, Graciano hijo y Moisés con Graciano padre 			
Es compatible que en esta familia hay una disfunción predominante en el eje:				
35.	I de la clasificación triaxial			
36.	II de la clasificación triaxial			
Hay indicios de que:				
37.	El cuidado esta empobrecido			
38.	La socialización este empobrecida en Moisés y Graciano hijo			
Para realizar el genograma de esta familia:				

39.	Le interroga factores de riesgo			
40.	Interroga ocupación y escolaridad de los padres de Graciano			

CASO 3

La familia Gómez está formada por Jesús de 52 años, velador, Guadalupe de 51 años, secretaria y sus hijas Ana de 23 años, secretaria y Vanesa de 17 años estudiante de carrera técnica con diagnóstico de depresión. Hace 2 meses fue hospitalizada por intento suicida. Hoy acude Vanesa sola a consulta para su seguimiento de su trastorno afectivo, actualmente con bajo rendimiento escolar y con aislamiento. Jesús y Guadalupe pelean constantemente por problemas económicos. Guadalupe sospecha infidelidad por parte de Jesús y esto les dice a sus hijas constantemente cuando él no está. La pareja tiene relaciones sexuales esporádicas e insatisfactorias. Guadalupe piensa que Jesús ya no la ama y se siente sola.

		V	F	NS
Con la finalidad que el médico tratante de esta familia indague la:				
41.	Auto percepción de Jesús, Guadalupe, Ana y Vanesa, sobre la satisfacción con la familia aplica el APGAR familiar a cada uno de ellos.			
42.	Capacidad de sus miembros de cambiar sus roles ante el intento de suicidio de Vanesa aplique FACES III			
Es compatible que esta familia sea:				
43.	Reconstruida			
44.	Subdesarrollada			
Es compatible que la crisis del intento suicida por parte de Vanesa:				
45.	Este en rechazo			
46.	Haya sido desencadenada por la dinámica familiar			
Es compatible que la familia esté en fase de:				
47.	Dispersión			
48.	Familia con adolescentes			
Esta familia es compatible con:				
49.	Una familia moderna			
50.	No parental			
Es un factor de riesgo familiar para la expresión de afecto:				
51.	La infidelidad de Jesús			
52.	El actual ejercicio de la sexualidad de los padres			
53.	La autoestima de Guadalupe			
Es compatible que Jesús juegue el rol de				
54.	Chivo expiatorio			
55.	Saboteador			
Los mensajes entre Guadalupe y Jesús son:				
56.	Desplazados			

57.	Enmascarados			
Es conveniente:				
58.	NO indagar en la consulta rumiación suicida			
59.	Enviar a psicoterapia a Guadalupe			
Es compatible que esta familia:				
60.	Tenga un mal pronóstico familiar			
61.	Sea evaluada en el servicio de terapia familiar mediante terapia breve			

CASO 4

Rodrigo de 45 años de edad, ingeniero en sistemas con hipertensión arterial desde hace un año. Habita con su esposa Angélica, ama de casa y sus 4 hijos, Aarón y Viridiana de 8 y 9 años, hijos de su matrimonio anterior estudiantes de primaria, y Andrés y Guillermo gemelos homocigotos de 5 años productos del actual matrimonio. Rodrigo acude a consulta por dolor tipo ardoroso en epigastrio y distensión abdominal. Desde hace un año ha presentado problemas en su trabajo, labora horas extra, la convivencia con su familia es casi nula y cuando está con ellos se percibe irritable. Considera que el dinero es insuficiente por el ingreso de los gemelos a la escuela.

		V	F	NS
Es compatible que esta sea una:				
62.	Familia Compuesta			
63.	Neofamilia			
Es compatible que esta familia curse con una crisis:				
64.	Paranormativa			
65.	En reorganización			
Es compatible que:				
66.	La adecuada intervención del médico tratante sea orientación familiar			
67.	Una de las expectativas de Rodrigo es la curación del dolor			
Hay indicios que la socialización:				
68.	Está a cargo de Rodrigo			
69.	Esta empobrecida			
La crisis estructural es compatible con:				
70.	La entrada de Guillermo y Andrés a la escuela			
71.	Laborar tiempo extra			
Es conveniente una intervención de:				
72.	Terapia breve			
73.	Terapia cognitivo-conductual			
La jerarquía de Rodrigo es:				
74.	Autoritaria			
75.	Negligente			

En el genograma de esta familia se representan:			
76.	A Guillermo y Andrés con este símbolo 		
77.	Al menos tres generaciones		
Es compatible que:			
78.	Angélica es la encargada de la tarea de afecto		
79.	La pauta de comportamiento sintomático sea el dolor epigástrico		
Es compatible que:			
80.	La crisis familiar NO es un factor de riesgo para disfunción familiar		

CASO 5

Familia formada por Pablo de 45 años, obrero; su esposa Sara de 35 años, secretaria; dos hijos: Fabiola de 15 años y Omar de 13 años y un sobrino, Juan, de 12 años que vive con ellos ya que sus padres viven en Canadá desde que él tenía 5 años. Sara lleva a Omar a consulta por rinofaringitis de repetición, por bajo rendimiento escolar y porque se le encontró fumando en la escuela. Desde hace 6 meses Sara trabaja doble turno debido a que aumentó la renta de su departamento en donde viven lo cual ha originado frecuentes peleas verbales entre Pablo y Sara, solicitó ayuda a la abuela materna para cuidar y supervisar a Fabiola, Omar y Juan, ya que Pablo llega de trabajar hasta la noche.

		V	F	NS
Esta familia es compatible con una familia:				
81.	Extensa			
82.	Arcaica			
83.	Nuclear numerosa			
84.	Extensa ascendente			
Omar juega el rol de:				
85.	Portavoz			
86.	Chivo emisario			
Un rol emergente lo juega				
87.	la abuela materna			
88.	Juan			
Hay datos a favor para decir que:				
89.	Sara juega el rol de esposa colaboradora			
90.	Pablo y Sara son una pareja emocionalmente inteligente			
En esta familia hay indicios:				
91.	De una relación de pareja satisfactoria estable			
92.	De roles idiosincráticos destructivos			
Esta familia se encuentra en:				
93.	Fase de independencia			
94.	Crisis de desvalidamiento			

En esta familia es compatible:			
95.	Una coalición entre Sara y Pablo		
96.	La presencia de límites difusos		
Son datos a favor de una familia con empobrecimiento de algunas funciones familiares:			
97.	Las peleas verbales entre Pablo y Sara		
98.	Solicitar ayuda a la abuela materna		
En el genograma :			
99.	La relación entre Pablo y Omar se representa con el siguiente símbolo 		
100.	La relación entre Omar y Fabiola 		

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

México, D.F. a _____ de _____ del 2012.

Por medio de la presente hago de mi conocimiento la participación del proyecto de investigación titulado:

Competencia clínica en el área de familia en el primer nivel de atención

Registrado en el Comité Local de Investigación en salud.

Los objetivos del estudio son:

1. Conocer la competencia clínica en el área de familia que tienen los Médicos Familiares adscritos en la UMF 28 del IMSS en el año 2012.
2. Comparar la competencia en el área de familia según la formación del profesional médico, es decir entre Médicos Familiares con especialidad y Médicos Familiares sin especialidad.
3. Medir la competencia en el área de familia con base en el tiempo de experiencia: menor de 10 años de práctica médica y mayor de 10 años de práctica médica.

Se me ha explicado que mi participación en este estudio será contestar un cuestionario proporcionado por la autora,

Mi decisión de participar es libre y voluntaria.

Declaro que se me ha informado ampliamente que se mantendrá el anonimato de cada uno de los médicos participantes que intervengan en este estudio.

La investigadora se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plantee acerca de la aplicación del instrumento (cuestionario).

Entiendo que conservo el derecho a no contestar el cuestionario si es que así lo decido, sin que ello afecte en ningún ámbito de mi trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

La investigadora me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del médico participante

Investigadora/alumna: Zamora Valtierra Georgina

Matrícula: 99378432

Celular: 55 39066868

Testigos: _____