



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.75
MORELIA, MICHOACÁN.**

**APTITUD CLÍNICA PARA INTERVENIR EN LA FAMILIA EN
LOS ALUMNOS DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR DE DOS MODALIDADES EDUCATIVAS
(TRADICIONAL Y PARA MEDICOS GENERALES)**

TESIS

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

P R E S E N T A:

DR. LUIS ADOLFO FULGENCIO FLORES



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**APTITUD CLÍNICA PARA INTERVENIR EN LA FAMILIA EN
LOS ALUMNOS DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR DE DOS MODALIDADES EDUCATIVAS
(TRADICIONAL Y PARA MEDICOS GENERALES)**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DR. LUIS ADOLFO FULGENCIO FLORES

A U T O R I Z A C I O N E S:

ASESOR DEL TEMA DE TESIS.

DRA. MARIA DE LOS ANGELES RENTERIA ORTIZ

ASESOR EN METODOLOGÍA DE TESIS

DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO

Morelia, Michoacán.

2008.

**APTITUD CLÍNICA PARA INTERVENIR EN LA FAMILIA EN
LOS ALUMNOS DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR DE DOS MODALIDADES EDUCATIVAS
(TRADICIONAL Y PARA MEDICOS GENERALES)**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DR. LUIS ADOLFO FULGENCIO FLORES

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

DEDICATORIA:

A DIOS: El ser supremo, omnipotente, que desde que me dio la vida, me ha iluminado y me ha permitido llegar a la culminación de esta noble especialidad.

A MIS PADRES: Oliva Flores Pérez y Jorge Fulgencio Valencia, seres ejemplares que han sabido brindarme cariño, afecto, cuidados y apoyo en todos los sentidos, sin esperar recompensa, y quienes con sus sabias palabras y acciones, me han brindado ánimo para seguir siempre adelante.

A MI ESPOSA: Socorro Claudina, quien con su amor, apoyo incondicional y comprensión, ha contribuido arduamente a que siga adelante en el desempeño de mi labor como médico y ser humano.

A MIS HIJOS: Perlita y Marco Antonio, que con su inocencia de niños, amor y paciencia, son mi inspiración para seguir superándome en mi carrera profesional.

A MIS HERMANOS: Georgina, Gabriel Alejandro y Jorge Armando, que con sus palabras de aliento, me dieron ánimo para continuar en mi camino de superación.

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco en primer lugar a dios, ser todopoderoso, que me ha iluminado en el transcurso de toda mi vida para conducirme adecuadamente por el sendero del saber y llegar a lograr lo que hoy soy.

Al Dr. Octavio Carranza Bucio asesor metodológico de mi tesis y del curso de especialización en Medicina Familiar, modalidad semipresencial, por su paciencia y conocimiento, por ser un excelente catedrático y por haberme enseñado y orientado durante el curso y la realización de esta tesis, además de brindarme su amistad incondicional.

A la Dra. Ma. de los Ángeles Rentería Ortiz, asesor de tema de mi tesis y profesor adjunto del curso de especialización en Medicina Familiar quien con sus amplios conocimientos sobre familia me abrió una perspectiva diferente al desempeño de la Medicina Familiar y de igual manera por su apoyo y amistad incondicional.

Un sincero agradecimiento al Dr. Eduardo Pastrana Huanaco, jefe del departamento de enseñanza delegacional, por el apoyo brindado y las facilidades que me dio para poder realizar esta especialidad.

Agradezco también al Instituto Mexicano del Seguro Social, noble institución, de la cual formo parte y que me ha brindado las facilidades para el desarrollo académico de esta especialidad.

A todos mis maestros de hospital quienes con su paciencia y conocimientos me apoyaron en mi formación como especialista en las rotaciones realizadas en las diferentes especialidades, en especial al Dr. Alfredo Villareal Amaro (Jefe de enseñanza del HGR No. 1), Dr. Juan Gabriel Lira Pineda (Urgenciólogo), Dr. Victoriano Carrillo Ballesteros (Psiquiatra), Dr. Alfredo Vielma (Técnico electroencefalografista).

Un agradecimiento más a mis amigos y compañeros de curso (Tulio, Gaby y Mago), que me acompañaron y apoyaron en el camino, y con los cuales recorrí esta experiencia tan agradable en nuestra formación médica.

INDICE:

1.	INTRODUCCIÓN.....	8
2.	ANTECEDENTES(Marco teórico).....	11
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
4.	JUSTIFICACIÓN.....	23
5.	OBJETIVOS.....	25
6.	METODOLOGÍA.....	26
7.	RESULTADOS.....	30
8.	DISCUSIÓN.....	40
9.	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	43
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
11.	ANEXOS.....	49

1.- INTRODUCCION:

La educación en México sigue siendo tradicional en nuestros días, por tanto el conocimiento y el aprendizaje a la fecha se adquiere solo en forma pasiva, receptiva y centrada en el profesor que le proporciona al alumno información que él capta pero sin un análisis y sin ser crítico de la misma.

La educación médica que también se relaciona con el aprendizaje, de igual manera es tradicional, y el médico que es un prestador de servicios de salud aún sigue abordando al paciente y su enfermedad de manera clásica; sin dejar aflorar habilidades en el diario ejercer de la clínica, encaminado a tratar de forma integral al individuo y su familia; sin dejar de ser un clínico con aptitud que pueda resolver problemas tanto de salud como de tipo social y psicológico.

Es necesario que el Médico Familiar sea acuisioso en su labor diagnóstica y tenga todos los elementos para brindar una atención integral encaminada a mejorar las condiciones de salud del individuo, su familia y su sociedad.

El Médico Familiar en la actualidad ha sido evaluado en cuanto al desempeño de su aptitud clínica, ya que el medio institucional donde se desenvuelve, no brinda las condiciones propicias para que estas habilidades se expresen en su totalidad.

A lo anterior hay que agregar situaciones de educación en donde se le ha instruido con un aprendizaje tradicional (profesor- alumno) en el que el conocimiento se adquiere solo con pasividad, docilidad, obediencia, sumisión e irreflexibilidad del conocimiento, por ende, el médico es solo un receptor de información la cual aplicará en su práctica médica, enfocándose solo a resolver problemas de tipo biológico en el paciente y su familia y basado solo en el conocimiento tradicional de la clínica.

Ante esta situación, se ha hecho palpable la necesidad de que el Medico Familiar adopte una posición mas participativa, creativa, analítica y critica en el desempeño de la clínica, abordaje y tratamiento familiar; así mismo que el papel de la enseñanza tradicional se modifique en este sentido para que los médicos que están en formación adquieran el desarrollo de estas habilidades con el propósito de un mejoramiento en el desempeño de la practica clínica, y el mejor abordaje del enfermo y su familia.

En este sentido las evaluaciones realizadas a la aptitud clínica se han enfocado a especialidades tales como pediatría, medicina familiar, ginecología y obstetricia, cirugía además de traumatología y ortopedia, donde se han evaluado situaciones de aptitud para reconocer factores de riesgo, indicios clínicos de gravedad y pronóstico del padecer del enfermo, una apropiada selección e interpretación de los exámenes de laboratorio y gabinete, seleccionar las posibilidades diagnosticas y terapéuticas, así como efectuar acciones de tipo preventivo.

En este contexto y para tal efecto, se han diseñado instrumentos de evaluación de la aptitud clínica, validados por expertos de cada especialidad. Dichos instrumentos han dado un panorama de la situación que guardan los médicos residentes en relación a la aptitud clínica en el desempeño de su especialidad, sin embargo no se han explorado aspectos como el abordaje familiar que es una característica propia del Medico Familiar así como la terapéutica aplicada en cuanto a psicoterapia en el individuo y su familia.

Este estudio está encaminado a evaluar la aptitud clínica en los residentes de Medicina Familiar (médicos en formación), en el abordaje familiar, la toma de decisiones y en el adecuado criterio para diagnosticar y tratar los casos familiares; los médicos evaluados, ya han cursado los módulos de abordaje y psicoterapia familiar, tienen ya

la información suficiente para el manejo de los pacientes y sus familias y la capacidad que les permite adquirir consciencia del accionar médico ante el paciente y su familia.

Los resultados de este estudio plantean cuestiones que tienen que ver con las metodologías educativas y la experiencia de los alumnos en formación, sin duda el enfoque teórico de la concepción educativa a nivel de los profesores y la forma como relacionan la teoría con la práctica resultan fundamentales; incluso más allá de las condiciones de tiempo destinado al desarrollo de actividades de aula. Es el caso precisamente de la residencia de Medicina Familiar en las modalidades presencial y semipresencial.

2.- ANTECEDENTES:

En los últimos veinte años, los investigadores mexicanos en educación médica han planteado la necesidad de fundamentar la educación desde una perspectiva teórica epistemológica, estableciendo las bases de una teoría del conocimiento y del proceso de aprendizaje. En éste contexto se han planteado dos visiones encontradas de la educación médica; una que supone que el conocimiento es principalmente consumo de información y otra que afirma que el conocimiento es sobre todo, elaboración del conocimiento ⁽¹⁾.

Leonardo Viniegra insiste en enfatizar estas dos visiones como dos propuestas epistemológicas que pueden caracterizar la educación como visión pasiva y participativa. Los puntos relevantes que distinguen a cada una de ellas inciden en contraponer las metodologías, la relación teoría práctica, el abordaje de la lectura crítica, y los ambientes educativos entre otros puntos. La educación participativa propicia el aprendizaje como un proceso reflexivo, basado en la experiencia del alumno y considerando que aprender es principalmente aptitud para criticar, analizar y proponer soluciones a los problemas que plantean los pacientes. De ésta forma, la educación participativa considera al alumno como el elemento central y no al profesor, de tal manera que la relación educador- alumno se modifica y la tarea pasa a ser prioritaria como el eje del proceso elaborador.

Otro aspecto importante de la educación participativa es el deslinde que establece con otras corrientes teóricas que suponen el proceso de aprendizaje como fragmentado en áreas cognoscitivas, psicomotoras y afectivas ⁽²⁾. En este punto Viniegra- Velásquez ha propuesto el desarrollo de aptitud como constructo categorial

que pretende reflejar de una manera global, lo que en otros contextos se ha querido ver como desempeño profesional y competencia profesional. La aptitud hace referencia más bien al despliegue de las capacidades que permiten afrontar las situaciones a las que se enfrenta en la práctica el médico.

El concepto de aptitud clínica ha sido motivo de muchas investigaciones educativas en el ámbito de Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El pionero en este campo de Investigación es el propio Leonardo Viniegra Velásquez; de acuerdo con él, la aptitud se puede definir como “un conjunto de habilidades metodológicas y prácticas entrelazadas que confiere poderosos recursos de crítica y autocrítica a la experiencia reflexiva, en una direccionalidad de superación permanente, lo cual implica pertinencia creciente para adecuarse a las situaciones cambiantes de la experiencia en los tiempos por venir” ⁽³⁾.

La aptitud alude también al principio de que los componentes del actuar clínico se relacionan con varias habilidades médicas tales como: reconocer indicios clínicos, factores de riesgo, pronósticos y de gravedad del padecer del enfermo. Así mismo, la apropiada selección y acertada interpretación de los procedimientos del laboratorio y gabinete, elección entre distintas posibilidades diagnósticas y terapéuticas; decidir acciones preventivas o terapéuticas apropiadas, encaminadas a conservar o recuperar la salud y disposición para propiciar la participación de otros colegas ⁽⁴⁾.

Se han realizado varias investigaciones educativas para evaluar la aptitud clínica frente a diversas situaciones concretas. Se valoró el desarrollo de la aptitud clínica de los residentes de Medicina Familiar, comparando al inicio del primer año de la residencia con el final del tercer año de la especialidad ⁽⁵⁾. En otro estudio se evaluó la experiencia clínica del médico de primer nivel, buscando evaluar el desempeño clínico

de Médicos Familiares, generales y especialistas de otras áreas ⁽⁶⁾. De igual forma, en otra investigación se buscó evaluar la aptitud clínica del médico residente de Medicina Familiar ante el estudio integral de la familia ⁽⁷⁾. En otros estudios se ha explorado la aptitud clínica en residentes de pediatría, traumatología y ortopedia, cirugía, ginecología y obstetricia. ⁽⁸⁾

Todos los estudios de la aptitud clínica sustentan los supuestos teóricos de la educación participativa. En esta corriente epistemológica se asume que el conocimiento no se transmite desde el profesor al alumno, sino que conocer es elaborar, construir a partir de condiciones básicas de la propia experiencia. La educación participativa confronta a la pasiva, señalando como en una y en otra el papel del alumno y del profesor son prácticamente opuestos.

La educación pasiva, también identificada como tradicional o práctica educativa dominante, se ha caracterizado porque en ella:

- a) El profesor es el depositario de un saber universal que se expresa como verdad revelada y su responsabilidad es transmitirlo al alumno.
- b) El profesor asume el papel de productor y asigna al alumno el de consumidor, centrando sus esfuerzos en lograr un aprendizaje homogéneo;
- c) Profesor y alumno intentan obtener un conocimiento único, uniforme, equivalente a verdad absoluta, abstracta y ajena a la práctica concreta ⁽⁹⁾.

Y es que el aprendizaje se ha concebido desde diversas teorías, una de ellas, la teoría conductista o del reforzamiento considera que éste es el resultado de las modificaciones más o menos estables de pautas de conducta. En este enfoque, el profesor enseña y el alumno aprende, y se recompensan la docilidad, la pasividad, la obediencia ciega, la sumisión y el respeto irreflexivo por el conocimiento establecido ⁽¹⁰⁾.

La visión conductista propicia la permanencia de los dogmas, la pasividad y la dependencia. Es este el modelo educativo con el cual nos hemos formado los médicos durante muchas generaciones. Además de lo anterior, suele ser un proceso que privilegia la memoria y la falta de relación entre la teoría y la práctica. Desde esta perspectiva, el progreso, la participación o los cambios progresivos tienen pocas posibilidades de realidad.

En contraste con lo anterior está, el enfoque teórico de la educación, mismo que promueve la *participación* del alumno. Desde la perspectiva de la crítica, el aprendizaje se mira como un proceso reflexivo, participativo, de esclarecimiento, que se sustenta en el cuestionamiento y el debate de los distintos hechos y realidades, donde la *verdad* no está dada ni acabada. En esta propuesta se piensa que la auténtica sustancia de la crítica es develar los supuestos del conocimiento, en la reflexión y el cuestionamiento de nuestro proceder (autocrítica), lo que nos acerca a las razones profundas del actuar y da sentido a lo que hacemos, sopesándolo y confrontándolo con otros puntos de vista.

La crítica es posible cuando se reflexiona sobre la experiencia, cuando meditamos sobre lo que hacemos, sobre el cómo y el porqué. La experiencia reflexiva es la condición para que la crítica surja y se desarrolle ⁽¹¹⁾.

Otra cuestión importante relacionada con la aptitud clínica es la construcción de instrumentos validados, útiles, prácticos y confiables, pretendiendo evaluarla. Viniegra Velásquez ha sido enfático en el hecho de que la evaluación es el elemento fundamental de toda propuesta educativa ⁽¹²⁾. Es por ello que en cada una de las investigaciones referidas arriba, se diseñó un instrumento idóneo de evaluación de aptitud clínica. Las características de estos instrumentos son muy similares, independientemente de la condición clínica que pretendan evaluar. De lo que se trata

es de utilizar casos clínicos reales problematizados. El caso clínico se prepara con un resumen breve a partir del cual se diseñan los indicadores por evaluar y se elaboran los ítemes definiendo los tallos de las preguntas ⁽¹³⁾.

La evaluación es una expresión de los valores prevalecientes de la cultura y de la educación de la sociedad que las contiene, es un proceso que avanza por aproximaciones sucesivas hacia el conocimiento de cierta realidad educativa ⁽¹⁴⁾. Según Viniegra, la evaluación de los médicos en México, a la fecha sigue siendo tradicional en el aspecto de memorizar los conocimientos y realizar exámenes con preguntas de opción múltiple centradas en fuentes de libros con preguntas extraídas de los propios libros, no dejando que se tenga un análisis de la problemática expuesta en los reactivos de evaluación sin el adecuado análisis de toma de decisiones y soluciones de casos clínicos así como la aplicación del criterio propio para la solución de los mismos.

Lo anterior es relevante si se toma en cuenta que la naturaleza propia del trabajo médico, consiste en tomar decisiones frente a los pacientes, y la experiencia cuenta que raras veces el médico práctico se puede detener para evaluar sus decisiones, de ello se desprende que exista un alto índice de iatropatogenia por omisión o por comisión y que frecuentemente el actuar médico pase por alto la premisa de que en Medicina lo primero es no dañar.

En consecuencia, es necesario que la evaluación de la aptitud clínica en el abordaje, incluya componentes como la habilidad para reconocer factores de riesgo, indicios clínicos de gravedad y de pronóstico del padecer del enfermo y su familia. Así mismo, desarrolle habilidades para identificar factores a favor de compatibilidad diagnóstica y terapéutica, habilidad para efectuar acciones de tipo preventivo; encaminadas todas ellas a conservar o recuperar la salud del paciente y su núcleo

familiar y canalizar adecuadamente al enfermo y buscar apoyo en otra especialidad cuando se requiera ⁽¹⁵⁾.

La familia es objeto de estudio en los cursos de especialización de los Médicos Familiares mexicanos. El programa académico avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), señala contenidos a desarrollar desde el inicio del primer año de la especialidad. El médico residente debe iniciar el estudio de la familia considerando a ésta como una entidad biológica-social y antropológica. Desde el punto de vista médico, debe estudiar las condiciones que favorecen el despliegue de funciones tales como el cuidado, afecto, adaptabilidad, participación y socialización de los integrantes de la familia. Ya en tercer año de la especialidad, se abordan aspectos teórico-prácticos sobre las alteraciones de la dinámica, la estructura y el funcionamiento familiar.

El abordaje de la familia es por tanto, una actividad propia de la Especialidad de Medicina Familiar, aunque existen otros profesionistas médicos y no médicos dedicados a ejercer la psicoterapia familiar. En México, el perfil del Médico Familiar se propone que sea capaz de utilizar modelos de abordaje del individuo y su familia, para realizar actividades de educación, prevención y consejería al paciente y la familia ⁽¹⁶⁾.

La especialidad de Medicina Familiar en México se inició en 1971, en el IMSS. Los objetivos generales se orientaron a incrementar la capacidad resolutiva del primer nivel de atención y asegurar una prestación médica humanista y de calidad. ⁽¹⁷⁾ El programa académico actual consta de tres años de residencia y, en su forma tradicional; es con sede hospitalaria o en unidades de medicina familiar con hospital. Los residentes son becarios de las instituciones de salud, deben haber sido aceptados por Examen Nacional de Residencias y se dedican de tiempo completo al curso.

En año 2001, el IMSS firmó un convenio con la UNAM para instrumentar un Curso de Especialización en Medicina Familiar dirigido a Médicos Generales contratados como médicos familiares. Se trata de un programa ad hoc, tomando en cuenta que los candidatos son médicos de base, responsables de un consultorio y que sin dejar de laborar, acuden a tomar clase, rotando por un hospital cuatro meses por año. El programa académico tanto en la Residencia tradicional ⁽¹⁸⁾ como de la modalidad semipresencial ⁽¹⁹⁾ presenta contenidos similares o equivalentes en objetivos generales y sistema de evaluación; sin embargo hay marcadas diferencias en cuanto a la presencia en aula de los alumnos y profesores. Lo anterior obliga a adoptar un enfoque educativo propio de adultos con énfasis en la metodología participativa y crítica de la educación, buscando el autoaprendizaje y la auto-responsabilidad del alumno.

El Curso de Especialización Semipresencial es un modelo educativo innovador propuesto por la UNAM y avalado por el IMSS. La semipresencia consiste en que los residentes no están de tiempo completo en el curso, sino que acuden a sesiones tres días de la semana y rotan cuatro meses por año en un hospital. Pero se trata de médicos de base, que se hacen responsables de la consulta cuando no están en clase. En teoría, este curso tiene condiciones menos favorables que el curso hospitalario tradicional.

En ambos cursos de especialización en Medicina Familiar se contemplan los contenidos, métodos y técnicas sobre intervención y abordaje familiar ⁽²⁰⁾ ⁽²¹⁾. Como se muestra en el siguiente cuadro: Contenidos temáticos del programa de Especialización en Medicina Familiar, tanto del PUEM como de la modalidad semipresencial:

CONTENIDOS TEMATICOS EN MODULO DE FAMILIA EN LAS DOS MODALIDADES

EDUCATIVAS

Plan Único de Especialización en Medicina Familiar (PUEM)	Curso de especialización Semipresencial para Médicos Generales del IMSS
Contenidos educativos sobre Familia	Contenidos educativos sobre Familia
<p>Primer año</p> <p>I.1.01.011 Origen y evolución histórica de la familia</p> <p>I.1.01.012 La familia como institución social</p> <p>I.1.01.013 Conceptos de familia</p> <p>I.1.01.014 Elementos sociodemográficos de la familia</p> <p>I.1.01.015 Composición familiar</p> <p>I.1.01.016 Clasificación familiar</p> <p>I.1.01.017 Funciones de la familia</p> <p>I.1.01.018 Ciclo vital y crisis familiares</p> <p>I.1.01.019 Influencia de los factores económicos, culturales y laborales en la salud familiar</p> <p>I.1.01.020 Dinámica familiar</p> <p>I.1.01.021 Teoría general de grupos</p> <p>I.1.01.022 Teoría general de sistemas</p> <p>I.1.01.023 La familia como sistema</p> <p>I.1.01.024 Teoría general de la comunicación</p> <p>I.1.01.025 Roles</p> <p>I.1.01.026 Liderazgo</p> <p>I.1.01.027 Crisis familiares</p> <p>Segundo año</p> <p>II.1.07.199 Técnicas de entrevista individual-familiar</p> <p>Estudio integral de la salud familiar (II.1.07.200)</p> <p>Modelos para el estudio de la salud familiar (II.1.07.201)</p> <p>II.1.07.202 Enfoque biomédico</p> <p>II.1.07.203 Enfoque psicosocial</p> <p>II.1.07.204 Funcionalidad y disfuncionalidad familiar</p> <p>II.1.07.205 Teorías para la evaluación de la composición familiar</p> <p>II.1.07.206 Instrumentos para la evaluación de la composición familiar</p> <p>II.1.07.207 Instrumentos para la evaluación de la funcionalidad familiar</p> <p>II.1.07.208 Interacciones de los factores sociales en la salud familiar</p> <p>II.1.07.209 Calidad de vida</p> <p>II.1.07.210 Instrumentos para la evaluación de la calidad de vida</p> <p>Diagnóstico integral del proceso salud-enfermedad en la familia (II.1.07.211)</p> <p>II.1.07.212 Aspectos individuales y familiares</p> <p>II.1.07.213 Evaluación de riesgo en el ámbito individual y familiar</p> <p>II.1.07.214 Niveles de intervención y plan de manejo</p> <p>II.1.07.215 Pronóstico individual y familiar</p> <p>II.1.07.216 Impacto de la enfermedad en la familia</p> <p>II.1.07.217 Intervención del médico familiar en los diversos niveles de prevención</p> <p>Tercer año</p> <p>III.1.13.354 Consejería, orientación y terapia familiar, alcances y limitaciones</p> <p>III.1.13.355 Técnicas de orientación familiar</p> <p>III.1.13.356 Intervención en crisis</p> <p>III.1.13.357 Niveles de intervención</p> <p>III.1.13.358 Escuelas y corrientes</p> <p>III.1.13.359 La pareja</p> <p>Abordaje de problemas específicos (III.1.13.360)</p> <p>III.1.13.361 Violencia intrafamiliar</p> <p>III.1.13.362 Adicciones</p>	<p>Primer año</p> <p>I.1.01.011 Origen y evolución de la familia</p> <p>I.1.01.033 Familiograma estático y dinámico</p> <p>I.1.01.018 Ciclo de vida familiar</p> <p>I.1.01.016 Tipología de la familia</p> <p>II.1.07.201 Modelo biopsicosocial y holístico</p> <p>I.1.01.022 Teoría general de sistemas</p> <p>I.1.01.025 Roles y vínculos familiares</p> <p>I.1.01.024 Comunicación y funcionalidad familiar</p> <p>I.1.01.019 Factores de riesgo psicosocial de la familia</p> <p>Segundo año</p> <p>I.1.06.190 Desarrollo psicosexual</p> <p>I.1.06.176 Corrientes psicológicas de la conducta</p> <p>I.1.06.177 Relación médico/paciente/familia</p> <p>I.1.06.185 Entrevista familiar</p> <p>II.1.07.204 Disfunciones familiares comunes</p> <p>II.1.07.207 Instrumentos de medición</p> <p>I.1.01.027 Crisis familiares</p> <p>II.1.07.208 Evaluación de riesgos en el ámbito individual y familiar</p> <p>II.1.07.217 Niveles de intervención y plan de manejo</p> <p>III.1.13.363 Abordaje psicoterapéutico de la familia</p> <p>III.1.13.364 Psicoterapia sistémica y estratégico-estructural</p> <p>III.1.13.365 Psicoterapia comunicacional y psicodinámica</p> <p>III.1.13.366 Psicoterapia operativa y gestáltica</p> <p>III.1.13.367 Psicoterapia breve y transaccional</p> <p>II.1.07.216 Impacto de la enfermedad en la familia</p> <p>II.1.07.200 Seguimiento de estudios familiares integrales</p> <p>I.1.06.197 Familia y sexualidad</p> <p>I.1.06.193 Disfunciones sexuales comunes</p> <p>Tercer año</p> <p>III.1.17.389 Psicoterapia breve</p> <p>III.1.17.390 Elementos conceptuales</p> <p>III.1.17.391 Principios básicos</p> <p>III.1.17.392 Indicaciones y trastornos más frecuentes</p> <p>Ética y deontología médica</p> <p>III.1.20.423 Orígenes, concepto y objetos de estudio</p> <p>III.1.20.424 Características</p> <p>III.1.20.425 Responsabilidad profesional</p> <p>III.1.20.426 Documentos, declaraciones y/o códigos para la protección a la vida, bienestar del hombre y derechos a la salud</p> <p>III.1.13.363 Seminario de casos familiares</p> <p>III.1.13.364 Elementos que constituyen el estudio integral de la salud familiar:</p> <p>III.1.13.365 Ficha de identificación, motivo de consulta, justificación para el estudio del caso, antecedentes familiares de importancia, estructura familiar, ámbito social, factores de riesgo y protección para la salud, diagnóstico integral, pronóstico, plan de manejo integral, seguimiento</p> <p>III.1.13.361 Violencia intra familiar</p> <p>III.1.13.363 Maltrato a la mujer</p> <p>III.1.13.364 Maltrato infantil</p> <p>III.1.13.365 Abuso sexual infantil</p> <p>III.1.13.366 Maltrato al paciente anciano</p> <p>III.1.13.367 Teoría de grupos</p> <p>III.1.13.368 Elementos conceptuales</p> <p>III.1.13.369 Propiedades principales de grupos</p> <p>III.1.13.370 Poder, liderazgo y motivación en los grupos</p>

Como puede apreciarse, en lo que se refiere a Familia, ambos modelos comprenden las disfunciones familiares comunes, su clasificación y uso de instrumentos de evaluación para la disfunción familiar. Los principales instrumentos que se revisan y valoran su utilidad son: Índice de Función Familiar de Pless y Saterwhite, Escala de Evaluación Familiar de Beavers y Timberlawn, Clasificación Triaxial de la Familia de Tseng McDermott⁽²²⁾, Guía de McMaster, Escala de Holmes para situaciones de crisis familiar⁽²³⁾, Modelo Psicodinámico Sistémico de evaluación familiar de Salinas, Escala de funcionamiento familiar de Espejel, APGAR familiar de Smilkstein, FACES de David H Olson)⁽²⁴⁾. Así mismo se revisan temas sobre crisis familiares y su clasificación; evaluación de riesgos en el ámbito individual y familiar (factores de riesgo).

Durante el curso en aula se precisan los Niveles de intervención y plan de manejo de Doherty y Baird, en una panorámica de entender a la familia como unidad de salud y enfermedad, de estudio y de atención. Estas sesiones se realizan con lectura y discusión así como exposición y talleres y realización de socio dramas en un periodo de 8 sesiones y aproximadamente 50 horas de trabajo.

También se revisan los módulos de psicoterapia breve incluyendo elementos conceptuales^(25, 26), principios básicos de indicaciones^(27, 28, 29, 30, 31) y trastornos más frecuentes;^(32, 33, 34, 35) se enfatiza la técnica de la entrevista familiar y sus características; se hacen ejercicios con casos clínicos reales y se revisan las diferentes escuelas de la terapia familiar: Estructural Funcionalista, Estratégica, Conductual, Gestalt, Psicoanalítica, Humanista; Analizando su aplicación en la atención primaria y las técnicas propias de cada una utilizando la bibliografía específica donde fue descrita^(36, 37). Se llevan a cabo sesiones en número de 15 con un promedio de 90

horas. Realizando actividades de lectura, talleres discusión y presentación de casos de familia.

Los residentes de Medicina Familiar hacen un estudio de Salud Familiar ⁽³⁸⁾, el cual se realiza utilizando un protocolo que valida el Consejo Mexicano de Medicina Familiar ⁽³⁹⁾, requisito indispensable para la Certificación del Médico Familiar por el Consejo Mexicano de Medicina Familiar y los colegios y asociaciones de especialistas locales. Al realizar este estudio, los profesores ofrecen una asesoría personalizada para la intervención familiar.

Las características de dicho estudio incluyen aspectos de la primera entrevista con el paciente identificado, su problemática de salud de fondo, los factores que condicionan o favorecen (factores de riesgo) la agudización y/o cronicidad de su enfermedad y su relación con alteraciones en la dinámica familiar y su entorno. Se interviene una vez identificada la problemática de salud familiar, aplicando instrumentos diversos de evaluación de la funcionalidad; dicha intervención puede centrarse en el individuo o el núcleo y puede referirse a aspectos diagnósticos terapéuticos, haciendo un adecuado manejo tanto de la patología orgánica como la repercusión de la misma en todo el grupo.

Así pues al abordar y tratar a un enfermo y su familia se espera que la atención del Médico Familiar sea en forma integral, encaminada a la prevención, consejería y terapéutica ideal y que de alguna manera refleje el abordaje educativo en el individuo y su familia. De ello se espera que los futuros Médicos Familiares muestren una aptitud adecuada en su práctica profesional, los rasgos básicos de ésta aptitud tendrían que ser: autorreflexión de la experiencia, lectura crítica de la información, abordaje integral

del individuo y su familia, habilidad para el aprendizaje independiente y autónomo y consideraciones éticas de beneficio a sus pacientes.

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La educación médica tradicional caracterizada por un enfoque pasivo-receptivo, no parece favorecer el desarrollo de aptitudes clínicas en los residentes de la especialidad de Medicina Familiar. En los últimos años, la propuesta de educación participativa ha insistido en la necesidad de cambiar el modelo de enseñanza clínica y buscar que los médicos residentes desarrollen habilidades aptitudinales idóneas para enfrentar las situaciones concretas que plantea el individuo y su familia.

No obstante lo anterior en el ámbito educativo, se han creado pocos instrumentos que permitan evaluar el desarrollo de aptitudes clínicas relacionadas con la intervención terapéutica de los médicos en los problemas que plantea la familia. Por lo anterior parece pertinente plantearse la necesidad de construir instrumentos que exploren la forma en que los médicos residentes de Medicina Familiar, consolidan la aptitud para el abordaje integral. Tomando en cuenta lo anterior, la pregunta que se plantea en éste estudio es:

¿Cuál es la aptitud clínica de los médicos residentes de Medicina Familiar del tercer año, en la intervención familiar, tanto en la modalidad presencial como semipresencial, después de haber cursado los módulos de familia?

4.- JUSTIFICACION:

La aptitud clínica se refiere a la capacidad que muestra el médico para tomar decisiones idóneas que redunden en beneficio de los pacientes. Esta habilidad peculiar significa dominio teórico-práctico de la medicina, así como coherencia ética para no dañar, tomando buenas decisiones. En la práctica puede no observarse, pero casi siempre puede valorarse a partir de los resultados que muestra el paciente.

La evaluación de la aptitud clínica en los médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar es un elemento muy importante, ya que permite obtener un panorama amplio de los conocimientos adquiridos y de cómo se ponen en práctica. No obstante, hasta ahora existen pocos instrumentos que permitan valorar el desarrollo de aptitudes en relación con la intervención en los problemas de la familia. Sobre todo, tomando en cuenta que la especialidad de Medicina Familiar tiene como eje central el trabajo con la familia, no solo en los aspectos biológicos, sino de manera especial los aspectos psicosociales.

En el ámbito del IMSS se ha buscado evaluar la aptitud clínica respecto de varias patologías pero hasta la fecha se carece de un instrumento suficientemente validado que revele con claridad cuales son las dimensiones de la aptitud y en qué consisten los componentes propios de la intervención del médico en la familia.

Por lo anterior resulta relevante toda investigación que pretenda construir instrumentos que finalmente le permitan al Médico Familiar consolidar sus habilidades clínicas y redunden en beneficio de las familias que demandan atención especializada. En este sentido consideramos que este estudio puede contribuir a construir un instrumento validado y práctico para evaluar la aptitud de los médicos familiares.

La evaluación de aptitud clínica debe partir de considerar lo que realmente hace el médico. Por tanto, no se trata de una revisión teórica de temas. Un instrumento de aptitud debe basarse en casos clínicos problematizados que le planten al médico problemas similares a la naturaleza de su cotidianidad. En ello reside la relevancia y trascendencia de este estudio

Finalmente, consideramos que el Médico Familiar debe tener una perspectiva mejor en cuanto a la atención integral del individuo y su familia, para lo cual requiere mejorar la aptitud clínica, que se logra solo con la participación activa en los procesos de diagnóstico y tratamiento; y sobre todo manteniendo una visión diferente en el análisis y toma de decisiones que le requieren los pacientes, y sobre todo revisando críticamente su quehacer.

5.- OBJETIVOS:

Objetivo General:

Evaluar la aptitud clínica en el abordaje y tratamiento de la familia en los alumnos de la especialidad de Medicina Familiar que cursan el tercer año, tanto de la residencia tradicional como la aplicada a médicos generales, después de haber cursado los módulos de familia.

Objetivos Específicos:

Diseñar un instrumento de aptitud clínica para evaluar a los médicos en proceso de especialización en Medicina Familiar

Validar un instrumento de aptitud clínica para evaluar la intervención familiar en alumnos en proceso de especialización en Medicina Familiar

Ponderar la aptitud clínica que muestran los alumnos en proceso de especialización en Medicina Familiar que cursan el tercer año tanto en la residencia tradicional como la aplicada a médicos generales.

6.- METODOLOGIA:

Diseño del estudio:

Tipo de estudio: Descriptivo, Observacional, transversal.

Universo: Unidades de Medicina Familiar No. 80 y 75 del I.M.S.S, con apoyo del Hospital General Regional No. 1, en la ciudad de Morelia, Michoacán.

Población a estudiar: Se incluyo a dos grupos de alumnos del curso de especialización en Medicina Familiar tanto de la residencia tradicional como del curso para médicos generales en el tercer año de la especialidad adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Morelia, Michoacán.

Características del tamaño de la muestra: Se estudió la totalidad de alumnos de dos modalidades educativas, de la residencia tradicional (10 residentes), y de la dirigida a médicos generales (12 residentes). Todos adscritos al I.M.S.S. en la ciudad de Morelia, Michoacán.

Definición de variables:

Variable dependiente: Aptitud clínica para intervenir en la familia. Para los fines de este estudio esta variable se define como la capacidad para actuar y tomar decisiones frente al diagnóstico y tratamiento de los problemas que plantea la familia.

Variable independiente: Curso de especialización en Medicina Familiar impartido a los alumnos del tercer año en las dos modalidades educativas de la residencia, es decir tradicional y para médicos generales del IMSS, en lo que se refiere al modulo de Familia.

Definición operativa de las variables

Variable	Indicador de aptitud clínica	Definición	Unidad de medida	Escala
Dependiente: Aptitud clínica	Reconocimiento de factores de riesgo	Habilidad para identificar riesgos de salud en casos clínicos de familia	Número de aciertos	correcto= +1 Incorrecto= -1 No se= 0
	Reconocimiento de indicios que apoyan el diagnóstico	Habilidad para identificar evidencias o datos que apoyan el diagnóstico	Número de aciertos	correcto= +1 Incorrecto= -1 No se= 0
	Datos clínicos que apoyan la integración del diagnóstico	Habilidad para integrar el diagnóstico a partir de los datos proporcionados	Número de aciertos	correcto= +1 Incorrecto= -1 No se= 0
	Identificación y aplicación de instrumentos en el diagnóstico familiar	Habilidad para seleccionar y aplicar instrumentos para diagnóstico de salud familiar	Número de aciertos	correcto= +1 Incorrecto= -1 No se= 0
	Elección adecuada de la terapéutica	Habilidad para seleccionar la intervención adecuada	Número de aciertos	correcto= +1 Incorrecto= -1 No se= 0
Independiente: Curso sobre abordaje familiar y psicoterapia breve	Programa del curso de especialización tradicional	Contenidos que marca el programa del curso de especialización en medicina Familiar Tradicional, impartido por Profesor que usa método educativo con énfasis en la transmisión pasiva del conocimiento en Residentes que cursaron el módulo de familia en el tercer años de la especialidad	Haber aprobado >95% de contenidos	Calificación de 6- 10
	Programa del curso de especialización semipresencial	Contenidos que marca el programa del curso de especialización en medicina Familiar semipresencial, impartido por Profesor que usa método educativo con énfasis en lectura crítica y elaboración del conocimiento en Residentes que cursaron el módulo de familia en el tercer años de la especialidad	Haber aprobado >95% de contenidos	Calificación de 6-10

Instrumento de evaluación:

Para explorar la aptitud clínica se diseñó un instrumento que consta de cinco casos clínicos reales sobre problemática familiar, donde se incluyen 381 reactivos que exploran el abordaje y terapéutica de la familia, con respuestas de falso (F) o verdadero (V) y opción de no sé (NS) si se desconoce la respuesta, y que se validó con la opinión de varios expertos (un Médico Psiquiatra, dos Terapeutas Familiares y dos Médicos Familiares); así mismo, se realizaron pruebas matemáticas de validación (prueba de Kuder-Richardson), además de un estudio previo de dicho instrumento.

El instrumento está integrado por seis indicadores en aptitud clínica en abordaje y terapéutica familiar. Los reactivos son los siguientes:

- Reconocimiento de factores de riesgo (45 reactivos).
- Reconocimiento de indicios que apoyan un diagnóstico (85 reactivos).
- Datos clínicos a favor de la integración de un diagnóstico (196 reactivos).
- Identificación y aplicación de instrumentos en el diagnóstico familiar (25 reactivos).
- Elección adecuada de la terapéutica para cada caso (30 reactivos).

Para valorar el grado de desarrollo de la aptitud clínica, se realizó una escala con la siguiente puntuación:

- Profano, 0 a 60
- Muy superficial, 61 a 120
- Superficial, 121 a 180
- Intermedio, 181 a 240
- Refinado, 241 a 300

- Muy refinado, 301 a 381

Para validar el criterio y contenido del instrumento, así como las respuestas correctas, se recurrió a los expertos en este caso, otorgándoles el instrumento y que este se contestara a criterio de ellos, realizando las correcciones pertinentes y posteriormente consensando las respuestas y unificando criterios de cada uno para las respuestas a los reactivos como falsas y verdaderas, quedando incluidos 125 reactivos falsos y 256 verdaderos.

El instrumento se aplicó en un solo día a cada grupo de residentes en un lapso de 1 a 2 horas en cada una de las cedes.

Manejo Estadístico de los datos:

Se utilizaron pruebas paramétricas y no-paramétricas. En la validación del instrumento se utilizó la prueba de Pérez-Padilla-Viniegra para calcular las respuestas por azar. La prueba de Mann-Whitney para valorar la diferencia de rangos entre ambos grupos, La W de Wilcoxon para comparar indicadores de aptitud y la t de Student para muestras independientes. Para el manejo de datos se utilizó el paquete SPSS versión 15 para Windows.

Consideraciones éticas:

Se solicitó el consentimiento bajo información de los Profesores y de los alumnos, habiendo explicado las características de la prueba, el tiempo y la confidencialidad de los datos.

7.- RESULTADOS:

Se estudio a 22 Médicos Residentes de Medicina Familiar del tercer año, 10 de la modalidad presencial y 12 de de la semipresencial, ambos adscritos al I.M.S.S. en la ciudad de Morelia, Michoacán en las unidades de Medicina Familiar No. 75 y 80. El Promedio de edad en el primer grupo fue de 30 años y en el segundo de 42 años.

La validación del instrumento, se obtuvo por la prueba de Kuder-Richardson 20, cuyo resultado fue de .99, por lo que el instrumento se considera confiable y válido.

En el análisis comparativo de los dos grupos de residentes, se observa en el cuadro 1 la diferencia existente en el resultado de aciertos obtenidos de cada uno de los grupos con respuestas correctas, errores y respuestas de no se.

. El cuadro 2 presenta los resultados del grupo de residentes modalidad presencial y semipresencial, con calificaciones máxima, mínima, promedio y mediana.

En el cuadro 3 se presentan los resultados obtenidos según el indicador de aptitud por modalidad educativa, dicho indicador basado en la escala del Dr. Viniegra, donde se observa que los residentes de la modalidad semipresencial tienden más a los indicadores de refinado y muy refinado en relación al grupo presencial.

La prueba de Mann-Whitney evidencio una diferencia de rangos de 57.00 para el grupo de residentes modalidad presencial y de 196.00 para la modalidad semipresencial, con una significancia de .000 y con $p = 0.05$ con tendencia palpable a favor de la modalidad semipresencial.

La prueba t de Student, mostró una media de 256.30 para la modalidad presencial y de 293.08 para la semipresencial, con un error típico de 5.6 y 2.7 respectivamente, todo lo cual indica un desarrollo de aptitud superior en el grupo semipresencial.

El cuadro 4 muestra el análisis de la significancia mediante la prueba de la t de Student para muestras independientes, realizada al total de aciertos del instrumento aplicado a los dos grupos de residentes, con una significancia bilateral de .000 para ambas modalidades.

Como puede verse en el cuadro 5 invariablemente, el grupo de residentes de la modalidad semipresencial tienen un grado superior de aptitud clínica en los diferentes indicadores aplicados en el instrumento de evaluación, según el rango promedio de cada indicador del instrumento aplicado.

En el cuadro 6 se aprecia el valor significativo de cada uno de los indicadores de aptitud clínica del instrumento aplicado, pero puede apreciarse que el indicador de identificación de factores de riesgo no es significativo en relación al resto de los indicadores, de acuerdo a las diferentes pruebas de significancia.

En el cuadro 7 podemos ver las diferencias de los indicadores en el grupo de residentes de las dos modalidades en cuanto a los promedios, aplicando un $(+ - 2)$ al error típico de la media, sin embargo la tendencia sigue siendo significativa a favor del grupo semipresencial.

Por último el cuadro 8 nos da un resumen general de la panorámica comparativa de los dos grupos de residentes para las diferentes pruebas en la aplicación de la t de Student, donde se muestra que en los indicadores de identificación de factores de riesgo no hay significancia importante.

Cuadro 1 Resultado comparativo de reactivos del instrumento aplicado en un grupo de 22 residentes de Medicina Familiar modalidad presencial y semipresencial.

RESIDENTES PRESENCIAL(N1)			RESIDENTES SEMIPRESENCIAL(N2)		
ACIERTOS	ERRORES	NS	ACIERTOS	ERRORES	NS
282	99	0	305	76	0
272	109	0	304	77	0
268	90	23	303	78	0
267	114	0	301	78	2
267	114	0	297	84	0
251	127	3	293	88	0
248	133	0	292	89	0
246	135	0	293	88	0
239	142	0	290	86	5
223	151	7	287	93	1
			280	100	1
			275	106	0
N= 10			N= 12		

**NS indica que se desconoce la respuesta.*

Cuadro 2 Calificación máxima y mínima en numero de aciertos, promedio y mediana en el grupo de 22 residentes de Medicina Familiar modalidad presencial y semipresencial.

MODALIDAD	PRESENCIAL(N1)			SEMIPRESENCIAL(N2)		
	ACIERTOS	ERRORES	NS*	ACIERTOS	ERRORES	NS*
CALIF. MAXIMA	282	151	23	305	106	5
CALIF. MINIMA	223	99	0	275	76	0
PROMEDIO	252.5	125	11.5	290	91	2.5
MEDIANA	252.5	125	11.5	290	91	2.5

N1= 10 Residentes modalidad presencial

N2= 12 Residentes modalidad semipresencial

**NS indica que se desconoce la respuesta.*

Cuadro 3 Escala de clasificación de aptitud clínica en dos grupos de residentes de la especialidad en Medicina Familiar, modalidad Presencial y Semipresencial.

Indicador *	Esperado* No. de aciertos	No. De residentes de Medicina Familiar	
		Residentes presencial	Residentes semipresencial
Profano	0-60	0	0
Muy superficial	61-120	0	0
Superficial	121-180	0	0
Intermedio	181-240	2	0
Refinado	241-300	8	8
Muy refinado	301-381	0	4

N1= 10 Residentes modalidad presencial

N= 12 Residentes modalidad semipresencial

** Indicador en la escala de puntuación del instrumento aplicado.*

Cuadro 4 *Análisis de significancia con prueba de t de Student para muestras independientes, en total de aciertos del instrumento aplicado en dos grupos de residentes, modalidad presencial y semipresencial.*

Aciertos	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	6.121	.022	-6.170	20	.000	-36.783	5.961	-49.219	-24.348
No se han asumido varianzas iguales			-5.848	13.129	.000	-36.783	6.290	-50.359	-23.208

N1= 10 Residentes modalidad presencial

N2= 12 Residentes modalidad semipresencial

Cuadro 5 Comparación de rangos por indicador, en el desarrollo de aptitud clínica en 2 grupos de residentes, modalidad presencial y semipresencial.

INDICADOR	GRUPO	N	Rango promedio	Suma de rangos
INTEGRACION DIAGNOSTICA	Presencial	10	5.50	55.00
	Semipresencial	12	16.50	198.00
IDENTIF. INDICIOS CLINICOS	Presencial	10	7.15	71.50
	Semipresencial	12	15.13	181.50
IDENTIF. DE FACTORES DE RIESGO	Presencial	10	9.90	99.00
	Semipresencial	12	12.83	154.00
PRUEBAS DIAGNOST. Y APLIC. DE INSTRUM.	Presencial	10	7.45	74.50
	Semipresencial	12	14.88	178.50
USO DE RECURSOS TERAPEUTICOS	Presencial	10	6.60	66.00
	Semipresencial	12	15.58	187.00
	Total	22		

N1= 10 Residentes modalidad presencial

N2=12 Residentes modalidad semipresencial

Cuadro 6 Valor significativo para cada indicador de aptitud (significancia por prueba aplicada a cada indicador de aptitud).

INDICADOR	INTEGRACION DIAGNOSTICA	IDENTIF. INDICIOS CLINICOS	IDENTIF. DE FACTORES DE RIESGO	PRUEBAS DIAGNOSTICAS Y APLIC. DE INSTRUM.	USO DE RECURSOS TERAPEUTICOS
PRUEBA					
U de Mann Whitney	.000	16.500	44.000	19.500	11.000
W de Wilcoxon	55.000	71.500	99.000	74.500	66.000
Z	-3.961	-2.905	-1.063	-2.707	-3.249
Sig. asintot. (bilateral)	.000	.004	.288	.007	.001
Sig. exacta [2* (Sig.unilateral)]	.000 ^a	.003 ^a	.314 ^a	.006 ^a	.001 ^a

Cuadro 7 Prueba t de Student para comparar la aptitud clínica entre dos grupos de residentes modalidad presencial y semipresencial, por indicador.

Estadísticos de grupo

GRUPO		N	Media*	Desviación típ.	Error tìp. De la media*
INTEGRACION DIAGNOSTICA	Presencial	10	136.80	6.783	2.139
	Semipresencial	12	152.17	4.130	1.192
IDENTIF. INDI- CIOS CLINICOS	Presencial	10	57.60	5.400	1.707
	Semipresencial	12	65.25	2.137	.617
IDENTIF. DE FAC- TORES DE RIESGOS	Presencial	10	32.90	4.977	1.574
	Semipresencial	12	35.42	3.579	1.033
PRUEBAS DIAG- NOSTICAS Y --- APLIC. DE INSTRU- MENTOS	Presencial	10	14.10	2.923	.924
	Semipresencial	12	17.75	2.417	.698
USO DE RECURSOS TERAPEUTICOS	Presencial	10	14.90	5.405	1.709
	Semipresencial	12	22.75	3.841	1.109

N1= 10 Residentes modalidad presencial

N2= 12 Residentes modalidad semipresencial

* Se aplica la media (+ -) el error típico de la media.

Cuadro 8 Prueba t de Student, para comparar los promedios de aptitud clínica entre dos grupos de residentes, por indicador del instrumento aplicado.

	Prueba de Leven para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% de intervalo para la diferencia		
								Inferior	Superior	
INTEGRAC. DIAGNOSTICA	Se han asumido varianzas iguales*	.235	-6.556	20	.000	-15.367	2.344	-20.256	-10.478	
			No se han asumido** varianzas iguales	-6.276	14.332	.000	-15.367	2.448	-20.607	-10.127
IDENTIF. IND. CLINICOS	Se han asumido varianzas iguales*	.011	-4.519	20	.000	-7.650	1.693	-11.181	-4.119	
			No se han asumido** varianzas iguales	-4.214	11.345	.001	-7.650	1.816	-11.631	-3.669
IDENTIF. DE FACT. DE RIESGO	Se han asumido varianzas iguales*	.286	-1.378	20	.183	-2.517	1.826	-6.326	1.293	
			No se han asumido** varianzas iguales	-1.337	15.999	.200	-2.517	1.883	-6.508	1.474
PRUEBAS DIAGNOSTICAS Y APLIC. DE INSTRUM.	Se han asumido varianzas iguales*	.407	-3.209	20	.004	-3.650	1.137	-6.023	-1.277	
			No se han asumido** varianzas iguales	-3.152	17.522	.006	-3.650	1.158	-6.088	-1.212
USO DE RE-CURSOS TERAPEUTICOS	Se han asumido varianzas iguales*	.101	-3.976	20	.001	-7.850	1.974	-11.968	-3.732	
			No se han asumido** varianzas iguales	-3.853	15.869	.001	-7.850	2.037	-12.172	-3.528

*N1=Residentes presencial

**N2=Residentes semipresencial

P= 0.05

8.- DISCUSION:

Los resultados de este estudio, evidenciaron como las metodologías, los ambientes educativos y las perspectivas teóricas de la educación, resultan fundamentales en la consolidación del desarrollo de la aptitud clínica.

Las diferencias que se observaron entre un grupo de residentes y otro, se puede explicar por los siguientes factores:

- Los residentes de la modalidad semipresencial tienen más experiencia práctica, ya que son médicos de base del IMSS y han tenido mas contacto con pacientes en la consulta externa al transcurso de su contratación en la institución.
- Los residentes de la modalidad presencial no correlacionan la teoría con la práctica aún y cuando el contacto con el hospital prevalece, ya que el contacto con el paciente no es muy estrecho y se aboca más al ejercicio terapéutico en el sentido orgánico.
- Otro factor es la forma en que se plantea el proceso educativo en un grupo y en otro, siendo que el curso de la modalidad semipresencial se asume que implica mayor responsabilidad de autoaprendizaje y solo se apoya en un asesor y el otro curso presencial, es tutorado y el alumno depende completamente del profesor para realizar las actividades encomendadas.

En la practica médica al evaluar al médico en el desempeño de sus habilidades en cuanto a la aptitud clínica, se emplean casos clínicos reales, donde se explora la toma de decisiones para fines de identificación de factores de riesgo, indicios clínicos, realizar una adecuada integración diagnóstica, el uso adecuado de instrumentos de

apoyo al diagnóstico y adecuado uso de los recursos terapéuticos para cada caso particular.

En el presente estudio se valoró la toma de decisiones del Médico Familiar ante casos de familia reales, con el fin de definir las habilidades que distinguen a esta especialidad de las otras en el abordaje del individuo y su familia.

El instrumento utilizado en este estudio, fue diseñado, pensando en que este tipo de casos son los que se presentan en la práctica cotidiana del quehacer del Médico Familiar y que los reactivos que él contiene, van encaminados a que el médico se detenga a reflexionar y analizar en la adecuada identificación de factores de riesgo que lo lleven a elaborar un diagnóstico adecuado con los elementos que el paciente y su familia le proporcionen.

El instrumento diseñado y validado permitió que el médico al contestarlo nos reflejara las decisiones correctas en relación a los errores que se cometen traduciendo el beneficio y daño para el paciente y su familia, además de evaluar las diferencias de un grupo de residentes con otro, en dos modalidades (presencial y semipresencial) en el desempeño de esta aptitud.

El instrumento tuvo suficiente validez con análisis mediante la prueba de Kuder Richardson en forma muy aceptable, y los reactivos exploraron situaciones clínicas para la evaluación de la aptitud del médico residente de Medicina Familiar.

Basándonos en estudios previos sobre aptitud, se esperaba que en estos dos grupos de residentes no se encontraran diferencia en cuanto al abordaje y terapéutica del individuo y su familia, ya que se mantenía el supuesto que los residentes de la modalidad presencial que tienen tiempo completo en su labor de residencia tuvieran por consecuencia mejor desempeño en la aptitud en el abordaje y manejo de la familia,

que el grupo de residentes de la modalidad semipresencial, aún y cuando el programa es llevado en forma semejante, incluyendo el mismo temario y con las mismas horas en aula para el aprovechamiento del aprendizaje en el desempeño clínico. Sin embargo se mostró que el grupo de residentes modalidad semipresencial en este aspecto del abordaje familiar, muestra diferencia significativa en relación al otro grupo. Sería cuestionable el hecho de que haya diferencias en el desempeño de estos grupos de residentes, ya que ambos deberían tener casi las mismas habilidades en el desempeño clínico después de cursar los módulos de familia y abordaje familiar. En este sentido es pues necesario que los métodos de enseñanza- aprendizaje motiven al médico en su práctica clínica a ser más participativos, más críticos y a tomar decisiones que le brinden al enfermo y su núcleo familiar, mejorar su calidad de vida, ya que se sigue a la fecha teniendo tendencia al deterioro de las habilidades y la práctica clínica.

9.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS:

Las habilidades clínicas y la propedéutica hoy en día se han ido dejando de lado, ya que el médico se ha sujetado de los estudios paraclínicos en la atención de los pacientes, haciendo de esta práctica una medicina reduccionista y poco humanista ya que no se realiza una práctica clínica basada en la acuisosidad y análisis crítico de los padecimientos de los enfermos y sus familias.

La educación médica es un factor indispensable para el desarrollo de habilidades en el quehacer médico, ya que al ser de un carácter crítico, analítico y reflexivo, permite al médico abordar y tratar mejor al enfermo y su familia, brindándole una atención integral y de calidad.

En los medios institucionales esta práctica se encuentra deteriorada por diversas causas y el Médico Familiar se ha conducido en forma pasiva, irreflexiva y reduccionista con sus pacientes, tornándose en un prestador de servicios que no permite en cierta medida el mejor bienestar de salud del enfermo y su familia.

En el abordaje que realiza el médico al paciente y su familia hay deficiencias debido a estos aspectos y que han conducido a realizar una práctica rutinaria, alejada del paciente y de la clínica.

Las estrategias de educación tendrán que estar encaminadas a cuestionar y que se cuestione el propio médico en el quehacer de lo que se hace y como se hace en la práctica clínica, promoviendo la participación en la reflexión crítica, proponiendo y realizando investigaciones para el mejoramiento de la aptitud clínica.

Por ello, es menester que la aptitud clínica en los médicos sea evaluada en forma constante y continua, mediante la elaboración y validación de instrumentos como se ha hecho en el presente estudio, y que permitan evaluar el desempeño de las

habilidades que el medico familiar debe tener en la práctica clínica, para que la atención integral de la familia, se de en forma total y holística.

Así pues, si no se hace una reflexión en cuanto al valor de la aptitud clínica; en la práctica medica se continua realizando una atención del paciente en forma aislada reduccionista y llevada solo por estadísticas, metas y productividad como se hace a la fecha en las instituciones, por ello es menester que el médico desarrolle mejor sus habilidades en la práctica médica y que con el apoyo de la enseñanza-aprendizaje, continuo y reflexivo, se logre rescatar la práctica clínica y el abordaje del paciente y su familia estando siempre ante la iniciativa de tener el mejor actuar médico y más que nada en la protección del paciente en cuanto a su salud individual y familiar, que lo ubique en un mejor reconocimiento social.

En este contexto, se requiere pues que se mejore la calidad de la educación médica y la aptitud del médico en la promoción y desarrollo de las habilidades que debe tener en su formación para que en el futuro se lleve a cabo la practica clínica como debiera en busca de una atención integral.

11.- REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS:

¹ Viniegra VL. Hacia una nueva concepción del currículo. Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación de educación médica.,1ª ed. México: IMSS, 1999

²Viniegra VL. Hacia una nueva concepción del currículo.

<http://www.universidadabierta.edu.mx/Biblio/V/Velazquez/Tendencias%20Educativas%20Predominales.htm>

³ Viniegra VL. Educación y evaluación. Rev. Med. IMSS 2005; 43 (2): 93-95

⁴ García M JA, Viniegra VL. Evaluación de la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. Rev. Med. IMSS 2003; 41 (6): 487-494

⁵ García MJA, Viniegra VL. La formación de médicos familiares y el desarrollo de la aptitud clínica. Rev. Med IMSS 2004; 42 (4): 309-320

⁶ García-Mangas JA, Viniegra-Velásquez L, Arellano-López J, García-Moreno J. Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención. Rev. Med IMSS 2005; 43 (6): 465-472

⁷ Dorado-Gaspar MP, Loría-Castellanos J, Guerrero-Martínez MB. Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de medicina familiar. Arch Med Fam 2006; 8 (3): 169-174

⁸ García M JA, Viniegra VL. Op cit.

⁹ González C RP.; Viniegra VL. Comparación de dos intervenciones educativas en la formación de médico residentes. Rev. Invest Clin 1999; 51:351-360.

¹⁰ Skinner BF. Análisis de la conducta, Lumusa, México 1991.

¹¹ Viniegra VL. La crítica: aptitud olvidada por la educación. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2000. p. 1-26.

¹² Viniegra VL. Educación y evaluación. Rev. Med. IMSS 2005, 43 (2):93-95

¹³ Soler-Huerta E, Sabido-Sighler C, Sainz-Vázquez L, Mendoza-Sánchez H, Gil-Alfaro I González-Solís R. Confiabilidad de un instrumento para evaluar la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. Arch Med Fam 2005; 7 (1): 14-17

¹⁴ García M JA, Viniegra VL. Evaluación de la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. Rev. Med. IMSS 2003; 41 (6): 487-494

¹⁵ García M JA, Viniegra VL. Op cit.

¹⁶ Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Familiar. Programa Único de la Especialidad de Medicina Familiar.

http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/eval_cc/contenidos_puem.htm (21 Enero 2008)

¹⁷ Chávez AV. Especialización en Medicina Familiar Modalidad semipresencial en el IMSS. Rev Med IMSS 2005; 43 (2): 175-180.

¹⁸ Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Familiar. Plan Único de Especialización en Medicina Familiar (PUEM)

http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/eval_cc/contenidos_puem.htm (21 Enero 2008)

¹⁹ Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Familiar. Programa de Especialización Semipresencial del IMSS.

http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/eval_cc/contenidos_imss.htm (21 Enero 2008)

²⁰ Abordaje Terapéutico de la Familia. Salem-Ed. Masson.

²¹ Orientación y terapia Familiar. Ríos. Instituto de ciencias del Hombre.

²² Triaxial Family Classification. New Shing Tseng, M.D and John F. Mc Dermott, Jr. M.D. Journal of Child Psychiatry, vol.18, No. 1, Winter 1979, pp 22-43.

²³ Irigoyen Coria A. Nuevo Diagnóstico Familiar. 1998. Ed. Medicina Familiar Mexicana

²⁴ Olson D H, Portner J.Lavee Y. Escala Faces III Versión en español Gómez C. e Irigoyen C. 1998. Ed. Medicina Familiar Mexicana.

²² Wolberg, Lewis R. - The Technique of Psychotherapy Grune and Stratton. New York, p3.

²⁶ Ackerman, Nathan W., Jackson, Don D. Beatman, Frances L y Sherman, Stanford N.- Teoría y Práctica de la Psicoterapia Familiar.- Ed. Proteo. Buenos Aires. 1970. p

²⁷ Glick, ira D., Kessler, David R. - Marital and Family Therapy Grune and Stratton, New York p4.

²⁸ ⁸ Olson, D. - Marital and Family Therapy: Integrative Review and Critique. - J Marriage Fam. 32 pp 501-532.

²⁹ Foley, Vicent D., An Introduction to Family Therapy. - Grune and Stratton. - New York, 1974.p3.

³⁰ Chagoya, L.- Psicoterapia Familiar.- En: Rivera, J.L.B., Vela, A., Arana J (Eds.).- Manual de Psiquiatría.- Cap 40. Ed. Karpos, S.A., Madrid España, 1980.

³¹ Mac Gregor R. - Multiple Impact Therapy with Familias. New York, Norton, 1967, p 284. Citado por Foley, V. - op.cit.p4.

³² Laqueur, P., Labourt. <H, Morini, E. - Multiple Family Therapy. Further developments, Haley, J. - Changing Families. - New York, Grune and Stratton, 1971.

³³ Clarking J.F., Frances. A.J, Moodie, J.L. - Selection Criteria for Family Therapy. - Fam.Proc 18:4:1979.

³⁴ Watzlawick, P. - Beavin, J.H., Jackson, D.D. - Pragmatics of human Communication. - Norton, New York, 1976.

³⁵ Minuchin S. Familias y Terapia Familiar 6a. reimpresión Ed. GEDISA. 200.

³⁶ Psicoterapia Familiar Conjunta. Virginia Satir. Ediciones científicas, La Prensa Medica Mexicana. S.A. México 1986.

³⁷ Temas de Psicología Social Revista Año I No. 1 1997. Dr. Enrique Pichón Riviere Psicoterapia de Grupo.

³⁸ J.L. Huerta González. estudio de salud familiar. PAC MF-1, 4. Primera Edición 1999. Ed. Intersistemas S.A. de C.V. México.

³⁹ Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A.C.Organización con reconocimiento de Idoneidad de la Academia Nacional de Medicina. Guía para la elaboración del Estudio de Salud Familiar.

http://www.consejomedfam.org.mx/estudio_saludfam.htm

INSTRUMENTO DE EXPLORACION DE APTITUD CLINICA EN EL
ESTUDIO DE LA FAMILIA

INSTRUCCIONES PARA RESPONDER LOS CASOS CLINICOS

LEA CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES:

Encontrará varios casos clínicos, cada uno de ellos se acompaña de un número de afirmaciones cada una de estas afirmaciones va seguida de enunciados referentes al caso que pueden ser “FALSOS” O “VERDADEROS”. Anote en la hoja anexa respuestas para cada enunciado.

“F” si considera que la aseveración es falsa

“V” si considera que la afirmación es cierta

“NS” en caso de que desconozca la respuesta correcta

Cada respuesta correcta la 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.

TERMINOS EMPLEADOS EN EL EXAMEN

Las palabras que se enuncian a continuación se emplearán en este examen, exclusivamente con el significado que se menciona.

FACTOR DE RIESGO: Se refiere a la existencia demostrada de antecedentes o condiciones actuales del paciente, que sin formar parte de un padecimiento, hacen más probable su aparición o que éste se agrave.

COMPATIBLE: Se refiere al hecho de que los elementos de un caso clínico concuerda con la entidad nosológica propuesta como diagnóstico.

A FAVOR: Presencia de un dato que forma parte y es base importante en el diagnóstico de la familia en cuestión.

INDICIOS: evidencia o datos que apoyan un diagnóstico.

PRIMER CASO FAMILIAR

La familia Martínez del Campo, originaria de Uruapan, Mich. Integrada por Lorenzo y Raquel de 44 de 36 años, y sus 5 hijos, José de 17 años, Jazmína de 15 años, Lila de 13 años, Blanca de 12 y Lorencito de 5 años. Lorenzo tiene el antecedente de amputación de miembro pélvico derecho como secuela postraumática calificado como de accidente de trabajo de cinco años de evolución. Actualmente pensionado y emigrado a los Estados Unidos donde labora como mesero. Raquel su esposa, labora actualmente como empleada de mostrador, con jornada laboral de 8:00 a 19 hrs. Comenta sentirse culpable por dejar tanto tiempo solos a sus hijos para poder trabajar. Presenta síndrome ansioso depresivo posterior al accidente del cónyuge. Su segunda hija Jazmína de 15 años inicia hace ocho meses con alcoholismo y bajo rendimiento escolar, recuerda de su niñez frecuentes riñas entre sus padres y en alguna ocasión vio a Lorenzo amenazar á Raquel con un cuchillo.

La familia descrita es compatible con:

- 1.- Una familia compuesta
- 2.- Una familia integrada.
- 3.- Vínculos familiares claros
- 4.- Patrones comunicacionales irrelevantes
- 5.- Una familia en etapa de dispersión

Son datos a favor de una familia extensa:

- 6.- El hecho de que sean cinco hermanos
- 7.- La diferencia de edad entre Blanca y Lorencito
- 8.- La diferencia de edad entre José y Lorencito
- 9.- La edad de Raquel
- 10.- El hecho de vivir juntos en el mismo hogar y tener lazos de consanguinidad

Son datos a favor de una familia en fase de independencia:

- 11.- La edad de José
- 12.- El alcoholismo de Jazmína
- 13.- La emigración del padre a Estados Unidos
- 14.- La edad de Lorenzo
- 15.- El estar los padres nuevamente solos, y la independencia del último de los hijos

Son datos a favor de una familia moderna:

- 16.- El trabajo de Lorenzo
- 17.- Las edades entre los hermanos
- 18.- El trabajo de Raquel
- 19.- El horario laboral de Raquel
- 20.- La conducta de Jazmína

Son indicios de una crisis familiar:

- ___ 21.- La emigración de Lorenzo
- ___ 22.- El accidente laboral (amputación del miembro pélvico derecho) de Lorenzo hace 5 años
- ___ 23.- La jornada de trabajo de Raquel
- ___ 24.- El alcoholismo de Jazmína
- ___ 25.- La violencia conyugal

Son factores de riesgo para una disfunción familiar:

- ___ 26.- El accidente laboral de Lorenzo
- ___ 27.- El horario laboral de Raquel
- ___ 28.- La conducta de Jazmína
- ___ 29.- Las riñas entre los padres
- ___ 30.- La ausencia del padre

Son datos a favor de una disfunción del subsistema paterno-filial:

- ___ 31.- El bajo rendimiento escolar de Jazmína
- ___ 32.- Las riñas frecuentes entre los cónyuges
- ___ 33.- La depresión de Raquel
- ___ 34.- El que dejen solos a los hijos
- ___ 35.- El alcoholismo de Jazmína

Son indicios de roles emergentes en esta familia:

- ___ 36.- El trabajo de Lorenzo
- ___ 37.- El alcoholismo de Jazmína
- ___ 38.- El trabajo de Raquel
- ___ 39.- El nacimiento de Lorencito hace 5 años
- ___ 40.- La doble jornada laboral de Raquel

Son datos a favor de una comunicación familiar disfuncional:

- ___ 41.- La emigración del padre
- ___ 42.- El que se queden solos los hijos mientras la madre trabaja
- ___ 43.- Las riñas frecuentes de los padres
- ___ 44.- La conducta de Jazmína
- ___ 45.- El sentimiento de culpa de Raquel

Son datos a favor de vínculos familiares difusos:

- ___ 46.- La relación entre los cónyuges
- ___ 47.- Las edades de los hijos
- ___ 48.- El trabajo del padre
- ___ 49.- El horario laboral de la madre
- ___ 50.- El accidente de trabajo de Lorenzo

Son datos compatibles con una disfunción familiar severa:

- 51.- La conducta de Jazmína
- 52.- La ausencia del padre
- 53.- La neurosis ansioso depresiva de la madre
- 54.- Las riñas frecuentes de los padres
- 55.- La amenaza de Lorenzo a su esposa con un cuchillo

Son factores de riesgo para disfunción de la dinámica familiar

- 56.- El estar pensionado
- 57.- La separación física de la pareja
- 58.- La jerarquía centrada en el padre
- 59.- La triangulación de Jazmina
- 60.- El rol del paciente identificado

En el genograma familiar, ¿cómo simboliza la relación de ésta pareja?

- 61.- Con dos líneas continuas paralelas
- 62.- Una línea quebrada
- 63.- Tres líneas paralelas
- 64.- Una línea discontinua
- 65.- Una flecha apuntando hacia la madre

Cuáles de los siguientes instrumentos resultan de utilidad en la evaluación familiar inicial de ésta familia

- 66.- Entrevista dirigida al síntoma
- 67.- Genograma
- 68.- Entrevista para explorar subsistemas
- 69.- Clasificación de la tipología familiar
- 70.- FACES III

Son niveles de intervención familiar indicados en el caso

- 71.- Nivel uno, atención individualizada
- 72.- Nivel tres, empleo de instrumentos para identificar acontecimientos familiares disfuncionales
- 73.- Nivel dos, información, conserjería y comunicación con la familia
- 74.- Nivel cinco, intervención familiar, evaluación de disfunción familiar grave
- 75.- Nivel cuatro, evaluación de la función y disfunción familiar, empleo de las técnicas de entrevista familiar

SEGUNDO CASO FAMILIAR

Familia integrada por padre de 43 años Chofer de Maquinaria pesada: madre de 33, asistente educativa; dos hijos varones de 16 y 13 años y un sobrino de 10 años que vive con ellos por haber quedado huérfano desde hace 6 años. La madre lleva al hijo menor a consulta por-referir bajas calificaciones y que ha reprobado 2 materias en la secundaria, con reporte de la escuela por fumar en la escuela. La familia compró hace 6 meses un auto a crédito por lo que la madre tiene que trabajar doble turno lo cual ha originado frecuentes pleitos entre los padres, se tuvo que solicitar ayuda a la abuela materna para que supervise la tarea a los hijos por la tarde, ya que el padre llegar a las 22 hrs. y quien ayuda habitualmente en las tareas es el hermano mayor quien incluso designa quehaceres e impone castigos al hermano menor y sobrino.

Son datos a favor de una familia extensa:

- 76.- La convivencia de un sobrino
- 77.- La ayuda de la abuela
- 78.- La presencia de dos hijos
- 79.- El que vivan bajo un mismo techo
- 80.- El ser familiares consanguíneos

Son datos a favor de una familia en fase de expansión:

- 81.- La presencia del sobrino huérfano
- 82.- La influencia de la escuela
- 83.- El doble trabajo de la madre
- 84.- La edad de los hijos
- 85.- La ocupación de los padres

La descripción de ésta familia es compatible con:

- 86.- Una familia compuesta
- 87.- Una familia en fase de dispersión
- 88.- El concepto de familia tradicional
- 89.- Una modalidad de vínculos difusos
- 90.- Patrones comunicacionales de estilo acusador

Son datos a favor del concepto de una familia moderna:

- 91.- El trabajo materno
- 92.- La ocupación del padre
- 93.- Los quehaceres del hermano mayor
- 94.- Las edades de los cónyuges
- 95.- La escolaridad de la madre

Son indicios de una crisis familiar:

- ___ 96.- El rol de portavoz del hijo menor
- ___ 97.- La etapa de adolescencia de los hijos
- ___ 98.- La orfandad del sobrino
- ___ 99.- La presencia de la abuela
- ___ 100.- El trabajo remunerado de la madre

Son factores de riesgo para disfunción familiar:

- ___ 101.- El doble turno laboral de la madre
- ___ 102.- La adolescencia del hijo mayor
- ___ 103.- El tabaquismo del hijo menor
- ___ 104.- Los frecuentes pleitos de los padres
- ___ 105.- El tipo de rol asumido por el hijo mayor

Son datos a favor de una disfunción del subsistema parental:

- ___ 106.- La relación del padre con el hijo mayor
- ___ 107.- La supervisión de tareas por la abuela
- ___ 108.- La falta de asesoría del padre a los hijos
- ___ 109.- La rigidez del vínculo conyugal
- ___ 110.- Los castigos al hermano menor y sobrino

En esta familia, son roles emergentes:

- ___ 111.- Las acciones de la abuela
- ___ 112.- La labor del hermano mayor
- ___ 113.- La función de proveedor del padre
- ___ 114.- El papel de chivo emisario del hijo menor

Son datos a favor de una comunicación disfuncional:

- ___ 115.- El motivo de consulta
- ___ 116.- El tipo de mensajes analógicos
- ___ 117.- El estilo acusador del hermano mayor
- ___ 118.- El patrón comunicacional del padre
- ___ 119.- La conducta del hijo menor

Son datos a favor de vínculos familiares rígidos:

- ___ 120.- La ayuda de la abuela
- ___ 121.- La relación de la abuela con los nietos
- ___ 122.- Los quehaceres y castigos al hijo menor y sobrino
- ___ 123.- Los pleitos entre los cónyuges
- ___ 124.- La relación del padre con el hijo menor

Son datos compatibles con disfuncionalidad familiar moderada:

- 125.- La mala relación entre hermanos
- 126.- La disfunción conyugal
- 127.- La disfunción de carácter social
- 128.- El desajuste de roles dinámicos
- 129.- La modalidad de los vínculos familiares.

Son factores de riesgo para comunicación familiar disfuncional

- 130.- La edad de los padres
- 131.- La ayuda proporcionada por el hermano mayor
- 132.- El imponer castigos y designar quehaceres por parte del hermano mayor
- 133.- El incumplimiento de las tareas habituales de los miembros de la familia
- 134.- Los frecuentes pleitos entre los padres

El estilo de comunicación de ésta familia es compatible con algunas de las siguientes opciones.

- 135.- Comunicación disfuncional
- 136.- Comunicación instrumental
- 137.- Comunicación enmascarada
- 138.- Comunicación desplazada
- 139.- Comunicación analógica

Son datos a favor de crisis normativas

- 140.- Que viva con ellos su sobrino
- 141.- Los conflictos conyugales
- 142.- La presencia de hijos adolescentes
- 143.- La etapa del ciclo vital en que se encuentra la familia
- 144.- La ayuda proporcionada por la abuela materna

En este caso son instrumentos útiles para el diagnóstico familiar

- 145.- Mapa familiar
- 146.- Genograma
- 147.- Historia Clínica Médica
- 148.- Escala de Holmes
- 149.- Apgar Familiar

De los siguientes cuáles son acontecimientos familiares a favor de un tercer nivel de intervención de acuerdo a Doherty y Baird

- 150.- El ser una familia extensa
- 151.- Estilo de comunicación familiar
- 152.- Estar en fase del ciclo vital de dispersión
- 153.- Respuesta familiar ante el motivo de consulta
- 154.- El conflicto conyugal

TERCER CASO FAMILIAR

Dolores de 21 años de edad es traída al servicio de Urgencias por su esposo Augusto de 27 años de edad, dado que se tomó 25 tabletas de Imipramina de 25 mg, así como 10 tabletas de Naproxeno 250 mg posterior a recibir la noticia de que su hermana Alondra de 18 años se encuentra embarazada por Augusto. La familia se formó por unión libre hace tres años, cuando Dolores se encontraba embarazada de Augusto, se conocieron al estar laborando en el campo y decidieron irse a vivir juntos. Habitan en una casa prestada de la familia de Dolores. Alondra, que es soltera; se fue a vivir con ellos. Ya que tenía problemas con su familia de origen debido a que no la dejaban salir a pasear con sus amigas.

Alondra quien también acudió al servicio de Urgencias, comenta que Augusto fue muy bueno con ella y que es su hermana quien no lo comprende, dice no saber en que momento se enamoró de su cuñado, y está muy arrepentida por lo sucedido entre ambos. La relación entre ambas hermanas era buena hasta hace tres meses en que Dolores empezó a sospechar que algo ocurría entre ellos, además que Augusto ya no tenía relaciones sexuales con ella, incluso se molestaba por cualquier motivo. Como cuando su pequeño hijo Alberto de tres años lloraba, o cuando ella le pedía el dinero para la compra de víveres. Se le practicó lavado gástrico a Dolores y se maneja con sonda nasogástrica a permanencia. Solución para vena permeable. Ranitidina 50 mg IV y vigilancia del estado neurológico.

Son datos a favor de una familia compuesta:

- 155.- La convivencia de Alondra con su cuñado
- 156.- El hecho de que vivan en unión libre
- 157.- El habitar una casa prestada
- 158.- El estar embarazada
- 159.- La presencia del hijo de 3 años

La familia descrita es compatible con:

- 160.- Una familia extensa
- 161.- Una familia en fase de dispersión
- 162.- Una modalidad de vínculos claros
- 163.- Patrones comunicacionales de estilo aplacador
- 164.- El concepto de familia moderna

Son datos a favor de una familia en fase de expansión:

- 165.- La presencia de Alondra en la casa
- 166.- La existencia de Alberto, hijo de 3 años
- 167.- Las edades de la pareja
- 168.- El tipo de trabajo que tiene Augusto
- 169.- El vivir en unión libre

Son datos a favor de una familia semi integrada:

- ___ 170.- Que Alondra este esperando un hijo de su cuñado
- ___ 171.- El que Augusto y Dolores vivan en unión libre
- ___ 172.- Que Augusto discuta con Dolores
- ___ 173.- El intento de suicidio de Dolores
- ___ 174.- El que vivan juntos en el mismo lugar

Son indicios de una crisis familiar:

- ___ 175.- La falta de actividad sexual de Augusto y Dolores
- ___ 176.- El embarazo de Alondra
- ___ 177.- El llanto del hijo de 3 años
- ___ 178.- Los problemas de Alondra con su familia de origen
- ___ 179.- La incorporación de Alondra a la familia

Son datos a favor de una personalidad suicida:

- ___ 180.- La ingestión de 20 tabletas de Imipramina
- ___ 181.- La inadecuada asimilación de una noticia traumática
- ___ 182.- La poca tolerancia a la frustración de Dolores
- ___ 183.- La edad de Dolores
- ___ 184.- La ocupación de los cónyuges

Son factores de riesgo para disfunción familiar:

- ___ 185.- El que estén en unión libre Augusto y Dolores
- ___ 186.- El que su hijo Alberto sea un hijo "natural"
- ___ 187.- El que Alondra viva con Augusto y Dolores
- ___ 188.- El que Dolores haya querido quitarse la vida
- ___ 189.- La falta de relaciones sexuales entre Dolores y Augusto

Son datos compatibles con disfunción conyugal severa:

- ___ 190.- El rechazo de Augusto hacia Dolores
- ___ 191.- La infidelidad de Augusto
- ___ 192.- El afecto de Alondra por su cuñado
- ___ 193.- El intento de suicidio Dolores
- ___ 194.- El embarazo extramatrimonial

Son indicios del rol de portavoz de Dolores:

- ___ 195.- La conducta de Dolores ante la infidelidad
- ___ 196.- El intento de suicidio
- ___ 197.- El lenguaje simbólico de la conducta de Dolores
- ___ 198.- La verbalización del conflicto por Dolores
- ___ 199.- El ser llevada al servicio de Urgencias por su esposo Augusto

Son datos a favor de vínculos difusos en la familia:

- ___ 200.- La relación entre Dolores y Augusto
- ___ 201.- La conducta de Dolores
- ___ 202.- La comunicación conyugal
- ___ 203.- Las expectativas poco claras de los cónyuges
- ___ 204.- La relación extramatrimonial de Augusto

Son datos a favor de una comunicación analógica entre los cónyuges:

- ___ 205.- El intento de suicidio de Dolores
- ___ 206.- El carácter irascible de Augusto
- ___ 207.- La ausencia de actividad sexual en la pareja
- ___ 208.- La triangulación de mensajes con Alondra
- ___ 209.- El malestar por cualquier motivo de Augusto

Son datos compatibles con disfunción familiar moderada:

- ___ 210.- La conflicto conyugal
- ___ 211.- El embarazo de Alondra
- ___ 212.- El intento de suicidio de Dolores
- ___ 213.- El grado de disfunción sexual
- ___ 214.- El habitar una casa prestada por la familia de Dolores

Son factores de riesgo para la presentación de roles disfuncionales

- ___ 215.- La rivalidad entre las hermanas
- ___ 216.- Falta de completariedad conyugal
- ___ 217.- Límites difusos o mal definidos
- ___ 218.- Tiempo de unión de la pareja
- ___ 219.- Estado civil de la pareja

La familia descrita es compatible con disfunción familiar, cuál de los siguientes instrumentos de evaluación son útiles para confirmar el diagnóstico

- ___ 220.- Clasificación triaxial de la familia
- ___ 221.- Escala de Holmes
- ___ 222.- Escala de funcionamiento familiar
- ___ 223.- Apgar Familiar
- ___ 224.- Faces III

Son indicaciones de Psicoterapia Breve

- ___ 225.- La falta de actividad sexual de Augusto y Dolores
- ___ 226.- El trastorno de personalidad de Dolores
- ___ 227.- La disfunción familiar
- ___ 228.- El embarazo de Alondra
- ___ 229.- El llanto del hijo de 3 años

De acuerdo Doherty y Baird, son datos compatibles con un tercer nivel de intervención

- ___ 230.- El ser una familia extensa
- ___ 231.- La etapa del ciclo vital de dispersión
- ___ 232.- Las crisis familiares
- ___ 233.- La infidelidad de Augusto
- ___ 234.- La trascendencia de los eventos vitales estresantes como factores desencadenantes de crisis

CUARTO CASO FAMILIAR

El señor Mariano Marín de 77 años, viudo desde hace 3 años, jubilado, y escolaridad primaria. Está siendo atendido en la consulta externa de M. F. por Diabetes Mellitus tipo2, insulino dependiente, de 20 años de evolución, cursa con retinopatía diabética y ceguera bilateral secundaria desde hace tres años. Vive con sus dos hijas, Maria de 47 años, quien refiere nunca se caso, con la idea de cuidar a su padre, se dedica al hogar, y es la encargada de cocinar. Juana de 41 años y su esposo Miguel de 39 años de edad, dedicado a la albañilería. Actualmente desempleado, y sus dos nietos Martín de 17 años, estudiante de preparatoria y empleado de maquiladora y Marina de 15 años, estudiante de preparatoria. El señor Mariano cursa con historia de descontrol crónico, es hiperfrecuentador de consulta y ha sido atendido en múltiples ocasiones en el servicio de urgencias por descontrol metabólico, así como por depresión, ya que refiere que lo que más desea en este mundo es morir. Ya no disfruta de la vida como antes, no tiene apetito y se siente muy solo. Sin adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico, y en ocasiones utiliza remedios caseros.

Son datos a favor de familia tradicional en este caso:

- 235.- Que Martín estudie y trabaje
- 236.- El que María se quedó soltera por cuidar a su padre
- 237.- Que Mariano sea jubilado
- 238.- Que recurran a remedios caseros
- 239.- Que María se dedique al hogar y cocine para toda la familia

La familia descrita es compatible con:

- 240.- Una familia extensa
- 241.- Una familia en fase de expansión
- 242.- Vínculos familiares difusos
- 243.- Una familia contraída
- 244.- Una familia reconstruida

Son datos a favor de familia en etapa familiar final, fase de disolución:

- 245.- El que Mariano sea jubilado
- 246.- Que María no se haya casado
- 247.- El que Mariano tenga ceguera
- 248.- El que ya tenga nietos adolescentes y uno trabaje
- 249.- Que Miguel viva a expensas de su suegro
- 250.- La muerte de la esposa de Mariano

Son datos a favor del rol de portavoz de Mariano:

- 251.- El tener una enfermedad invalidante
- 252.- Los frecuentes cuadros de descontrol metabólico
- 253.- El manifestar su deseo de morir
- 254.- El uso de remedios caseros

___255.- Ser hiperfrecuentador de consulta

Son datos a favor de trastorno depresivo en Mariano:

___256.- El deseo de morir

___257.- No disfrutar la vida como antes

___258.- El sentimiento de soledad, y la pérdida de peso

___259.- El tener retinopatía diabética

___260.- El desempleo de su yerno

___261.- Depender de su hija para las actividades diarias

Son factores de riesgo psicosocial en la familia:

___262.- El ser diabético con complicaciones

___263.- El trastorno ansioso depresivo

___264.- La escasa información de la Diabetes en las hijas

___265.- El desempleo del yerno

___266.- El que conformen una familia extensa

Son datos a favor de límites rígidos en el subsistema paterno-filial:

___267.- Los frecuentes cuadros de descontrol diabético

___268.- La soltería de la hija mayor

___269.- La convivencia de una hija casada en el hogar

___270.- La idea de María de cuidar a su padre

___271.- El que vivan todos en el mismo hogar

Son indicios de la emergencia del rol de autoridad en María:

___272.- El asumir el rol de cuidador primario

___273.- El ser la encargada de cocinar

___274.- El que haga los quehaceres domésticos

___275.- El que trabaje el nieto de 18 años

___276.- El ser la hija mayor

Son datos compatibles con el rol de depositario de Mariano:

___277.- La falta de adherencia a tratamiento

___278.- Los frecuentes ingresos a Urgencias por descontrol metabólico.

___279.- Las ideas de muerte que tiene

___280.- La pérdida del disfrute de las cosas

___281.- La ceguera bilateral secundaria

Son datos compatibles con disfunción familiar moderada:

___282.- El ser una familia compuesta

___283.- El desempleo del yerno

___284.- El que la hija mayor sea soltera

___285.- Los frecuentes ingresos a Urgencias

___286.- El trastorno depresivo crónico

Son factores de riesgo para disfunción familiar

- ___ 287.- La edad del paciente identificado
- ___ 288.- La etapa del ciclo vital por la que cursa la familia
- ___ 289.- La muerte de la pareja del paciente identificado
- ___ 290.- La falta de adherencia a tratamiento
- ___ 291.- La historia de descontrol crónico

La problemática de la familia descrita es compatible con disfunción familiar, a que nivel de la clasificación triaxial de la familiar ubica la disfunción.

- ___ 292.- Eje I. Dimensión Histórica o Longitudinal
- ___ 293.- Eje III. Dimensión Global
- ___ 294.- Eje II. Dimensión Horizontal
- ___ 295.- Eje I. Disfunción del desarrollo-Disfunción de la familia que se contrae
- ___ 296.- Eje II. Disfunción del subsistema paterno-filial-Disfunción en la relación padre/hijo.

Son datos a favor de una comunicación familiar funcional (clara, directa, afectiva)

- ___ 297.- La manifestación de deseos de morir
- ___ 298.- El cuidado proporcionado al padre
- ___ 299.- El acudir frecuentemente a consulta
- ___ 300.- El no seguir las indicaciones médicas
- ___ 301.- La soltería de la hija mayor

Cuáles de los siguientes son datos a favor de crisis grave, de acuerdo a la escala de eventos críticos de Holmes

- ___ 302.- La muerte del cónyuge
- ___ 303.- Lesión o enfermedad personal
- ___ 304.- Jubilación
- ___ 305.- Cambios en la salud de un familiar
- ___ 306.- Cambio en las condiciones de vida

Qué nivel de intervención deberá realizar el médico familiar en éste caso:

- ___ 307.- Enfoque sistémico e intervenciones planificadas con la familia
- ___ 308.- Reconocer la dimensión triangular de la relación médico-familia
- ___ 309.- Resolución de la depresión antes de cualquier intervención
- ___ 310.- Formular sistemáticamente el nivel de funcionamiento de la familia
- ___ 311.- Determinar el nivel de desarrollo normal de la familia y reacciones al estrés

QUINTO CASO FAMILIAR

La familia García Pueblita la conforma, Domingo, de 83 años. jubilado-ex teniente del ejército. Y escolaridad secundaria. Refiere su esposa Leonor, murió a los 71 años por Ca Cu. Tuvieron 5 hijos, Pedro y Jesús de 54, 48 años respectivamente, profesionistas, casados y viven en forma independiente con sus respectivas esposas. Su tercer hijo fue Yolanda de 38 años. Educadora Soltera. Mario el cuarto de sus hijos finado a los 34 años, por complicaciones de alcoholismo. Y el menor de los 5; Enrique de 36 años, soltero, obrero, escolaridad secundaria incompleta, es enviado a consulta por haber acumulado cuatro faltas en su trabajo debido al alcoholismo que desde los 13 años padece. Enrique tiene el antecedente de haber sufrido maltrato en la infancia por parte de su padre. Así como ver emborracharse a sus hermanos, cuenta con tres matrimonios previos procreando 10 hijos, actualmente vive con su hermana y su padre Domingo, mantienen una relación distante, y conflictiva, con reproches constantes por el alcoholismo que padece. El estilo de comunicación familiar es instrumental, enmascarado y desplazada. En las comidas cuando solicita el salero no se lo proporcionan.

La familia descrita es compatible con:

- 312.- Una familia extensa
- 313.- Una familia semi-integrada
- 314.- Vínculos familiares difusos
- 315.- Patrones de comunicación paradójicos
- 316.- Patrones de comunicación familiar disfuncional

Son datos a favor de una familia extensa:

- 317.- La convivencia del padre con dos de sus hijos
- 318.- Los tres matrimonios de Enrique
- 319.- Los 10 hijos que ha procreado
- 320.- El hecho de que hayan sido cinco hermanos
- 321.- El ser familiares consanguíneos

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

- 322.- Los dos hijos casados que viven fuera del hogar
- 323.- Los 10 hijos procreados por Enrique
- 324.- El hecho de que casi todos sean profesionistas
- 325.- La muerte de la madre
- 326.- La separación de los hijos de la familia de origen

Son datos a favor de una familia desintegrada:

- ___ 327.- La separación de los hermanos
- ___ 328.- La muerte de la madre por cáncer cervicouterino
- ___ 329.- El alcoholismo de Enrique
- ___ 330.- El antecedente del hermano muerto por complicaciones alcohólicas
- ___ 331.- Los tres matrimonios de Enrique

Son datos a favor del rol de portavoz en Enrique:

- ___ 332.- Los tres matrimonios previos
- ___ 333.- El alcoholismo actual
- ___ 334.- El antecedente de maltrato en la infancia
- ___ 335.- Las cuatro faltas laborales
- ___ 336.- El estilo de comunicación familiar

Son indicios de riesgo psicosocial en esta familia:

- ___ 337.- El antecedente de alcoholismo en el hermano muerto
- ___ 338.- La repercusión laboral del alcoholismo de Enrique
- ___ 339.- La conducta del padre como ex - militar
- ___ 340.- El alcoholismo desde los 13 años en Enrique
- ___ 341.- El antecedente del maltrato infantil

Son datos a favor de disfunción del subsistema paterno- filial:

- ___ 342.- La relación autoritaria del padre con los hijos
- ___ 343.- Los reproches constantes acerca del alcoholismo de Enrique
- ___ 344.- El maltrato en la infancia
- ___ 345.- El antecedente del hijo muerto por alcoholismo
- ___ 346.- La muerte de la madre y uno de sus hermanos

Son datos a favor del rol de depositario en Enrique:

- ___ 347.- Que no le pasen el salero
- ___ 348.- Que sea actualmente el menor de los hermanos
- ___ 349.- El alcoholismo desde los 13 años
- ___ 350.- Los reproches constantes acerca de su alcoholismo
- ___ 351.- El ausentismo laboral a consecuencia de su alcoholismo

Son indicios de que el alcoholismo sea una forma de comunicación simbólica:

- ___ 352.- El hecho de que dos de los hermanos lo padezcan
- ___ 353.- El hecho de haya iniciado desde los 13 años en Enrique
- ___ 354.- El antecedente de que un hermano haya muerto por esa causa
- ___ 355.- El antecedente de maltrato en la infancia
- ___ 356.- El estigma psicosocial del alcoholismo

Son datos a favor de vínculos rígidos predominantes:

- 357.- La muerte de la madre
- 358.- El antecedente del padre de ser militar
- 359.- El alcoholismo de todos los hijos
- 360.- El hecho de que sean profesionistas los dos hijos mayores
- 361.- La historia de maltrato en el menor de los hijos

Son datos compatibles con una disfunción familiar leve:

- 362.- El regreso de Enrique a la casa paterna
- 363.- Los 3 matrimonios previos de Enrique
- 364.- El alcoholismo de los hijos
- 365.- El trato de Yolanda con Enrique
- 366.- El alcoholismo de Enrique desde los 13 años

Con que instrumento es posible determinar el grado de funcionalidad familiar

- 367.- APGAR familiar
- 368.- Genograma estático-dinámico
- 369.- Escala de Holmes
- 370.- Faces II
- 371.- Guía de Mc Master

En la dinámica familiar descrita son datos compatibles con jerarquía centrada en el padre....

- 372.- La ocupación y escolaridad de Enrique
- 373.- El autoritarismo del padre
- 374.- Las relaciones distantes y conflictivas en el subsistema Paterno-filial.
- 375.- La historia de maltrato
- 376.- El estilo de comunicación

Son datos a favor de un segundo nivel de intervención familiar

- 377.- Aportar información y consejería médica a la familia
- 378.- Incluir en el tratamiento a la familia
- 379.- El ser un paciente que responden mal al tratamiento
- 380.- La cronicidad de la enfermedad
- 381.- La necesidad del apoyo familiar